

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.К. Мамиконян, Е.А. Белик
(Россия, Астрахань)

В статье рассматриваются направления совершенствования подходов к формированию профессиональных компетенций работников сферы здравоохранения, раскрываются основные причины этой связи. В заключении авторы выделяют современные проблемы развития управления персоналом в учреждениях здравоохранения.

This article discusses the concept of "direction to improve approaches to expertise health care", reveals the main reasons for this phenomenon. Main attention is paid to the definition of on the reasons therefore. In conclusion the authors identifies the current problems of personnel management in health care.

Ключевые слова: ключевая компетенция, конкуренция, конкурентное преимущество, конкуренция в системе здравоохранения, управление персоналом, учреждения здравоохранения.

Key words: core competence, competitiveness, competitive advantage, competition in the health care system, personnel management, health care facilities.

Фундаментальной проблемой систем здравоохранения большинства развитых стран, таких как Великобритания, Италия, Франция, является неудовлетворительная структура обеспечения услуг здравоохранения [4, с. 174]. Именно структура поставки услуг здравоохранения управляет стоимостью и качеством всей системы и порождает многочисленные проблемы и недостатки: высокую стоимость услуг, постоянно возрастающие расходы государства на финансирование системы, низкое и нестабильное качество обслуживания, ограниченный доступ к страхованию здоровья, недостаточные объемы страховой защиты, покрываемые страхованием, и ряд других.

В связи с этим система здравоохранения РФ в настоящее время характеризуется следующим: упор делается на количество предоставляемых услуг, а не на качество их оказания, отодвигая на второй план проблему повышения квалификации персонала и внедрения инноваций в системе здравоохранения, перекладывая издержки с одних плеч на другие. Чем выше профессионализм и компетентность персонала, тем ниже стоимость предоставляемых медицинских услуг и меньше ошибок при постановке диагнозов и последующем лечении. Следовательно, можно сделать вывод о том, что главным носителем ключевых компетенций в системе здравоохранения является обладающий соответствующими знаниями, умениями, навыками и мотивациями персонал.

В Российской Федерации в настоящее время трудится 609,7 тыс. врачей и 1,3 млн медицинских работников, имеющих среднее профессиональное образование. Контингент лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, составляет стабильную долю в диапазоне от 5 до 7 % от общей численности трудовых ресурсов России, что на 18 % меньше, чем в странах Евросоюза, в которых данный показатель колеблется в диапазоне 20–25 %. Более 90 % работников медицинских организаций осуществляют свою деятельность в учреждениях государственной и муниципальной форм собственности. Средний возраст работников в отрасли здравоохранения составляет 46 лет, что свидетельствует о кадровой и профессиональной стабильности сферы здравоохранения и данный показатель может быть признан одним из факторов конкурентоспособности организации. Уровень обеспеченности врачебными кадрами в России достигает 42,7 чел. на 10 тыс. населения, что на 7,4 чел. больше, чем в странах Евросоюза, где данный показатель равен 35,3. В том числе по клиническим специальностям – в пределах 28,8 чел. на 10 тыс. населения, что на 16,7 чел. больше, чем в Евросоюзе (12,1). Обеспеченность медицинскими кадрами отличается выраженным территориальным дисбалансом с размахом диапазона – от дефицита до избыточного числа кадрового состава по различным субъектам Российской Федерации. Подготовка врачей осуществляется в 48 государственных медицинских и фармацевтических вузах; специалистов со средним медицинским образованием – в 450 средних медицинских (фармацевтических) заведениях. Общий выпуск врачей и фармацевтов ежегодно приближается в среднем к 25 тыс. специалистов. Номенклатурный перечень

профилей медицинской и фармацевтической деятельности включает 103 позиции, в том числе основные и требующие углубленной подготовки специальности (для сравнения за рубежом – до 57) [5].

По уровню финансирования здравоохранения Россия намного отстает от западноевропейских стран: доля общих расходов на здравоохранение в ВВП в РФ почти в 1,7 раза меньше, чем в странах входящих в ЕС (5,2 % (РФ) и 9 % (ЕС)), а доля государственных расходов в ВВП – в 2 раза меньше (3,4 % (РФ) и 6,9 % (ЕС)). В абсолютном выражении в расчете на одного человека РФ тратит на здравоохранение в 3,9 раза меньше, чем в среднем в странах Евросоюза (567 \$ (РФ) и 2203 \$ (ЕС) по паритету покупательной способности).

