



Отчет по первому этапу «Мониторинг рынка труда в здравоохранении»

проекта Фонда президентских грантов

«Разработка отраслевой рамки квалификаций в здравоохранении (ОРКЗ)»



**ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ**

РКО по поручению Национальной медицинской палаты и при поддержке МЗ РФ, с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного

Фондом президентских грантов», осуществляет мониторинг рынка труда в рамках реализации общероссийского социально-значимого проекта "Обеспечение гарантий уровня и качества квалификации медицинских работников при оказании медицинской помощи посредством отраслевой рамки квалификаций в здравоохранении (ОРКЗ)".

Работа в рамках мероприятий гранта позволила Российскому кардиологическому обществу определить шесть основных правил, регламентирующих развитие отраслевой системы квалификаций в здравоохранении:

Правило 1.

Мониторинг рынка труда в здравоохранении, проводимый не реже 1 раза в 2 года, определяет потребность здравоохранения в конкретных специальностях и квалификациях с учетом региональных особенностей практического здравоохранения (рынка труда).

Правило 2.

На основании анализа результатов мониторинга рынка труда в здравоохранении формируется (актуализируется) отраслевая рамка квалификаций в здравоохранении и перечень (номенклатура) медицинских специальностей.

Правило 3.

На основании данных отраслевой рамки квалификаций в здравоохранении, по специальностям (квалификациям), вошедшим в перечень (номенклатуру), разрабатываются профессиональные стандарты, которые содержат квалификационные требования.

Правило 4.

На основе профессиональных стандартов разрабатываются федеральные государственные образовательные стандарты, которые перед утверждением проходят экспертизу на соответствие требованиям, положениям профессиональным стандартам. В соответствии с ФГОС разрабатываются примерные образовательные программы, которые также подвергаются экспертизе на соответствие требованиям, положениям профессиональным стандартам.

Правило 5.

Профессионально-общественная аккредитация устанавливает соответствие подготовки медицинских работников по образовательной программе в конкретной образовательной организации требованиям, положениям профессиональных стандартов.

Правило 6.

Аккредитация специалистов устанавливает соответствие квалификации медицинских работников и выпускников образовательной организации требованиям, положениям профессиональных стандартов.

Российское кардиологическое общество завершило 1 этап социально-значимого проекта по разработке отраслевой рамки квалификаций, основным мероприятием которого стал мониторинг рынка труда в здравоохранении (далее — Мониторинг).

Проведение Мониторинга позволило наиболее полно и объективно оценить тенденции и направления развития кадрового обеспечения отрасли с учетом разделения трудовых функций по видам оказываемой медицинской помощи, эффективной подготовки и применения различных квалификаций медицинских работников.

Результаты Мониторинга и анализ востребованности существующих квалификаций позволяют пересмотреть существующую номенклатуру медицинских квалификаций, исключить квалификации с большим процентом

дублирования трудовых функций, спланировать разработку профессиональных стандартов.

Для организации и проведения эффективного Мониторинга была сформирована база данных региональных органов исполнительной власти в здравоохранении и работодателей. Конструктивное взаимодействие с региональными органами исполнительной власти в области здравоохранения РФ и с руководителями медицинских организаций дало ответы на вопросы о востребованности и актуальности медицинских квалификаций, обеспечивающих оказание медицинской помощи. Для осуществления Мониторинга Российское кардиологическое общество (РКО), являющееся ответственным исполнителем проекта, с целями сбора сведений о кадровой ситуации в сфере оказания медицинской помощи в каждом регионе Российской Федерации и подбора экспертов обратилось в региональные органы исполнительной власти в здравоохранении, в том числе в Министерства здравоохранения 54 регионов и Департаменты и комитеты по здравоохранению 30 регионов. Ответы были получены из 16 регионов РФ. В них сообщалось о согласии региональных органов исполнительной власти участвовать в реализации проекта по формированию ОРКЗ и предлагались кандидатуры экспертов, компетентных в вопросах регионального здравоохранения и конкретных медицинских специальностей/квалификаций. Следует особо подчеркнуть заинтересованность Комитета здравоохранения Курской области в участии в проекте, представившего список из 93 экспертов; Министерства здравоохранения Пензенской области – список из 81 эксперта; Министерства здравоохранения Краснодарского края – 30 экспертов по различным специальностям. В ответах из 6 регионов - Амурская область, Белгородская область, Омская область, Свердловская область, Республика Башкортостан, Чеченская республика – также приведен анализ кадровой ситуации в сфере оказания медицинской помощи, в том числе кардиологической, населению конкретного региона, обеспеченности региона медицинскими специалистами с высшим и средним медицинским образованием, в том числе в сельской местности; предпринимаемых мерах для устранения дефицита и дисбаланса медицинских кадров; подготовки медицинских кадров; распределения медицинских кадров по квалификационным категориям и др.

