

*А.Н. Рахманбекова , Ш. Кенжекасым, научный руководитель Р.К. Елжанова*  
Казахский национальный медицинский университет  
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан  
*A.N. Rakhmanbekova, Sh. Kenzhekasym, R.K. Elzhanova*  
Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan  
*9\_aizhana\_8@mail.ru, sholpan\_kenzhekasym@mail.ru, elzhanova-roza@mail.ru*

**Тенденции развития рынка труда в Казахстане  
(на примере медицинских работников)**  
**Trends of labor market development in Kazakhstan for example  
(health care workers)**

**Аннотация.** Рынок труда – это понятие, которое отражает динамику занятости населения. Система, в которой взаимодействуют с одной стороны работодатели, а с другой стороны – работополучатели, т.е. наемные работники. Основными элементами рынка труда являются спрос на рабочую силу и предложение рабочей силы. Спрос на работников определяется потребностью работодателей в рабочей силе.

**Abstract.** The labor market - a concept which reflects the dynamics employment of population The system, which interact with one side of employers, on the other hand - the employee, ie, wage-earners. The main elements of the labor market are the the demand for labor and labor supply.

**Ключевые слова:** Рынок труда, рабочая сила, динамика прироста, кривые индивидуального предложения труда, модель спроса, эластичность

**Keywords:** labor market, manpower, growth trend, individual labor supply curve, demand model, elasticity

Здравоохранение относится к той отрасли деятельности, где основным фактором является труд человека. Именно от знаний, опыта и квалификации врачей зависит здоровье людей. Для начала рассмотрим спрос на медицинские услуги. В классической экономической теории спрос на труд выводится из производственной функции фирмы, и отражает зависимость заработной платы работника от предельного продукта его труда в стоимостном выражении. При этом работает закон убывающей предельной продуктивности факторов производства. Это говорит о том, что увеличение числа работников увеличивает объем выпуска в абсолютном выражении, но при этом прирост выпуска замедляется (при условии фиксированного объема капитала). В связи с этим график спроса на труд имеет вид кривой с отрицательным наклоном (Nd), где по оси абсцисс откладывается количество работников, а по оси ординат – размер заработной платы (Рисунок 1.).

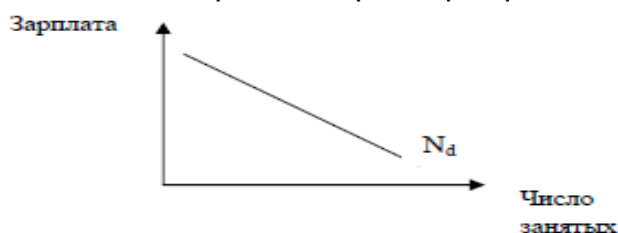


Рисунок 1. Спрос на рынке труда [1]

Несмотря на то, что спрос на труд удовлетворяет классическим характеристикам, в здравоохранении он имеет и свои особенности [1, с.78].

Во-первых, спрос на труд медицинского персонала тесно связан со спросом на сам производимый продукт, поэтому услуги конкретного специалиста и других врачей нельзя рассматривать как полные субституты. Речь идет о том, что если нам нужна консультация кардиолога, то её никак не сможет заменить консультация, например, дерматолога.

Во-вторых, за услугу врача платит в большинстве случаев не сам потребитель этой услуги, а некая третья сторона – страховая компания, к примеру. В связи с этим обстоятельством спрос на труд врача является слабо эластичным, т.е. в меньшей мере зависит от цены конечной услуги.

В-третьих, заработная плата на рынке труда в здравоохранении регулируется государством, а не самим рынком, так как большую часть работодателей в этой сфере составляют организации общественного сектора.

В-четвертых, замещение труда капиталом в сфере здравоохранения является ограниченным. Какое-то новое специализированное оборудование, способное повысить эффективность лечения, не сможет в любом случае заменить труд врача.