Высокие показатели смертности и заболеваемости населения являются главным вызовом российской системе охраны здоровья. Несмотря на заметное сокращение смертности в последние годы – с 16,1 чел. на 1000 чел. населения в 2005 г. до 14,3 в 2010 г., этот уровень все еще очень высок по сравнению с европейскими странами (9,6 в странах ЕС в 2009 г.). Показатели заболеваемости продолжают расти, при этом темп прироста общей заболеваемости за период 2005–2009 гг. составил 9,8 % и превысил темп прироста первичной заболеваемости (т.е. число впервые выявленных случаев заболеваний), который составил 7,6 %. В целом качеством медицинской помощи в РФ удовлетворены 74 % пациентов, что ниже установленного программой государственных гарантий критерия на 10 %. Меньше всего качество медицинской помощи устраивает респондентов в возрасте от 26 до 39 лет. По сравнению с 2009 г. процент удовлетворенности медицинской помощью снизился на 4,68 %.

Научно доказано, что степень удовлетворения работой оказывает значительное влияние на эффективность труда. Имеются статистические данные, что в РФ данный показатель составляет 57,3 %, что на 30 % меньше чем в странах Евросоюза (88 %) [5]. Рассмотрим динамику изменения заработной платы медработников в целом по Российской Федерации и по Астраханской области за 2005–2011 гг. (табл.) [6, 8].

Таблица

**Среднемесячная заработная плата
работников организаций Российской Федерации за 2005–2011 гг.**

Показатель, руб.	Год						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Прожиточный минимум по РФ	720	1100	2300	2300	4330	4330	4611
Средняя заработная плата в здравоохранении по РФ	5906	8056	10037	13049	14820	15371	38146
Средняя заработная плата в здравоохранении по Астраханской области	3948	5405	6351	7949	9512.8	10445	11719

Из данных приведенных в табл. можно сделать вывод о том, что за 2005–2011 гг. в среднем по России среднемесячная зарплата в сфере здравоохранения выросла в 6 раз, что соответствует темпам роста прожиточного минимума. В то же время по Астраханской области этот показатель вырос лишь в 3 раза, в основном вследствие низкого объема регионального финансирования.

Причины неэффективного функционирования системы здравоохранения исследователи видят в том, что в данной сфере нарушена конкуренция с такой ключевой компетенцией как медицинский персонал. Ключевая (центральная) компетенция – это основное конкурентное преимущество фирмы, которое появляется в том или ином виде деятельности сотрудников [2, с. 77]. Ключевая компетенция – это не просто сумма отдельных навыков и технологий, а комбинация взаимосвязанных навыков и технологий, владельцем которой, как правило, является фирма, а не отдельно взятый человек. Анализ различных работ в области конкуренции показал целесообразность расширения классификации конкуренции по такому признаку, как конечные последствия конкуренции для потребителя. С этой позиции были выделены такие виды конкуренции, как конструктивная и деструктивная конкуренция [4, с. 175].

Конструктивная конкуренция, или конкуренция с положительным исходом, – это соревнование, цель которого улучшить качество ожидаемых результатов для потребителей или качество продукции или услуг в соответствии с их ценой. Такая конкуренция приводит к росту эффективности. Деструктивную конкуренцию можно определить как соревнование с нулевым результатом, имеющим место вследствие того, что участники системы борются за разделение результативности вместо того, чтобы увеличить её. При такой конкуренции никто не оказывается в выигрыше, не говоря уже о потребителе. Деструктивная конкуренция может привести к разрушению качества, поскольку расходы, приходящиеся на эту борьбу, иногда не приносят потребителям никакой пользы. Конкуренция в здравоохранении зачастую не нацелена на обеспечение качества результатов для пациентов. Лишние расходы состязательности с нулевым исходом подрывают и фактически уменьшают желаемую результативную качество. Именно такого рода конкуренция в здравоохранении создала неприемлемые результаты. Таким образом, фундаментальным упущением в секторе здравоохранения является не конкуренция как таковая, а та форма, в которой она присутствует.

Процесс управления персоналом представляет собой непрерывный динамический процесс управления человеческими ресурсами, целью которого является оптимальная расстановка и использование сил на основе подбора, расстановки и мотивации персонала, формулировки целей непрерывного обучения и его организация, планирование и организация развития карьеры, регулярная оценка эффективности выполняемых рабочих функций. Все эти элементы перечислены в последовательности, предполагающей их взаимную обусловленность. Очевидно, что цель управления персоналом состоит в непрерывном поиске путей, способствующих повышению эффективности труда. Для повышения эффективности труда используется целый ряд приемов грамотного управления персоналом. При наличии некоторых общих для всех секторов экономики рекомендаций по управлению персоналом, отсутствует или находится лишь на начальных стадиях разработок технология управления различными категориями медицинского персонала. Современные проблемы развития управления персоналом в учреждениях здравоохранения в своей основе многокомпонентные. Низок престиж врачебной профессии; слабы стимулы для систематического повышения профессионального уровня. Не всегда имеются полноценные для этого возможности, особенно в сельской местности; серьезным недостатком в подготовке врача в стенах медицинских университетов является дефицит объема учебного времени при перенасыщенном блоке социально-гуманитарных дисциплин; контрастно отличаются условия для работы врача в городской и сельской местности; низка экономическая составляющая оценки врачебного труда.

