



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

*09.04.2013 № 16-5/10/2-2540*

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
управления здравоохранением  
субъектов Российской Федерации

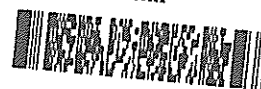
Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет для использования в работе методические рекомендации по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения, разработанные в рамках Государственного контракта № К-16-НИР/9-22 от 01.10.2012 г.

Приложение: на 56 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

И.А.Купцова 8-495- 627 27 54

Минздрав России



2002540

09.04.13

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО СОХРАНЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Москва 2013

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, руководителей и специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, глав администраций и их заместителей по социальным вопросам муниципальных организаций, специалистов кадровых служб.

Методические рекомендации разработаны в рамках Государственного контракта № К-16-НИР/9-22 от 01.10.2012 г. на выполнение научно-исследовательской работы «Разработка комплекса мероприятий по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения»

## СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
1. Введение.....	4
1. Общие положения .....	5
2. Управление кадрами в сфере здравоохранения .....	13
3. Образование .....	18
4. Обеспечение мер социальной поддержки медицинских работников .....	30
5. Приложение .....	41

## ВВЕДЕНИЕ

Кадры здравоохранения – это интеллектуальный потенциал отрасли, который требует длительной подготовки, постоянного профессионального развития и пристального внимания со стороны органов управления в субъектах Российской Федерации.

На международном уровне признано, что состояние кадровых ресурсов определяет эффективность работы систем здравоохранения, а именно качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению. Сегодня кадровый кризис – это проблема международного уровня, которая касается большинства стран мира, в том числе и России.

Как и в большинстве стран, именно наличие серьезных кадровых проблем в системе здравоохранения Российской Федерации делает отрасль неэффективной, снижает доступность и качество медицинской помощи населению.

В целях повышения эффективности кадровой политики на уровне субъекта Российской Федерации и *гибкого* управления персоналом медицинских организаций подготовлены данные методические рекомендации, *с предложениями* по сохранению и развитию медицинских кадров в здравоохранении.

В основе данных рекомендаций лежат результаты научно-исследовательской работы «Разработка комплекса мер по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения», целью которой стало изучение причин внешней и внутренней миграции медицинских кадров на основе социологического исследования в 5 субъектах Российской Федерации (case-study). В рамках работы также изучались миграционные процессы в странах Европы и СНГ.

## ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Методические рекомендации разработаны в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г., № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (<http://www.rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html> - [comments](#))» и Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014-2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 и другими нормативными правовыми актами (в т.ч. Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17 июля 1999 года) в целях оказания помощи заинтересованным медицинским организациям в субъектах Российской Федерации по подготовке и реализации комплексных мероприятий по устранению дефицита и дисбаланса медицинских кадров здравоохранения, включающих меры социальной поддержки и содержащих государственные нормативные требования.

Современные проблемы развития кадров здравоохранения связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля и сосредоточением медицинских работников в крупных городах. Центральная роль в обеспечении эффективной медицинской помощью отводится медицинским работникам первичного звена: врачам, фельдшерам, медицинским сестрам и акушеркам.

2  
4  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000

Политика в области социальной защиты и поддержки медицинских кадров в субъекте Российской Федерации представляет собой реализацию собственных и переданных (федеральных) государственных полномочий по организации комплекса мероприятий, направленных на устранение

дефицита и дисбаланса, а также предотвращение миграции кадров здравоохранения, <sup>а на уровне регионов</sup> Формирование и реализация региональной политики в области ~~социальной поддержки~~ <sup>этим</sup> медицинских кадров ~~должна~~ осуществляться в рамках адресной помощи конкретным группам медицинских работников и отдельным гражданам.

Специфика здравоохранения заключается в том, что кроме обычных мер социальной поддержки медицинским работникам необходимы дополнительные, связанные с повышенным уровнем ответственности, условиями труда. В силу сложившегося в стране, в целом, уровня жизни, и в связи с более низкими доходами в сравнении с другими профессиональными категориями для медицинских работников, в первую очередь, характерна потребность в более высоких объемах социальных льгот и гарантий по сравнению с другими профессиональными группами.

Социальная поддержка - это временные или постоянные меры адресной помощи отдельным категориям граждан. Социальная поддержка включает не только меры материального характера, но и физического, социально-бытового, образовательного, правового, психологического и др.

## **ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

### **отдельных групп населения:**

1. Денежные выплаты и пособия.
2. Помощь в натуральной форме (топливо, продукты питания, одежда, обувь, медикаменты и др.).
3. Льготы при оплате ряда услуг.
4. Субсидии (целевые средства для оплаты услуг).
5. Компенсации (возмещение некоторых расходов).

