

УДК 338.49 + 331.108

**Парфенов Владимир Петрович**

магистрант направления подготовки  
«Государственное и муниципальное  
управление»  
Российская академия народного хозяйства и  
государственной службы при Президенте РФ  
Челябинский филиал  
Челябинск, Россия  
parfenov.vladimir@list.ru

**Vladimir P. Parfenov**

Post-graduate student of the Faculty  
of public administration  
Russian academy of national economy and  
public service under the President  
of the Russian Federation  
Chelyabinsk branch  
Chelyabinsk, Russia

**ПРОБЛЕМАТИКА КАДРОВОГО «ГОЛОДА»  
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ<sup>1</sup>**

**PROBLEMS OF PERSONNEL "HUNGER"  
IN THE HEALTH CARE SYSTEM  
OF THE CHELYABINSK REGION**

**Аннотация**

В статье рассмотрены проблемные составляющие нехватки кадров в региональной системе здравоохранения. Проанализированы наиболее значимые на взгляд автора факторы, определяющие перспективы её скорейшего преодоления.

**Ключевые слова:**

система здравоохранения, кадровый дефицит, пути решения, Челябинская область

**Abstract**

The article deals with the problematic components of the shortage of personnel in the regional health care system. The most significant factors in the author's opinion, which determine the prospects for overcoming it as soon as possible, are analyzed.

**Keywords:**

health care system, personnel shortage, solutions, Chelyabinsk region

*Введение.* Для любого региона, ситуация с нехваткой квалифицированных медицинских работников, представляется достаточно серьёзной, требующей особого внимания и вмешательства. Дефицит специалистов отрасли напрямую влияет на качество оказываемой населению помощи, снижает доступность лечения для граждан, провоцирует ухудшения показателей их здоровья [4].

Основными причинами нехватки кадров с медицинским образованием и на региональном уровне, и в масштабах страны в целом, справедливо считаются следующие:

- ограниченное количество профильных образовательных организаций, занятых подготовкой высшего, среднего и младшего медицинского персонала;
- низкая оплата труда, когда специалисты государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения зарабатывают меньше тех, кто занят в коммерческом секторе;
- сложные условия профессиональной деятельности, сопряженные с нехваткой

<sup>1</sup> Научный руководитель: Орлов Павел Алексеевич, кандидат исторических наук, доцент, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Челябинский филиал

либо отсутствием необходимого (эффективного) медицинского оборудования, расходных материалов и подобающе инфраструктуры в целом;

– рост общей численности нуждающихся в медицинской помощи пациентов как следствие «оптимизации» территориальных сетей учреждений здравоохранения [1];

– высокая, если не сказать, избыточная сменная нагрузка врача, предопределяемая как увеличением количества пациентов, так и повсеместными практиками совместительства двух и более ставок по должности;

– сохранение требований к профессиональной квалификации специалистов здравоохранения, зачастую – затруднения организационного и материального порядка по поводу её повышения;

– отток наиболее квалифицированных специалистов из казенной в коммерческую медицину;

– преобладание в отрасли профессионалов старших возрастов, низкая мотивация молодёжи оставаться в профессии.

Все перечисленное неблагоприятно сказывается на так называемом «престиже» большинства врачебных специальностей, предполагающих, к слову, длительное и сложное профессиональное образование.

Проанализируем далее наиболее значимые на наш взгляд факторы, определяющие перспективы скорейшего преодоления кадровых проблем отрасли на материалах одного из крупных субъектов Российской Федерации.

*Финансирование отрасли.* В отечественном здравоохранении основным является региональный уровень, в котором определяется подавляющее большинство параметров самой системы, а именно отбор и распределение между медицинскими организациями «объемов» помощи, решение о способах оплаты услуг, состав и реализацию полномочий учредителя для большинства действующих организаций, и прочее. При этом основным агентом, задающим возможности уже в системе страховой медицины – главным финансовым источнике собственно самой отрасли – выступают так называемые комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования [8].

Принято полагать, что сегодня общий объем государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации не превышает 4 % ВВП и остаются одними из самых низких в сравнении с ведущими, в данном смысле, европейскими странами (табл. 1).

