

УДК 331.104
ББК 65.05

DOI 10.24411/2618-9852-2020-15301

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Э. Ж. Аминова, Л. В. Прохорова

Челябинский государственный университет,
Челябинск, Россия

В статье исследуются проблемы российского здравоохранения: от недостатка объективной информации о его реальном состоянии до нехватки специалистов. Особенности конкуренции на рынке труда среди специалистов медицинского профиля отмечаются как по конкретным узким специальностям, так и по их востребованности в разных населенных пунктах.

Ключевые слова: *медицинская помощь, кадровые ресурсы, здравоохранение.*

PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF LABOR MARKET IN HEALTH CARE

E.Zh. Aminova, L.V. Prokhorova

Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia

The article examines the problems of Russian health care: from the lack of objective information about its real state, to the lack of specialists. Features of competition in the labor market among medical specialists are noted both for specific narrow specialties and for their demand in different localities.

Keywords: *medical care, human resources, health care.*

Большая часть нашего населения просто не попадает в сферу интереса и наблюдения нашей медицины до того момента, пока не случится катастрофа, то есть тяжелое заболевание.

И еще вопрос о доступности помощи. Не везде в стране есть поликлиники действительно «по месту жительства»: встал в электронную очередь, проконсультировался и пошел дальше по своим делам. Даже в Москве, чтобы попасть к узкому специалисту, сначала нужно попасть к терапевту за направлением. И хотя власть уверяет население, что бесплатная медицина у нас качественная, существует огромное недоверие к бесплатному врачу. У нас, между прочим, растет

доля людей, которые занимаются самолечением, в том числе среди довольно обеспеченных. Потому что бесплатный врач по нормативу принимает 12 минут. Спрашивает: «На что жалуетесь?» И одновременно в компьютере заполняет историю болезни.

12 минут и не секундой больше, потому что его штрафуют за несоблюдение норматива.

Реальное состояние здоровья нашего населения довольно плохое. Известна классификация, использующая оценки «группы здоровья».

1. Лучшая группа, когда человек здоров.
2. «Лица, которые имеют патофизиологические и биохимические изменения

в организме». Они, например, часто болеют ОРВИ.

3. К частым заболеваниям ОРВИ прибавляется «хроническое протекание болезней без обострений на протяжении года».
4. Появляются «хроническое протекание с обострениями».
5. Инвалиды — около 10 % населения [3].

Кстати, школьники тоже не блещут здоровьем. Выборочные исследования говорят, что у многих выпускников школ уже есть хронические заболевания. Особо выделил бы зубы. Это колоссальная проблема. Где вы найдете бесплатного стоматолога? Формально они есть, но вы попробуйте к ним попасть.

Все это говорит о том, что объем необходимой медицинской помощи, который надо оказать нашему населению, намного больше, чем тот, что оказывается сейчас.

Экономия на медицине в стране тянется еще с советских времен. Есть официальные данные: в России тратится на здравоохранение государственных средств (ОМС плюс бюджет) 3,7 % ВВП. В странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) этот показатель 6—7 %. При этом мы должны иметь в виду, что ВВП на душу населения в этих странах более чем в два раза выше нашего. Но даже эти 3,7 % ВВП во многом тратятся неэффективно. В правительстве призывают: «Сначала наведите порядок внутри этих 3,7 %, а потом будем думать, как увеличивать финансирование». Это неправильный подход. Надо делать и то, и другое. Потому что пока мы будем наводить порядок, наше население потеряет остатки здоровья [1; 4].

Тем временем власть призывает к технологическому рывку. У меня вопрос: кто будет работать в этой новой прекрасной экономике будущего? Кого будут учить компетенциям XXI века? Насквозь больное население?

Есть проблема занятости так называемых предпенсионеров. Исследования показывают, что действительно к 60 годам многие мужчины в России не могут физически работать, так как у них уже со здоровьем не очень. В России возрастной рубеж, когда человек считает себя уже пожилым, 60 лет. А в Европе 70. Это огромный разрыв [5].

У нас тяжелобольное общество, которому придется вызывать «скорую помощь», иначе будущее вообще не будет.