Далее рассмотрим, как формируется предложение труда. Прежде чем работники выйдут на рынок труда, они должны получить соответствующее образование. Одной из особенностей подготовки врачей является значительно большая продолжительность обучения по сравнению с другими специальностями. Это говорит о более высоких издержках образования. Кроме этого, для того, чтобы начать работать врачом, необходимо получить лицензию.

Таким образом, рынок труда врачей не является свободным, он регулируется государством. В функцию полезности врача помимо денежных характеристик включают репутационные факторы, престиж и уважение к его профессии, моральное удовлетворение от работы, а также важность выполнения долга. При этом кривая предложения труда имеет «лунообразную» форму (Рисунок 2.). Это объясняется тем, что рост заработной платы стимулирует занятость с одной стороны, а с другой приводит к тому, что досуг становится для индивида дороже.

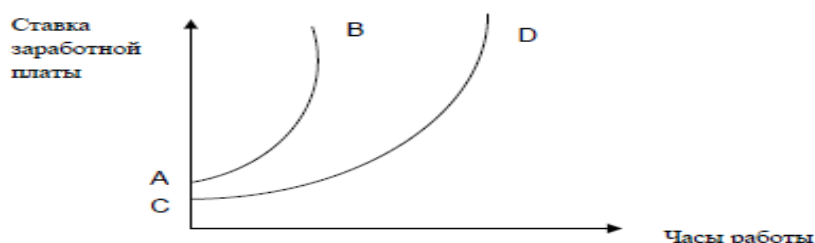


Рисунок 2. Кривые индивидуального предложения труда [1]

Основной проблемой в организации системы обеспечения медицинской помощи и медицинского страхования являются договорные отношения между пациентом, врачом и страховой организацией. С одной стороны, есть пациенты, которые заинтересованы в получении услуг от врача, выступающего в роли агента. С другой стороны, есть страховщики, заинтересованные в экономичном предоставлении услуг врачами в целях сокращения ожидаемых затрат. В случае если врачи добиваются роста спроса на свои услуги со стороны пациентов, навязывая им свои

услуги, то происходит сдвиг кривой спроса вправо - вверх  $D$  отношений врач выступает в роли «двойного агента» (“double agent”), так как он формирует спрос на свои услуги за пациента и при этом выступает на стороне предложения. В результате возникает спрос, спровоцированный предложением (ССП).

Врачи завышают объем предоставляемой помощи, что выражается в большем количестве консультаций, обследований, процедур. Это приводит к неоправданному росту расходов, наряду с бесполезно потраченным временем пациентов. На рисунке 1.3. графически представлена модель спроса, спровоцированного предложением [1, с.79]. При увеличении предложения услуг растет занятость, что приводит к сдвигу кривой предложения вправо - вниз ( $S_0 \rightarrow S_1$ ). Таким образом, может происходить одновременное увеличение объема оказываемых услуг и занятости, приводящее к росту цены ( $P_0 \rightarrow P_1$ ). Впоследствии это означает и рост заработной платы медицинских работников, оказывающих услуги, на которые были подняты цены.

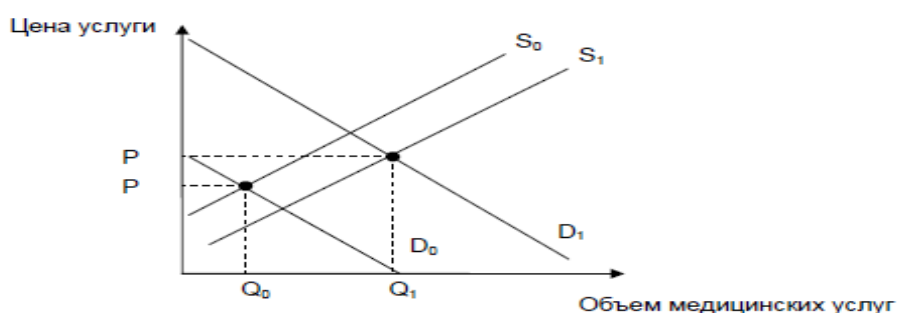


Рисунок 3. Модель спроса, спровоцированного предложением [1]