Мониторинг осуществлялся с использованием специально разработанных анкет «Анкета мониторинга рынка труда в здравоохранении (специалисты с высшим образованием)» и «Анкета мониторинга рынка труда в здравоохранении (специалисты со средним профессиональным образованием, рабочие профессии)», включающих 10 и 9 вопросов,

соответственно. При этом анкета Мониторинга «специалисты с высшим образованием» охватывала 96 наименований врачебных специальностей, а анкета Мониторинга «специалисты со средним профессиональным образованием» состояла из двух разделов: «додипломное образование» (11 специальностей) и «дополнительное профессиональное образование» (13 специальностей).

В анкетах учитывался регион РФ, в котором находится работодатель, численность медицинских кадров с соответствующим уровнем образования в медицинской организации. По существу при опросе задавались следующие вопросы: об обеспеченности кадрами с вариантами ответов «0 - выраженный дефицит, 1 - оптимальное количество, 2 - выраженный избыток», при этом если указывался «дефицит», то указывалась его главная причина «0 - экономические и социальные аспекты, 1 - недостаточное количество подготовленных специалистов в вузах, 2 - резкое увеличение потребности в специалистах данной специальности»; насколько выпускники медицинских вузов готовы к практической работе (0 - подготовлены слабо, к самостоятельной работе допускать нельзя, требуют значительного дообучения на рабочем месте, 1 - могут быть допущены к самостоятельной работе, но требуют систематического контроля, 2 - подготовлены достаточно для самостоятельной работы) и что является основной причиной несоответствия требованиям работодателя (0 - недостаточная практическая подготовка, 1 - недостаток знаний, 2 - несоответствие подготовки материально-техническому и технологическому оснащению рабочего места, развитию медицинской науки и практики); какова востребованность специалистов с данной квалификацией практическим здравоохранением (0 - сегодня специалисты с данной квалификацией не востребованы практическим здравоохранением, но в перспективе будут крайне необходимы, здравоохранением всегда, 2 - сегодня специалисты с данной квалификацией востребованы практическим здравоохранением, но в перспективе будут не нужны); как готовить специалистов данной квалификации: 0 - на уровне дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка), 1 - объединить со специалистами другой квалификации, 2 - готовить по отдельной программе (например в ординатуре).

Анализ 465 анкет работодателей в рамках Мониторинга (специалисты с высшим образованием, врачи) показал, что наиболее активными регионами наряду с Москвой и Санкт-Петербургом стали Воронежская область, Волгоградская область, Свердловская область и Алтайский край. Следует

отметить, что в анкетировании приняли участие как крупные, средние, так и небольшие медицинские организации (МО): 37,2% МО с численностью медицинских работников до 100 человек, 38,5% МО – от 100 до 500 человек, 24,3% МО с численностью более 500 человек. Большинство респондентов указывало на оптимальную обеспеченность кадрами, однако примерно 40% отмечала дефицит по отдельным специальностям. Исследование показало, что избыток кадров отмечают менее 10% МО, которые располагаются на территории Москвы и Санкт-Петербурга. Причиной дефицита кадров в регионах в первую очередь называют экономические и социальные аспекты, редко когда дефицит происходит из-за резкого увеличения в потребности специалистов определенной квалификации.

Готовность выпускников к самостоятельной работе находится на низком уровне, в целом респонденты отмечают, что подготовлены выпускники слабо, к самостоятельной работе их допускать нельзя, требуется дообучение на рабочем месте. Незначительное количество работодателей отметило, что выпускники могут выполнять определенную работу самостоятельно, но требуют систематического контроля со стороны наставников. Причиной слабой готовности выпускников к самостоятельной работе большинство называют недостаточную практическую подготовку. А вот по способам и формам обучения специалистов медиков мнения разделились практически поровну между обучением по отдельной программе (в ординатуре) и дополнительным профессиональным образованием (повышение квалификации и профессиональная переподготовка). Примерно треть респондентов отмечает необходимость объединения ряда специальностей, например: кардиологию, гастроэнтерологию, пульмонологию, ревматологию, гематологию, клиническую фармакологию объединить с терапией; бактериологию, вирусологию, паразитологию, санитарно-гигиенические исследования, лабораторную генетику с клинической лабораторной диагностикой; объединить детскую эндокринологию и эндокринологию; включить пластическую хирургию в хирургию, косметологию – в дерматологию, радиационную гигиену в общую гигиену; объединить ультразвуковую диагностику и функциональную диагностику; присоединить сексологию и психиатрию-наркологию к психиатрии; объединить стоматологию хирургическую, детскую, ортопедическую с общей стоматологией; объединить мануальную терапию и реабилитацию, физиотерапию и лечебную физкультуру в единую специальность «восстановительная медицина»; присоединить оптометриста к врачу-офтальмологу.