Считаем, что было бы неплохо провести медицинскую перепись населения России с выявлением реального состояния его здоровья. Как это организовать, чтобы обошлось без имитации и принуждения, непростой вопрос.

Но вот массово обследовать всех детей можно. У нас же теперь образование начинается с трех

лет, и почти все дети проводят значительную часть времени в образовательных учреждениях. Что-то можно сделать на месте, что-то с организованным выездом в поликлинику и диагностический центр. Но на это нужны деньги, которых нет, а также врачи с медсестрами, которые у нас в дефиците.

«Оптимизация» в здравоохранении началась в 2000-х. Казалось, экономика тогда росла, у государства появились дополнительные деньги и можно было много чего сделать в здравоохранении, даже приоритетный национальный проект придумали.

Но вместо того, чтобы заняться организацией доступной медицины, ее решили централизовать: построить высокотехнологичные центры, всех врачей-специалистов перевести в крупные поликлиники. А народ пускай туда ездит и получает качественную помощь. Но в российских реалиях проект оказался утопией. Во-первых, у нас немыслимые расстояния. Во-вторых, ужасные дороги. В-третьих, а на чем ехать? Не у каждого есть машина. А на общественном транспорте, который ходит в районный или региональный центр два раза в сутки, не наездишься...

«Оптимизация» привела к тому, что численность занятых в здравоохранении стала уменьшаться. Если в 2005 году в государственных и муниципальных медицинских учреждениях работало 4,1 млн человек, то в 2016 году их осталось 3,8 млн. Численность врачей за этот же период сократилась с 690 до 681 тысячи. А ведь объективная потребность в медицинских услугах не стала меньше, а наоборот увеличилась хотя бы из-за старения населения [7].

Проблем добавил, конечно же, майский указ президента от 2012 года. Из него следовало, что врачи должны получать 200 % от средней зарплаты по региону, а медсестры 150 % [2]. Хороший указ, социально продвинутый. Но что оказалось? Адекватных задаче денег не дали. Поэтому несчастные администраторы главные врачи больниц и поликлиник начали людей увольнять, а оставшиеся вынуждены были брать дополнительную нагрузку с не столь значительным повышением зарплаты.

Стали массово переводить санитарок в уборщицы. А в этом качестве они не попадают под президентский указ. Значит, не надо повышать им зарплату.

Кроме того, в медицине весьма распространено огромное неравенство по зарплатам внутри медицинского учреждения. Главные врачи могут получать сотни тысяч рублей в месяц, а простые врачи 20 тысяч. Но, когда считают среднюю зарплату, сумма выходит довольно приличная [6].

Получается, что типовой врач перерабатывает очень сильно. И недаром те из них, кто сейчас протестует в разных частях страны, говорят, что у них нет жизни вообще. Современный врач должен вообще-то работать меньше восьми часов, и тогда у него остается время на отдых и самообразование. Он должен, между прочим, знать английский язык, чтобы знакомиться с современными методами лечения, новыми препаратами. А нашему российскому врачу дай бог вечером до койки добраться.

Когда человек болеет онкологией, ему вряд ли стоит прописывать витамины. Радикальное средство лечения — это, конечно, форсированное увеличение государственного финансирования здравоохранения. Разумеется, надо наводить порядок в том, что есть, но и денег добавлять тоже надо. А деньги есть. Это и профицит бюджета, и Фонд национального благосостояния, и, конечно, речь должна идти о так называемом «бюджетном маневре» перераспределении бюджетных средств в пользу здравоохранения и образования.

Но кроме дефицита денег есть еще и системная ошибка российское здравоохранение устроено институционально неправильно. У нас его финансирование идет в основном через ОМС. Давайте посмотрим, что это такое в условиях России? При средней зарплате в 40 тысяч рублей, 5,1 % отчислений в ОМС это 2 тысячи рублей в месяц, в год 24 тысячи. Это очень и очень мало. Это происходит потому, что эта сумма должна обеспечить не только достойные зарплаты врачей и медперсонала, но и содержание материальной части медицинских учреждений, амортизацию оборудования, коммунальные платежи [8].