Нивелированы стандартами индивидуальные задатки личности врача, оригинальность его профессионального мышления применительно к каждому пациенту. Стандарты в настоящий момент фактически стали тормозом, парализующим врачебное творчество и индивидуальный подход; высок уровень морально-психологического напряжения в медицинских коллективах, особенно во взаимоотношениях с пациентами. Нередки случаи, когда пациент обращается в учреждение здравоохранения не с просьбой оказать помощь в связи с нарушенным здоровьем, а с необоснованным требованием «назначить лечение по его усмотрению». Боязнь врачей в отношении санкций, практикуемых в настоящее время, чаще всего экономических, сделали их своеобразными заложниками пациентов. Санкции парализуют инициативу в работе; отсутствует специальная методика, опираясь на которую руководители учреждений здравоохранения могли бы осуществлять отбор, наем и расстановку кадров; не разработаны детальные, «пошаговые» подходы к обеспечению трудовой адаптации и мотивации профессиональной деятельности, а также управления служебно-профессиональным продвижением персонала.

Требует коренного переосмысления парадигма развития системы обучения медицинского персонала с введением корректных и сопоставимых оценок, начиная с оценки деятельности студентов медицинских учебных заведений и заканчивая оценками деятельности руководителей здравоохранения. Отсутствует методология дело-

вой оценки медицинского персонала; не разработаны технологически обоснованные и унифицированные подходы к обеспечению организационно-методической работы на различных уровнях управления персоналом [1, с. 142; 3, с. 96–98; 5, с. 117]. Несовершенство нормативно-правовой базы, необходимость научно-обоснованного прогноза численности кадрового состава и планирования подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием на основе современных принципов планирования потребности населения в медицинской помощи; отсутствие необходимых кадров на приоритетных направлениях, сохранение диспропорций между врачами общего профиля и узкими специалистами, врачами и средними медицинскими работниками в медицинском обслуживании городского и сельского населения, в кадровом обеспечении различных территорий страны; несоответствие системы подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли; несовершенство системы оплаты труда, соответствующей нагрузке и ответственности, форм компенсации за работу в сложных и опасных для здоровья условиях труда; усиление тенденции оттока из отрасли специалистов; несовершенство организации и управления кадровой службой, призванной осуществлять эффективную кадровую политику, отражающую современные подходы к управлению человеческими ресурсами; отсутствие должной профессиональной подготовки и оптимальной системы отбора руководителей, необходимость формирования нового типа руководителя здравоохранения, способного работать в новых экономических условиях – одной из главных проблем, из ряда перечисленных, остается отсутствие продуманной вертикали подготовки управленческого персонала. Руководителям учреждений здравоохранения, кроме профессиональных знаний в той сфере деятельности, в которой им приходится работать, необходим обширный набор знаний и умений, среди которых важнейшее место занимает способность эффективно общаться с другими специалистами; делегировать полномочия; мотивировать сотрудников; обеспечивать успешную командную работу, в том числе и в процессе решения проблем и при подготовке управленческих решений. Следует отметить, что все вышеуказанные проблемы, связанные с управлением персоналом в учреждениях здравоохранения, приводят к неэффективному использованию основной ключевой компетенции в сфере здравоохранения, такой как персонал, что, в свою очередь, приводит к развитию деструктивной, т.е. нулевой конкуренции в системе здравоохранения.

Таким образом, истинное понимание процессов управления персоналом открывает для учреждений здравоохранения, наряду с возможностью эффективного управления, создание и сохранение своих ключевых компетенций, что даст им преимущество перед другими учреждениями здравоохранения.

Список литературы

1. Блохина М. В. Общественное здоровье и здравоохранение / М. В. Блохина, Ш. М. Вахитов, Н. Ф. Хатыпова и др. – Казань : КГМУ, 2004. – 240 с.
2. Гапоненко А. Л. Стратегическое управление / А. Л. Гапоненко, А. П. Панкрухин. – М. : Экономика, 2004. – 542 с.
3. Жилкин А. А. Эволюция подходов к управлению человеческими ресурсами в XX в. / А. А. Жилкин, О. К. Минёва // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2011. – № 1 (26). – С. 95–101.
4. Лунёва Т. В. Анализ видов конкуренции в системе здравоохранения / Т. В. Лунёва, Е. А. Белик // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2010. – № 1. – С. 174–177.
5. Минёва О. К. Управление карьерой в системе менеджмента современной организации / О. К. Минёва // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2011. – № 1(26). – С. 116–124.
6. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://astrastat.www.gks.ru>, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус.
7. Фатхутдинов Р. А. Организация производства / Р. А. Фатхутдинов. – М. : Финансы и статистика, 2010. – 632 с.
8. Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа : <http://www.gks.ru>, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус.