

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10

УДК 331.104; 331.108; 331.552, ББК 65.495

© Ярашева А.В., Александрова О.А., Медведева Е.И.,
Аликперова Н.В., Крошилин С.В.

Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения



**Азиза Викторовна
ЯРАШЕВА**

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения г. Москвы
Москва, Российская Федерация, 115088, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН
Москва, Российская Федерация, 117218, г. Нахимовский пр., д. 32
E-mail: baktriana@rambler.ru
ORCID: 0000-0002-6041-7700; ResearcherID: A-9976-2017



**Ольга Аркадьевна
АЛЕКСАНДРОВА**

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения г. Москвы
Москва, Российская Федерация, 115088, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Финансовый университет при Правительстве РФ
Москва, Российская Федерация, 125167, Ленинградский пр-т, д.49
E-mail: a762rab@mail.ru
ORCID: 0000-0002-9243-9242; ResearcherID: B-1306-2017



**Елена Ильинична
МЕДВЕДЕВА**

Государственный социально-гуманитарный университет
Коломна, Московская область, Российская Федерация, 140411, ул. Зеленая,
д. 30, кор. 1
Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН
Москва, Российская Федерация, 117218, Нахимовский пр., д. 32
E-mail: e_lenam@mail.ru
ORCID: 0000-0003-4200-1047

Для цитирования: Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения / А.В. Ярашева, О.А. Александрова, Е.И. Медведева, Н.В. Аликперова, С.В. Крошилин // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. Т. 13. № 1. С. 174–190. DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10

For citation: Yarasheva A.V., Aleksandrova O.A., Medvedeva E.I., Alikperova N.V., Kroshilin S.V. Problems and Prospects of Personnel Support of the Moscow Healthcare System. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2020, vol. 13, no. 1, pp. 174–190. DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10

**Наталья Валерьевна
АЛИКПЕРОВА**

Финансовый университет при Правительстве РФ
Москва, Российская Федерация, 125167, Ленинградский пр-т, д.49
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения г. Москвы
Москва, Российская Федерация, 115088, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
E-mail: natalie_danilina@mail.ru
ORCID: 0000-0002-5028-078X; ResearcherID: S-1899-2018

**Сергей Викторович
КРОШИЛИН**

Государственный социально-гуманитарный университет
Коломна, Московская область, Российская Федерация, 140411, ул. Зеленая, д. 30,
кор. 1
Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН
Москва, Российская Федерация, 117218, Нахимовский пр., д. 32
E-mail: krosh_sergey@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена исследованию проблем кадрового обеспечения столичного здравоохранения. Изучение данного вопроса связано: с одной стороны, с анализом статистических данных по штатному составу медицинского персонала организаций, позволяющим строить (на основе теоретической модели) прогноз наличия/дефицита кадров (по различным показателям); с другой стороны, с анализом мотивационных факторов, влияющих как на приход в профессию и длительную успешную карьеру специалиста, так и на процессы «выгорания» и уход из профессии. Представлены результаты осуществленного в 2019 г. научного проекта по изучению проблем качества кадрового состава системы здравоохранения города Москвы в условиях реализации действующего столичного стандарта оказания медицинской помощи. Применение статистического, математического и социологического методов исследования позволило выявить не только характерные особенности имеющихся трудовых ресурсов, но и перспективы кадровой обеспеченности учреждений московского здравоохранения. Прогноз развития кадрового потенциала медицинских организаций Москвы построен на основе статистических данных за последние 5 лет (2014–2018). Показаны перспективы изменения возрастной и гендерной структуры сотрудников (врачей и среднего медицинского персонала), а также численности врачей наиболее востребованных в столице специальностей. На основе социологических опросов выявлена степень удовлетворенности медработников (в зависимости от стажа) условиями своей работы (размером заработной платы в больницах и в поликлиниках и ее соответствием вложенному труду). Определены основные виды нагрузки врачей и среднего медицинского персонала, выступающие мотивационными факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи населению. На основе экспертных мнений показаны материальные и нематериальные факторы, определяющие увеличение кадрового потенциала московского здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, кадровое обеспечение, условия труда, мотивация, прогноз кадровых потребностей, Москва.

Введение

Одной из важнейших составляющих повышения качества оказываемых населению медицинских услуг выступает кадровая обеспеченность медицинских организаций. Отсюда — потребность в своевременном и точном прогнозе кадровых потребностей городской системы здравоохранения. Однако надежность такого прогноза зависит не только от имеющегося в наличии корпуса медицинских работников разного профиля и плановых показателей подготовки тех или иных специалистов, но и от того, насколько заняты сегодня в учреждениях здравоохранения врачи, средний и младший медицинский персонал удовлетворены своей работой, готовы сохранять преданность выбранной профессии.

Степень разработанности проблемы

В силу того что кадровый корпус медицинских работников является одним из важнейших структурных элементов системы здравоохранения, его изучению уделяется внимание не только в рамках академической и отраслевой науки, но и на уровне международных организаций — ВОЗ, Всемирного банка, ОЭСР и т.д. В частности, Доклад ВОЗ, полностью посвященный трудовым ресурсам здравоохранения (2006), не только зафиксировал проблему нехватки «надлежащего числа работников здравоохранения в надлежащих местах» и раскрыл причины дефицита и дисбалансов (плохое планирование, связанное, в том числе, с неумением собирать необходимые для принятия управленческих решений релевантные и актуальные данные; недостаточное инвестирование в медицинское образование, систему повышения квалификации и переподготовки кадров; неудовлетворительные условия труда и низкая зарплата, отсутствие карьерных перспектив и т.п.) [1], но и дал старт разработке ряда документов ВОЗ. Одним из них стала Глобальная стратегия по кадровым ресурсам здравоохранения, адресованная преимущественно органам управления и планирования, но также и учреждениям профобразования, работодателям, профсоюзам и др. [2]. Обозначив кадровые проблемы, с которыми сталкиваются страны с разным уровнем доходов, Стратегия указала на универсальный для всех стран «комплексный пакет мер» по обеспечению «достойной занятости» — необходимого условия для оптимального рас-

пределения медработников по территориям и секторам (государственному/частному) и повышения эффективности их работы: гарантии занятости; адекватные помещения и инструменты для работы; допустимая нагрузка; надбавки за работу в трудных условиях; возможности профессионального развития; четкие траектории карьерного роста; социальная поддержка в форме дотаций на приобретение жилья, гранты на образование и т.д. Странам с низким и средним уровнем доходов, кроме того, рекомендуется укреплять потенциал медицинских вузов и колледжей и повышать качество образования посредством аккредитации учебных заведений и сертификации дипломов, но, прежде всего, вложениями в преподавательский состав («приоритетную область для инвестиций»), призванными обеспечить необходимую численность и компетентность педагогов. Странам с высокими доходами рекомендуется усилить меры, направленные на развитие компетенций медработников, помощь в трудоустройстве выпускникам, а также вовлечение в сектор здравоохранения для выполнения функций, не требующих длительного срока обучения, работников, высвобождаемых из других отраслей.