Таблица 1 – Общегосударственные расходы на здравоохранение, в % от ВВП [5]

Государство Европы	2015	2018	2019	2020
Королевство Бельгия	10.8	10.8	10.7	10.8
Соединенное Королевство	9.7	9.6	9.8	10.4
Греческая Республика	8.2	8.1	8.2	9.5
Республика Беларусь	5.1	5.6	6	6.3
Российская Федерация	4.1	3.9	–	–

При таком уровне трат на здравоохранение более-менее приблизится, а тем более – достичь европейских показателей, практически невозможно. Считая, что по степеням экономического развития «европейцы» в 1,5-2 раза выше России, то в расчете на душу населения бюджетное обеспечение здравоохранения там в 3-4 раза превышает российского. Очевидно, что перемены, например, в национальных цифрах рождаемости, смертности, продолжительности жизни, возможны лишь в случае, по крайней мере, удвоения финансирования медицины в стране [2]. К слову, по данным ВОЗ, Российская Федерация и квалифицируется среди стран с «неприоритетным типом здравоохранения».

Как эти обстоятельства воплощаются и выглядят на примере конкретного региона?

Общий объем финансирования государственной программы «Здравоохранение Челябинской области» в 2021-2025 годах записан в 231 518 923,75 тыс. руб., в котором доля областного бюджета –195 090 345,04 тыс. руб., федерального – 36 428 578,71 тыс. руб. (табл. 2).

Таблица 2 – Финансирование государственной программы «Здравоохранение Челябинской области» в 2021-2025 гг., тыс. рублей [6]

Год программы	Всего по году	Федеральный бюджет	Бюджет субъекта
2021	50 293 326,90	12 407 983,30	37 885 343,60
2022	46 933 543,71	7 301 118,60	39 632 425,11
2023	43 126 481,14	5 179 541,81	37 946 939,33
2024	45 032 954,30	5 678 287,90	39 354 666,40
2025	46 132 617,70	5 861 647,10	40 270 970,60

Как видно, если область в заданном государственной программой временном промежутке будет «держаться» относительного постоянства, то бюджетный вклад федерального центра в здоровье «рядовых южноуральцев», сократится более чем в 2 раза.

При этом, по текущему, 2023 году в области запланировано увеличение до 62 млрд руб. бюджета Территориального фонда ОМС, оплачивающего работу медицинских учреждений, организаций и служб. Это выше прошлогоднего уровня более чем на 10%, но такие масштабы «роста» вряд ли возможно оценить, как достаточные.

*Условия качественного труда.* Главным условием благополучия российского здравоохранения справедливо считается повышение качества работы врачей и медицинского персонала в целом. В отличие других отраслей социальной сферы, особую роль в медицине играют знания, умения, навыки и опыт её специалистов.

Чем выше уровень оснащения учреждений медицинской техникой и оборудованием, тем большее значение имеет профессионализм не только тех, кто использует их в своей деятельности, но и специалистов-наладчиков, обслуживающих эту технику и оборудование. Современное здравоохранение стало технологичным, основанным на достижениях информатики, электроники, физики, математики, позволяющих создавать и эксплуатировать сложную специализированную технику и оборудование.

Докторская профессия – особая, в конечном счете от нее зависит жизнь и смерть пациента. Ошибочный диагноз, неправильное лечение, несвоевременно принятые профилактические меры по поводу недуга в состоянии привести к летальному исходу. Врачебное дело по своей общественной значимости с трудом поддается сравнению с другими профессиями [9].

Трудовая деятельность в учреждениях здравоохранения сопряжена с немалым количеством сложностей и проблем.

Определим главные.

Во-первых, сменная рабочая нагрузка. Её уровень может быть очень высоким преимущественно из-за «территориально-больших численностей» пациентов, очевидно, ждущих, что их собственные недуги будут купированы максимально быстро и эффективно. Однако, физическая усталость и эмоциональное выгорание врачей, среднего и младшего медицинского персонала накладывается еще и на «длительность» смен (ночных, в выходные и праздничные дни) – возрастающую и из-за дополнительных ставок ради заработка, и из-за совмещения штатных должностей в порядке оптимизации.

Во-вторых, формализация медицинской услуги. Специалисты учреждений

здравоохранения, по сути, воплощают так называемый нормативный подход в социальной сфере, требующий от исполнителя соблюдения инструкций, клинических рекомендаций, протоколов лечения, стандартов оказания конкретной помощи, которые могут быть не только неквалифицированное «составленными», но и неуместными.

В сочетании со строжайшими временными нормативами приема больного все эти «формуляры» – при выявлении их якобы несоблюдения – становятся основанием при принятии руководством отрицательных решений о премировании, присвоении квалификации и прочих мерах кадровой работы.

