

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2.07(571.6)

В. Г. Дьяченко, В. Б. Пригорнев, Т. А. Костакова

КАДРОВЫЙ КРИЗИС СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

Аннотация. Отрасль здравоохранения Дальнего Востока испытывает серьезные трудности и не может в полной мере обеспечить предоставление населению региона необходимых видов и объемов медицинской помощи. Одним из наиболее важных направлений по обеспечению населения доступным и качественным обслуживанием является стратегия отбора, подготовки и распределения кадровых ресурсов здравоохранения.

Ключевые слова: Дальний Восток, медицинские кадры, кризис, здравоохранение.

Abstract. Healthcare of the Far East has serious difficulties and cannot provide to a full extent all required types of medical services in necessary volumes to all the population of the Far East. One of the most important steps aimed at provision accessible a high quality medical service is creating a strategy of selection, training and allocation of human personnel resources to different healthcare providers.

Keywords: Far East, medical human resources, crisis, healthcare.

Отрасль здравоохранения Дальнего Востока приближается к критической точке, когда наличное количество практикующих врачей, фельдшеров и медицинских сестер не сможет в полной мере обеспечить предоставление населению региона необходимые виды и объемы медицинской помощи. Одним из наиболее важных направлений по обеспечению населения доступными, качественными и безопасными услугами является стратегия отбора, подготовки и распределения кадровых ресурсов здравоохранения. В рыночных условиях очень важно, чтобы кадровая политика здравоохранении региона сочеталась с формированием рабочих мест в нужное время и в необходимом количестве.

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире, который увидел свет в 2007 г., особо отмечается, что в системах здравоохранения всех стран мира наблюдается кадровый кризис. «Одна из жизненно важных составляющих работы по укреплению системы здравоохранения – это люди. Однако для подготовки медицинских работников необходимо затратить много времени и вложить много денег», – сказал Генеральный директор ВОЗ д-р Ли Чон-вук. Цель кадровой политики в решении этих глобальных проблем здравоохранения достаточно проста – подготовить нужных работников нужной квалификации, поставить их в нужное место и дать нужное задание, при этом сохранить гибкость в целях реагирования на кризисные ситуации, решая существующие проблемы и предвосхищая будущие события. Шаблонный подход в этом случае работать не будет, поскольку эффективные стратегии в области

кадровых ресурсов должны соответствовать уникальным историческим условиям и ситуации каждой страны [1].

Образование определяет положение российского государства в современном мире и человека в обществе. Отечественное образование имеет глубокие исторические традиции, признанные достижения [2]. В последние десятилетия многие завоевания отечественной системы подготовки врачей и медицинского образования в целом оказались утраченными, поэтому направленность государственной политики в области медицинского образования должна быть изменена по нескольким направлениям. В частности, по направлению укрепления в российском обществе представления о подготовке специалистов для системы здравоохранения и медицинской науки как определяющих факторов экономического развития регионов России сегодня, а особенно завтра [3].

Одним из наиболее важных направлений по обеспечению населения доступными, качественными и безопасными услугами является стратегия отбора, подготовки и распределения кадровых ресурсов здравоохранения [4]. Эффективность функционирования систем здравоохранения различных стран зависит от результатов деятельности врачей и средних медицинских работников, что, в свою очередь, напрямую связано с уровнем их подготовки, наличием необходимого уровня знаний, навыков, умений и мотиваций. Ключевой проблемой, с которой сталкиваются лица, формирующие политику, является обеспечение систем здравоохранения достаточным кадровым потенциалом, для того чтобы они могли предоставлять услуги, которые улучшают или поддерживают здоровье населения [5, 6]. Они также сталкиваются с новыми тенденциями и проблемами, обусловленными демографическими, технологическими, политическими, социальными, экономическими и эпидемиологическими изменениями [7].

Дальний Восток России в начале XXI в., являясь зоной экономической депрессии, продолжает испытывать трудности в обеспечении трудовыми ресурсами большинства отраслей хозяйства региона. Причем качество имеющихся трудовых ресурсов с точки зрения их физического и психического здоровья значительно ниже, чем в соседних странах АТР. По мнению заместителя директора ИЭИ ДВО РАН С. Н. Леонова, «...прогнозируемые темпы роста ВРП Дальнего Востока в ресурсно-транзитном сценарии будут выше, чем в среднем по России, но этого будет недостаточно для преодоления сложившегося технологического отставания региона». По мнению других специалистов, к концу прогнозного периода резко возрастет уязвимость экономики сырьевой специализации Дальнего Востока России, в том числе и из-за дефицита ресурсов труда. В этой связи не следует рассчитывать на то, что формирующийся дефицит квалифицированных кадров будет покрыт за счет граждан Китая – выпускников российских вузов и колледжей, поскольку соседи по АТР ведут свою весьма эффективную кадровую политику, стимулирующую возвращение на родину студентов, обучающихся за границей [8, 9].

