

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКОЙ И МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРАКТИКИ

Шейман И.М., Шевский В.И.*

Аннотация

В настоящее время в российском здравоохранении накопилось много серьезных кадровых проблем, в ряду главных из них – низкий уровень планирования кадров, дефицит многих категорий работников, серьезные диспропорции в их составе. Задача настоящей статьи состоит в том, чтобы посмотреть на российские проблемы сквозь призму мировых процессов кадрового обеспечения здравоохранения. За основу взяты три направления развития: 1) повышение эффективности использования врачебных ресурсов, 2) поиск оптимального уровня специализации врачебной деятельности, 3) изменения в разделении труда между отдельными профессионально-квалификационными группами работников отрасли. Такое сравнение дает возможность выделить разные типы развития кадрового обеспечения в России и за рубежом и с этих позиций более критично посмотреть на главные концептуальные документы российского здравоохранения. Делается вывод о существенном отклонении тенденций развития кадровых ресурсов в российском здравоохранении от стратегий, доминирующих в западных странах. Во-первых, существуют значительные различия в положении врачей в системе здравоохранения в России и за рубежом – размере и структуре оплаты труда, формах занятости, организационно-правовом статусе. Они во многом определяют отставание нашей страны по показателям качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов отрасли. Во-вторых, в западных странах прилагаются усилия по преодолению чрезмерной специализации врачебного труда, особенно в сфере первичной медицинской помощи. В России процесс специализации продолжается, порождая серьезные структурные диспропорции в кадровых ресурсах и неудовлетворительное состояние первичной медицинской помощи. В-третьих, в зарубежном здравоохранении усиливается процесс разделения труда между врачами и средним медицинским персоналом, а также новыми категориями работников, что снижает объем рутинных функций, выполняемых врачами. В российском здравоохранении этот процесс идет значительно менее интенсивно. Выделенные тенденции дают основания для практических рекомендаций для кадровой политики в российском здравоохранении.

Ключевые слова: здравоохранение; кадровая политика; управление кадровыми ресурсами; врачи; средний медицинский персонал; разделение труда; организационно-правовой статус врача.

* Шейман Игорь Михайлович – кандидат экономических наук, профессор кафедры экономики и управления здравоохранением НИУ ВШЭ, заслуженный экономист России. Адрес: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». 101000, Россия, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: igor.sheim@g23.relcom.ru

Шевский Владимир Ильич – консультант НИУ ВШЭ, заслуженный врач России. Заместитель руководителя департамента здравоохранения Администрации Самарской области в 1971–2001 гг. Адрес: Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики. 101000, Россия, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: v_shevsky@mail.ru

Ключевое направление формирования эффективной системы здравоохранения – обеспечение более высокого кадрового потенциала отрасли. В настоящее время в российском здравоохранении накопилось много серьезных кадровых проблем, в ряду главных из них – низкий уровень планирования кадров, дефицит многих категорий работников, серьезные диспропорции в их составе, невысокий профессиональный уровень значительной части врачей. Не прекращаются дискуссии в отношении соответствия численности врачей реальным потребностям населения, соотношения отдельных профессионально-квалификационных групп, а в более широком плане – соответствия кадровой политики государства новым вызовам системе здравоохранения, связанным с усложнением медицинских технологий, повышением потребностей населения в медицинской помощи.

В ряде работ отстаивается точка зрения о том, что дефицит врачей в России носит «рукотворный» характер. Он является результатом множества дисбалансов в структуре кадровых ресурсов и отражает продолжение традиционного курса на экстенсивное их развитие. Изменение структуры кадров в сочетании с изменением структуры оказания медицинской помощи способно решить проблему дефицита врачей (Шейман, Шевский, 2014). В других работах акцент делает на нехватку финансовых средств, порождающую дефицит кадров (Улумбекова, 2011).

При всем разнообразии точек зрения на проблемы кадровых ресурсов здравоохранения они, как правило, не опираются на анализ зарубежного опыта решения аналогичных проблем. Между тем этот опыт дает возможность выделить устойчивые тренды развития, которые целесообразно учитывать в кадровой политике, разумеется с учетом специфики организации российского здравоохранения.

Задача настоящей статьи состоит в том, чтобы посмотреть на российские проблемы сквозь призму мировых процессов кадрового обеспечения здравоохранения. За основу взяты три направления развития: 1) повышение эффективности использования врачебных ресурсов, 2) поиск оптимального уровня специализации врачебной деятельности, 3) изменения в разделении труда между отдельными профессионально-квалификационными группами. Эти направления, по нашему мнению, наиболее актуальны для совершенствования кадровой политики в российском здравоохранении. За основу сравнений взяты данные ВОЗ и ОЭСР прежде всего по западным странам, а в отдельных случаях и по постсоветским странам.

Такое сравнение дает возможность выделить разные типы развития кадрового обеспечения в России и за рубежом и с этих позиций более критично посмотреть на главные концептуальные документы российского здравоохранения – выделить в них то, что соответствует обозначившимся мировым тенденциям, что противоречит им, а что просто игнорируется.

Положение врача в системе здравоохранения

Врач в западном здравоохранении – дорогой ресурс. Его первичная подготовка носит «штучный» характер и продолжается более десяти лет,

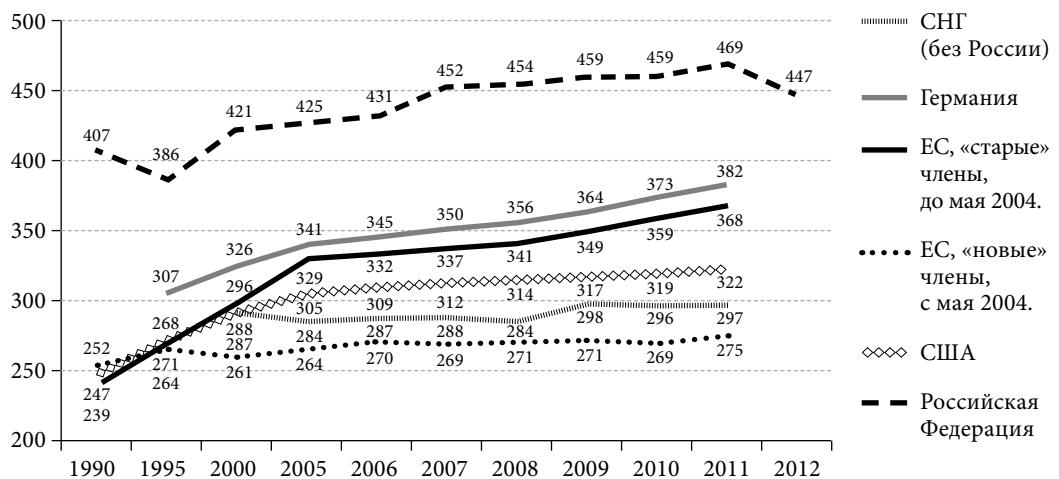
а в последующем происходит постоянное обновление знаний. Государство и профессиональное медицинское сообщество предъявляют высокие требования к уровню квалификации и ответственности врача. В общественном сознании уже давно утвердилось отношение к врачу как профессиональной элите общества. Отсюда и высокий уровень оплаты его труда.

Размер оплаты труда врачей в западных странах существенно превышает среднюю зарплату в экономике. Врачи общей практики в основной части этих стран получают в 2–2,5 раза больше, чем средний работник в экономике, узкие специалисты – в 3–4,5 раза. Многие страны Восточной Европы также превысили двукратное превышение зарплаты врачей. Например, в Чехии узкие специалисты – в 2,3 раза, в Эстонии – в 2,1 раза, в Польше врачи общей практики – в 2,2 раза (OECD, 2013).