Одной из агентских проблем, возникающих в связи с присутствием страховщика является недооценка пациентами затрат, связанных с принятием решения о лечении [2, с.139-147]. Рассмотрим данную проблему графически (Рисунок 4.). Спрос на медицинские услуги со стороны пациента в отсутствии страхования представлен кривой  $D_0$  (предельная выгода). Кривая  $S_0$  отражает предложение медицинских услуг врачом по каждой конкретной цене  $P$  (предельные издержки).

В данном случае равновесие будет достигнуто при равенстве предельных выгод и издержек, т.е. в точке пересечения кривых  $D_0$  и  $S_0$ . Таким образом, оптимальное количество предоставляемых услуг будет равно  $Q_0$ , а равновесная цена установится на уровне  $P_0$ . При наличии страховки пациент, как правило, осуществляет соплатеж, в то время как страховщик оплачивает всю оставшуюся стоимость лечения. Спрос пациента на медицинские услуги в условиях страхования представлен кривой  $D_1$ , являющейся менее эластичной по сравнению с  $D_0$ . Если пациент, принимая решение об обращении к врачу, недооценивает затраты страховщика, то он будет завышать требуемый объем услуг до  $Q_1$ .

Таким образом, появляется проблема морального риска (moral hazard), нередко возникающая при изменении поведения страхователя. Кроме того, в случае, если врач получает оплату за каждую услугу, у него также есть стимул к завышению оказываемого объема услуг. Медицинское страхование приводит к тому, что расходы непосредственно пациента занижаются, вызывая потребление объема услуг, превышающего оптимальное значение. На графике дополнительные затраты врача на оказание дополнительных услуг сверх оптимума обозначены площадью фигуры  $EAQ_1Q_0$ . При этом дополнительная выгода от потребления  $Q_1$  представлена

площадью фигуры  $EBQ_1Q_0$ . Разница между площадями данных фигур отражает перераспределение ресурсов от пациента и страховщика к врачу.

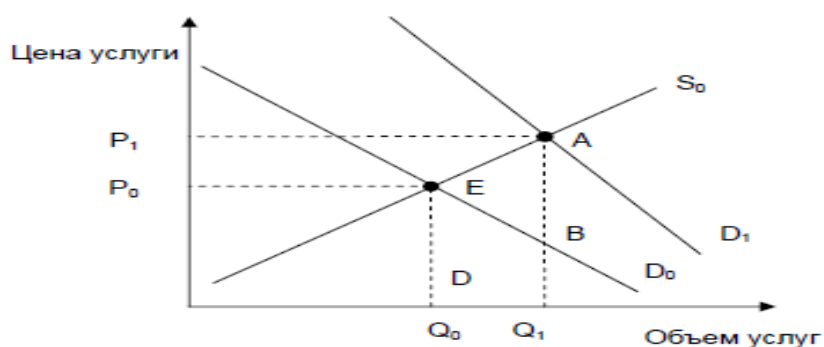


Рисунок 4. Влияние медицинского страхования на эффективность распределения ресурсов здравоохранения

Таким образом, нерациональное использование ресурсов приводит к потере эффективности, измеряемое площадью треугольника  $EAB$ . В данном примере наблюдается совпадение стимулов врача и пациента, однако для того, чтобы ресурсы использовались эффективно, необходимо совпадение стимулов врача и страховщика.

В настоящее время существует множество проблемных вопросов в кадровой политике здравоохранения Казахстана, многие из которых характерны для всех стран СНГ и остаются нерешенными за годы независимости. При анализе динамики численности врачей и средних медицинских работников за период с 1991 по 2014 годы установлена ее линейная зависимость от изменения численности населения Республики Казахстан, при этом наихудшая ситуация наблюдалась в период 1995 - 2000 гг., когда произошел значительный отток кадров из системы здравоохранения (Таб.1).

Таблица 1 – Динамика показателей обеспеченности медицинскими кадрами по годам с 1995 по 2015 гг. (на 10тыс. населения)

Показатель	1995	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Врачи	38,4	36,5	37,6	36,8	37,4	37,8	38,8	39	38,7	39,2
СМР	107,4	69,1	81,8	81,2	72,8	86,4	87,5	89	91,3	87
Соотношение Врач/СМР	2,8	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,4	2,3
Источник [6]										

По данным управлений здравоохранения областей, городов Астана и Алматы общая потребность во врачебных кадрах в 2015 году составляла 4,6 тыс., из которых 1,9 тыс. – для сельской местности. Установлена положительная динамика прироста анализируемого показателя с 2001 г., причем темпы прироста показателей в РК обеспеченности врачами незначительные, СМР со значительным приростом за период с 2001 по 2004 гг., снижением в 2007 году и значительным темпом прироста в 2008-2009 гг., снижением в 2010 году и значительным темпом прироста за период с 2011 по 2014 гг., что наглядно демонстрирует рисунок 5.

Обеспеченность врачами практического профиля в разрезе регионов на протяжении ряда лет остается практически на одном уровне, несмотря на увеличение

обеспеченности населения врачебными кадрами всех специальностей (с 36,3 в 2004 году до 39,2 на 10 000 населения в 2015 году) (Таб.2).  
Таблица 2 - Обеспеченность медицинскими кадрами в системе МЗ РК на 10 тыс. населения

	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Темп прироста
<b>РК</b>	<b>36,3</b>	<b>36,5</b>	<b>37,6</b>	<b>36,8</b>	<b>37,4</b>	<b>37,8</b>	<b>38,8</b>	<b>39</b>	<b>38,7</b>	<b>39,2</b>	<b>8,0%</b>
Акмолинская	29,5	29,9	31,2	29,2	29,7	29,5	29,5	30,1	30,1	30,6	<b>3,7%</b>
Актюбинская	47,4	47,7	47,4	48,4	47,5	47,6	46,1	46,1	45,4	46,5	<b>-1,9%</b>
Алматинская	20,9	21	24,5	20,1	20	21,1	20,8	21,1	21,3	21,7	<b>3,8%</b>
Атырауская	31,2	30,1	31,3	29,1	30,1	30	30,1	29,6	30,7	29,9	<b>-4,2%</b>
ВКО	38,1	38,8	39,4	39,8	40,6	40,4	41,6	41,8	42,7	41,6	<b>9,2%</b>
Жамбылская	25,5	25,1	25,5	25,1	25,6	25,7	26,5	26,9	26,9	27	<b>5,9%</b>
ЗКО	33,3	32,3	33	30,1	29,7	30,9	31,1	30	30,3	30,7	<b>-7,8%</b>
Карагандинская	44	45,1	46,2	43,7	45,7	46,6	47,4	46,8	46,1	46,2	<b>5,0%</b>
Костанайская	24,5	24,5	25,5	23,2	24,8	25,3	26,6	26,9	26,1	26	<b>6,1%</b>
Кзыл-Ординская	32,2	31,8	35	35	32,2	31,4	31,5	29,6	30,9	29,9	<b>-7,1%</b>
Мангистауская	33,5	31,7	37,5	36,8	37,3	36,7	32,2	31,2	30,7	31,3	<b>-6,6%</b>
Павлодарская	38,4	39,7	38,6	37,2	38,2	38,7	40,2	40,9	40,5	40	<b>4,2%</b>
СКО	24,2	24,1	23,3	24,2	25,1	25,7	27,6	28,5	28,6	29,3	<b>21,1%</b>
ЮКО	28,6	28,5	28,6	28,9	28,7	29,5	31,3	32,3	31,1	31,8	<b>11,2%</b>
г.Алматы	78,6	76,9	75,8	73,7	75,3	74,1	79,7	77,5	75	77	<b>-2,0%</b>
г.Астана	57	59,7	66,1	74,5	73,1	74,7	78,7	82,8	83,6	85,1	<b>49,3%</b>
Источник [6]											