Следует отметить и принятые в предшествующий утверждению Глобальной стратегии период Резолюции ВОЗ, касающиеся увеличения масштабов подготовки работников здравоохранения (2009); укрепления сестринского и акушерского дела (2006), кадров первичной медико-санитарной помощи (2009) и др. Статистические показатели кадрового обеспечения здравоохранения и анализ основных тенденций в области подготовки и движения кадров находят свое отражение в материалах, издаваемых ОЭСР [3], докладах региональных отделений ВОЗ [4].

С учетом проблем планирования кадровых потребностей и оптимальной расстановки имеющихся медработников в менее экономически благополучных странах под эгидой ВОЗ вышло Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения [5], предлагающее организационный механизм и аналитический инструментальный для сбора и анализа данных о медицинских кадрах, в том числе с учетом успешного опыта ряда стран. Авторский подход основан на концеп-

ции «продолжительности трудовой деятельности», рассматривающей трудовые ресурсы в контексте подготовки, привлечения и удержания, что предполагает мониторинг как динамики рынка труда для каждой стадии, так и перспектив медработников. И если на первом этапе главная задача структур управления — подготовка достаточного числа знающих и мотивированных работников и их оптимальная расстановка, для чего требуется эффективное планирование, бюджетирование и управление процессом создания мощных образовательных учреждений и совершенствования механизмов найма, то на этапе активной трудовой деятельности усилия должны направляться на обеспечение наличия, компетентности (в том числе коммуникационной) и продуктивности работников, что требует оценки медицинских кадров на разных рабочих местах в контексте национального рынка труда.

Стоит отметить специальный раздел Рекомендаций, посвященный качественным методам исследований. В силу того что изучение кадров здравоохранения — достаточно новая область исследований, не имеющая основательного теоретического фундамента, многочисленные количественные исследования носят преимущественно описательный характер. Отсюда — целесообразность применения качественных методов, позволяющих лучше разобраться в условиях труда и мотивах поведения медработников, совершенствовать методы оценки их деятельности. Возможности качественных методов иллюстрируются многочисленными исследованиями роли профессиональной идентичности, мотивации и т.п. в стратегиях «выживания», используемых медицинскими работниками в условиях реформы здравоохранения [6, 7, 8]; влияния профессиональной незащищенности на отношение к пациентам и качество клинической помощи [9]; препятствий привлечению и удержанию медсестер [10] и возможностей возложения на них более широких функций [11]; природы совместительства у медработников [12] и влияния финансовых и нефинансовых стимулов на модели поведения врачей, занятых одновременно в государственном и частном секторах [13, 14]; особенностей вторичной занятости, обуславливающей в качестве основной работы занятость в госучреждении [15] и др.

Следует упомянуть изданное также под эгидой ВОЗ пособие по оценке ключевых факторов стратегического планирования кадровых ресурсов (2009) [16]. Авторы подчеркивают, что указанная в Докладе ВОЗ 2006 года цель кадровой политики в здравоохранении — «подготовить нужных работников нужной квалификации, поставить их в нужное место и дать нужное задание» и при этом гибко реагировать на чрезвычайные ситуации, решать текущие проблемы и прогнозировать завтрашние вызовы — не может быть достигнута с помощью одинаковых для всех стран шаблонов. В связи с этим предлагаются подходы к разработке и использованию инструментария, позволяющего адекватно оценивать ситуацию и выбирать оптимальные решения для улучшения кадровой обеспеченности здравоохранения в конкретных условиях. Кроме того, на основе ряда исследований, например [17], показано, что выработка кадровой политики, способной преодолеть «кризис людских ресурсов», требует учета «сквозных проблем», касающихся востребованности профессии медика, связанных с ней рисков, мотивации, совместительства и т.д.

Российские авторы исследуют кадровые проблемы здравоохранения, анализируя динамику изменений в численности и составе медработников в международном контексте [18], изучая факторы, детерминирующие движение медицинских кадров и качество их работы [19], проблемы формирования корпуса управленцев [20] и кадрового резерва [21] и т.д.

Информационно-методическая база исследования

В статье представлены результаты, полученные в ходе выполнения в 2019 г. проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» с использованием социологического (количественного и качественного), статистического и математического методов. Из собранных в рамках опроса работников подведомственных городу учреждений здравоохранения (детских и взрослых поликлиник и больниц) анкет (551 ед.) был сформирован массив, согласующийся по контрольным признакам с официальной статистикой Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ). Серия глубинных структурированных интервью (N=15) была проведена с руководителями подведомственных ДЗМ клиник и амбулаторных учреждений,

руководством медицинских вузов и колледжей, а также учреждений ДПО.

Прогноз развития кадрового потенциала столичного здравоохранения строился на основе статистических данных за последние 5 лет (2014–2018), в течение которых кадровая политика претерпела наиболее существенные изменения; горизонт прогнозирования: 2020, 2025 и 2030 годы. Оценка баланса трудовых ресурсов проводилась на основе сопоставления численности медицинских работников с различными показателями формы №30 «Сведения о медицинской организации» (в редакции приказа Росстата от 03.08.2018 № 483). Для построения прогнозной модели и самого прогноза использовались формализованные методы прогнозирования (методы экстраполяции, скользящей средней, экспоненциального сглаживания, наименьших квадратов), а также метод индивидуальных экспертных оценок [22]. На первом этапе рассчитывались половозрастные показатели для категорий «врачи» и «средний медицинский персонал» (далее – СМП). Затем был построен прогноз дефицита кадровых ресурсов для категорий «врачи», «СМП» и «младший медицинский персонал» (далее – ММП). Прогноз укомплектованности медперсоналом (в процентах) рассчитывался для этих же категорий медработников по формуле

$$U_{\text{фл}} = \text{ЧД}_{(\text{занятых})} / \text{ЧД}_{(\text{штатных})} \times 100, \quad (1)$$

где $U_{\text{фл}}$ – показатель укомплектованности врачами (физическими лицами);

$\text{ЧД}_{(\text{занятых})}$ – число должностей в целом по организации (занятых);

$\text{ЧД}_{(\text{штатных})}$ – число должностей в целом по организации (штатных).

В свою очередь прогноз дефицита по должностям (в людях) и относительного дефицита по должностям (в процентах) для тех же трех категорий медработников рассчитывался по формулам:

$$D_{\text{д}} = \text{ЧД}_{(\text{штатных})} - \text{ЧД}_{(\text{занятых})}, \quad (2)$$

где $D_{\text{д}}$ – показатель дефицита по должностям;

$\text{ЧД}_{(\text{занятых})}$ – число должностей в целом по организации (занятых);

$\text{ЧД}_{(\text{штатных})}$ – число должностей в целом по организации (штатных).

$$OD_{\text{д}} = D_{\text{д}} / \text{ЧД}_{(\text{штатных})}, \quad (3)$$

где $OD_{\text{д}}$ – показатель относительного дефицита по должностям;

$D_{\text{д}}$ – показатель дефицита по должностям;

$\text{ЧД}_{(\text{штатных})}$ – число должностей в целом по организации (штатных).

