

УДК 331

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАНЯТОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**А.В. Щербаков**

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития России

В статье рассматриваются характерные тенденции формирования рынка труда в здравоохранении. Выделены мировые тренды, влияющие на предоставление медицинских услуг населению.

**Ключевые слова:** *занятость, здравоохранение, рынок труда врачей, специализация, труд.*

В любой отрасли современной экономики в последние десятилетия все большую роль играет такой важнейший фактор производства, как труд. В первую очередь, это относится к сфере услуг, где человек, в принципе, незаменим, какие бы технологические новшества не внедрялись. И здравоохранение не составляет исключения — значение «человеческого фактора» в этой области переоценить поистине трудно. От знаний, умений, опыта врача зависит здоровье, а часто и жизнь людей.

В последнее время труд в сфере здравоохранения все более специализируется, и хотя основной фигурой всегда остаются врач и его помощник — медицинская сестра, постепенно возрастает роль работников других категорий. Это лаборанты, техники, технологи, инженеры, чья работа связана со сложными диагностическими приборами, оборудованием, без которого сегодня немыслима современная медицинская помощь. В здравоохранении, как и в любой другой отрасли экономики, нужны профессиональные экономисты, финансисты и менеджеры. Труд в здравоохранении имеет свои отличительные особенности, связанные со спецификой производимого «продукта», изъятиями рынка медицинских услуг, общественным характером здравоохранения в большинстве стран мира, где государство выступает главным работодателем для медицинских работников. Но и здесь действуют многие экономические законы рынка.

Медицинские профессии все более популярны в развитых странах мира, абсолютная и относительная занятость в них повсеместно растет [1, С. 195]. Подобную динамику, как и в любой другой области человеческой деятельности, теоретически можно объяснить ростом спроса на труд и (или) его предложения. Часто, говоря об увеличении

занятости в здравоохранении, упоминают проблему старения населения, которая коснулась сегодня большинства как развитых, так и развивающихся стран мира.

Очевидно, что многочисленное поколение «беби-бумеров» (людей, рожденных в начале 60-х гг. XX в., когда во всех странах Европы и в Северной Америке наблюдался одновременный подъем рождаемости) входит в тот возраст, когда людям все более часто требуется медицинская помощь. Такое изменение демографической структуры действительно требует увеличения численности врачей и медицинских сестер в относительном выражении (в расчете на 10 тыс. человек населения): пожилым людям объективно нужна более интенсивная медицинская помощь. Говорят также о растущих потребностях пациентов, о том, что медицинские услуги становятся все более сложными и требуют дополнительных трудовых ресурсов.

Анализ тенденций занятости в российском здравоохранении демонстрирует экстенсивный рост трудовых ресурсов в целом и неэффективную их структуру. Так, если во всех развитых странах мира уже много лет государства пытаются сдерживать расходы на здравоохранение, сокращая долю врачей в общей численности занятых и замещая их труд работниками более низкой квалификации (медсестрами, техниками и т.п.), то Россия идет по обратному пути.

Для сравнения: доля врачей в общей численности занятых в здравоохранении в США в 2000 г. составляла 6,66%, в 2004 г. — 6,30%. В России аналогичный показатель много выше и, более того, продолжает увеличиваться: в 1995 г. — 17,92%, в 2000 г. — 18,33, в 2004 г. — 18,78%. Таким образом, наиболее дорогой и редкий ресурс используется неэффективно и часто не по назначению [1, С.198].

Анализируя динамику занятости врачей, нельзя не упомянуть о такой важной тенденции, как усиление специализации. Во всем мире в последние десятилетия отчетливо наблюдается рост доли врачей-специалистов и сокращение доли врачей общей практики (ВОП). Так, в США за 40 лет, с 1960 до 2000 г., доля врачей общей практики снизилась с 50 до 34%. В странах ОЭСР в целом число врачей выросло за последние 15 лет в среднем на 35%, но при этом прирост числа специалистов составил 50%, а врачей общей практики — лишь 20% [7].

В России наблюдается примерно та же картина: за 5 лет, с 2000 по 2004 г., весь наблюдавшийся прирост численности врачей происходил за счет специалистов — прежде всего стоматологов, хирургов, психиатров, неврологов, дерматологов. Абсолютная численность терапевтов и педиатров за эти годы сократилась, а число врачей общей практики (семейных врачей), хотя и выросло вдвое, но составляло лишь 3 врача на 100 тыс. человек.

Тенденция растущей специализации врачей во многом объективно объясняется, с одной стороны, усложнением самой медицинской науки, появлением новых высоких технологий, методов лечения и т.п. С другой стороны, оплата труда врачей-специалистов, как правило, выше, чем врачей общей практики [7]. Отсюда и спрос на образование в «узких» областях выше, и выпуск врачей-специалистов из вузов растет быстрее (а значит, меняется структура предложения труда на «входе» в отрасль). Во многих странах мира государства пытаются сдерживать процесс специализации, так как он ведет к снижению аллокационной эффективности: использование врачей общей практики менее затратно (и с точки зрения образования, и с точки зрения заработной платы), а эффективность их деятельности выше.

Как показывают специальные исследования, на уровне первичной медицинской помощи могут быть вылечены 80—90% заболеваний, без привлечения более дорогостоящих врачей-специалистов. От состояния первичной медицинской помощи существенным образом зависят основные показатели деятельности здравоохранения в стране. Поэтому даже в США — стране с наиболее рыночной системой здравоохранения — государство прямо регулирует набор в медицинские школы по приоритетным направлениям, выступая в качестве основного субъекта финансирования [3, С. 130].