Высокие показатели численности врачей и обеспеченность ими на 10 тыс. населения не являются гарантией качества медицинской помощи и показателей здоровья населения. Ключевыми факторами здесь остаются уровень подготовки специалистов, результативность финансирования, расходы на здравоохранение и оплата труда врача. Сегодня учреждения здравоохранения сталкиваются с глубоко укоренившимися проблемами дисбаланса кадровых ресурсов, усиливающихся под воздействием демографических, политических, социально-экономических, технологических, эпидемиологических изменений (ВОЗ, 2008).

Человеческий фактор является ключевым звеном, обеспечивающим действенность всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее объектов и структур. Серьезной проблемой для организаций здравоохранения Казахстана остаются уровень подготовки кадровых ресурсов, укомплектованность квалифицированными специалистами, недостаток персонала в сельских районах и оказывающего ПМСП, а также дисбаланс численности врачей и среднего медицинского персонала, отсутствие мотивационных стимулов к работе и недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения.

Изучение состояния кадрового потенциала организаций здравоохранения в Республике Казахстан, основных проблем кадровой политики Министерства здравоохранения является приоритетной задачей в области планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения.

#### **Список литературы**

1. Колосницына М.Г., Муштинкин А.В. Тенденции и факторы занятости в здравоохранении // *Общественные науки и современность*. 2014. № 2. С. 78—90
2. Миняев В.Л., Вишняков Н.И. *Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник*. Москва: «МЕДпресс-информ» 2014. 656с

*Г.С.Рахманкулова, С.С. Жолдыбаев*

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Алматы, Казахстан

#### **Онконастороженность в стоматологии**

Актуальность проблемы ранней диагностики онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта обусловлена их обширной географической распространенностью и увеличением частоты встречаемости. Первые эпидемиологические исследования, проводившиеся зарубежными и отечественными онкологами, выявили существенное различие заболеваемости населения раком полости рта и глотки в отдельных регионах. Как известно, в число регионов с высокой заболеваемостью раком этой локализации входили Индия, Пакистан, Шри-Ланка, некоторые страны Ближнего Востока, а в бывшем СССР такие среднеазиатские республики, как Таджикистан, Узбекистан, Киргизия [1].

Опухоли рта и глотки составляют около 1,5% всех опухолей у человека. Так в странах Южной Азии, Южной Америки, в некоторых районах Франции и в большинстве стран Центральной и Восточной Европы рак полости рта является одним из трех самых распространенных видов рака. В 2002 г. в России было выявлено 10215 случаев злокачественных опухолей полости рта и глотки, причем мужчины заболевали почти в 4 раза чаще женщин. По оценкам Национального Института Рака ежегодно в США выявляется, примерно, 22,5 тысяч случаев заболеваний раком, около 5 тысяч заболевших умирают. Если лечение начато на ранней стадии, то шансы на выздоровление составляют 90% [2].

В 2011 г. в Казахстане впервые в жизни выявлено 711 больных раком органов полости рта и глотки. Показатель заболеваемости 100 000 населения составил – 4,2. Среди больных с установленным диагнозом злокачественного новообразования органов полости рта и глотки у 45,9% диагностирована в I-II стадия заболевания. Показатель запущенности (III-IV ст.) составил 54,0%.

По данным Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии в Республике Казахстан состоят на учете 2701 больных со злокачественными опухолями полости рта и глотки, только за 2015 год взято на учет 823 (2,3 на 100 тыс. населения) больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. Злокачественными опухолями гортани – 2015 году