Результаты исследования

Прогноз, рассчитанный на основе разработанной прогнозной модели, говорит о следующих перспективах.

Долевые показатели по возрастным группам указывают на тенденцию «омоложения» врачей: к 2030 году врачи в возрасте до 45 лет составят 2/3 общей численности; врачи предпенсионного и пенсионного возраста – соответственно 8,3 и 6,7% (рис. 1).

По сравнению с врачами в категории «СМП» возрастная структура изменится незначительно. Тенденции к «омоложению» не наблюдается, доля когорты «46–50 лет» увеличится на 7%, также незначительно возрастет когорта «51–55 лет», доля пенсионеров и предпенсионеров составит, соответственно, 4,8 и 7,1% (рис. 2).

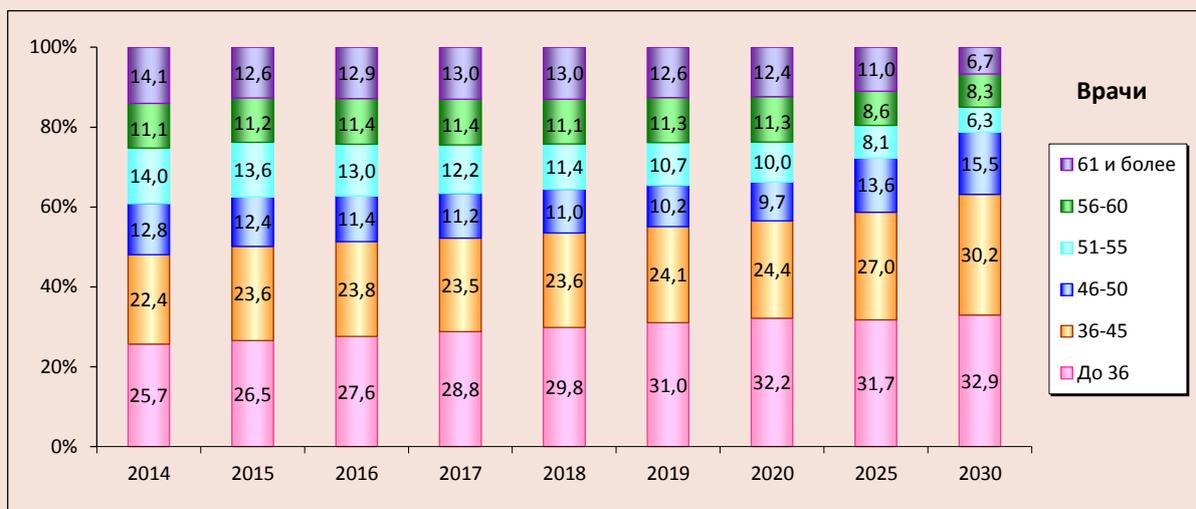
Что касается гендерного состава медработников, то он остается неизменным: среди врачей сохраняется соотношение 30% мужчин к 70% женщин; мужчин среди СМП еще меньше – порядка 10%.

Прогнозные показатели численности физических лиц основных работников на занятых должностях в кратко- (2020 г.), средне- (2025 г.) и долгосрочной перспективе (2030 г.) указывают на тенденцию к уменьшению численности всех категорий медработников, хотя и в разной степени: менее всего в долгосрочной перспективе изменится количество врачей; в то же время численность ММП при сохранении нынешних тенденций сократится в 8 раз относительно показателей 2014 года и в 1,2 раза – относительно показателей 2018 года (табл. 1).

Для более детального анализа были выделены 44 должности (специальности) врачей, 22 – СМП и 2 – ММП, выбор которых определялся возможностями статистического анализа и прогноза¹. Затем массив данных, касающихся

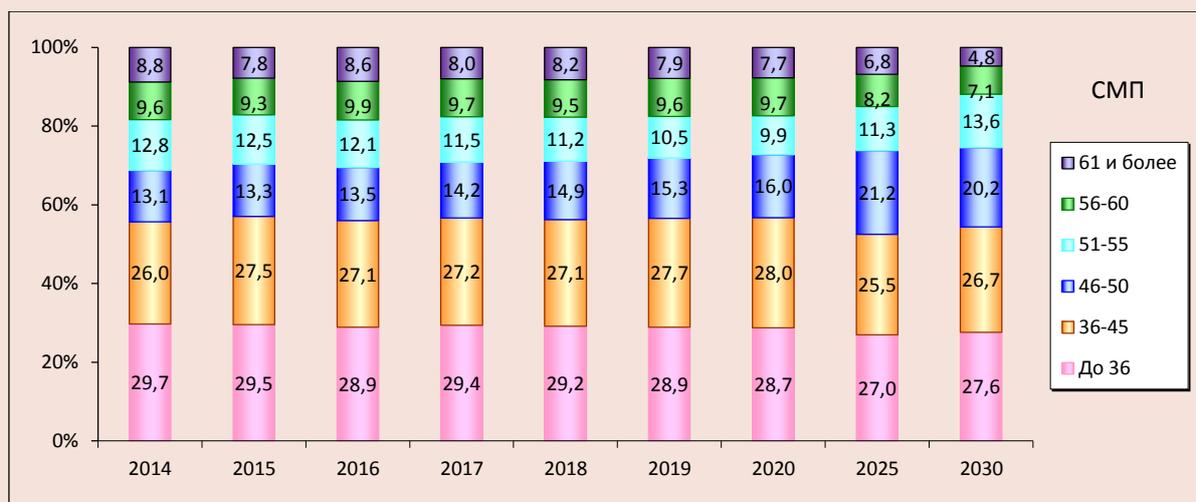
¹ Для некоторых должностей (специальностей) отсутствие данных за ряд лет не позволяло построить временные ряды.

Рис. 1. Прогноз возрастной структуры врачей, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Рис. 2. Прогноз возрастной структуры СМП, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Таблица 1. Прогноз численности физических лиц основных работников на занятых должностях, чел.

Категория	2014	2016	2018	2020	2025	2030
Врачи	48289	43777	45689	43144	42624	41203
Средний медперсонал	88832	79173	71320	61148	59984	57828
Младший медперсонал	25760	18451	3570	2830	3520	3130

Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

врачей, был разделен на 4 группы (по 11 должностей/специальностей в каждой) исходя из степени востребованности той или иной специальности в кратко-, средне- и долгосрочной перспективе. На *рис. 3* и *4* представлен прогноз первой (самых востребованных специальностей) и четвертой (самых не востребованных) групп.

Согласно прогнозу, самыми востребованными окажутся врачи общей практики (семейные врачи), численность которых к 2030 г. при сохранении нынешних тенденций практически утроится; далее по степени будущей востребованности идут педиатры и анестезиологи-реаниматологи, численность которых возрастет в 1,4 раза (см. *рис. 3*).