Имея такого «дорогого» врача, правительства ряда западных стран длительное время проводили политику сдерживания приема студентов в медицинские вузы, в чем их активно поддерживали врачебные ассоциации – для ограничения притока новых врачей и сохранения их высокой оплаты труда. Но бурный рост потребностей в медицинской помощи, особенно сильно проявившийся в конце XX в. под влиянием новых медицинских технологий и постарения населения, заставил отказаться от этой политики. В последние 2–3 десятилетия практически во всех западных странах численность врачей росла как абсолютно, так и в расчете на жителя. Аналогичная тенденция роста обеспеченности населения врачами отмечается и в постсоветских странах, в том числе в России (рис.1).

Рисунок 1

**Обеспеченность населения врачами (без стоматологов)
на 100 тыс. населения в отдельных странах и группах стран
в 1990–2012 гг.**



Рассчитано на основе: WHO Regional Office for Europe, 2013;
Росстат России за соответствующие годы.

Число рабочих мест врачей в западных странах определяется исходя из фундаментальной посылки о высокой цене врачебного труда. Учитывает-

ся также и то, что число врачей высокой квалификации ограничено в силу высоких требований к их подготовке. Поэтому открытие дополнительных рабочих мест всегда увязывается с наличием достойных кандидатов и финансовыми возможностями системы здравоохранения. Как будет показано далее, активно проводится курс на поддержку и замещение врача за счет новых рабочих мест среднего медицинского персонала.

Доминирующая форма занятости врача в западных странах – это работа на одном рабочем месте с высоким уровнем вознаграждения. Весьма распространена работа на условиях частичной занятости (неполный рабочий день), но очень слабо развито совместительство в российском понимании этого явления, т.е. работа на нескольких должностных ставках. В США, Канаде, ряде европейских стран распространена практика совмещения частнопрактикующими врачами амбулаторного приема с работой в стационаре. Но в отличие от российской практики это не форма дополнительного заработка за счет работы на нескольких ставках, а механизм обеспечения преемственности ведения пациентов: врач сначала ведет их прием в своей приемной, а потом в случае необходимости продолжает лечение в больнице. Главные мотивы такого совмещения – привлечение пациентов и повышение квалификации самого врача: работа в стационаре позволяет амбулаторному специалисту расширить свой профессиональный кругозор, приобрести дополнительный опыт и обеспечить непрерывность ведения пациента. Государство всячески поощряет такой подход, видя в нем, с одной стороны, средство повышения квалификации врачей, с другой – возможность снизить потребность во врачебных кадрах.

Организационно-правовой статус врачей в западных странах существенно различается в зависимости от места их работы. Так же как и в России они в больницах чаще всего являются наемными работниками, но в сфере амбулаторной помощи основным хозяйствующим субъектом обычно является частнопрактикующий врач. Он действует в составе индивидуальных или групповых практик и оказывает основную часть медицинской помощи за счет государственных средств в рамках системы обязательного медицинского страхования или бюджетной системы. Статус частнопрактикующего врача получил распространение и во многих постсоветских странах, например в Эстонии, Чехии, Словакии. В этих странах в 1990-х гг. традиционные советские поликлиники были преобразованы в сеть офисов частнопрактикующих врачей. В последующие годы курс на приватизацию врачебной деятельности был несколько скорректирован (индивидуальные практики стали объединяться между собой для повышения уровня кооперации отдельных врачей), но статус самостоятельных хозяйствующих субъектов при этом сохранился (Ettelt et al., 2009).

Такой статус обеспечивает широкую самостоятельность врачей в решении медико-организационных и экономических проблем. Одновременно он обуславливает единоличную ответственность за результаты медицинской деятельности – сами врачи (а не их организация) отвечают за доказанные врачебные ошибки. Эта модель занятости резко расширяет сферу конкуренции – в нее втягиваются не только крупные медицинские органи-

зации, но и конкретные врачи. Они стараются привлечь больше пациентов, в том числе за счет расширения рабочего времени. В Великобритании, например, средняя рабочая неделя врача общей практики составляет 74 часа (Баркалов, 2011). Такой врач отвечает за своих пациентов и в период своего отсутствия. Для этого он кооперируется с другими врачами или нанимает помощника.

Высокой цене труда врача соответствует и структура его вознаграждения. В последние годы широкое распространение получила система оплаты за результаты деятельности (pay-for-performance), предусматривающая стимулирующие выплаты за достигнутые показатели процесса и результата медицинской помощи. Например, в Великобритании, начиная с 2004 г., врачи общей практики получают бонусы, основанные на оценке их деятельности по 168 показателям. Существуют многочисленные программы оплаты за результаты стационарной помощи (Appleby et al., 2012). Хотя значение этих программ растет, тем не менее доля стимулирующих надбавок редко превышает 10% от общего размера оплаты труда врачей, чаще всего она составляет 3–5%. Повсеместно высказывается озабоченность по поводу несовершенства показателей для стимулирования и риска «работы на показатель» (Busse & Mays, 2008). Основой оплаты труда остается ее базовая часть, устанавливаемая в зависимости от накопленного опыта и компетенций, сложности выполняемых работ, определяемых по итогам многоступенчатых и бескомпромиссных аттестаций. Учитываются также неформальные требования на уровне медицинских организаций, устанавливаемые с учетом конкуренции на рынке труда.

Таковы в наиболее общей форме характеристики оплаты труда, занятости и организационно-правового статуса врача в западных странах. Рассмотрим те же характеристики в российском здравоохранении.

Размер оплаты труда врачей в нашей стране десятилетиями был на уровне 100–120% по отношению к средней по экономике. Врачи являются относительно дешевым ресурсом, поэтому они выполняют множество несвойственных им вспомогательных и рутинных функций. Нерешенные проблемы оказания медицинской помощи решаются прежде всего путем увеличения числа рабочих мест, а вопросы рационального использования врачебных кадров остаются на втором плане. Врачами «закрывают» любые инновации управленцев: каждая новая функция выполняется главным образом за счет создания новых врачебных должностей. Наилучший пример в этом смысле – далеко не бесспорная инициатива по созданию многочисленных центров здоровья для расширения профилактики. Реализация ее шла не по пути расширения функционала действующих врачей первичного звена с соответствующим повышением оплаты их труда, а за счет создания новых врачебных позиций, которые заведомо было трудно укомплектовать, не говоря уж о возможности привлечения квалифицированных специалистов.

Из-за низких норм оплаты труда российские врачи вынуждены совмещать работу в нескольких местах, а политика искусственного раздувания штатов создает для этого условия. Руководители учреждений здравохра-

нения нередко «выбивают» новые врачебные должности без особых шансов найти нужного врача, имея целью создание «вакантного фонда» для дополнительной оплаты труда. По нашим оценкам, число штатных должностей в учреждениях здравоохранения в 2012 г. на 10% превышало число занятых должностей и на 70% – число физических лиц. За 2000–2012 гг. штатные должности устойчиво росли, а число врачей снизилось на 19 тыс. Эта разнонаправленная динамика привела к росту коэффициента совместительства – с 1,44 до 1,54. Лишь в последние годы этот показатель стабилизировался¹.

В России врачи десятилетиями работали в качестве «совслужащих», в 1990-х гг. обсуждались варианты приватизации медицинских учреждений, но все они были отвергнуты. В последующие десятилетия появилось множество частных медицинских организаций, но их работники чаще всего являются такими же наемными работниками, как и работники государственных учреждений, с неменьшей зависимостью от «начальников» и невысокой зарплатой.

Мы далеки от мысли, что приватизация решила бы проблемы повышения качества медицинской помощи, но есть одна сфера, в которой она могла бы быть эффективной, – это сфера общей врачебной практики. Невысокая популярность данной профессии среди врачей заметно ограничивает результативность обычных механизмов кадровой политики. В этой ситуации возможность работать самостоятельно, свобода от мелочного контроля со стороны администрации могли бы повысить привлекательность этой профессии для выпускников вузов. Да и для пациентов такой врач был бы популярным. В постсоветских странах, реализовавших эту стратегию, удалось добиться высокого уровня удовлетворенности первичной медицинской помощью. Например, в Эстонии в 2007 г. 42% пациентов были «очень удовлетворены» работой своего врача общей практики, а 50% – «удовлетворены». Для сравнения отметим что по данным опроса Росздравнадзора, в России в 2009 г. лишь 15% населения были удовлетворены своим участковым врачом (Шейман, 2011). Маловероятно, чтобы эти показатели изменились в последующие годы.