Социальное пособие подразумевает безвозмездное предоставление гражданам определенной денежной суммы за счет средств соответствующих бюджетов;

Субсидия - это имеющая целевое назначение оплата предоставляемых гражданам материальных благ или оказываемых услуг;

Компенсация - возмещение гражданам произведенных ими расходов, установленных законодательством.

В Российской Федерации проблема дефицита и дисбаланса медицинских кадров вызвана, в первую очередь, недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов, что обусловлено, прежде всего, низким уровнем привлекательности работы в сфере здравоохранения. В настоящее время именно выпускники медицинских вузов являются одной из наиболее уязвимых категорий с точки зрения потери медицинских кадров<sup>1</sup>. Молодых специалистов не устраивают материальные и профессиональные перспективы работы в российском здравоохранении.

Следует отметить высокую степень неудовлетворённости условиями и перспективами работы среди медицинских кадров: на момент проведения социологического исследования 17% опрошенных (практически каждый шестой) планировали сменить место работы, что свидетельствует о высоком риске текучести кадров в государственных и муниципальных медицинских организациях. Изменить данное решение могут улучшение материального благосостояния, получение достойного пакета социальной поддержки, приемлемые условия для профессионального роста (самореализации).

Для российской системы здравоохранения характерна неравномерность географического распределения медицинских кадров. Реализуемая в настоящее время программа «Сельский доктор» приносит результаты, однако ее эффективность могла бы быть намного выше за счет

---

<sup>1</sup> Согласно результатам исследования, 9% выпускников вузов планируют трудовую эмиграцию, 22% планируют в той или иной форме продолжить обучение за границей, а 11% не хотят работать в медицинских организациях.



реализации системных мер, дополняющих эту федеральную программу – решение жилищных, материальных и социальных проблем работников сферы здравоохранения непосредственно на уровне субъекта Российской Федерации и муниципальных образований. Согласно данным исследования, сейчас 21 % врачей в возрасте до 35 лет, т.е. 1/5 молодых специалистов, готовы работать в сельских и отдаленных районах, однако у выпускников медицинских вузов эта готовность не столь высока: только 17 % рассматривают для себя такую перспективу. Сегодняшнее предложение для сельских медицинских работников пока не привлекательно, не создаёт конкурентные условия по сравнению с условиями работы в городской среде и не может компенсировать трудности и условия работы в отдалённых и сельских районах для молодых специалистов. Результаты опроса показали, что преимущества работы в сельских и отдаленных регионах могут быть обеспечены за счет решения жилищных проблем, предоставления значительных материальных и социальных льгот, которые смогут компенсировать главные причины нежелания молодёжи (согласно результатам опроса) работать в сельских и отдаленных регионах - неудовлетворительные условия труда и профессиональную изолированность и отсутствие возможностей для профессионального развития<sup>2</sup>.

В ходе исследования было установлено, что готовность выпускников вузов и врачей в возрасте до 35 лет работать в сельских и отдаленных районах невысока: 21% молодых врачей в возрасте до 35 лет (11 %

---

<sup>2</sup> Результаты исследования показали, что непривлекательность работы в сельской местности обусловлена неудовлетворительными профессиональными условиями работы. Профессиональная изолированность и отсутствие возможности применять на практике новейшие медицинские достижения воспринимается как «крест на профессии» молодыми врачами и выпускниками ВУЗов.

однозначно рассматривают для себя такую перспективу, 10 % никогда не задумывались об этом, но в принципе были бы не против) и 17 % выпускников вузов (из них 9 % определенно рассматривают для себя такую перспективу, а 8 % были бы не против). Данные социологического опроса позволили провести систематизацию и факторов, влияющих на выбор работы в сельской местности (табл.1) и определяющих миграционное поведение (табл.2).

Таблица 1.

### Факторы, влияющие на выбор работы в сельской местности.

<b>ФАКТОРЫ «ОТТАЛКИВАНИЯ»</b> (работа в сельских и отдельных районах)	<b>СТИМУЛЫ ПРИТЯЖЕНИЯ</b> что может повлиять на изменение решения	<b>ФАКТОРЫ «ПРИТЯЖЕНИЯ»</b> (работа в сельских и отдельных районах)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• профессиональная изолированность и отсутствие возможности обмениваться опытом, использовать в своей практике медицинские достижения (65% студентов и 61% молодых специалистов) (тупик в развитии)</li> <li>• тяжелые условия труда (47% студентов и 36% молодых специалистов),</li> <li>• несоответствие требований к качеству медицинской помощи на фоне низкой материально-технической оснащенности медицинских организаций (42% студентов и 31% молодых врачей)</li> <li>• отсутствие социальных условий (34% студентов и 31% молодых врачей)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• решение жилищных проблем (приоритет условия приобретения в собственность) (60% молодых врачей и 55% студентов)</li> <li>• повышение заработных плат по сравнению с городскими врачами (44% молодых специалистов и 35% студентов)</li> <li>• единовременные компенсации (33% молодых специалистов и 33% студентов)</li> <li>• комплекс социальных льгот (23% молодых специалистов и 30% студентов)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• возможность укрепить благосостояние семьи и получить дополнительное признание для студентов родом из сельской местности</li> <li>• возможность получить уникальный профессиональный опыт (38% студентов и 27% молодых специалистов),</li> <li>• высокая востребованность, польза работы для простых жителей работа (27% выпускников вузов и 27% молодых специалистов),</li> <li>• возможность реализовать свой потенциал (25% студентов и 19% молодых специалистов)</li> </ul>