Предварительные данные изучения состояния здоровья трудовых ресурсов системы здравоохранения как основы медицины региона показывают, что состояние здоровья медицинских работников ниже, чем у жителей Дальнего Востока в целом. Тем не менее динамика роста числа врачей в регионе в 2001–2007 гг. относительно стабильна. Если же рассматривать относительные показатели обеспечения кадрами систем здравоохранения субъектов РФ

ДФО, то они также должны внушать оптимизм – от 36,4 до 81,0 на 10 тыс. населения, поскольку в России в целом этот показатель составляет 42,7 на 10 тыс. [10]. Однако при системном анализе обеспеченности кадрами ЛПУ бросаются в глаза значительные структурные диспропорции, которые заключаются в том, что «львиная» доля врачебных кадров концентрируется в областных/краевых больницах, а уже на уровне муниципальных поликлиник этих же городов ощущается недостаток квалифицированных врачей. Но самый острейший кадровый дефицит сформировался в ЛПУ районных центров, сельских участковых больницах и врачебных амбулаториях.

Не добавляют оптимизма данные мониторинга социологических опросов, проводимых сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ в течение последнего десятилетия среди врачей Дальнего Востока. Около половины опрошенных специалистов оценивают нынешнее положение дел в здравоохранении как плохое или кризисное. Большинство врачей (более 67,2 %) считают, что в ближайшие годы ситуация кадрового обеспечения отрасли здравоохранения не изменится к лучшему. Основной проблемой здравоохранения, среди прочих причин, называется полное равнодушие исполнительной и законодательной власти региона к проблемам отрасли. По данным опросов, более 1/3 молодых врачей планируют переехать в центральные регионы России, а около 5 % – за рубеж. Параллельно проводимые опросы выпускников региональных медицинских вузов показали, что 36,7 % из них планируют работать в ЛПУ центральных регионов России, а 9,4 % рассчитывают получить работу за рубежом [10].

По мнению анкетированных врачей и организаторов здравоохранения региона, структурная реформа отрасли не должна вести к сокращению числа лечебно-профилактических учреждений, коечного фонда и штатов ЛПУ. Большинство врачей муниципальных ЛПУ (66,3 %) высказываются за возвращение системы обязательного распределения выпускников вузов на рабочие места, видя в ней один из вариантов решения кадровой проблемы. По мнению специалистов, привлечь врачей в сельское здравоохранение можно путем значительного повышения заработной платы, улучшения материально-технической базы ЛПУ, создания оптимальных социально-бытовых условий.

При анализе вопросов, касающихся удовлетворенности врачей своей работой, респонденты высказывались практически единодушно: врачей в целом удовлетворяет работа по избранной специальности, а также такие ее компоненты, как психологический климат в коллективе и отношение с руководством, в то же время они не удовлетворены условиями и уровнем оплаты труда, перспективой продвижения по службе, престижностью медицины в обществе. Вызывает беспокойство тот факт, что большинство медицинских работников (78,9 %) оценивают свой уровень жизни как «ниже среднего» и «нищенский», а также указывают на проблемы со здоровьем.

Расчетные прогнозы кадрового обеспечения усугубляются формирующимся старением кадрового потенциала отрасли, когда число врачей предпенсионного и пенсионного возраста приближается к 40 %, а в возрастной структуре участковых врачей многих поликлиник и сельских врачебных амбулаторий превышает 2/3 наличного состава. Им на смену должны прийти «молодые специалисты» – выпускники дальневосточных медицинских вузов.

Таким образом, из всего наличного состава врачей региона (более 35 тыс.) ежегодно около 5 % должностей (1,75 тыс.) освобождаются и будут

освобождаться за счет естественного движения кадров. Кроме того, за счет уровня прогнозируемой миграции за пределы региона ежегодно будет становиться вакантными около 1 % – более 350 врачебных должностей, пополняется же отрасль здравоохранения ДФО специалистами с высшим медицинским образованием в объеме от 1,15 тыс. до 1,77 тыс. [10]. Следовательно, для сохранения статус-кво региональные медицинские вузы должны ежегодно формировать выпуск врачей и провизоров в объеме около 2100 человек, что в реальной ситуации недостижимо.