Представление о враче как дешевом ресурсе в последние годы стало пересматриваться. Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. (Указ N 597) была поставлена задача в 2018 г. повысить размер зарплаты врачей до уровня 200% от средней зарплаты в регионе. По данным Росстата, в сентябре 2014 г. этот показатель составил 142,5%². Такой тренд свидетельствует о кардинальном изменении отношения государства к врачебному труду. Врач постепенно становится дорогим ресурсом, что должно существенно изменить его место в системе здравоохранения. Для этого курс на повышение оплаты труда врача должен сопровождаться мерами по повышению его эффективности. Предстоит сделать очень многое, чтобы утвердился принцип «не числом, а умением», чтобы повышение оплаты труда увязывалось с реальным трудовым вкладом работника.

Основа этой стратегии – переход на эффективный контракт, предусматривающий повышение стимулирующей роли оплаты труда, причем на одном рабочем месте. Такая постановка задачи совершенно оправданна, но вызывает сомнение ее упрощенное понимание как повышение доли сти-

мулирующей части фонда оплаты труда. Зарубежная практика, как отмечалось выше, дает совершенно иные ориентиры соотношения базовой и стимулирующей оплаты труда.

Нам представляется, что в рамках эффективного контракта все компоненты заработной платы медиков должны работать на повышение эффективности и качества их услуг. Традиционное восприятие базового оклада как возможного награждения за пребывание на рабочем месте должно уйти в прошлое. Размер базового оклада, являясь отражением накопленных достижений работников, должен нести основную стимулирующую функцию, а периодические стимулирующие выплаты выступать в качестве дополнительного мотивационного механизма. Путь к достойной базовой оплате должен лежать через новые механизмы аттестации, а к высоким стимулирующим надбавкам – через систему управления качеством на уровне учреждений. Таким образом, «нестимулирующей» оплаты в здравоохранении не должно быть вообще.

Исследование трудовой мотивации медицинских работников, проведенное в НИУ ВШЭ, позволяет сделать вывод, что стимулирование лишь текущих достижений недостаточно. При таком порядке повышения оплаты труда лишь около 30% российских врачей и не более 25% медицинских сестер увеличили бы свою трудовую отдачу (Шишкун с соавт., 2013). Поэтому следует взять курс на повышение доли базовой части зарплаты, как минимум до 70–80% фонда оплаты труда. Это позволит повысить привлекательность труда врача, стимулировать квалификационный рост и усилить конкуренцию врачей за рабочее место. Что же касается стимулирующей части, то она должна выполнять функцию более тонкой настройки размера оплаты труда – поощрять инициативы работников и их текущие достижения в лечебно-профилактической работе (по установленным показателям качества). Одновременно нужны глубокие изменения в механизме аттестации работников: установление нового порядка формирования аттестационных комиссий, повышение уровня открытости их работы, расширение критериев присвоения квалификационных категорий для разных групп работников.

Таким образом, существуют значительные различия в положении врача в системе здравоохранения в России и за рубежом. Это различия и в системе оплаты труда, и формах занятости, и организационно-правовом статусе. Они во многом определяют отставание нашей страны по показателям качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов отрасли. Смена парадигмы использования врачебного труда является стратегической задачей кадровой политики.

Поиск оптимального уровня специализации

В течение всего XX в. доминирующим процессом в системе разделения труда в зарубежном здравоохранении была растущая специализация врачей. Интенсивное приращение медицинских знаний, бурное развитие новых медицинских технологий, заинтересованность врачей в освоении узких медицинских «ниш», обеспечивающих более высокий личный доход, – все это способствовало появлению новых врачебных специальностей.

Этот процесс длительное время казался объективным и необратимым. Однако в последние 2–3 десятилетия он приобрел новые измерения под влиянием постарения населения и связанного с этим распространения хронических и сопутствующих заболеваний. Изменение структуры заболеваний существенно повысило требования к комплексности и непрерывности медицинской помощи. Эти ее свойства далеко не всегда обеспечиваются узкими специалистами – в силу эпизодичности их контакта с больными. Растет потребность во врачах с широким клиническим мышлением, способных оценивать состояние организма в целом (а не отдельных его органов), постоянно вести пациентов со сложной и комбинированной патологией, а иногда и объединять усилия отдельных узких специалистов.

В последние годы в западной литературе появилось большое число исследований, доказывающих, что с позиций пациента с несколькими взаимосвязанными заболеваниями лучше иметь дело с одним врачом, обладающим широким клиническим мышлением (Harrold et al., 1999; Nichols, 2003; Berman et al., 2013). Результатом разнонаправленных факторов специализации стало появление в структуре врачебных кадров новых категорий врачей: хирургов, терапевтов, педиатров широкого профиля – врачей-дженералистов.

Особенно заметно эта тенденция ощущается в сфере первичной медицинской помощи (ПМП). Здесь также в долговременном плане идет процесс специализации врачей. Но в последнее время во многих западных странах предпринимаются усилия, направленные на то, чтобы сдержать этот процесс и усилить позиции врача общей практики как главного института ПМП. Такая политика опирается на большое число эмпирических доказательств высокого вклада этих врачей в показатели здоровья населения. Уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, астмы и бронхита ниже в странах с более высокой обеспеченностью врачами общей практики. Существует также прямая корреляция между содержанием их деятельности (набором организационных и лечебных функций) и уровнем смертности постоянно обслуживаемого населения (Macinko et al., 2003). Именно врачи общей практики ведут профилактику заболеваний, отвечают за раннее их выявление, осуществляют наблюдение за хронически больными, организуют оказание специализированной помощи, иногда координируют работу узких специалистов. Их деятельность создает «корни» системы здравоохранения, без которых она не может успешно развиваться.

Данный курс проводится с разной степенью последовательности. Во-первых, приходится учитывать сильное давление со стороны врачебных ассоциаций, заинтересованных в поддержке прежде всего узких специалистов; во-вторых, за политической риторикой о приоритете ПМП нередко скрывается представление о врачах общей практики как о врачах более низкой квалификации по сравнению с узкими специалистами.

В ряду инструментов укрепления института врача общей практики в зарубежной практике используются: планирование подготовки растущего их числа, стимулирование последипломного обучения выпускников по этой врачебной специальности, формирование новых экономических стимулов, направленных на преодоление традиционного разрыва в уровне

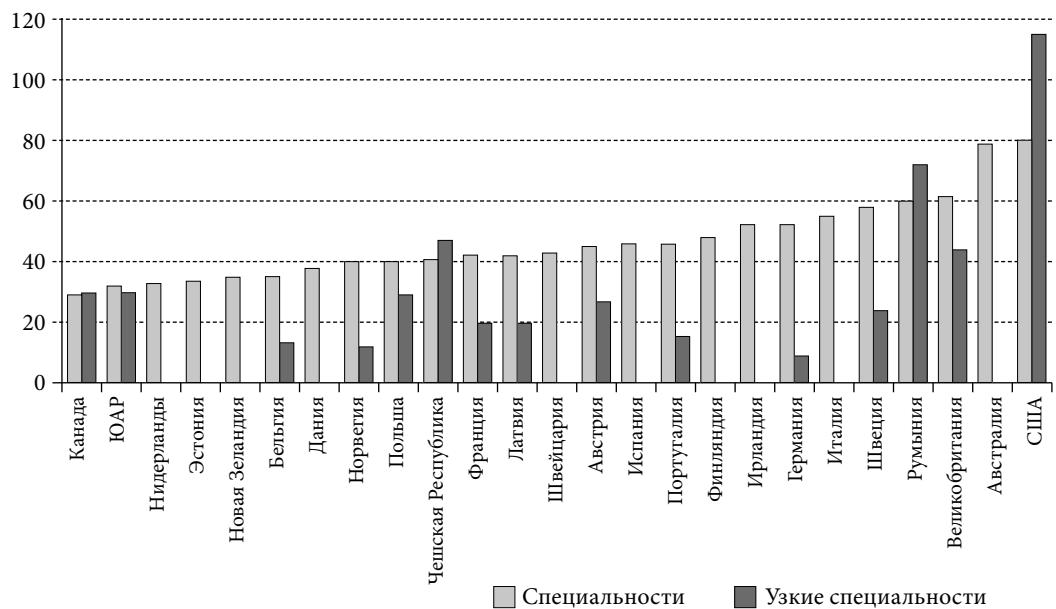
оплаты труда врачей общей практики и узких специалистов. В США, например, в рамках реформы здравоохранения, инициированной Президентом Обамой («Акт о доступной медицинской помощи»), предусматривается существенно укрепить службу ПМП. Только на стипендии и займы выпускникам вузов, готовым стать врачами общей практики, предполагается потратить 1,5 млрд. долл. в течение пяти лет (US Department of Health and Social Services, 2013).