У нас действительно из-за того, что слабо первичное звено, которое могло бы лечить человека в самом начале болезни, люди массово попадают в больницу сразу в тяжелом состоянии. И выходит, что 24 тысячи рублей, накопленные за год, могут быть запросто потрачены за пару дней лежания в стационаре.

По сути, система ОМС к страхованию имеет весьма отдаленное отношение. Она могла бы быть эффективной, только когда у большинства населения были бы высокие зарплаты и с их взносов можно было бы обеспечивать квалифицированную дорогостоящую медицинскую помощь.

Агентство Bloomberg регулярно рассчитывает эффективность систем здравоохранения наиболее развитых стран мира. В расчет берется продолжительность жизни, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения. Так вот, в

2018 году среди 56 государств. Россия оказалась на 53-м месте [1; 2].

Нужно вводить элементы бюджетной медицины. Допустим, за счет бюджета оплачивать помощь, начиная с узких специалистов (так называемое «второе звено») и заканчивая высокотехнологичной помощью в стационарах. А ОМС пусть оплачивает только первичное звено и скорую помощь. Если страховой платеж (5,1 % зарплаты) пойдет только на эти цели, то можно будет радикально улучшить материально-техническую базу и без проблем поднять до достойного уровня ставки (не считая надбавок) врачей и другого медперсонала.

Принципиальный момент первичное звено должно стать муниципальным. У нас же муниципальная медицина практически уничтожена переводом поликлиник и больниц в региональное подчинение. А вот если граждане избрали свою муниципальную власть, которая отвечает и за первичное звено медицины, то тогда они с нее вправе спрашивать, как используются деньги, которые на это идут.

Все, что касается доступной медицины, это еще и общественный запрос. Наши люди пассивно ждут изменений. У нас совершенно не развита система оценки врача населением.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России является образовательной организацией, следовательно, основным технологическим и производственным процессом организации является образовательная деятельность.

В ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России реализуются образовательные программы среднего, высшего, профессионального, среднего общего образования, дополнительные общеобразовательные программы и программы интернатуры в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности, дополнительные профессиональные программы.

Реализация программ интернатуры производится в соответствии с законами в области охраны здоровья до истечения нормативных сроков освоения представленных образовательных программ лицами, которые приняты на данное обучение.

Процесс обучения в ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России производится в заочной, очной, очно-заочной форме с учетом потребностей и возможностей личности в зависимости от количества обязательных занятий педагогического работника обучающимися.

Для реализации стратегических целей ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России должно провести следующие мероприятия:

- Доля выпускников ПОО, которые трудоустроены по приобретенным специальностям

и профессиям в течение года после окончания обучения, в общем количестве выпускников — 60 %.

- Рост профессиональной компетентности педагогических и управленческих кадров в соответствии с требованиями модернизируемой системы профессионального образования.
- Оптимизация управления финансовыми ресурсами, обеспечивающими реализацию программ развития [8].

В качестве основных направлений взаимодействия ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России и работодателей можно выделить следующие:

Сохраняется тенденция увеличения конкуренции на рынке частной медицины.

Конкуренция за медперсонал переместилась в регионы страны — как в города, так и в областные центры.

1. Государственная медицина — основной конкурент крупных коммерческих центров за персонал и пациентов.
2. Сохраняется тенденция увеличения конкуренции на рынке частной медицины.
3. Развитие рынка медицинского туризма.

Росту рынка частной медицины способствовала в том числе и реформа здравоохранения.

Появляются новые клиники, оказывающие разный спектр услуг для различной целевой аудитории и отличающиеся размером среднего чека.

Развиваются новые крупные, мелкие, узкоспециализированные и широкопрофильные медицинские центры.