Таблица 2.

**Факторы, определяющие миграционное поведение медицинских работников.**

«ВЫТАЛКИВАЮЩИЕ» ФАКТОРЫ (уход из профессии)	СТИМУЛЫ, СПОСОБНЫЕ ИЗМЕНИТЬ РЕШЕНИЕ	ФАКТОРЫ «ПРИТЯЖЕНИЯ» (новые места работы)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• низкая оплата труда (85% медицинских работников, решивших уйти из профессии)</li> <li>• негативное отношение в обществе к профессии врача (45% медицинских работников, решивших уйти из профессии)</li> <li>• отсутствие прозрачных механизмов начисления заработных плат (22% медицинских работников, решивших уйти из специальности)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• повышение оплаты труда (67% медицинских работников, решивших сменить место работы готовы поменять решение)</li> <li>• получение социальных льгот (22% медицинских работников, решивших поменять место работы, готовы поменять решение)</li> <li>• устранение напряженности в коллективе (22% медицинских работников, решивших поменять место работы, готовы поменять решение)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• профессиональный рост и возможность быть причастным к новейшим медицинским технологиям (61% студентов)</li> <li>• возможность обеспечить будущее и достаток своей семье (46%)</li> <li>• возможность повысить профессиональную «стоимость» для работы в России (37% студентов)</li> </ul>

Факторы, которые делают работу в сельской местности непривлекательной для молодых специалистов и студентов, связаны в первую очередь с неудовлетворительными профессиональными условиями для работы: профессиональная изолированность и отсутствие возможности обмениваться опытом, использовать в своей практике медицинские достижения (65 % студентов, 61 % врачей в возрасте до 35 лет), тяжелые условия труда (47 % студентов и 36 % молодых специалистов), несоответствие требований к качеству медицинской помощи на фоне низкой материально-технической оснащенности медицинских организаций (42 % студентов и 31 % молодых врачей). Такие характеристики, как отсутствие социальной инфраструктуры и невысокий уровень заработных плат уходят на второй план по сравнению с неблагоприятными условиями для профессиональной деятельности. Среди факторов, которые определяют привлекательность работы на селе, – возможность получить уникальный

профессиональный опыт (38 % студентов и 27 % молодых специалистов), высокая востребованность, польза работы для простых жителей (27 % выпускников вузов и 27 % молодых специалистов), возможность реализовать свой потенциал (25 % студентов и 19 % молодых специалистов). Отметим, что интерес к работе в сельской местности проявили 24 % обучающихся из сельской местности. Для них это прекрасная возможность поднять свой социальный и материальный уровень.

В последние годы в субъектах Российской Федерации реализуются отдельные мероприятия по созданию условий для привлечения и сохранения медицинских кадров. Согласно результатам исследования, в силу различий в уровне социально-экономического развития регионов реализуемые мероприятия различаются по своему составу и направленности, отсутствует приоритетность и системность мер, что снижает эффективность решения задачи по привлечению и сохранению медицинских кадров в практическом здравоохранении. Отсутствие единого комплекса мер поддержки медицинских работников на уровне субъекта Российской Федерации, который способен сформировать конкурентное предложение для специалистов, занятых в сельских и отдаленных районах затрудняет в ближайшей перспективе решение задачи по устранению неравномерности распределения медицинских кадров. Ряд инициатив субъектов Российской Федерации по реализации направленных мер социальной поддержки медицинских специалистов носит локальный характер, а их опыт слабо тиражируется в других регионах, и они не распространяются на всю систему здравоохранения.

Следует обратить внимание, что при реализации комплекса мероприятий необходим системный подход и межсекторальное сотрудничество заинтересованных сторон. В сложившейся ситуации

фрагментарные решения и реализация точечных мероприятий не обеспечат достижение конечных целей (снижения уровня текучести кадров, приток квалифицированных специалистов в сельские и отдаленные территории и др.). В целях формирования адекватного кадрового потенциала регионального здравоохранения рекомендуется на уровне субъектов Российской Федерации выстраивать единую систему обеспечения, закрепления, привлечения и сохранения медицинских кадров.