Следует отметить, что с 2001 г. медицинскими вузами ДФО всем без исключения территориям региона ежегодно представляется более 600 мест для обучения врачей и провизоров по целевому набору. К сожалению, сегодня менее половины «целевиков» возвращаются на работу в ЛПУ, которые направили их на учебу в медицинские вузы. В результате многие ЛПУ сельских и отдаленных северных районов региона в 2001–2008 гг. или заменили, или на грани замены участковых врачей фельдшерами, что отбрасывает провинциальную медицину по уровню качества и доступности квалифицированной помощи населению на 20–30 лет назад. В целом на фоне усугубляющихся кадровых диспропорций в ЛПУ отрасли здравоохранения выпускники четырех дальневосточных государственных медицинских вузов, обучающиеся за счет средств бюджета, продолжают трудоустраиваться не туда, где они требуются в первую очередь – на должности участковых врачей или врачей общей (семейной) практики. Чаще всего они пополняют коллективы коммерческих ЛПУ или, в крайнем случае, должности «узких» специалистов больниц и поликлиник крупных городов региона.

В настоящее время в медицинских вузах ДФО подготовка специалистов с высшим медицинским образованием проводится на шести основных факультетах: лечебно-профилактическом, медико-профилактическом, педиатрическом, стоматологическом, химико-фармацевтическом и высшего сестринского образования. Непрерывность обучения и необходимость перехода медицинского образования к международным стандартам предусматривают совершенствование системы подготовки студентов. После окончания вуза выпускник может выбрать «узкую» специальность, обучаться которой будет от 1,5 до 2 лет. Учебные программы подготовки ориентированы на обучение врача общей практики (семейного врача). После окончания института обучение может быть продолжено в клинической ординатуре и аспирантуре.

Однако образование врача с получением диплома не заканчивается. Последипломное образование осуществляется по двум направлениям – специализация и усовершенствование. Усовершенствованию подлежит каждый врач в среднем через пять лет работы.

Мировые процессы интеграции, затрагивающие и сферу образования, сегодня являются объективной реальностью [11, 12]. Поэтому российская система высшего медицинского образования, по существу имеющая европейские корни, не может находиться в изоляции [13]. После принятия 29 государствами подготовленной правительствами Великобритании, Германии, Италии и Франции в 1999 г. Болонской Декларации Европа вступила в эпоху всеобщих и глубоких преобразований национальных систем образования. В значительной мере «Болонский процесс» так или иначе затронет отечественное медицинское образование, в первую очередь те направления, которые непосредственно не связаны с традиционным «врачеванием», в частности это

образование специалистов, которые занимаются лабораторной и инструментальной диагностикой, несут различные надзорные функции, функции управления, менеджмента и т.п. Именно по этим направлениям и формируется дефицит специалистов. Как недавно отметил главный государственный санитарный врач РФ Г. Г. Онищенко, дефицит кадров в учреждениях Роспотребнадзора составляет около 20 %, в частности по специальностям: общая гигиена (28 %), коммунальная гигиена (16,7 %), эпидемиология (22 %), гигиена детей и подростков (27,5 %), радиационная гигиена (34,1 %) и т.п.

Адаптация отечественной системы медицинского образования, по нашему мнению, требует продуманной и последовательной политики, чтобы избежать, особенно на начальном этапе, снижения качества подготовки специалистов. Этот процесс в России вполне уместно оценить в историческом плане как беспрецедентно масштабный, глубокий и неоднозначный. Он формируется по четырем основным направлениям.

I. Переход национальных систем образования на близкие или совпадающие двухуровневые программы и квалификации высшего образования (условно – Бакалавр/Магистр).

II. Повышение статуса неуниверситетского сектора высшего образования (аналог среднего профессионального). Укрепляется связь среднего профессионального образования с университетским, в частности через открытие возможностей для продолжения образования по программам «Магистр». Цель – преодолеть тупиковость отечественного «техникумовского» образования и максимально исключить случаи «переучивания» с потерей предшествующих лет обучения.

III. Тенденция к сокращению нормативного срока обучения. Проявляется она прежде всего в повсеместном введении двухуровневой системы высшего образования, базовым в которой является первый уровень. Длительность программ этого уровня устанавливается от 3 до 4 лет. Принимаются программы второго уровня (Магистр) с продолжительностью от одного до двух лет.