Курс на укрепление института врача общей практики четко обозначился и в большинстве постсоветских стран. В прибалтийских государствах, Чехии, Словакии, Польше, Венгрии, странах бывшей Югославии в 1990-х гг. была проведена глубокая реформа участковой службы. Участковый врач (терапевт или педиатр) с ограниченным набором лечебных и организационных функций уступил место врачу общей практики, способному лечить пациентов с достаточно широким кругом заболеваний. В этих странах участковая служба уже давно почти на 100% укомплектована врачами общей практики³.

Количественные параметры процесса специализации врачебных кадров заметно различаются. Результаты сравнения по странам ОЭСР (рис. 2) показывают, что безусловным лидером по уровню специализации являются США, где развитие новых медицинских технологий идет наиболее высокими темпами. В этой стране официально признано 80 специальностей и почти 120 узких специальностей. К группе стран с высоким уровнем специализации относятся также Австралия, Великобритания, Румыния, Швеция, Италия, Германия. На другом полюсе находятся Канада, Нидерланды, Эстония, Бельгия.

Рисунок 2

Численность врачебных специальностей и узких специальностей в различных странах в 2010 г.



Источник: General Medical Council, 2011.

В России процесс специализации врачебной деятельности в XX в. шел в русле общемировой тенденции. Но уже в 1970-е гг. интенсивность этого процесса в России оказалась выше по сравнению с большинством западных стран, по крайней мере в сфере амбулаторной помощи. Появлялись новые специальности врачей поликлиник, сфера же деятельности традиционного участкового врача, напротив, сузилась – и как лечебная, и как организационная. Институт врача общей практики не получил массового развития.

Сегодня в российском здравоохранении существует 92 специальности и субспециальности⁴. В число врачебных специальностей включены такие категории, которые в других странах не относятся к врачебным: лабораторная генетика, медико-социальная генетика, физиотерапия, санитария и т.д. Выпускники медицинских вузов в ходе обучения в интернатуре и ординатуре стараются освоить прежде всего узкие специальности. В этом они не отличаются от своих западных коллег. Но путь к узкой специальности у нас относительно короче и проще. Во-первых, согласно действующим квалификационным правилам, наличие основной специальности и практических навыков по основной специальности не является обязательным условием для получения врачом узкой специальности⁵. В большинстве западных стран сначала нужно пройти сертификацию по основной специальности и иметь опыт практической работы (Policies and Procedures, 2014). Во-вторых, длительность прохождения ординатуры и интернатуры в России составляет 2 года, а в западных странах – 3–6 лет (в зависимости от страны и специальности). В-третьих, у нас клинический ординатор и интерн практически «обречен» на получение сертификата специалиста независимо от полученных навыков, тогда как в зарубежных клиниках он выполняет большой объем лечебной работы и «на выходе» проходит серьезную аттестацию.

Наметилась тенденция к искусственному дроблению врачебных функций. Диагностические исследования делегируются специалистам по функциональной диагностике и эндоскопии. Врачи основных специальностей утрачивают навыки проведения диагностических исследований, что негативно сказывается на качестве диагностики и ведения пациентов.

Для сравнения показателя доли врачей общей практики в России и за рубежом была использована статистика ОЭСР в области здравоохранения. Численность врачей общей практики относилась к общему числу врачей в рассматриваемых странах. Как следует из данных таблицы 1, доля этих врачей в западных странах за 2000–2012 гг. имела тенденцию к сокращению. Но это сокращение было незначительным, причем абсолютное значение данного показателя остается высоким. Например, в Канаде и Франции на долю врачей общей практики в 2012 г. приходилось около 47% всех врачей, в Великобритании – 29%. В США этот показатель остается намного ниже – 12–13% в течение всего периода. В постсоветских странах отмечается тенденция роста или стабилизации доли врачей общей практики, хотя ее абсолютное значение остается намного ниже, чем в западных странах.

В России данный показатель⁶ существенно ниже, чем в большинстве западных стран (за исключением США), и имеет тенденцию к сокращению с 12,03% в 2006 г. до 10,53% в 2013 г. Более того, абсолютное число таких врачей сократилось за этот период на 10%.

Таблица 1

Динамика доли врачей общей практики в общем числе врачей в отдельных странах ОЭСР и России за 2000–2012 гг., в %

Страна \ Год	2000	2005	2008	2010	2011	2012
Великобритания	32,94	30,21	29,31	29,3	29,37	29,11
Германия	20,31	19,53	18,39	17,66	17,21	16,82
Канада	47,54	48,13	47,84	47,01	46,98	47,15
США	12,92	12,44	12,33	12,3	12,14	...
Франция	49,45	49,29	49,05	48,68	47,28	46,9
Чехия	21,57	20,4	19,86	19,57	19,31	19,12
Эстония	12,51	21,9	21,48	22,67	22,76	22,68
Россия	–	12,03*	11,96	11,75	11,5	10,53**

*2006 г.

**2013 г.

Рассчитано на основе: OECD Health Data: Health care resources, http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en# ЦНИИОИЗ за соответствующие годы.

Тенденция абсолютного и относительного снижения числа врачей первичного звена имеет серьезные негативные последствия. Лечебная работа участковых врачей оказалась ограничена небольшим кругом патологий, что генерирует массовый спрос на специализированную помощь. По существу утрачена функция участковых врачей как организаторов и координаторов медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами амбулаторного звена и стационарами, что отрицательно сказывается на преемственности лечения. Ответственность за состояние здоровья обслуживаемого населения на уровне поликлиники все в большей степени становится коллективной, а значит размытой. Вопреки постоянным декларациям об особой роли первичного звена здравоохранения, этот сектор остается самым слабым звеном российского здравоохранения, что является важным фактором неудовлетворительного его состояния.

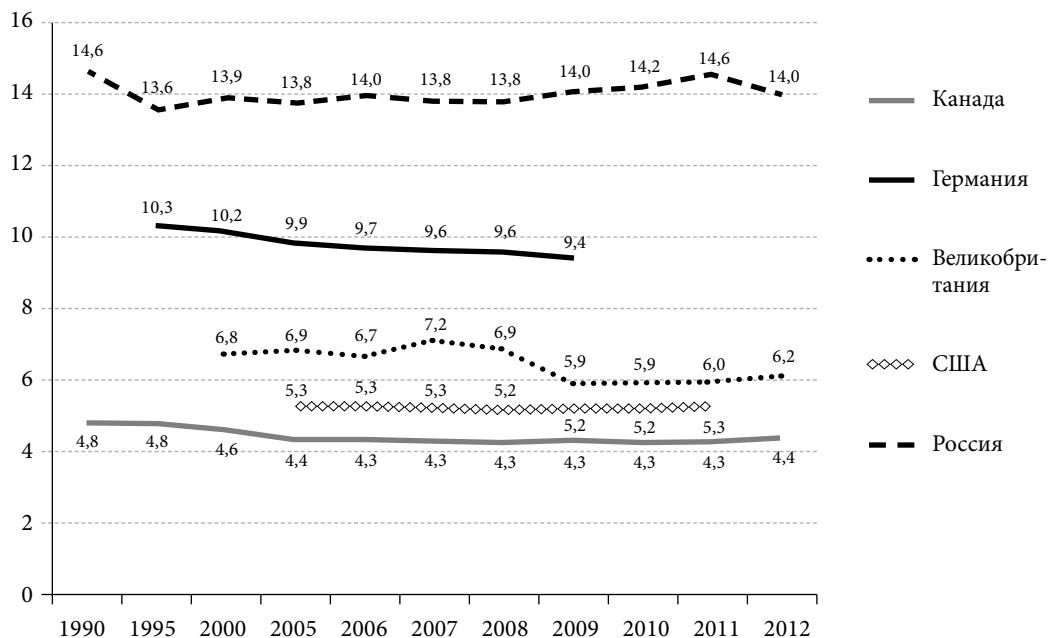
Направления и формы разделения труда

В зарубежном здравоохранении врач является вершиной кадровой пирамиды, в основании которой находится большое число работников, освобождающих врача от рутинных функций и обеспечивающих