1. Лидеры рынка увеличивают филиальную сеть, укрупняя и укрепляя мощности, осваивая новые районы городов и предлагая редкие новые услуги.
2. Новичкам рынка, особенно когда речь идет о небольших по площади и мощностям клиниках, приходится подключать все возможные ресурсы для выживания.
3. Продолжают развиваться многопрофильные медицинские центры, располагающие стационарами с операционными и индивидуальными палатами, собственной службой и каретами скорой помощи; крупные реабилитационные и диагностические центры.
4. По-прежнему сохраняется тенденция инвестирования в приобретение или строительство зданий под медицинский центр, а не просто аренды помещений.
5. Медицинские центры активно рекламируют своих уникальных специалистов и оборудование, используя соответствующие тематические сайты и форумы.

Таким образом, тенденция роста и развития многообразия рынка медицинских услуг при-

водит к росту спроса на специалистов в медицине.

До 2023 года клиники планируют расширять спектр услуг. Среди направлений лидируют:

- хирургия;
- онкология;
- педиатрия;
- репродуктивные технологии;
- b2b направления — производственная медицина, профессиональные осмотры.

Большинство клиник планируют расширять свои сети только в регионах присутствия, почти $\frac{1}{3}$ собирается выходить в новые регионы [10;11].

Конкуренция за медперсонал переместилась в регионы страны — как в города, так и в областные центры.

Конкуренция за медперсонал переходит с местного, регионального на федеральный уровень. Острее всего в медицинских кадрах нуждаются города-миллионники.

Но высокая конкуренция за медперсонал в частной медицине наблюдается уже не только в крупных городах, но и в областных центрах и малых городах.

Из-за дефицита кадров по всей России клиники в регионах все чаще предлагают кандидатам работу с переездом в их регион.

1. За прошедшие 3 года количество вакансий врачей с релокацией по России в нашем кадровом агентстве увеличилось до 40 %.
2. По сути, это означает, что клиники-работодатели в Москве, Екатеринбурге, Южно-Сахалинске и, к примеру, в Коврове Владимирской области выходят на один уровень конкуренции за кадры по всей стране.
3. Как следствие, происходит выравнивание зарплатных предложений в схожих регионах России, с одной стороны, и рост зарплат в наименее привлекательных для переезда врачей регионах, с другой. У хороших кандидатов одновременно есть несколько предложений о переезде в разные регионы страны.

Государственная медицина — основной конкурент крупных коммерческих центров за персонал и пациентов.

Последние 2 года между рынком труда в госсекторе и коммерческой медицины появился некий баланс.

Часть врачей перешли на постоянную работу в частные клиники, при этом часть из них вернулись в государственные клиники. Это отражается в предпочтениях соискателей при выборе частной клиники или принятия решения об уходе в госсектор.

1. Хотя тенденция к выбору формата совместительства и подработки в частных цен-

трах сохраняется, крупные государственные клиники в некоторых регионах становятся более интересными работодателями для врачей, в том числе для первичного звена.

2. Нередко частным клиникам приходится повышать свои зарплаты медработникам вслед за повышением неких выплат или надбавок в государственном секторе.
3. Поэтому государственные клиники — остаются главным конкурентом частных клиник за персонал.

Развитие телемедицины получает новое ускорение.

Развитие телемедицины обусловлено не только новыми технологическими возможностями, но также нехваткой врачей, ростом количества пациентов и нехваткой у них свободного времени [9].

Когда дело не касается выполнения медицинских манипуляций, связанных с непосредственным физическим контактом медицинского работника и пациента, врачи посредством дистанционных медицинских технологий могут предоставлять помощь эффективнее и с меньшими затратами, особенно в тех случаях, когда речь идет об отдаленных районах, что особенно актуально для России.

Развитие рынка телемедицины в зарубежных странах происходит стремительными темпами, у нас же есть спрос, но мы в самом начале создания законодательной и материально-технической базы для роста этого направления.

В будущем все это обязательно найдет отражение в форме занятости врачей.

Развитие рынка медицинского туризма.

Разработан механизм стимулирования развития рынка въездного медицинского туризма.

Механизм включает следующие шаги со стороны государства:

- пересмотр визовых правил;
- развитие инфраструктуры;
- создание экспортно ориентированных медицинских кластеров;
- подготовка кадров.

Рассматривается возможность введения специальной медицинской визы, чтобы упростить въезд в Россию иностранным гражданам.