При сохранении нынешних тенденций численно минимально востребованными окажутся хирурги (пластические и торакальные), а также подростковые психиатры (см. *рис. 4*).

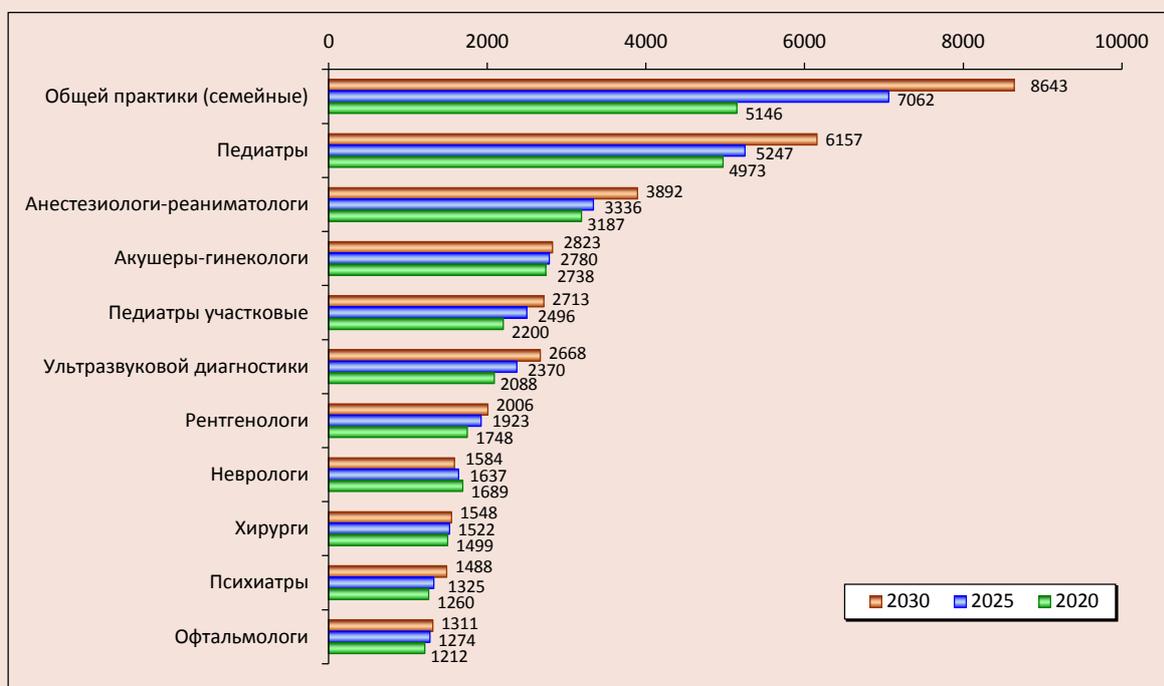
Средний медперсонал был разделен аналогичным образом на 2 группы (по 11 должностей/специальностей в каждой). В результате самыми востребованными, несмотря на, в це-

лом, снижение их численности, окажутся медицинские сестры. Далее в первой тройке по востребованности идут фельдшеры, а также палатные (постовые) сестры (*рис. 5*).

Прогноз в отношении второй группы специальностей СМП показал значительное снижение потребности в диетических и медицинских сестрах (фельдшер скорой помощи), а также в среднем медперсонале, работающем с зубными врачами. Что касается ММП, то здесь сохраняется тенденция к сокращению численности как санитаров, так и младших медсестер – соответственно в 2 и 1,3 раза.

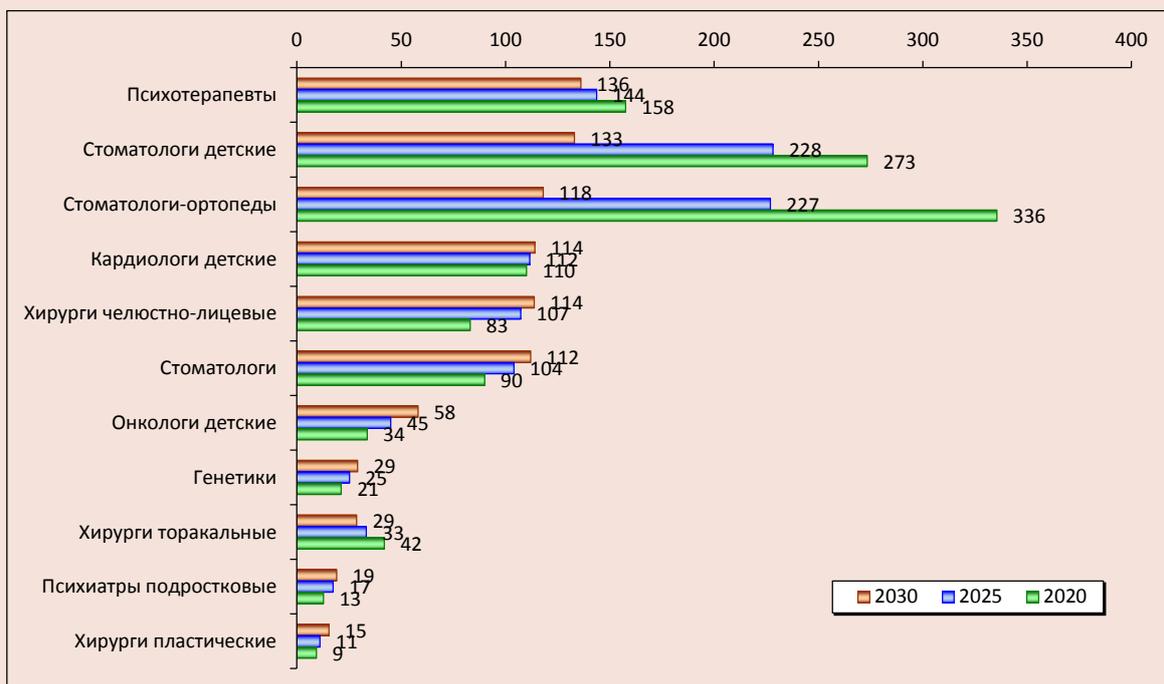
Расчет показателей укомплектованности штатов (в физических лицах) в краткосрочной перспективе – позитивный: у врачей показатель возрастет до 79,6%, у СМП сохранится в пределах 78%, у ММП достигнет 67%. Для более детального анализа весь массив данных по врачам был разделен на 4 группы, сформированные по степени укомплектованности врачами (физическими лицами) той или иной специальности в кратко-, средне- и долгосрочной перспективах. В результате менее всего уком-

Рис. 3. Прогноз численности врачей наиболее востребованных специальностей, чел.



