

Проблемы управления кадровым потенциалом лечебно-профилактических учреждений в условиях реформирования системы здравоохранения

© 2010 Н.М. Кузьмина

доктор экономических наук, профессор

© 2010 А.А. Кравец

Самарский государственный экономический университет

E-mail: hrm-kuzmina@yandex.ru

Улучшение качества медицинского обслуживания и эффективности национальной системы здравоохранения в рамках концепции здоровья в России до 2020 г. требует разрешения сложных проблем управления персоналом потенциальных лечебных и профилактических учреждений.

Ключевые слова: реформирование здравоохранения, профилактика, выявление и предупреждение осложнений, общее оздоровление населения, проблемы управления кадровым потенциалом.

Современная ситуация в здравоохранении РФ предполагает проведение преобразований в технологиях управления кадровым потенциалом. Основными критериями эффективности кадровой политики, медицинского образования и системы стимулирования медицинских кадров являются качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациента. Концепция развития здравоохранения в РФ до 2020 г. определяет основные его цели:

- прекращение к 2011 г. убыли населения Российской Федерации и доведение численности до 145 млн. чел. к 2020 г.;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- снижение общего коэффициента смертности до 10 (т.е. в 1,5 раза по отношению к 2007 г.); показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся живыми (на 20% по отношению к 2007 г.); показателя материнской смертности на 100 000 родившихся живыми до 18,6 (на 15,7% по отношению к 2007 г.);
- формирование здорового образа жизни населения;
- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

Концептуальными задачами развития здравоохранения являются:

- создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни;
- переход на современную систему организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;

- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;

- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;

- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении, в том числе информатизации.

Достижение целей, обозначенных Концепцией, сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации возможны лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни. Для формирования здорового образа жизни необходимо совершенствовать образование и воспитание населения, особенно детей, подростков, молодежи, обучение соблюдению правил гигиены труда, учебы и отдыха, режима и структуры питания; создать эффективную систему мер по борьбе с вредными привычками; пропагандировать здоровый образ жизни и участие в профилактических мероприятиях, сформировать “моду” на здоровье, особенно среди подрастающего поколения; мотивировать работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхование путем стимулирования ра-

ботающих коллективов к ведению здорового образа жизни. Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, будут осуществляться в два этапа. На первом этапе (2009-2015) будет разработана система оценки здоровья, определены базовые индикативные показатели, такие как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни, обеспечена их стабилизация за счет постепенного наращивания объемов финансирования конкретных мероприятий, направленных на снижение потребления табака и алкоголя, на оказание медико-профилактической помощи населению сначала в "пилотных" регионах, затем на всей территории Российской Федерации. На втором этапе (2016-2020) планируется выйти на эффективный объем мероприятий для постепенного увеличения потенциала общественного здоровья на 10% и индекса здорового образа жизни на 25%.

Реформирование системы здравоохранения России требует переориентации медицинского персонала с лечения пациентов на пропаганду здорового образа жизни, профилактику и раннее выявление заболеваний. В настоящее время наблюдается тенденция ухудшения показателей по всем основным классам заболеваний внутренних органов во всех регионах страны. Это связано с непопулярностью здорового образа жизни, инфантилизмом населения, увеличением положительного сальдо миграции, низкой гигиенической культурой и, как следствие, с изменением социально-бытовых условий существования. Резкое увеличение распространенности вредных привычек (курение, наркомания, злоупотребление алкоголем, низкая двигательная активность, неправильное питание) приводит к увеличению количества заболеваний, большинство из которых можно было предупредить, изменить ситуацию можно только при повышении общей грамотности населения. Здоровье человека определяется на 50% его образом жизни и только на 10% зависит от уровня развития медицины. Необходимо воспитать ответственность за сохранение и укрепление здоровья. В такой ситуации основной задачей врача является формирование у населения навыков здорового образа жизни, поэтому необходимо обратить внимание на обучение населения, закрепленного за лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ), и пациентов трудоспособного возраста; охватить, по возможности, обучением всех, склонных или страдающих гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (ИБС); повысить мотивацию к здоровому образу жизни.

Низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного долечивания и патронажа, а также несовершенство организации работы "скорой медицинской помощи" привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного звена в системе охраны здоровья населения.

По данным работы стационаров муниципального, субъектового и федерального подчинения, среднегодовая занятость койки в 2007 г. составила 318 дней, средняя длительность пребывания больного в стационаре - 13,2 дня. Внедрение стационар-замещающих технологий в деятельность амбулаторно-поликлинической службы позволило с 2006 г. по 2007 г. увеличить число мест в дневных стационарах на 9% (с 187,7 тыс. в 2006 г. до 206,2 тыс. в 2007 г.), обеспеченность местами дневных стационаров - на 4,3% (с 13,9 до 14,5 на 10 тыс. населения, соответственно) и уровень госпитализации в дневные стационары - на 5,5% (с 3,6 до 3,8 на 100 чел. населения, соответственно; для сравнения: в 2003 г. - 2,6). Но уровень госпитализации в круглосуточные стационары остается настолько высоким (22,5 на 100 чел. населения, в 2007 г.), что создает значительный дефицит стационарных коек. При этом показатель обеспеченности койками на 1 тыс. населения в Российской Федерации составляет 12,4, т.е. соответствует уровню таких развитых стран, как Япония (15,4), Голландия (14,3), Норвегия (11,7), и значительно превышает уровни других развитых стран.