Также планируется развитие информационных ресурсов на иностранных языках, ориентированных на цифровое продвижение в мире российских медицинских услуг.

Экономический кризис 2015—2016 гг. и ослабление курса рубля способствовали в том числе увеличению количества медицинских туристов,

приезжающих в Россию. По данным Российской ассоциации медицинского туризма (АОММТ), за 2017 г. Россию в медицинских целях посетили более 110 тыс. граждан других стран [11].

Более чем в 2 раза выросло количество приезжих из Китая и Южной Кореи, посещавших города Сибирского ФО и Москву с целью получения медицинской помощи в следующих сферах:

- стоматология,
- пластическая хирургия,
- гинекология (ЭКО),
- косметология.

Основной причиной популярности подобных поездок выступили существенно более низкие цены на обозначенные услуги при достаточно высоком уровне качества.

Самым популярным медицинским направлением среди иностранных граждан оказывается стоматология, ее выбирали около 44 % зарубежных пациентов.

Лидеры среди стоматологических услуг для туристов стали Воронеж, Владимир и Рязань.

Однако подавляющее большинство медицинских туристов выбирают клиники Москвы и Санкт-Петербурга.

За оказанием гинекологических и урологических медицинских услуг обращались 25 % туристов. Пластическая хирургия и офтальмология интересовала 10 % приезжих. 5 % иностранных граждан приезжали в Россию решать проблемы, связанные с кардиологией [11].

После кризиса выездной медицинский туризм пока так и не перешел в фазу роста. Но параллельно развивается внутренний медицинский туризм.

Здесь можно выделить 2 основных направления:

- жители регионов едут в Москву, Санкт-Петербург, Казань и другие крупные города ради высококвалифицированной и специализированной помощью, которую они не всегда могут получить по месту жительства,
- жители страны едут в регионы за медицинской помощью с целью сэкономить, выбирая клиники с более низкими ценами на услуги.

Здесь также самым популярной специализацией является стоматология.

Таким образом, на основе проведенного исследования и выделенных современных тенденций в области спроса на узких специалистов-медиков необходимо скорректировать систему их подготовки и разработать меры по удовлетворению потребностей рынка труда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверин, А. Н. Финансовое обеспечение социальной политики и социальной сферы / А. Н. Аверин // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. — 2018. — № 2 (93). — С. 135—139.
2. Авксентьев, Н. А. Прогноз расходов на здравоохранение в России до 2030 года / Н. А. Авксентьев // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. — 2017. — № 1 (35). — С. 63—76.
3. Баева, А. А. Проблемы регионального управления в системе здравоохранения / А. А. Баева // Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. — 2017. — № 6. — С. 80—85.
4. Банин, С. А. Справедливое финансирование — главная цель функционирования системы здравоохранения / С. А. Банин // Инновационное развитие экономики. — 2015. — № 4 (40). — С. 129—135.
5. Басова, А. Г. Влияние современного развития здравоохранения на экономику России / А. Г. Басова // Проблемы науки. — 2018. — № 4 (17). — С. 53—59.
6. Васильев, В. П. О материально — финансовом обеспечении здравоохранения / В. П. Васильев // Социологические исследования. — 2018. — № 3. — С. 150—154.
7. Гегерь, Э. В. Актуальные вопросы совершенствования управления здравоохранением с использованием информационных технологий / Э. В. Гегерь // Фундаментальные исследования. — 2017. — № 3. — С. 30—34.
8. Горшкова, Л. В. Проблемы оценки эффективности затрат на здравоохранение / Л. В. Горшкова // Сервис в России и за рубежом. — 2017. — Т. 11, № 6 (76). — С. 137—151.
9. Губайдуллина, А. Р. Организация взаимодействия органов государственной власти в управлении здравоохранением: основные проблемы / А. Р. Губайдуллина // Наука через призму времени. — 2018. — № 1 (10). — С. 221—224.
10. Гущина, Е. Ю. Механизм финансирования учреждений здравоохранения в решении социальных проблем / Е. Ю. Гущина // Современные тенденции развития науки и технологий. — 2018. — № 10. — С. 29—32.
11. Данилова, Г. В. Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения / Г. В. Данилова // Наука и экономика. — 2018. — № 2. — С. 12—17.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Аминова Эльвира Жавдатовна — магистрант кафедры менеджмента Челябинского государственного университета, Челябинск, Россия. elvira_a14@mail.ru;

Прохорова Людмила Вячеславовна — кандидат технических наук, доцент кафедры менеджмента Челябинского государственного университета, Челябинск, Россия. lvpro@mail.ru.