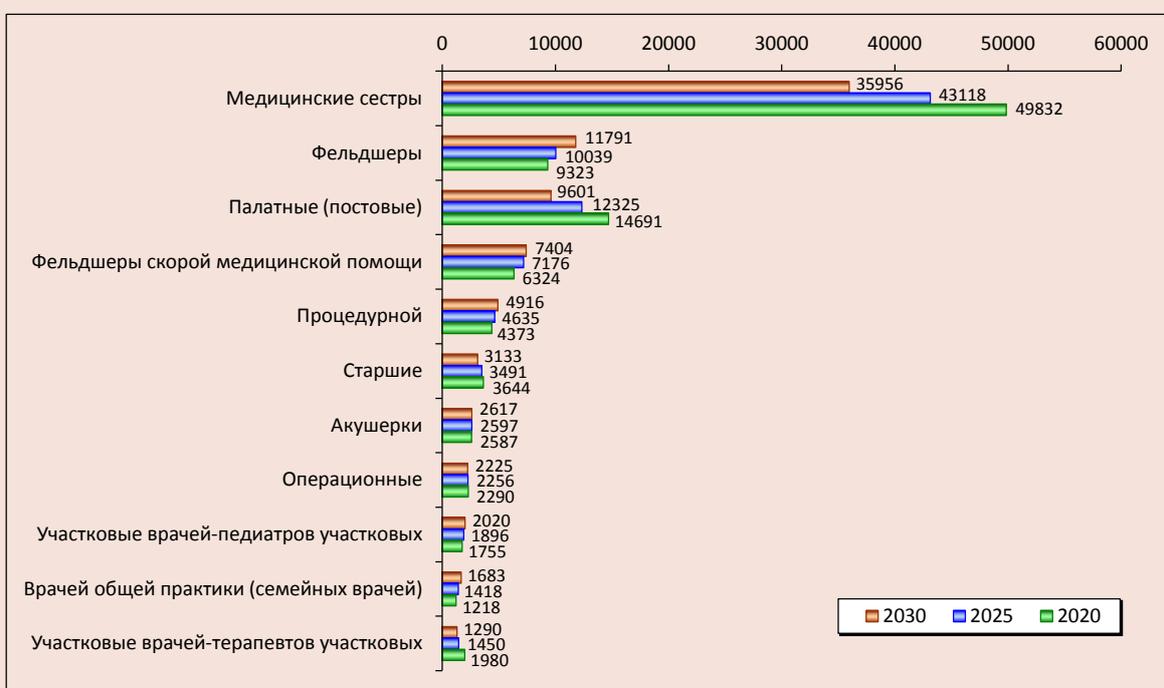
Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Рис. 4. Прогноз численности врачей наименее востребованных специальностей, чел.



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Рис. 5. Прогноз численности СМП наиболее востребованных специальностей, чел.



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

плектованными в краткосрочной перспективе оказываются позиции пластических хирургов (28,0%); психотерапевтов (30,8%) и подростковых психиатров (60%). Гораздо лучше ситуация с укомплектованностью штатов в краткосрочной перспективе в четвертой группе: кардиологи (92,3%), офтальмологи (93,1%), эндокринологи (94,7%) и особенно участковые педиатры (почти 100%).

Что касается прогнозируемого дефицита кадров, то в долгосрочной перспективе при сохранении нынешних тенденций дефицит врачей в целом останется практически неизменным (13,8%), дефицит СМП вырастет незначительно (до 15,6%), а ММП — довольно заметно (до 32,1%). При разделении массива данных по врачам на 4 группы, сформированные по убыванию степени дефицита врачей той или иной специальности в кратко-, средне- и долгосрочной перспективах, обнаружилось, что в первой группе в долгосрочной перспективе, при сохранении нынешних тенденций, довольно заметно вырастет дефицит психотерапевтов (72,7%), пластических хирургов (72,6%) и детских психиатров (55,5%). Гораздо лучше ситуация в четвертой группе: при сохранении нынешних тенденций дефицит акушеров-гинекологов составит в долгосрочной перспективе 3,4%, челюстно-лицевых и торакальных хирургов — 2,7%.

В группе СМП в тройку наиболее дефицитных в долгосрочной перспективе входит средний медперсонал, работающий с зубными врачами (38,0%), с участковыми педиатрами (21,3%), а также массажисты (20,0%). Во второй группе СМП (массив данных по СМП был разделен по тому же принципу, что и врачи, на 2 группы) дефицит в долгосрочной перспективе не предвидится среди операционных сестер, фельдшеров и фельдшеров скорой помощи (соответственно 6,4, 4,1 и 2,5%). Что касается ММП, то дефицит младших медсестер останется практически неизменным (16%), дефицит же санитаров заметно возрастет (49,3%).

Таким образом, прогноз говорит о том, что в долгосрочной перспективе государственные учреждения столичного здравоохранения могут столкнуться с определенными кадровыми дисбалансами. В такой ситуации важно разобраться с тем, как себя чувствуют работающие в них

врачи, поскольку от этого зависит как характер движения кадров (перемещения между государственным и частным секторами, между амбулаторными учреждениями и стационарами; верность профессии в целом), так и качество оказываемой медицинской помощи.

В ходе исследования была изучена степень удовлетворенности медработников, занятых в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, условиями своего труда, а также определены факторы, затрудняющие, по мнению московских медиков, оказание качественной медицинской помощи.

Согласно результатам опроса, уровень удовлетворенности размером заработной платы у работающих в больницах и в поликлиниках заметно отличается: если в поликлиниках доля недовольных заработной платой составила 12,0% у врачей и 18,4% у медсестер, то в больницах — почти треть (31,6% врачей и 37,7% медсестер). Судя по всему, это связано с представлениями последних о разнице в степени ответственности и трудовых усилиях у специалистов одного профиля, работающих в стационаре и в первичном звене. Так, более трети работников больниц (35,5% врачей и 38,2% медсестер, из них треть — начинающие работать специалисты со стажем от 0 до 5 лет) считают, что оплата труда меньше их трудового вклада. В поликлиниках такой вариант ответа выбрали 19,6% врачей и 25,0% медсестер (что, впрочем, тоже не мало). У врачей заметное положительное влияние оказывает стаж — чем он больше, тем существеннее доля тех, кто полагает, что получаемое ими материальное вознаграждение соответствует трудовому вкладу: в больницах так думают 46,9% врачей со стажем работы от 6 до 20 лет и 59,3% с более чем 20-летним стажем; в поликлиниках эта тенденция еще более выражена (рис. 6). У медсестер связь со стажем, напротив, негативная. В стационарах 22,2% медсестер с небольшим стажем не удовлетворены соотношением своего трудового вклада и денежного вознаграждения (справедливым его считают 44% респондентов из этой группы). С увеличением стажа доля недовольных удваивается: среди медсестер со стажем от 6 до 20 лет таких 44,2%, с более чем 20-летним стажем — 37,2%. В поликлиниках ситуация практически аналогичная.