В системе здравоохранения в 2007 г. работало 616,4 тыс. врачей и 1349,3 тыс. среднего медицинского персонала (в 2004 г. - 607,1 тыс. и 1367,6 тыс.; в 2006 г. - 607,7 тыс. и 1351,2 тыс., соответственно). Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составила 43,3 (2004 г. - 42,4; 2006 г. - 43,0), средним медицинским персоналом - 94,9 (2004 г. - 95,6; 2006 г. - 95,0). Несмотря на то, что врачей в Российской Федерации больше на душу населения, чем, в среднем, в развитых странах, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения в нашей стране значительно хуже, что демонстрирует низкую эффективность отечественной системы медицинской помощи. Существенна и диспропорция в распределении врачебных кадров - излишняя концентрация их в стационарных учреждениях и нехватка в амбулаторно-поликлинических. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в нашей стране также значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, и составляет 1:2,2, что вызывает дисбаланс в си-

стеме оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации.

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это обусловлено:

- неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к 1 амбулаторному участку (номинально в крупных городах - 1800-2500 чел. на 1 участок, фактически - до 4000 чел.), что трансформирует функции врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения;

- расширенным объемом лечебной работы при острой патологии; самоликвидация кабинетов доврачебной медицинской помощи усугубила перегрузку выполнения функции врачебной должности.

- недостатками в планировании и организации работы участкового врача, а также современными принципами оплаты труда, которые не позволяют первичному звену медицинской помощи выполнять основную функцию охраны здоровья населения - профилактику заболеваемости.

Для решения данной проблемы в ЛПУ создаются амбулаторные школы здоровья, целью которых являются профилактика возникновения новых заболеваний, уменьшение инвалидизации и смертности, улучшение качества жизни пациентов. Все школы работают в соответствии с Положением "О школах терапевтического обучения больных хроническими заболеваниями". Занятия проходят амбулаторно, курс обучения состоит из 5-6 занятий, каждое из которых посвящено определенной теме. Занятия проводятся в группах по 5-10 чел. в зависимости от нозологии. В школу "Здоровый ребенок" приглашаются родители, которых обучают элементам первичной профилактики. За период работы школ в них прочтено 6026 пациентов. В каждой школе проводится анкетирование больных, оценивается качество обучения, обратная связь, уровень знаний пациентов до и после прохождения обучения.

Опыт работы школы "Здоровое сердце", действующей на базе ММУ "ГП □ 13" с 2002 г., демонстрирует эффективность профилактической работы среди пациентов с факторами риска ише-

мической болезни сердца. Занятия проводятся в группах по 8-10 чел., количество занятий с каждой группой - 5. За последние 3 года в школе обучено 379 чел., из которых 13 чел. (3,4%) присутствовали на повторных циклах обучения, что обеспечивает повышение эффективности лечения пациентов с ИБС, снижение количества госпитализаций, первичного выхода на инвалидность, улучшение медико-социальной адаптации и повышение качества жизни пациентов. Просмотр видеофильмов закрепляет результаты обучения и навыки поведения при заболевании; на занятиях выдаются брошюры, памятки, информационные листы, буклеты. Были достигнуты значимые результаты: 337 пациентов (89%) приобрели тонометры, 213 чел. (57%) приобрели весы, 9 пациентов (2,4%) отказались от курения, 53 пациента (14%) снизили вес, 193 чел. (51%) стали регулярно заниматься физическими упражнениями (утренняя зарядка), многие больные (201 чел. - 53%) стали следить за уровнем холестерина. Таким образом, выросла приверженность и мотивация к здоровому образу жизни. Сравнительный анализ обученных и необученных пациентов позволил установить, что в группе обученных пациентов снизились случаи экстренной госпитализации по поводу обострения ИБС и гипертонической болезни на 5,4%, уменьшилось количество случаев вызова "скорой помощи" на 4,5%, нет случаев повторных инфарктов миокарда и инсультов.

В результате деятельности школ профилактики, специальных опросов сотрудников и пациентов были выявлены серьезные проблемы организации деятельности ЛПУ и управления кадровым потенциалом, которые укрупненно можно представить следующими блоками:

Проблемы управления - уравнилельные подходы к оплате труда медицинского персонала, отсутствие реальных стимулов к повышению качества медицинских услуг, низкая мотивация к непрофильным ранее и приоритетным сейчас профилактическим видам деятельности.

Проблемы качества кадрового потенциала - недостаточная квалификация врачей и невысокий профессиональный уровень медицинских работников, слабая мотивация к профессиональному совершенствованию, низкая информированность медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний.

Проблемы подготовки кадров - несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения и невысокое качество препода-

вания, отсутствие системы непрерывного медицинского образования (НМО), слабая подготовка управленческих кадров в здравоохранении и медицинском страховании.

Социальные проблемы - сомнительный престиж медицинских профессий, низкие заработная плата и социальная защищенность медицинских работников, социальная "деформация" сотрудников ЛПУ.

Повышение качества медицинской помощи и эффективности отечественной системы здравоохранения в рамках реализации Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. требует разрешения всего комплекса проблем управления кадровым потенциалом лечебно-профилактических учреждений, что позволит существенно улучшить результаты деятельности ЛПУ. Реализация Концепции обеспечит формирование здорового об-

раза жизни населения Российской Федерации и создаст систему здравоохранения, обеспечивающую качественную медицинскую помощь.

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. / М-во здравоохранения и социального развития. URL: <http://topmedicina.ru/health/konceptiya>.

2. Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 г. □ 27. URL: <http://www.mnogozaikonov.ru/catalog/date/1996/1/13/6054>.

3. О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 26.09.1978 г. □ 900. URL: <http://www.logopedmaster.ru/shpargalka/40/1/80>.

Поступила в редакцию 03.06.2010 г.