его клиническую деятельность. Доля врачей в общей численности занятых в здравоохранении имеет тенденцию к сокращению в пользу других профессионально-квалификационных групп работников (рис. 3).

Рисунок 3

Доля врачей (без стоматологов) в общем числе занятых в здравоохранении в отдельных странах и России в 1990–2012 гг., в %



Рассчитано на основе: OECD Health Data, 2014; Росстат России за соответствующие годы.

При этом четко обозначились две группы факторов, существенно изменившие систему разделения труда между отдельными группами работников отрасли. Первая – повышение значения сервисной составляющей медицинской помощи. Растущее число больных с хроническими и множественными заболеваниями по мере постарения населения увеличивает потребность в постоянном наблюдении за их состоянием. Повышается значение комплекса мероприятий по управлению хроническими заболеваниями, направленного на снижение частоты их обострений и, соответственно, на снижение потребности в дорогостоящей стационарной помощи. В особую сферу деятельности превращается помощь неизлечимым больным.

Результатом этих процессов является рост потребности в среднем медицинском персонале. Главная нагрузка ложится на медицинских сестер, способных совместить клиническую и сервисную составляющие медицинской помощи. Появляются новые виды услуг, расширяется функционал медицинского персонала. Например, в Великобритании в рамках общих врачебных практик создаются сестринские клиники, оказывающие

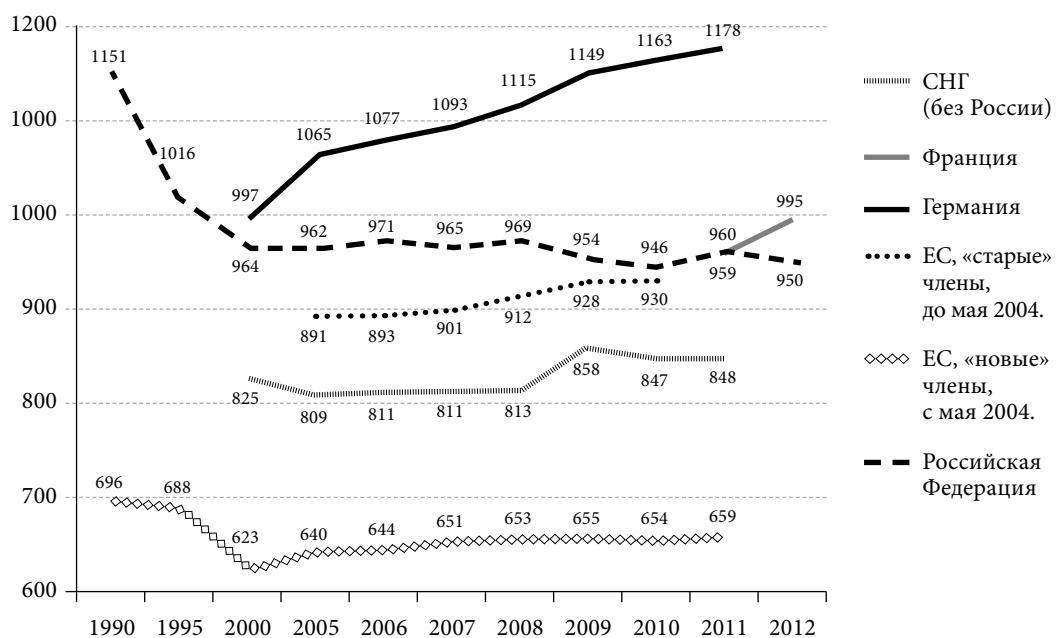
дополнительные услуги по ведению хронических больных, в том числе в домашних условиях. Труд медсестер в этом случае дополняет труд врача (Dubois et al., 2006).

Вторая тенденция – повышение квалификации среднего медицинского персонала, позволяющее делегировать ему часть традиционных функций врачей. Категория наиболее квалифицированных медсестер в западных странах не только выполняет врачебные назначения и ведет предварительный осмотр пациентов, но и самостоятельно лечит некоторые несложные заболевания. Этот процесс можно назвать эффектом замещения врачей.

Эти два процесса определяют рост обеспеченности населения средним медицинским персоналом. Проведенные сравнительные оценки⁷ показывают, что в странах ЕС (как «старых», так и «новых») после снижения этого показателя в 1990-е гг. отмечается довольно устойчивая тенденция его роста (рис. 4).

Рисунок 4

Обеспеченность средним медперсоналом (медсестры, фельдшеры, акушерки) (на 100 тыс. населения) в странах ЕС и России в 1990–2012 гг.



Рассчитано на основе: WHO Regional Office for Europe, 2013; Росстат России за соответствующие годы.

В западной литературе существует большое число оценок возможности и эффективности замены врача медсестрой при выполнении определенных медицинских вмешательств. Обзор результатов 730 за-

рубежных публикаций по этой проблеме, проведенный профессором НИУ ВШЭ В.В. Власовым (НИУ ВШЭ, 2014), дает основания считать, что делегирование рутинных функций врачей среднему медицинскому персоналу не наносит ущерба качеству медицинской помощи: большинство этих функций медсестры выполняют не хуже врачей, обеспечивая при этом более высокий уровень удовлетворенности пациентов. Такой эффект связан не столько с особыми компетенциями медсестер, сколько с большим количеством времени, уделяемым ими пациентам, по сравнению с временем, уделяемым пациентам врачами. Ощущение постоянного и более продолжительного контакта в процессе лечения оценивается пациентами очень высоко.

Однако экономический эффект делегирования врачебных функций, как показывает большинство исследований, чаще всего невелик или вообще отсутствует, что связано с необходимостью привлечения дополнительного труда медсестер. Эффект расширения функций в большинстве случаев оказывается выше эффекта замещения – даже с учетом более низкой зарплаты медсестер по сравнению с зарплатой врачей. То есть эти исследования в целом подтверждают гипотезу о возможности замены в определенных случаях врачей медсестрами без ущерба для качества медицинской помощи, но экономический эффект такой замены остается недоказанным.

Еще одна важная тенденция разделения труда в зарубежном здравоохранении – появление новых профессий, связанных с обслуживанием медицинской и информационной техники, организацией медицинской помощи, углубленным обслуживанием пациентов. Эти так называемые «смежные специалисты» существенно дополняют работу врача и медсестры. Например, в США насчитывается более 200 профессий смежных специалистов, на которых приходится около 60% работников здравоохранения (AAHS, 2012).