Рис. 6. Влияние стажа работы на представления врачей в поликлиниках о соответствии трудового вклада и материального вознаграждения, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Ощущение несоответствия денежного вознаграждения трудовому вкладу связано с тем, что, согласно результатам исследования, большинство работников столичных больниц и поликлиник серьезно загружены и очень устают на основной работе, причем врачи первичного звена – в большей степени, нежели их коллеги в стационарах (табл. 2).

Судя по данным, представленным на рис. 7, существенную долю дополнительной нагрузки у молодых врачей (стаж до 5 лет), работающих в стационарах, составляет работа с медицинской и иной документацией. Нагрузка на более опытных врачей в стационарах (с 6–20-летним стажем) растет за счет необходимости еще и выполнения функций недостающего или отсутствующего персонала и помощи более молодым коллегам. Врачи с более чем 20-летним стажем,

также отмечая серьезность нагрузки, связанной с работой с медицинской и иной документацией и необходимостью работать за других, в меньшей степени ощущают нагрузку, связанную непосредственно с лечением пациентов. Можно предположить, что разная оценка объема той или иной нагрузки обусловлена различиями в профессиональных навыках и опыте: вряд ли молодые специалисты загружены лечебной работой существенно больше, нежели их старшие коллеги, скорее, более серьезными усилиями они компенсируют отсутствие опыта. То же, по-видимому, касается и работы с документацией – с опытом скорость заполнения отчетной документации возрастает (хотя нельзя исключать и перекладывания части «бумажной» работы на молодых специалистов более опытными врачами).

Таблица 2. Распределение ответов медработников на вопрос «Как Вы оцениваете свою загруженность, интенсивность труда на основной работе?», %

Персонал		Довольно загружены, очень устаете	Нормально загружены, работаете в меру своих сил	Итого
Больницы	Врачи	63,7	36,3	100
	Медсестры	75,5	24,5	100
Поликлиники	Врачи	71,2	28,8	100
	Медсестры	72,4	27,6	100

Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Рис. 7. Основные виды нагрузки врачей в больницах, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

В отличие от больниц, в поликлиниках функции недостающего или отсутствующего персонала почти в одинаковой мере приходится выполнять врачам с самым разным стажем работы (во всех группах отмечены каждым четвертым респондентом). Сильнее же всего врачи жалуются на большой объем работы с документацией (рис. 8).

Что касается работающих в стационарах медсестер, то у них, вне зависимости от стажа, основная нагрузка связана с большим объемом чисто медицинской работы (рис. 9). Каждая четвертая или пятая медсестра (в зависимости от стажа) указала на нагрузку, связанную с заполнением больших объемов медицинской и иной документации, а также с выполнением

Рис. 8. Основные виды нагрузки врачей в поликлиниках, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

Рис. 9. Основные виды нагрузки медсестер в больницах, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

функций недостающего или отсутствующего персонала. Стоит отметить, что среди СМП молодые работники чаще помогают коллегам по работе, нежели более опытные.

В поликлиниках же основная нагрузка у медсестер связана с работой с документацией (рис. 10). Более опытные специалисты ощуща-

ют эту нагрузку в меньшей степени, однако с опытом растет нагрузка, связанная с выполнением функций недостающего или отсутствующего персонала.

Рост нагрузки, связанной в том числе с резким расширением регламентации и отчетности, подтвердили и опрошенные нами эксперты:

Рис. 10. Основные виды нагрузки медсестер в поликлиниках, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

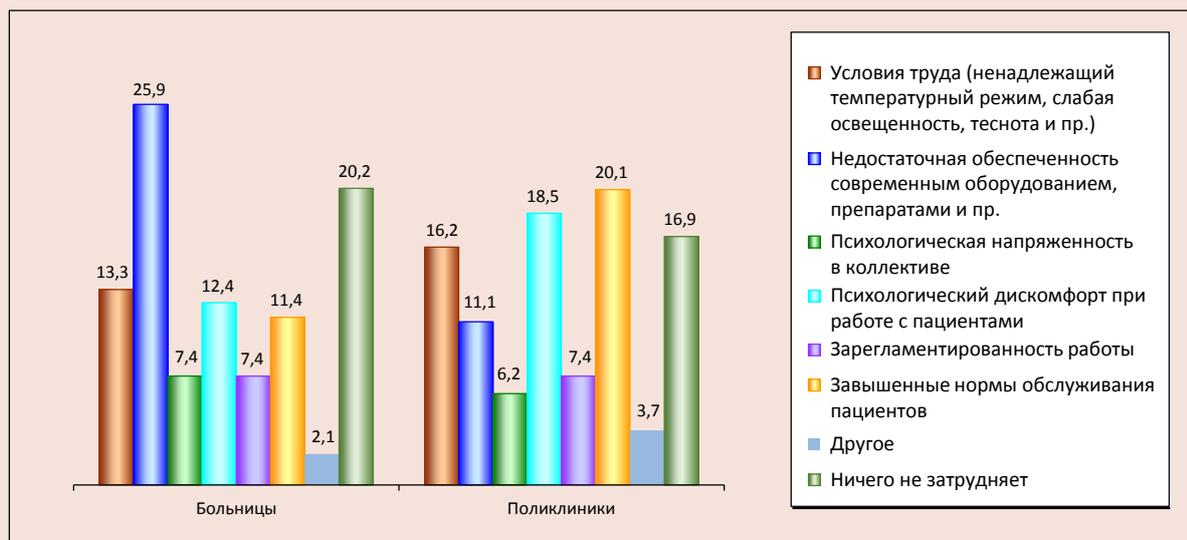
«Нагрузка, которая приходится сейчас на врачей и медсестер, совсем не та, что 10 лет назад. Не каждый готов это выдержать. И иногда это заставляет уходить в частные клиники, где нагрузка не такая высокая, как в государственных»; «Зарегламентированность работы — высокая, соблюсти все регламенты одновременно невозможно — просто потому, что невозможно все вспомнить в тот момент, когда нужно. У человека, постоянно принимающего пациентов, нет времени сидеть в правовых базах, да у него и образование не то ...».

Перегрузки усиливают риск быстрого профессионального выгорания, профилактикой которого, как подчеркивают эксперты, служит как раз «равномерное распределение нагрузки». Но, как выясняется, причины материального характера вынуждают заметную часть медработников искать возможности для дополнительного заработка. Именно на такую причину совместительства указали более трети работников городских стационаров. Судя по результатам опроса, врачи, работающие в больницах, гораздо чаще работают по совместительству или имеют другую подработку, нежели врачи, занятые в поликлиниках. Аналогичные тенденции обнаруживаются в отношении медицинских сестер.

Судя по диаграммам, представленным на рис. 11, помимо повышенной рабочей нагрузки работу медперсонала больниц затрудняет в первую очередь недостаточное обеспечение стационаров современным оборудованием, препаратами и материалами; с заметным отрывом от него идут такие факторы как завышенные нормы обслуживания пациентов и психологический дискомфорт от общения с последними. Для врачей и медсестер в поликлиниках факторами, затрудняющими работу, выступают прежде всего завышенные нормы обслуживания пациентов, проблемы коммуникаций с пациентами, а также недостаточно комфортные условия труда (теснота и т.д.).