Анализ 378 анкет Мониторинга (специалисты со средним профессиональным образованием, рабочие профессии) показал аналогичное распределение МО, принявших участие в анкетировании, по численности медицинских работников: 30,4% МО с численностью медицинских работников до 100 человек, 32,3% МО – от 100 до 500 человек, 37,3% МО с численностью более 500 человек. Аналогично с врачами для среднего медицинского персонала респонденты в основном отмечают достаточное количество квалифицированных кадров (64,8%), на дефицит указывают только 31,1% опрошенных, а о переизбытке заявляют 4,1%. Причем, среди причин дефицита чаще называется недостаток квалифицированных кадров и указывают на социально-экономические аспекты. В отличие от анкет Мониторинга специалистов с высшим образованием, для специалистов со средним медицинским образованием часто (от 20% до 30% респондентов) причиной дефицита названо резкое увеличение потребности в конкретной специальности, в том числе: скорая и неотложная помощь, сестринское дело в косметологии, реабилитационное сестринское дело, наркология, медико-социальная помощь. При этом для среднего медицинского персонала чаще отмечается достаточная подготовленность выпускников к самостоятельной работе (в 41% ответов), более половины респондентов отвечают, что выпускники могут быть допущены к самостоятельной работе при систематическом контроле, и только 7% анкетирруемых указывают на слабую подготовку выпускников в колледжах. Как и в случае с врачами, среди причин слабой подготовленности выпускников чаще всего указывают недостаточную практическую подготовку. Исключением является специальности «наркология», где более половины респондентов отметили недостаток знаний и специальности «сестринское дело в косметологии», «гистология», «рентгенология», где причиной несоответствия квалификации выпускников ожиданиям работодателя указано несоответствие уровня подготовки научным и техническим реалиям практического здравоохранения.

Работодатели крайне негативно оценивают уровень подготовки специалистов, окончивших программы профессиональной переподготовки, к специальностям, показавшим наихудшие показатели могут быть отнесены специальности лабораторной диагностики (паразитология, бактериология). Система корпоративной подготовки (внутреннего дообучения) в целом показывает свою эффективность, однако обращает на себя внимание неудовлетворенность работодателей молодыми специалистами в urgentных областях - скорая и неотложная помощь, анестезиология и реаниматология.

Работодатели указывают на возможность значительного расширения полномочий среднего медицинского персонала в таких областях, как

«организация сестринского дела», «сестринское дело в педиатрии», «анестезиология и реаниматология», «общая практика», «реабилитационное сестринское дело», что в целом соответствует общемировым тенденциям в области сестринского дела. Большинство работодателей, основываясь на сложности выполняемых трудовых функций, полномочиях, ответственности и характере знаний, отнесли квалификацию «фельдшер» к 6 уровню квалификации, что соответствует высшему образованию, уровню бакалавриата. Часть работодателей также отнесла к 6-му квалификационному уровню квалификации «акушерка», «оптик-оптометрист», «зубной врач».

Применительно к специальностям среднего медицинского образования в ответах отмечается тенденция к объединению специальностей сестринского дела в единую специальность. Аналогично сестринскому делу респонденты предлагают присоединить «лабораторные» специальности (вирусология, паразитология, гистология) к специальности «лабораторная диагностика», а «скорую и неотложную помощь» к «лечебному делу». Но, при этом высказывается мнение о сохранении специальностей «операционное дело», «анестезиология и реаниматология», как отдельных специальностей.

На основании анализа результатов Мониторинга можно сделать следующие общие выводы:

1. В настоящее время чрезмерный узкопрофильный характер номенклатуры специальностей создает искусственный кадровый дефицит, сложности допуска к профессиональной деятельности, тормозит возможности расширения функций и изменения профиля деятельности, влечет за собой финансовую нагрузку для медицинских организаций и специалистов, а также значительные проблемы при переходе к непрерывному медицинскому образованию.
2. Ряд специальностей высшего и среднего медицинского образования могут быть объединены, тогда как другие специальности предлагается отнести к более высокому квалификационному уровню, предполагая одновременно с повышением уровня образования значительное расширение трудовых функций. **В настоящее время крайне острым является вопрос о выведении квалификации Фельдшер, специальность Лечебное дело из перечня специалистов среднего звена и введение его в перечень высшего образования — бакалавриат (6 квалификационный уровень).**

3. Региональные органы исполнительной власти и медицинские организации заинтересованы в систематическом и своевременном информировании о проводимых мероприятиях отраслевой системы медицинских квалификаций.
4. В целях увеличения объема участия работодателей и охвата регионов страны проводить плановую информационную кампанию силами Совета по профессиональным квалификациям в здравоохранении и его профильной комиссии.
5. Целесообразно к 2020 году включить в методику проведения мониторинга рынка труда в здравоохранении применение программно-аппаратного комплекса статистических расчетов.