В отличие от сферы материального производства, где новое разделение трудовых функций направлено на повышение производительности труда и снижение издержек, в здравоохранении доминирует обратный процесс повышения трудоемкости услуг, особенно в больницах. Во всех западных странах четко прослеживается тенденция роста числа работников больниц в расчете на одну больничную койку (табл. 2). В некоторых из них сегодня на одну больничную койку приходится 6–7 работников. Такая высокая трудоемкость услуг дает возможность быстрее лечить пациентов с высоким клиническим результатом. При этом существует прямая связь между трудоемкостью и сроками госпитализации. Так, в США на одну больничную койку приходится 6,43 работника, в Дании – 7,11 (самый высокий показатель), а срок госпитализации, например при инфаркте миокарда, составляет лишь 5,4 и 3,9 дня соответственно. В странах с более низкой трудоемкостью стационарной помощи (на уровне 2–4 работника на одну койку) отмечаются более длительные сроки госпитализации при инфаркте миокарда (5,5–8 дней) (OECD Health at a Glance, 2013).

Таблица 2

**Численность работников больниц, приходящихся на одну
больничную койку, в отдельных странах ОЭСР и России
в 2000–2012 гг.**

Страна \ Год	2000	2005	2008	2012
Великобритания	–	6,45	7,27	7,56
США	5,3	5,94	6,3	6,43
Канада	–	5,43	6,16	6,24
Израиль	3,12	3,34	3,67	3,66
Франция	2,27	2,7	2,82	3,14
Эстония	–	2,47	2,57	2,65
Словения	1,68	2,01	2,17	2,26
Чехия	–	1,74	1,87	2,01
Венгрия	–	1,29	1,38	1,43
Россия			1,25	1,26

Источник: OECD Health at a Glance, 2013; Росстат России за соответствующие годы.

В России действие перечисленных факторов также проявляется, но в гораздо меньшей мере, чем за рубежом. Эффекты замещения врачей и расширения функционала медсестер здесь выражены значительно слабее, соответственно выше нагрузка на врачей. Их доля в общей занятости в здравоохранении составляет 14%, что в 2–3 раза выше, чем в западных странах (рис. 3). Из-за слабого развития поддерживающего персонала уровень трудоемкости больничной помощи в России в 2–5 раз ниже, чем в западных странах, и в 1,5–2 раза ниже, чем в восточноевропейских странах (табл. 2), что является признаком более низкой интенсивности оказания медицинской помощи в стационаре.

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в СССР была выше, чем за рубежом, прежде всего, в силу развития массовой профессии фельдшеров. В 1990-е гг. эта обеспеченность резко снизилась – с 1151 на 100 тыс. населения в 1990 г. до 964 в 2000 г. В последующие годы этот процесс замедлился, и в 2012 г. обеспеченность средним медицинским персоналом была примерно на уровне «старых» стран ЕС, хотя и чуть выше, чем в «новых» (рис. 4). Утрата лидерства по этому показателю была связана, во-первых, с существенным повышением роли медсестры в западных странах, во-вторых, с замедлением подготовки медсестер и отказом от подготовки фельдшеров в России. Последнее трудно оценивать положительно, поскольку труд фельдшера может существенно дополнить труд врача, особенно в сельской местности.

На одного врача в России в настоящее время приходится 1,8 медсестры, в то время как в среднем по странам ОЭСР – 2,8. В США, Канаде, Да-

нии, Швейцарии этот показатель составляет 4,3–4,5, а в большинстве стран – от 2 до 4 (OECD at a Glance, 2013). Это отставание отражает не столько более низкую обеспеченность медсестрами, сколько более высокую обеспеченность врачами, которая, по данным ВОЗ (без учета стоматологов), в России составляет 447 на 100 тыс. населения против 368 в «старых» странах ЕС и 275 – в «новых»⁸ (рис. 1).

В структуре смежных специальностей в России доминирует административный персонал, в то время как в западных странах – технический. На административный персонал не распространяются решения о повышении зарплаты медиков, они являются первой жертвой оптимизации здравоохранения. До сих пор не налажена массовая подготовка специалистов по медицинской технике в специализированных вузах, соответствующие ставки чаще всего заполняются всякого рода «умельцами». Недостаточное развитие немедицинского персонала повышает нагрузку на врачебный и сестринский персонал, приводит к неэффективному использованию медицинского оборудования и его частому выходу из строя. Подобную ситуацию следует оценивать как важнейший кадровый дисбаланс, негативно влияющий на результативность медицинской помощи.

Новые горизонты кадровой политики в российском здравоохранении

В какой мере рассмотренные мировые процессы развития кадровых ресурсов здравоохранения учитываются в России? Можно утверждать, что доминирующая в течение многих десятилетий политика «дешевого врача» в последние годы начинает пересматриваться. Кризисные процессы в экономике страны, возможно, замедлят повышение зарплаты медиков, но маловероятно, чтобы снизилась приоритетность этой задачи. Можно также ожидать усиления зависимости размера оплаты труда медиков от объема и качества их труда. Пока этот процесс идет не очень последовательно (Шишкун с соавт., 2013), но реалии сужающихся финансовых возможностей, скорее всего, ограничат сферу механического повышения размера зарплаты для всех работников и заставят руководителей медицинских учреждений делать ставку прежде всего на наиболее квалифицированных и нужных специалистов, занятых на одном рабочем месте, – в полном соответствии с идеей эффективного контракта.

Что же касается других аспектов кадровой политики, то особых оснований для оптимистических прогнозов пока нет. Достаточно посмотреть на главные программные документы развития здравоохранения.

Перспективные направления развития кадрового потенциала здравоохранения содержатся в распоряжении Правительства РФ от 15.04.2013 N 614-Р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года». Предлагается планировать кадры с учетом комплекса новых факторов, в том числе с учетом изменений в структуре оказания медицинской помощи. Растет понимание необходимости перехода от экстенсивного наращивания чис-

ленности врачей к стратегии интенсивного развития. Но пока эта новая стратегия недостаточно конкретизирована, в том числе по вопросам планирования кадров. Принятая Минздравом России методика планирования кадров⁹ касается только врачей и полностью игнорирует другие категории специалистов. К тому же речь идет о планировании только текущей, а не перспективной потребности, что не позволяет учесть рассмотренные выше долговременные процессы.

Некоторые мировые тенденции развития кадровых ресурсов учтены в Государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. N 294. Ставится задача увеличить число подготовленных специалистов в учреждениях среднего профессионального образования на 50% и на этой основе обеспечить рост числа средних медицинских работников, приходящихся на одного врача, с 2,2 в 2013 г. до 3 в 2020 г., т.е. выйти примерно на уровень большинства западных стран. Для повышения качества подготовки и квалификации медицинских работников планируется создать систему допусков к медицинской деятельности на основе новых профессиональных стандартов и новой системы аккредитации специалистов. Предусматривается охватить системой аккредитации всех специалистов в 2022 г.

При всей важности этих документов следует признать, что они не затрагивают многие острые кадровые проблемы российского здравоохранения и недостаточно учитывают мировые тренды развития кадровых ресурсов.

Во-первых, не ставится проблема преодоления чрезмерной специализации кадров. Эта проблема широко обсуждается среди организаторов здравоохранения, но явно выпала из программных документов. Особую озабоченность вызывает отсутствие сколько-нибудь ясной позиции в отношении развития института врача общей практики. Будет ли он основным субъектом первичной врачебной медицинской помощи или по-прежнему сохранится многократно доказавшая свою неэффективность модель участкового врача – специалиста по очень ограниченному кругу заболеваний? Как преодолеть дефицит врачей первичного звена и выйти на сравнимые с другими странами показатели их доли в общей численности врачей? Как повысить квалификацию действующих участковых врачей? Как стимулировать освоение студентами специальности врача общей практики? Эти и подобные вопросы остались без ответа. Похоже, кадровое обеспечение первичного звена в ближайшее десятилетие останется самым слабым звеном российского здравоохранения. Вышеупомянутые «корни системы» так и останутся чахлыми.