В-третьих, «сложность» самих пациентов. Здесь речь может идти о «просвещённости» (благодаря профильной рекламе в СМИ) подавляющего большинства больных о собственных недугах и, потому, «преодолевающих» их самостоятельно, на свой страх и риск. Возможно, здесь и примитивное игнорирование рекомендаций лечащего врача, в известной степени ограничивающие больному его житейскую повседневность.

*Профессиональная миграция.* Явление сочетает в себе как минимум два компонента. Первый касается активного оттока квалифицированных специалистов из бюджетной в коммерческую медицину – предоставляющую им значительно более «выгодные» заработную плату, условия труда, профессиональный рост и карьерные перспективы. Второй заключается в определенном уровне и величинах трудовой миграции медиков внутри- (из поселения в муниципальный район, из муниципального района – в городской округ) и во вне-областном масштабе.

Как известно, «правильной» с точки зрения интересов работодателей на рынке труда считается ситуация, когда на одну объявленную вакансию приходится примерно 4-5 соискательских резюме.

Но в медицине подобный уровень конкуренции за рабочие места сегодня не фиксируется ни в одном из субъектов Федерации [3]. Более-менее оптимально «выглядят» разве что обе российские столицы вместе с окрестностями – в Москве на одну вакансию «падает» в среднем 3,3 претендента, в Санкт-Петербурге – 2,6.

При этом, год назад самую высокую заработную плату были готовы предоставить в Магаданской области (74 277 руб.) и в той же Москве (71 090 руб.), а самую низкую – в Алтайском крае (39 059 руб.) и в Самарской области (39 242 руб.) соответственно. Челябинская область в тот момент находилась примерно посередине

– средняя предложенная зарплата у нас составляла порядка 44 544 руб.

*Подведем итоги.* Кадровый «голод» в областной системе здравоохранения зиждется на множественных причинах – на все еще остающимся «остаточным» финансировании всей отрасли и конкретного «учрежденческого» звена, на несоответствии жалования медиков требованиям по работе, на нехватке обученных профессионалов узких врачебных специальностей, и пр.

Полагаем, что стабильное экономическое и социальное развитие региона [7] будет возможно лишь в случае преодоления названных нами неблагоприятных трендов – в части кадровой неконкурентоспособности бюджетной медицины в сравнении в коммерческой, а также устойчивых масштабов миграции южноуральских врачей в другие субъекты России.

### **Список использованных источников**

1. Губенко, А. Голикова признала неудачной оптимизацию здравоохранения в регионах / А. Губенко. URL: <https://www.rbc.ru/society/03/11/2019/5dbecba99a79470b57a29e69> (дата обращения 20.06.2023).

2. Демография и здравоохранение России на рубеже веков: монография/ А.Г. Аганбегян. М.: Издательство дом «Дело», РАНХиГС, 2018. 192 с. С. 140-141.

3. Ким, Ю. В Челябинской области дефицит медиков острее, чем по России/ Ю. Ким // Южноуральская панорама. 09.02.2022. URL: <https://up74.ru/articles/news/137816/> (дата обращения 20.06.2023).

4. Назаров, В.С. Основные направления развития здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии / В.С. Назаров, Н.А. Авксентьев, Н.Н. Сисигина. М.: Издательский дом «Дело», РАНХиГС, 2019. 100 с. С. 14-15.

5. Общие затраты на здравоохранение, в % от ВВП/ Европейский портал информации здравоохранения. Всемирная Организация Здравоохранения (официальный сайт) URL: [https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa\\_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/visualizations/#id=19661&tab=table](https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/visualizations/#id=19661&tab=table) (дата обращения 20.06.2023 г.)

6. О государственной программе Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области» (с изменениями на 25 мая 2023 года):

Постановление Правительства Челябинской области от 11.12.2020 г. № 675-П URL: <https://docs.cntd.ru/document/574606295> (дата обращения 20.06.2023 г.)

7. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. № 474.

8. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: монография / Е.Г. Князева, Е.Н. Валиева, В.А. Шелякин, В.В. Фоменко. 3-е изд., стер. М.: ФЛИНТА: Изд-во Урал. ун-та, 2022. 148 с. С. 74-76.

9. Цветкова, С.Е. Проблематика отечественной системы здравоохранения в президентских посланиях Федеральному Собранию/ С.Е. Цветкова, П.А. Орлов // Экономика и бизнес. Взгляд молодых: сб. материалов конференции молодых ученых. Челябинск, Издательский центр ЮУрГУ, 2016. Т.1. №1. С. 406-409.