В России необходимость укрепления первичного звена медицинской помощи хорошо осознается. В 2006 г. в рамках Национального проекта «Здоровье» была увеличена заработная плата именно работникам первичного звена здравоохранения — участковым терапевтам, педиатрам, работающим с ними медицинским сестрам, а также врачам скорой помощи, фельдшерам. Но потенциально более эффективные меры долгосрочного характера, затрагивающие систему медицинского образования, пока всерьез не рассматриваются, хотя конкретные разработки уже представлены в трудах ученых [2, С. 154-159].

Другая особенность занятости врачей — высокая географическая неравномерность распределения их по территориям (особенно характерная для стран с большой протяженностью). Например, в России в 2006 г. (при средней численности 49,4 врача на 10 тыс. населения) регионы, наиболее обеспеченные врачебными кадрами, опережали средний уровень почти вдвое: Санкт-Петербург (83,5), Чукотский автономный округ (81,6), Москва (78,6). Но, если «отстающие» по этому показателю Владимирская (34,4), Тульская (35,0) или Псковская (34,4) области могут частично компенсировать нехватку врачей за счет близости регионов к Москве и Санкт-Петербургу, то население многих других регионов — например, Курганской области (27,7), Ульяновской области (36,4), Республики Ингушетия (23,4), Карачаево-Черкесской Республики (36,4) — лишены такой возможности [1, С. 200].

Географическая неравномерность распределения врачебных кадров по территории России, несмотря на абсолютный и относительный рост численности врачей, за последние 10—15 лет не только не сократилась, но и продолжает углубляться. Эта проблема характерна сегодня и для других стран мира, менее обширных по территории и более экономически развитых — например, для Великобритании, где ее пытаются решать с помощью иммиграции.

Тенденции интернационализации, характерные для мировой экономики в целом, в последние десятилетия становятся все более отчетливыми и в здравоохранении. Прежде всего, это рост числа и доли врачей из менее развитых стран в государствах с развитой экономикой. Миграционное движение медиков из бывших колоний в бывшие метрополии и другие богатые страны началось естественным образом после крушения колониальных империй еще в 1950—1960-е гг. В последующие десятилетия этот процесс стал более масштабным, и сегодня в него так или иначе вовлечены большинство стран мира.

Растущий спрос на врачей в развитых и «стареющих» экономиках, в совокупности с более высокой оплатой труда и лучшими жизненными условиями, привлекает профессионалов из менее развитых стран и становится проблемой для тех государств, откуда идет «утечка умов». Главным «экспортером» труда врачей из быстро развивающихся в последние годы стран стала Индия. Только в США трудятся сегодня более 50 тыс. индийских врачей. Один индийский доктор приходится на 1325 человек в США и лишь на 2400 человек в самой Индии. Индийские врачи составляют около 30% персонала Национальной службы здравоохранения Великобритании; 20 тыс. индийских врачей трудятся в странах Персидского залива. Вслед за Индией на путь экспорта врачей уверенно вступили Пакистан, Бангладеш, Непал и Шри-Ланка [4, С. 51].

В последние годы среди экспортеров появились страны Восточной Европы и бывшие республики СССР. В то же время и врачи из развитых стран часто меняют место жительства и работы. Так, из Великобритании значителен поток врачей в США и Новую Зеландию, из Финляндии и Швеции – в Норвегию, из Германии – в Швейцарию [5, С. 12]. Наибольшая доля иностранных врачей сегодня наблюдается в таких странах, как Великобритания, Новая Зеландия, США, Канада и Австралия. Между тем перемещение самих врачей через государственные границы – лишь одно возможное проявление все более развивающейся в современном мире международной торговли услугами. Противоположная тенденция – географическое перемещение потребителей услуг [23, С.2314]. Речь идет о таком относительно новом проявлении интернационализации, как медицинский туризм.

Медицинский туризм, в экономических терминах, есть не что иное, как перемещение платежеспособного спроса на медицинские услуги, а значит, и на труд врачей, из одних стран в другие. В итоге растут и занятость, и заработки врачей в принимающих странах. Кроме того, у государств, развивающих медицинский туризм, возникает возможность вернуть специалистов, ранее уехавших за рубеж, так как условия работы и карьерные перспективы для них улучшаются.

### **Список литературы**

1. Экономика здравоохранения / Под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина.- М.: Изд.дом ГУ ВШЭ, 2008. – 479 с.
2. Клячко Т.Л. Государственное регулирование численности студентов в вузах. – М.: МАКС – Пресс, 2006. – 326 с.
3. Getzen T.E. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. John Wiley & Sons, 2004, 432 p.
4. Adkoli B.V. Migration of Health Workers: Perspectives from Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka // Regional Health Forum. 2006. Vol. 10. No 1. P. 49 – 58.
5. Forcier M.B., Simoens S., Giuffrida A. Impact, Regulation and Health Policy Implications of Physician Migration in OECD Countries // Human Resources for Health. 2004. No. 2. P. 12.
6. Smith R.D. Foreign Direct Investment and Trade in Health Services: A Review of the Literature // Social Science & Medicine. 2004. No. 59. P. 2313 – 2323.
7. OECD, Health Data, 2007. Режим доступа:<http://www.oecd.org/statisticsdata>. - Дата обращения: 21.01.2009.

### **MODERN TRENDS IN EMPLOYMENT IN HEALTH CARE**

**Alexey V. Shcherbakov,**

Tver State Medical Academy, Tver

The article deals with the characteristic tendencies of the labor market in health care. The global trends influencing granting of medical services to the population are allocated.

**Keywords:** *Employment, health, labor market of doctors, specialization, labor.*

*Об авторах:*

ЩЕРБАКОВ Алексей Владимирович – старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсами истории медицины и медицинской информатики, Тверская государственная медицинская академия, e-mail:[alsherb72@mail.ru](mailto:alsherb72@mail.ru)