Во-вторых, отсутствует ясная перспектива возможности преодоления сложившихся кадровых диспропорций между: врачами стационаров (профицит этих врачей) и поликлиник (острейший дефицит); врачами отдельных специальностей (дефицит одних специальностей существует с избытком других – прежде всего тех, которые ориентированы на платежеспособный спрос); численностью врачей в городской и сельской местно-

сти, между врачами и средним медперсоналом (Шейман, Шевский, 2014). Механическое сокращение численности врачей без изменения их структуры – процесс, который уже наметился в ряде регионов страны, – чревато серьезным социальным ущербом, а потому и вряд ли возможно в сколько-нибудь заметных масштабах. Складывается представление, что предложенные в нормативных документах параметры сокращения обеспеченности населения врачебными кадрами (с 41 на 10 тыс. населения в 2013 г. до 40,2 в 2010 г.) – это не более чем арифметическое упражнение, имеющее целью выйти на искомые цифры экономии средств для повышения размера заработной платы медиков.

В-третьих, не затронута проблема сокращения совместительства кадров, что является содержанием процесса перехода на эффективный контракт. Условия этого контракта должны обеспечивать более высокий уровень оплаты труда при работе на одну ставку, т.е. платить следует не за количество отработанного времени на нескольких ставках, а за сложность выполняемых работ, расширение функциональных обязанностей, эффективное использование медицинской техники и, конечно, за результаты клинической деятельности. Если сохранится действующая практика наращивания штатных должностей, то эта проблема решена не будет.

В-четвертых, осталась незамеченной наметившаяся в мировом здравоохранении тенденция расширения смежных категорий работников, обеспечивающих обслуживание медицинской и информационной техники и поддерживающих труд врача. Напротив, господствует точка зрения, что можно сэкономить на таком персонале – он становится первой жертвой сокращений кадров. Непонятно, где и как будет проводиться обучение этих кадров. Тем самым игнорируется серьезный фактор, закладывающий основу технологического и организационного развития отрасли.

Последнее, но, пожалуй, самое важное: даже на концептуальном уровне не ставится задача изменения организационно-правового статуса врача, направленного, с одной стороны, на реализацию творческого характера его деятельности, а с другой – на повышение персональной ответственности за здоровье доверившихся ему пациентов.

Заключение

В зарубежном здравоохранении в последние десятилетия наметились новые тенденции кадрового обеспечения здравоохранения. Процесс специализации врачебных кадров продолжается, но он не является неизбежным и необратимым. Ему противостоят новые факторы общественного развития, прежде всего постарение населения. Западные страны реагируют на действие новых факторов, пытаясь переломить тенденцию к специализации, и в первую очередь в сфере первичной медицинской помощи. В России такая задача пока не ставится. Наблюдаемое в западной практике сдерживание процесса специализации осталось в российском здравоохранении практически незамеченным.

Общая тенденция развития здравоохранения зарубежных стран – усиление процесса разделения труда между отдельными квалификационно-профессиональными группами работников. Растет число и расширяются функции среднего медицинского персонала и многочисленных категорий смежных работников отрасли, что дает возможность снизить нагрузку на врачей и сократить их долю в общей занятости в здравоохранении. Есть признаки того, что данный процесс не снижает качество медицинской помощи, хотя и не обеспечивает экономию средств. В российском здравоохранении также взят курс на ускоренное развитие среднего медицинского персонала по сравнению с численностью врачей, но он пока недостаточно конкретизирован. Что же касается новых категорий работников, то задача их подготовки пока не ставится – этот тренд также оказался вне поля внимания плановых органов системы здравоохранения.

Наметились определенные сдвиги в концептуальном понимании необходимости преодоления фундаментальных различий в положении врачей в России и за рубежом – существенном повышении их оплаты труда. Но даже на концептуальном уровне пока не ставятся задачи изменения организационно-правового статуса врачебной деятельности, изменения форм занятости, изменения соотношения базовой и стимулирующей части оплаты труда.

Использование зарубежного опыта при формировании кадровой политики по выделенным направлениям могло бы повысить эффективность использования кадровых ресурсов российского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркалов С. Анализ социального статуса и социальной роли врача общей практики. Основные направления социальной работы в системе здравоохранения – проблемы и перспективы развития. – 2011. URL: <http://maxpark.com/user/855238061/content/696870> (дата обращения: 24.02.2015).
2. НИУ ВШЭ. Отчет о научно-исследовательской работе «Моделирование и прогнозирование потребности системы здравоохранения в кадровых ресурсах». Шифр: Т3-128. 2014.
3. Росстат России. Здравоохранение России. Москва. За 2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 гг. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/en/main/ (дата обращения: 20.02.2015).
4. Улумбекова Г.Э. Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» на вызовы системе здравоохранения. М.: Литтерра, 2011. – 104 с.
5. Шишкин С., Темницкий А., Чирикова А. Стратегия перехода к эффективному контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников // Экономическая политика. – 2013. – № 4. – С. 27–53.
6. Шейман И.М. Опыт реформирования здравоохранения Эстонии: что интересно для России? // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 69–78.
7. Шейман И.М., Шевский В.И. Почему в России не хватает врачей? // Экономическая политика. – 2014. – № 3. – С. 157–177.
8. ЦНИИОиЗ Минздрав России. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Москва. За 2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 гг. URL: <http://www.mednet.ru/index.php> (дата обращения: 20.02.2015).
9. AAHS (2012). Association of Allied Health Schools, Definition of Allied Health Professionals. Available: <http://www.asahp.org/> (accessed: 20 February, 2015).
10. Appleby J., Harrison T., Hawkins L, Dixon A. (2012). Payment by results. How can payment systems help to deliver better care? 1st ed. [eBook] London: The King's Fund.
11. Berman B.W. (2014). The Generalist-Specialist Interface: Not a Zero-Sum Game. Clin Pediatr (Phila). July. No. 53. P. 719–720. Available: DOI: 10.1177/0009922813500341 (accessed: 20 February, 2015).
12. Busse R. & Mays N. (2008). Paying for chronic disease care In: Nolte E. & McKee M. (Eds). Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Berkshire: Open University Press.
13. Dubois C., McKee & Nolte E. (2006). Analyzing trends, opportunities and challenges In: Dubois, C., McKee, M. & Nolte, E. (Eds). Human resources for health in Europe. Berkshire: Open University Press.

14. Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S. & McKee M. (2009). International Health-care Comparisons Network. Capacity planning in health care: a review of the international experience. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
15. General Medical Council (2011). Specialties, Sub-Specialties and Progression through Training the International Perspective, Aug. Available: http://www.gmc-uk.org/Specialties_subspecialties_and_progression_through_training__the_international_perspective.pdf_45500662.pdf (accessed: 20 February, 2015).
16. Harrold L., Field T., & Gurwitz J. (1999). Knowledge, Patterns of Care, and Outcomes of Care for Generalists and Specialists. *Journal of General Internal Medicine*. No. 14. P. 499–501.
17. OECD (2013). Health at a Glance 2013. OECD Publishing. Available: DOI: 10.1787/health_glance-2013-en (accessed: 20 February, 2015).
18. Policies and Procedures for Certification and Fellowship (2014). Aug. 2014. Available: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/credentials/policy_procedures_e.pdf (accessed: 20 February, 2015).
19. Machinko J., Starfield B., & Shi L. (2003). The contribution of primary care providers to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research*. No. 38. P. 831–865.
20. Nichols F. (2003). Generalist or Specialist. Which do I consult? Distance consulting. Available: <http://www.nickols.us/generalist.pdf> (accessed: 20 February, 2015).
21. U.S. Department of Health and Human Services (2013). Health Resources and Services Administration, National Center for Health Workforce Analysis. Projecting the Supply and Demand for Primary Care Practitioners Through 2020. Rockville, Maryland.
22. WHO Regional Office for Europe (2013). European Health for all database. Copenhagen, Regional Office for Europe. Available: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (accessed: 20 February, 2015).

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Минздрав России. Отчетная статистическая форма 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения».

² Росстат России. Заработная плата отдельных категорий работников социальных учреждений и науки (см.: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rossstat/ru/statistics/wages/).

³ European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transitions (HITs) по соответствующим странам.

⁴ Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 N 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

⁵ Там же.

⁶ Включены участковые терапевты, участковые педиатры и врачи общей практики.

