

Медицинские кадры: поддержка в сложных эпидемиологических условиях (региональный аспект)

DOI: <http://doi.org/10.34981/Lab-67.2020.innovconf.24-molchanov>

В условиях борьбы с пандемией COVID-19 вопросы кадрового обеспечения медицинским персоналом организаций здравоохранения входят в состав приоритетных. Если рассматривать динамику медицинского персонала в 2010-х гг., то в ней отчетливо прослеживаются противоречивые тенденции. Например, по показателю численности врачей за период с 2011 по 2015 гг. общие и удельные показатели устойчиво снижаются, а начиная с 2016 г. происходит их медленный рост. По численности среднего медицинского персонала за 2011-2018 гг. просматривается устойчивое снижение как общих, так и удельных показателей. В целом, по состоянию на конец 2018 г. численность врачей составляла 96% к уровню 2011 г., а среднего медицинского персонала – 97,5% [1].

По результатам выполненных российскими учеными исследований, количество фактически занятых специалистов в лечебно-профилактических учреждениях существенно ниже установленных нормативов. Например, численность врачей участковой службы в 1,5 раза меньше необходимой; средних медицинских работников и фельдшеров – соответственно в 1,8-1,9 раза [2, с. 20]. Эти данные свидетельствуют, с одной стороны, о высокой напряженности труда работающих врачей и медицинских сестер. С другой стороны, результатом интенсивной работы может стать снижение качества медицинской помощи при оказании пациентам медицинских услуг. Как представляется, объективно существующее повышение трудовой нагрузки медицинских работников должно адекватно вознаграждаться. Необходимо предпринять все возможные меры для преодоления существующего в настоящее время дефицита медицинских работников первичного звена.

Нельзя не согласиться с тем, что в решении проблем по обеспечению качества и доступности медицинской помощи ключевое место принадлежит вопросам оплаты труда, материальной и моральной мотивации работающих. К решению этих вопросов целесообразно подходить более предметно и комплексно. Например, принимать во внимание стаж работы и устанавливать соответствующие доплаты; изыскивать возможности для премирования, различных видов материального и морального стимулирования работников. Следует более глубоко продумать условия для досрочного выхода на пенсию при выполнении различных видов работ: как правило,

повышенной опасности, связанных с выполнением особо сложных и трудоемких функций по уходу за больными.

Пандемия COVID-19 активизировала работу по улучшению материального положения медицинских работников. Если за 2019 год среднемесячная начисленная заработная плата работников здравоохранения (без выплат социального характера) выросла с 40740 руб. в январе 2019 г. до 43109 руб. в декабре 2019 года, т.е. на 5,8%, то в мае 2020 г., когда начались выплаты за работу в опасных условиях, она составила уже 53147 руб. против 44565 руб. в январе 2020 г., т.е. выросла на 19,3% по сравнению с началом года [1]. Именно сохраняющейся сложностью эпидемиологической ситуации объясняется приоритетное внимание к этим вопросам со стороны органов управления на федеральном и региональном уровнях.

Вместе с тем, имеют место определенные организационные и экономические проблемы в различных секторах здравоохранения. Непростая ситуация сложилась в секторе первичной медико-санитарной помощи [4, с. 1]. Как представляется, необходимо сконцентрировать внимание на вопросах подготовки кадров врачей и среднего медицинского персонала по соответствующим специальностям для работы в низовых лечебно-профилактических организациях для оказания первичной медико-санитарной помощи, а также более детально продумать разносторонние меры для закрепления на местах (в регионах и муниципальных образованиях) квалифицированных специалистов.

По имеющейся статистической информации, далеко не все выпускники вузов, к сожалению, идут работать по специальности. Например, в 2018 году получили направление на работу 31,7% выпускников медицинских вузов, не получили направление 3,0%, изъявили желание самостоятельно трудоустроиться 13,2% [1]. Эти данные вызывают тревогу: нет полной ясности о состоянии дел по трудоустройству выпускников и их работе по полученной специальности. В связи с этим следовало бы возобновить функционирование института трудоустройства, наладить наблюдение и контроль со стороны правомочных служб за выходом на работу лиц, завершивших обучение, а также развивать деятельность по оказанию им материальной и финансовой помощи в случае необходимости.