REFERENCES

1. Averin A.N. Finansovoe obespechenie sotsial'noi politiki i sotsial'noi sfery [Financial support of social policy and social sphere]. *Nauka i obrazovanie: khozyaistvo i ekonomika; predprinimatel'stvo; pravo i upravlenie* [Science and education: economy and economy; entrepreneurship; law and management], 2018, no. 2 (93), pp. 135—139. (In Russ.).
2. Avksentiev N.A. Prognoz raskhodov na zdravookhranenie v Rossii do 2030 goda [Forecast of expenditures on healthcare in Russia until 2030]. *Nauchno-issledovatel'skii finansovyi institut. Finansovyi zhurnal* [Scientific-research financial Institute. Financial magazine], 2017, no. 1 (35), pp. 63—76. (In Russ.).
3. Baeva A.A. Problems of regional management in the health system [Problemy regional'nogo upravleniya v sisteme zdravookhraneniya]. *Obrazovanie i nauka bez granits: sotsial'no-gumanitarnye nauki* [Education and science without borders: social and humanitarian Sciences], 2017, no. 6, pp. 80—85. (In Russ.).
4. Banin S.A. Spravedlivoe finansirovanie — glavnaya tsel' funktsionirovaniya sistemy zdravookhraneniya [Fair financing — the main goal of the functioning of the health system]. *Innovatsionnoe razvitie ekonomiki* [Innovative development of the economy], 2015, no. 4 (40), pp. 129—135. (In Russ.).
5. Basova A.G. Vliyanie sovremennogo razvitiya zdravookhraneniya na ekonomiku Rossii [The Impact of modern health care development on the Russian economy]. *Problemy nauki* [Problems of science], 2018, no. 4 (17), pp. 53—59. (In Russ.).
6. Vasil'ev V.P. O material'no — finansovom obespechenii zdravookhraneniya [On material and financial support of health care]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological research], 2018, no. 3, pp. 150—154. (In Russ.).

7. Geger E.V. Aktual'nye voprosy sovershenstvovaniya upravleniya zdravookhraneniem s ispol'zovaniem informatsionnykh tekhnologii [Topical issues of improving healthcare management using information technologies]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental research], 2017, no. 3, pp. 30–34. (In Russ.).

8. Gorshkova L.V. Problemy otsenki effektivnosti zatrat na zdravookhranenie [Problems of evaluating the effectiveness of health care cost]. *Servis v Rossii i za rubezhom* [Service in Russia and abroad], 2017, vol. 11, no. 6 (76), pp. 137–151. (In Russ.).

9. Gubaidullina A.R. Organizatsiya vzaimodeistviya organov gosudarstvennoi vlasti v upravlenii zdravookhraneniem: osnovnye problemy [Organization of interaction of state authorities in health care management: main problems]. *Nauka cherez prizmu vremeni* [Science through the prism of time], 2018, no. 1 (10), pp. 221–224. (In Russ.).

10. Gushchina E.Yu. Mekhanizm finansirovaniya uchrezhdenii zdravookhraneniya v reshenii sotsial'nykh problem [Mechanism of financing of healthcare institutions in solving social problems]. *Sovremennye tendentsii razvitiya nauki i tekhnologii* [Modern trends in the development of science and technology], 2018, no. 10, pp. 29–32. (In Russ.).

11. Danilova G.V. Finansovoe obespechenie uchrezhdenii zdravookhraneniya [Financial support of health-care institutions]. *Nauka i ekonomika* [Science and Economics], 2018, no. 2, pp. 12–17. (In Russ.).