IV. Изменения в структуре и организации докторских программ. Болонский процесс придает дополнительный импульс отмене сохранившихся в отдельных странах (Австрия, Германия, Россия и др.) двухуровневых структур научных степеней.

Если рассматривать более широко проблему качества подготовки именно медицинских специалистов в ДФО, то она упирается в ряд специфических особенностей. Например, остановимся на такой важнейшей проблеме, как обеспечение педагогического процесса в медицинских вузах клиническими базами, в полном объеме оснащенными современным оборудованием и аппаратурой для диагностической и лечебной работы. Все без исключения медицинские вузы ДФО в рейтинге Министерства образования занимают места в третьей десятке. Места в первой десятке занимают преимущественно те медицинские вузы России, у которых есть собственные клинические и экспериментальные базы, потому что такие базы – основа качественной подготовки врача.

С сожалением приходится констатировать, что в ДФО в настоящее время не только не строятся клиники для медицинских вузов, но начался процесс постепенного вытеснения медицинских вузов из региональных и муниципальных ЛПУ: появляются платные палаты, коммерческие пациенты, за подготовку студентов на базе ЛПУ с медицинских вузов пытаются взять

плату и т.п. В общем, система медицинского образования региона постепенно движется к тому, что студентам-медикам скоро негде будет получать практические навыки. Это отрицательно отразится на здоровье населения в ближайшие 10–15 лет.

Анализ изменений, происходящих в отечественном здравоохранении, позволяет нам прогнозировать вероятный сценарий (вариант) трансформации высшего медицинского образования в России (табл. 1) с ориентацией на преимущественную подготовку специалиста общего профиля – врача общей (семейной) практики. Подготовка такого специалиста подразумевает ряд непременных условий. В частности, необходимо гарантировать, что в процессе обучения врачи общей практики (в том числе врачи-педиатры и врачи-стоматологи общей практики) приобретут навыки, необходимые для профилактики, диагностики, лечения распространенных заболеваний и широкого круга патологических синдромов, травм и отравлений. Высшее медицинское образование будет длиться как минимум 5 лет при дневной форме обучения и состоять из теоретических дисциплин и практических занятий, проходить в университете или другом вузе, обеспечивающем обучение, приравненное к университетскому или курируемое университетом.

Таблица 1

Высшее медицинское образование в России
и возможный вариант его трансформации с 2015 г.

Характеристика системы	Система медицинского образования в России до 2015 г.	Система медицинского образования в России после 2015 г.
1	2	3
Принадлежность образовательных учреждений	Государственные	Государственные и негосударственные
Система руководства	Централизованная, государственная	Централизованная, децентрализованная,
Основной источник бюджета вузов	Субсидии из госбюджета	Плата за обучение, доходы клиники и НИОКР
Стоимость образования для обучающихся в государственных вузах	Бесплатное или платное от 2 до 4 тыс. УЕ в год	Платное за счет госзаказа или образовательного кредита от 4 до 8 тыс. УЕ в год
Длительность довузовской общеобразовательной подготовки	11-летняя общеобразовательная школа и/или медицинский колледж	11-летняя общеобразовательная школа + 3-летний медицинский колледж
Порядок приема в вуз	Бесплатные экзамены (ЕГЭ) в средней школе и вузе	ЕГЭ в сочетании с психологическим тестированием
Длительность общебиологической и теоретической подготовки в вузе	3 года	2 года
Длительность клинического обучения	3 года	3 года

1	2	3
Специальность по окончании вуза	Лечебное дело, педиатрия, стоматология, медикопрофилактическое дело, фармация, сестринское дело, медицинская биохимия, биофизика, кибернетика (Пр. МЗ № 553. 20.08.07)	Магистр медицины
Длительность интернатуры	1 год	1 год
Специальность по окончании интернатуры	Врачи-специалисты широкого профиля: терапевт, хирург, акушер-гинеколог, педиатр, детский хирург, стоматолог	Врач общей (семейной) практики, врач-педиатр общей практики, врач-стоматолог общей практики
Длительность ординатуры (резидентуры)	2 года	2 года
Специальность по окончании клинической ординатуры	Врачи-специалисты узкого профиля	Врачи-специалисты узкого профиля
Организация последипломного повышения квалификации	Учеба на курсах повышения квалификации в специальных учебных заведениях и факультетах 1 раз в 5 лет с последующей аттестацией на получение или подтверждение II, I или высшей категории	Подтверждение лицензии или сертификата специалиста через каждые 3 года с предоставлением документа о повышении квалификации в объеме не менее 144 часов

Исходя из требований рынка труда, выпускник современного регионального медицинского вуза должен:

- получить развернутое академическое образование и быть способным практиковать в основных областях клинической медицины;
- быть способным работать в системе здравоохранения совместно с другими врачами-клиницистами;
- должен иметь хорошие коммуникативные навыки;
- быть готовым совершенствоваться в течение всей жизни и продолжать профессиональный рост;
- быть способным работать, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических навыков.