⁷ Для обеспечения сравнимости данных по ЕС и России использовалась категория среднего медицинского персонала, включающая в России не только медсестер, но и фельдшеров и акушерок.

⁸ Следует учитывать, что в европейских странах при расчете численности врачей не учитываются не только стоматологи, но и некоторые другие категории врачей, которые традиционно включаются в состав врачебных кадров в России, делая это сравнение не полностью корректным (подробнее см.: Шейман, Шевский, 2014).

⁹ Приказ Минздрава РФ от 26.06.2014 N 322 «Методика расчета потребности во врачебных кадрах».

HEALTH LABOR POLICY: COMPARATIVE ANALYSIS OF RUSSIAN AND INTERNATIONAL DEVELOPMENTS

Shaiman Igor M.

PhD in Economics, Professor of Economics and Health Management HSE,
Honored Economist of Russia.

Address: National Research University Higher School of Economics.
20, Myasnitskaya Str., 101000 Moscow, Russian Federation.
E-mail: igor.sheim@g23.relcom.ru

Shevsky Vladimir I.

HSE Consultant, Honored Doctor of Russia. Deputy Head of the Department
of Health Administration of Samara Region in 1971–2001.

Address: National Research University Higher School of Economics.
20, Myasnitskaya Str., 101000 Moscow, Russian Federation.
E-mail: v_shevsky@mail.ru

Abstract

The Russian health sector has accumulated a lot of serious labor problems, the most important of which are: a low level of labor planning, the shortage of physicians and other medical workers, substantial disproportions in their structure. The objective of this paper is to compare some aspects of health labor policy in Russia and Western countries. Three major developments are addressed: 1) the ways to enhance physicians' efficiency, 2) the search for the optimum level of physicians' specialization, 3) the changes in division of labor between various professional groups of medical workforce. The comparison of these developments allowed to determine substantially different types of health labor strategies in Russia and Western countries and to look more critically at the major strategic and regulatory documents in the Russian health sector. First, Russia differs much in terms of the size of physicians' remuneration, its structure (the share of basic part is lower), as well as in the legal status of outpatient doctors. Second, contrary to Western countries where some efforts are made to overcome the excessive specialization of physicians, in Russia this process is escalating, particularly in primary health care. The overspecialization of PHC contributes much to its understaffing, low quality and dissatisfaction of patients. Third, the process of division of labor between physicians, medical nurses and allied health workers is intensively developing in Western countries, while in Russia this process is very slow. Some new categories of medical workers that support physicians are not known in Russia. Therefore the need for physicians is very high. Practical recommendations for health labor policy are made regarding each of the above developments.

Keywords: health care; labor policy; labor management; physicians; medical nurses; division of labor; physicians' legal status.

Citation: Shevsky, I.M. & Sheiman, V.I. (2015). Zarubezhnyi opyt kadrovoy politiki v zdravookhranenii [International experience of health labor policy]. *Public Administration Issues*, n. 1, pp. 143–167 (in Russian).

REFERENCES

1. Barkalov, S. (2011). *Analiz sotsialnogo statusa i sotsialnoi roli vracha obshchey praktiki. Osnovnye napravleniya sotsialnoy raboty v sisteme zdravookhraneniya – problemy i perspektivy razvitiya* [Analysis of the social status and social role of general practitioners. The main directions of social work in the health care system – Problems and Prospects]. Available: <http://maxpark.com/user/855238061/content/696870> (accessed: 24 February, 2015).
2. HSE. (2014). *Otchet o nauchno-issledovatel'skoy rabote «Modelirovanie i prognozirovaniye potrebnosti sistemy zdravookhraneniya v kadrovym resursakh»* [Report on the research work «Modelling and forecasting the needs of the health care system in the workforce»]. Code: TK-128.
3. Rosstat Rossii. *Zdravookhranenie Rossii* [The Federal State Statistics Service of Russia. Healthcare in Russia]. Moscow, 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014. Available: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/en/main/ (accessed: 20 February, 2015).
4. Ulumbekova, G.E. (2011). *Kak otvechaet zakonoproekt «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v RF» na vyzovy sisteme zdravookhraneniya* [How does the draft law «On the basis of the healthcare of citizens in the Russian Federation» meet the challenges to the health care system]. Moscow: Littera, 2011
5. Shishkin, S., Temnitsky, A. & Chirikova, A. (2013). Strategiya perekhoda k effektivnomu kontraktu i osobennosti trudovoy motivatsii meditsinskikh rabotnikov [Transition strategy for effective contract and peculiarities of motivation of health workers]. *Ekonomicheskaya Politika*, n. 4, pp. 27–53.
6. Sheiman, I.M. (2011). Opty reformirovaniya zdravookhraneniya Estonii: chto interesno dlya Rossii? [Experience of health care reform in Estonia: what is interesting for Russia?]. *Zdravookhranenie*, n. 5, pp. 69–78.
7. Sheiman, I.M. & Shevsky, V.I. (2014). Pochemu v Rossii ne khvataet vrachei? [Why does Russia lack physicians]. *Ekonomicheskaya Politika*, n. 3, pp. 157–177.
8. Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of RF. (2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). *Resursy i deyatel'nost meditsinskikh organizatsiy zdravookhraneniya* [Resources and activities of medical health care organizations]. Available: DOI: <http://www.mednet.ru/index.php> (accessed: 20 February, 2015).
9. AAHS. (2012). *Association of Allied Health Schools, Definition of Allied Health Professionals*. Available: <http://www.asahp.org/> (accessed: 20 February, 2015).
10. Appleby, J., Harrison, T., Hawkins, L. & Dixon A. (2012). *Payment by results. How can payment systems help to deliver better care?* 1st ed. [eBook] London: The King's Fund.
11. Berman, B.W. (2014). The Generalist–Specialist Interface: Not a Zero-Sum Game. *Clin Pediatr*, July, n. 53, pp. 719–720. Available: DOI: 10.1177/0009922813500341 (accessed: 20 February, 2015).

12. Busse, R. & Mays, N. (2008). Paying for chronic disease care. In: Nolte, E. & McKee, M. (Eds). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Berkshire: Open University Press.
13. Dubois, C., McKee, M. & Nolte E. (2006). Analyzing trends, opportunities and challenges. In: Dubois, C., McKee, M. & Nolte, E. (Eds). *Human resources for health in Europe*. Berkshire: Open University Press.
14. Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S. & Mays. N. (2009). International Healthcare Comparisons Network. Capacity planning in health care: a review of the international experience. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
15. General Medical Council (2011). *Specialties, Sub-Specialties and Progression through Training the International Perspective*, Aug. Available: http://www.gmc-uk.org/Specialties_subspecialties_and_progression_through_training_the_international_perspective.pdf_45500662.pdf (accessed: 20 February, 2015).
16. Harrold, L., Field, T., & Gurwitz, J. (1999). Knowledge, Patterns of Care, and Outcomes of Care for Generalists and Specialists. *Journal of General Internal Medicine*, n.14, pp. 499–501.
17. OECD (2013). *Health at a Glance 2013*. OECD Publishing. Available: DOI: 10.1787/health_glance-2013-en (accessed: 20 February, 2015).
18. *Policies and Procedures for Certification and Fellowship*. (2014). Aug.2014 Available: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/credentials/policy_procedures_e.pdf (accessed: 20 February, 2015).
19. Machinko, J., Starfield, B. & Shi, L. (2003). The contribution of primary care providers to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research*, n. 38, pp. 831–865.
20. Nichols, F. (2003). *Generalist or Specialist. Which do I consult? Distance consulting*. Available: <http://www.nickols.us/generalist.pdf> (accessed: 20 February, 2015).
21. U.S. Department of Health and Human Services (2013). *Health Resources and Services Administration, National Center for Health Workforce Analysis. Projecting the Supply and Demand for Primary Care Practitioners Through 2020*. Rockville, Maryland.
22. WHO Regional Office for Europe. (2013). *European Health for all database*. Copenhagen, Regional Office for Europe. Available: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (accessed: 20 February, 2015).