В свою очередь, наши эксперты также обращали внимание на негативное влияние на трудовую мотивацию, которое оказывают недостаток оборудования и материалов («Если оборудование старое и у тебя все время проблемы то с расходниками, то с бланками, под тобой каждый раз падает стул, то это воспринимается как «меня не слышат и не уважают»); проблемы коммуникаций с пациентами («Жалуются на то, что при входе в процедурный кабинет попросили надеть бахилы, или на то, что попросили вести себя потише. Стало правилом, что

Рис. 11. Факторы, затрудняющие качественное выполнение работы медперсоналом поликлиник и больниц, %



Источник: составлено авторами на основе результатов научного проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», 2019 г.

медработника можно обругать, стукнуть, и за это ничего не будет. Это очень способствует тому, что люди уходят из профессии — риск того, что ты будешь неправильно оценен, назван вредителем, давит на медработников, которые знают, что они правы, но общественное мнение не дает им чувствовать себя спокойно»; «Человек должен получать удовлетворение от работы, если он старался и качественно оказал медицинскую помощь. Кроме нормальной заработной платы он должен чувствовать, что больные ему благодарны, что к нему относятся с уважением — потому что он, действительно, работает в тяжелых условиях. Эмоционально очень тяжело работать в ситуации, когда тебя подозревают, что ты — враг. Это очень сильно способствует эмоциональному выгоранию».

Профилактикой конфликтов с пациентами должна служить психологическая помощь: *«Должен быть баланс отрицательных и положительных эмоций. Медработники должны учиться восстанавливать свои эмоциональные силы: доктор не плохой — он устал. Не зря в других странах с медперсоналом работают психологи. У нас этого нет»; «Любой, даже самый высокопрофессиональный врач, будучи избит на приеме пациентом, просто уйдет. Медиков надо учить контролировать ситуацию — это определенный профессиональный риск, и надо самим стараться сводить такие ситуации к минимуму».*

Анализ результатов исследования позволяет указать еще на ряд инструментов материального и нематериального характера, позволяющих закрепить необходимые медицинские кадры и повысить качество их работы:

1. Повышение фиксированной части заработной платы (оклада). Статистика говорит о том, что эта часть оплаты труда медработников изменилась незначительно, а с учетом инфляции — практически не изменилась. Очевидно, что работникам спокойнее рассчитывать на полагающийся им оклад, нежели на такую непостоянную компоненту заработка, как премия. Так, на то, что для комфортной работы необходимо повышение базового оклада, указали 58,8 % медработников, работающих в больницах (чуть более трети указали на стимулирующие выплаты), и 65,5% поликлинических работников (стимулирующие выплаты отмечены четвертью респондентов из этой группы).

2. Выплата стимулирующих надбавок, важность которых отмечена более чем половиной респондентов, а также экспертами («Зарплата должна быть дифференцированной. Если между базовой и максимально высокой зарплатой разница небольшая, то это не будет являться мотивирующим фактором»), должна быть четко регламентирована — с тем, чтобы каждый понимал, за что он получает премию и что можно сделать, чтобы ее повысить без ущерба для основной деятельности.

3. Обеспечение адекватных условий труда:

- врачи должны лечить, а не заниматься иной деятельностью (планировать закупки медицинского инвентаря, лекарств и т.п. и, тем более, заниматься поиском поставщиков и непосредственно закупкой);

- необходимо увеличение количества времени, отводимого на прием пациента — в противном случае врач не может получить удовлетворения от собственной работы, не говоря уже о результате (на это указывают и зарубежные исследования [23]);

- адекватное планирование рабочего времени медработников — недопущение/ограничение переработок;

- создание возможностей для полноценного отдыха (иногда действенным методом профилактики профессионального выгорания может стать отправка в приказном порядке во внеплановый отпуск в санаторий или профилакторий);

- планирование «индивидуальной карты профессионального развития сотрудника»: с момента трудоустройства и до выхода на пенсию медработник должен иметь представление о возможных траекториях профессионального и карьерного роста, в том числе о сроках, в которые могут быть достигнуты те или иные этапы карьеры.

* * *

Таким образом, исследование показало, что в будущем даже в Москве с ее разнообразными возможностями подведомственные городу медицинские организации могут столкнуться с рядом кадровых дефицитов и дисбалансов. И хотя они не критичны, тем не менее подобный прогноз заставляет более внимательно взглянуть на то, как сегодня себя чувствуют столичные медицинские работники,

с тем чтобы, по возможности, скорректировать обнаруженные проблемы. Полученные в ходе исследования данные соответствуют выводам многочисленных специалистов, как ученых, так и практиков, о том, что в результате оптимизации и при необходимости достижения показателей по зарплате, соответствующих т.н. «майским указам» (2012 года), уровень нагрузки медработников существенно вырос. Между

тем, чрезмерная интенсивность труда, даже при увеличении материального вознаграждения, приводит к сокращению физических, интеллектуальных и психоэмоциональных ресурсов медицинского персонала, провоцирует хронические заболевания и эмоциональное выгорание. Это, в свою очередь, отражается на качестве медицинских услуг, а также на текучести кадров, включая уход из профессии.

Литература

1. *The world health report 2006: working together for health*. URL: https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1
2. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. URL: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
3. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. URL: <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2017.pdf>
4. Organization and financing of public health services in Europe. Ed. by Bernd Rechel, Elke Jakubowski, Martin McKee, Ellen Nolte. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf?ua=1
5. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health, with special applications for low- and middle-income countries. Ed. By Mario R. Dal Poz Neeru Gupta Estelle Quain Agnes L.B. Soucat. URL: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/25.pdf?ua=1>
6. Helderma J.-K. The crisis as catalyst for reframing health care policies in the European Union. *Health Economics, Policy and Law*, 2015, no. 10 (1), pp. 45–59.
7. Simou E., Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 2014, no. 115 (2-3), pp. 111–119.
8. Kyaddondo D, Whyte SR. Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, no. 18(4), pp. 329–342.
9. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Sciences and Medicine*, 1998, no. 47 (11), pp. 1781–1795.
10. Brewer CS, Zayas LE, Kahn LS, Sienkiewicz MJ. Nursing recruitment and retention in New York State: a qualitative workforce needs assessment. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2006, no. 7 (1), pp. 54–63.
11. Richardson G. et al. Economic Evaluation of a Nursing-Led Intermediate Care Unit. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2001, no. 17 (3), pp. 442–450.
12. Jumpa M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. *Human Resources for Health*, 2007.
13. Gruen R, Anwar R, Begum T et al. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine*, 2002, no. 54 (2), pp. 267–279.
14. Filc D., Davidovitch N. Rethinking the private-public mix in health care: Analysis of health reforms in Israel during the last three decades. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2016, no. 21 (4), pp. 249–256.
15. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Julien MR et al. How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 1998, no. 13 (3), pp. 332–338.
16. Bossert Th. Et al. Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning of human resources for health. URL: https://www.who.int/hrh/tools/assessing_financing.pdf
17. *Human resources for health: Overcoming the Crisis*. URL: https://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf
18. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
19. Ярашева А.В. Исследование кадрового потенциала московского здравоохранения // *Московская медицина*. 2019. № 3.

20. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы / О.А. Александрова, Е.И. Аксенова, А.В. Ярашева, Н.В. Аликперова, Ю.С. Ненахова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. № 5.
21. Александрова О.А., Комолова О.А. Формирование кадрового резерва руководителей столичных медучреждений в условиях реформы здравоохранения. Часть 1: Кадровый состав руководства медучреждений и проблемы его формирования в преддверии реформы здравоохранения // Труд и социальные отношения. 2019. Т. XXX. № 2 (152). С. 5–18.
22. Новикова Н.В., Поздеева О.Г. Прогнозирование национальной экономики: учебно-методическое пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2007.
23. Brooks C. Working with healthcare professionals. In: Walshe K. and Smith, J. (Eds.) Healthcare Management. Maidenhead: Open University Press, 2006.

Сведения об авторах

Азиза Викторовна Ярашева – д.э.н., профессор, профессор РАН, ведущий аналитик, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы (115088, Российская Федерация, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9), зав. лабораторией, Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН (117218, Российская Федерация, г. Москва, Нахимовский пр., д. 32; e-mail: baktriana@rambler.ru)

Ольга Аркадьевна Александрова – д.э.н., аналитик, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы (115088, Российская Федерация, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9), профессор департамента, Финансовый университет при Правительстве РФ (125167, Российская Федерация, г. Москва, Ленинградский пр-т, д.49; e-mail: a762rab@mail.ru)

Елена Ильинична Медведева – д.э.н., доцент, заведующий кафедрой, профессор кафедры, Государственный социально-гуманитарный университет (140411, Российская Федерация, Московская область, г. Коломна, ул. Зеленая, д. 30 кор. 1), ведущий научный сотрудник, Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН (117218, Российская Федерация, г. Москва, Нахимовский пр., д. 32; e-mail: e_lenam@mail.ru)

Наталья Валерьевна Аликперова – к.э.н., доцент департамента, Финансовый университет при Правительстве РФ (125167, Российская Федерация, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 49), аналитик, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы (115088, Российская Федерация, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9; e-mail: natalie_danilina@mail.ru)

Сергей Викторович Крошилин – к.т.н., доцент, проректор, Государственный социально-гуманитарный университет (140411, Российская Федерация, Московская область, г. Коломна, ул. Зеленая, д. 30 кор. 1), старший научный сотрудник, Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН (117218, Российская Федерация, г. Москва, Нахимовский пр., д. 32; e-mail: krosh_sergey@mail.ru)

Yarasheva A.V., Aleksandrova O.A., Medvedeva E.I.,
Alikperova N.V., Kroshilin S.V.

Problems and Prospects of Personnel Support of the Moscow Healthcare System

Abstract. The article is devoted to the study of the problem of personnel support in the capital's healthcare. Its research is connected, on the one hand, with the analysis of statistical data on the medical personnel staff in organizations, which allows building (on the basis of theoretical model) the prognosis of availability/absence of staff (according to different indicators). On the other hand, it is connected with the analysis of

motivational factors affecting entrance into the profession, long successful professional career, processes of “burnout” and retirement from the profession. In the article, we present the results of the scientific project, conducted in 2019, on studying problems of the quality of the staff in the Moscow’s system of healthcare within the implementation of the current capital standard of providing medical assistance. The usage of statistical, mathematical, and sociological research methods allowed us to identify not only the characteristic features of the available labor resources, but also the prospects of personnel support of Moscow healthcare institutions. The forecast for the development of the personnel potential of Moscow’s medical organizations is based on statistical data for the last 5 years (2014–2018). The prospects of changing of the age and gender structure of employees (doctors and nursing staff), the number of doctors of the most popular specialties in the capital are shown. On the basis of sociological surveys, we reveal the level of satisfaction of medical employees (depending on working experience) with working conditions (salaries in hospitals and clinics and its correspondence with the work performed). We also define main types of doctors and nursing staff’s workload, which act as motivational factors affecting the quality of medical assistance. On the basis of expert opinions, we show material and non-material factors that determine the increase of the personnel potential of the Moscow’s healthcare system.

Key words: healthcare, personnel support, working conditions, motivations, prospects of personnel needs, Moscow.

Information about the Authors

Aziza Viktorovna Yarasheva – Doctor of Sciences (Economics), Professor, RAS Professor, Leading Analyst, Research Institute Healthcare Organization and Medical Management of MHD (9, Sharikopodshipnikovskaya Street, Moscow, 115088, the Russian Federation), Head of the Laboratory, Institute of Socio-Economic Studies of Population of RAS (32, Nakhimovskii Ave., Moscow, 117218, the Russian Federation; e-mail: baktriana@rambler.ru)

Ol’ga Arkad’evna Aleksandrova – Doctor of Sciences (Economics), Analyst, Research Institute Healthcare Organization and Medical Management of MHD (9, Sharikopodshipnikovskaya Street, Moscow, 115088, the Russian Federation), Professor of the Department, Financial University under the Government of the Russian Federation (49, Leningradskii Ave., Moscow, 125167, the Russian Federation; e-mail: a762rab@mail.ru)

Elena Il’nichna Medvedeva – Doctor of Sciences (Economics), Associate Professor, Professor of Department, State Social and Humanitarian University (Build.1, 30, Zelenaya Street, Kolomna, Moscow Oblast, 140411, the Russian Federation), Leading Researcher, Institute of Socio-Economic Studies of Population of RAS (32, Nakhimovskii Ave., Moscow, 117218, the Russian Federation; e-mail: e_lenam@mail.ru)

Natal’ya Valer’evna Alikperova – Candidate of Sciences (Economics), Analyst, Research Institute Healthcare Organization and Medical Management of MHD (9, Sharikopodshipnikovskaya Street, Moscow, 115088, the Russian Federation), Senior Lecturer, Financial University under the Government of the Russian Federation (49, Leningradskii Ave., Moscow, 125167, the Russian Federation ; e-mail: natalie_danilina@mail.ru)

Sergei Viktorovich Kroshilin – Candidate of Sciences (Engineering), Associate Professor of Department, State Social and Humanitarian University (Build.1, 30, Zelenaya Street, Kolomna, Moscow Oblast, 140411, the Russian Federation), Senior Researcher, Institute of Socio-Economic Studies of Population of RAS (32, Nakhimovskii Ave., Moscow, 117218, the Russian Federation; e-mail: krosh_sergey@mail.ru)

Статья поступила 30.09.2019.