Список литературы

1. Совместная работа на благо здоровья : доклад о состоянии здоровья в мире. 2006 год ВОЗ. – Режим доступа: bookorders@who.int
2. **Альтбах, Ф.** Высшее образование и ВТО: безумие глобализации / Ф. Альтбах // Вестник высшей школы. – 2001. – № 6.

3. **Дьяченко, В. Г.** Нам надоело быть временщиками / В. Г. Дьяченко // Мед. газета. – 2007. – 10 октября. – № 6. – С. 4–5.
4. **Хальфин, Р. А.** Основные принципы стратегического планирования / Р. А. Хальфин // Коллегия Министерства здравоохранения РФ 20–21 марта 2001 г. : сборник докладов. – М., 2001. – С. 84–85.
5. WHO Regional Office for Europe «Кадровые ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ». – 2006. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>.
6. **Askildsen, J. E.** Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses' labour supply / J. E. Askildsen, T. H. Holmås // Health Economics. – 2003. – V. 12 (9). – P. 705–719.
7. **Dubois, C. A.** Human resources for health in Europe / C. A. Dubois, M. McKee, E. Nolte // Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, по состоянию на 26 июня 2006 г.).
8. Гули люсюэшэн хуэйго [Поощрять студентов, обучающихся за границей возвращаться в Китай] // Информационный центр Госсовета КНР. 2004. 30 сентября. – Режим доступа: <http://www.china.org.cn/chinese/zhuanti/qkjc/648434.htm>.
9. Ху Цзиньтао: люсюэ жэньюань яо вэй цзуго сяньдай хуа шиэ цзо гунянь [Ху Цзиньтао: лица, обучающиеся за границей, должны вносить вклад в дело модернизации родины] // И. А. Синьхуа. – 2003. – 30 окт.
10. Статистический сборник. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю. – Хабаровск, 2007. – 175 с.
11. **Пригорнев, В. Б.** Некоторые оценки и характеристики профессиональных намерений выпускников ДВГМУ / В. Б. Пригорнев [и др.] // Семейная медицина: проблемы и перспективы : материалы II научно-практической конференции. – Хабаровск, 2001. – С. 26–29.
12. **Олдермен, Д.** Глобализация высшего образования: несколько замечаний по поводу свободного рынка и национального интереса / Д. Олдермен // Высшее образование в Европе. – 2001. – Т. 26. – № 1.
13. **Buchan, J.** International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications / J. Buchan, T. Parkin, J. Sochalski. – Geneva, World Health Organization, 2003. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf, по состоянию на 21 июня 2007 г.).

Дьяченко Владимир Гаврилович

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра общественного здоровья
и здравоохранения, Дальневосточный
государственный медицинский
университет (г. Хабаровск)

E-mail: nauka@mail.fesmu.ru

Dyachenko Vladimir Gavrilovich

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of public health
and health care, The Far Eastern State
medical university (Khabarovsk)

Пригорнев Владимир Борисович

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра общественного здоровья
и здравоохранения, Дальневосточный
государственный медицинский
университет (г. Хабаровск)

E-mail: nauka@mail.fesmu.ru

Prigornev Vladimir Borisovich

Doctor of medical sciences, professor,
subdepartment of public health
and health care, The Far Eastern State
medical university (Khabarovsk)

Костакова Татьяна Александровна
заведующая отделом аспирантуры
и докторантуры, Дальневосточный
государственный медицинский
университет (г. Хабаровск)

E-mail: nauka@mail.fesmu.ru

Kostakova Tatyana Alexandrovna
Head of postgraduate and doctoral
candidacy department, The Far Eastern
State medical university (Khabarovsk)

УДК 614.2.07(571.6)

Дьяченко, В. Г.

Кадровый кризис системы здравоохранения Дальнего Востока России / В. Г. Дьяченко, В. Б. Пригорнев, Т. А. Костакова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2009. – № 3 (11). – С. 100–108.