Ключевым является вопрос о том, каким образом можно повысить престижность труда врачей и других категорий медицинских работников, как стимулировать количество и качество затраченного ими труда?

Главным вектором реформирования здравоохранения в последние годы стала оптимизация общей сети медицинских учреждений. Она проводится посредством их укрупнения и проведения различного рода организационно-структурных реорганизаций. Одной из причин такого развития событий стали эволюционные изменения в поселенческой структуре населения по регионам России. Этому способствовала проводимая в годы советской власти политика индустриализации: она сопровождалась оттоком

населения из сельской местности в города. Сформировалась тенденция роста численности городского населения, которая активизировала агломерационное строительство в 1960-1980-х годах и продолжается до настоящего времени. К примеру, по состоянию на конец 2005 года в общей численности населения России городское население составляло основную долю - 73,2%, а сельское – всего 26,8%. По состоянию на конец 2018 года ситуация еще более усугубилась: при росте общей численности населения России на 2,5%, это соотношение стало следующим: 74,6% - городское население и 25,4% - сельское население [1]. Данный объективный процесс, а именно: сохраняющийся отток населения из сельской местности в города, чему способствует развитие агломераций, должен стать ключевым фактором, влияющим на концепцию развития и проектирование сети лечебно-профилактических учреждений на долгосрочную перспективу.

В Стратегии пространственного развития России указывается на преобладающую в мире тенденцию территориального характера: концентрацию населения и экономики в крупнейших формах расселения, среди которых ведущие позиции занимают городские агломерации [3]. В связи с этим следует подчеркнуть один негативный момент: к сожалению, вопросам малых городов и сельских населенных пунктов в данном документе внимания не уделяется, и их стратегическое развитие предметно не рассматривается. На наш взгляд, проблемы развития городских и сельских поселений разных типов заслуживают пристального внимания. Не вызывает сомнения, что территориальные особенности системы расселения оказывают влияние и на построение региональной сети лечебно-профилактических учреждений. Именно поэтому данный фактор нужно учитывать при проектировании различных видов норм и нормативов (материальных, трудовых и финансовых) обеспечения населения медицинскими услугами.

Особого внимания требует поиск путей для улучшения практики инвестирования. Можно привести такой пример: при росте инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения, с 94,8 млрд руб. в 2005 году до 246,8 млрд руб. в 2018 году (в текущих ценах), т.е. в 2,6 раза, их удельный вес в общем объеме инвестиций в основной капитал в экономику снизился соответственно с 2,6% в 2005 году до 1,4% в 2018 году. Нужно также учитывать низкий удельный вес собственных средств (всего лишь 13,3%) и высокий удельный вес привлеченных (86,7%); в составе последних основную долю занимают бюджетные средства – 66,6%. Положение осложняется достаточно высокой степенью физического износа основных фондов, который в здравоохранении составляет 52,7% (2018 г.), а коэффициент обновления (в сопоставимых ценах 2010 года) – 3,1% [1]. Следует отметить, что поиск путей повышения собственных доходов организаций здравоохранения, направляемых на накопление и обновление основных фондов, заслуживает особого внимания.

Актуальными становятся и вопросы обеспечения жизнедеятельности: необходимо выравнивать уровень обеспечения коммунальными услугами и комфортность проживания населения (включая и медицинский персонал) в городских и сельских поселениях, поддерживать достойные условия содержания пациентов в лечебно-профилактических учреждениях на всей территории страны. Концентрация объемов капитальных вложений на данных направлениях деятельности требует более активного применения инструментария стратегического планирования в сочетании с программно-целевой деятельностью, использования механизмов государственно-частного партнерства на региональном и муниципальном уровнях.

Литература

1. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: www.gks.ru/.
2. Прохоренко Н.Ф., Гапонова Е.А., Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Том 5. № 4. – С. 20-42. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14002.
3. Стратегия пространственного развития Российской Федерации на период до 2025 года. Минэкономразвития, 2018. – 114 с. [Электронный ресурс]. URL: <http://static.government.ru/media/files/UVA1qUtT08o60RktoOXl22JjAe7irNxc.pdf>.
4. Шейман И.М., Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность? // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2019. № 65 (1). – С. 1-37. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3>.