Результаты исследования свидетельствуют о высокой значимости социальной поддержки медицинских работников: 28 % медицинских работников, решивших поменять работу, отметили, что в случае предоставления социальных льгот они готовы пересмотреть решение. По итогам анализа результатов исследования были определены два значимых приоритета для деятельности медицинских работников:

- обеспечение социальной поддержки;
- обеспечение защиты (страхование) риска профессиональной ответственности.

Признано, что состояние кадровых ресурсов определяет эффективность работы системы здравоохранения, а именно качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению. Кадровый потенциал определяет результативность функционирования медицинской организации, и, по сути, является ее «системообразующим» элементом. В связи с чем, социальную поддержку медицинских кадров следует рассматривать как выгодную инвестицию в развитие здравоохранения субъекта Российской Федерации, а не как вид финансовых издержек бюджета.

Таким образом, в настоящий момент необходимо сформулировать стратегическую цель развития кадрового потенциала – устранение

дефицита и дисбаланса кадров здравоохранения в рамках постановки и решения следующих тактических задач по разработке и реализации приоритетных направлений для субъекта Российской Федерации:

1. Управление кадрами в сфере здравоохранения;
2. Образование (подготовка и непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров);
3. Обеспечение условий для жизни и меры социальной поддержки медицинских работников.

Комплекс социальных мер (в разной пропорции) должен быть направлен на сопровождение и поддержку медицинского работника не только во время всей его трудовой деятельности, но и после выхода на пенсию.

#### **I. УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

Для управления кадровым потенциалом здравоохранения в субъекте Российской Федерации в органах отраслевого управления *субъектового и муниципального уровней* необходимо создание специального отдела кадровых ресурсов, в штат которого целесообразно включение компетентных специалистов в области общественного здоровья, организации здравоохранения, экономики здравоохранения, а также юриста, свободно ориентирующегося в нормативно-правовой базе отрасли. Сотрудники отдела осуществляют основную организационную, практическую и координационную деятельность по оказанию различных видов социальной поддержки. Механизм и формы обеспечения социальной поддержки полностью будут зависеть от бюджетных возможностей территории, ее экономического развития, уровня жизни и занятости населения.

Наряду с этим для разработки политики и реализации мероприятий рекомендуется на уровне субъекта Российской Федерации создать координационный совет по развитию медицинских кадров региона. В состав координационного совета должны входить представители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, представители образовательных и медицинских организаций, главные внештатные специалисты, представители профессиональных некоммерческих организаций. Цель совета - выработка рекомендаций по обоснованию отдельных мер материальной и социальной поддержки сотрудников системы здравоохранения, а также по обеспечению непрерывного профессионального развития медицинских кадров на основе анализа эффективности и финансовой обеспеченности уже реализуемых мероприятий в данном субъекте Российской Федерации, а также изучения «лучших практик» - опыта регионов и других стран. Изучение «лучших практик», прежде всего, целесообразно проводить на территориях, имеющих схожую ситуацию по нескольким параметрам: экономическим, географическим, экологическим, демографическим, показателям заболеваемости населения и т.д.

**1.1. Кадровая политика определяется органом управления здравоохранения субъекта Российской Федерации и включает ряд последовательных мероприятий, в том числе:**

- анализ и планирование потребности в медицинских кадрах на уровне региона и муниципальных образований с учетом уровня заболеваемости и объемов оказания медицинской помощи населению;
- организацию целевой подготовки медицинских специалистов для последующей работы в субъекте Российской Федерации (например, целевого набора абитуриентов из сельских районов);
- содействие в трудоустройстве выпускников медицинских вузов;

- формирование благоприятных условий труда для специалистов как в городской, так и в сельской местности (включая систему сопровождения молодых специалистов, реализацию мер социальной поддержки, обеспечение условий для профессионального развития и самореализации);
- активная целенаправленная работа по повышению престижа медицинской профессии в субъекте Российской Федерации.

Управление кадровыми ресурсами в субъекте Российской Федерации, направленное на поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также определение дифференцированных мер социальной поддержки медицинских работников и способов их реализации, в первую очередь для наиболее дефицитных специальностей, включает следующие функции:

- Изучение и определения плановых уровней обеспеченности медицинскими кадрами в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.10 № 541н «Об утверждении Единого классификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» и территориальной программой государственных гарантий в условиях реализации программы развития медицинских кадров в субъекте Российской Федерации;
- Определение сроков и содержания этапов устранения дефицита медицинских кадров с целью создания условий для обеспечения темпов динамики развития медицинских кадров системы здравоохранения субъекта Российской Федерации в плане достижения показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения", Постановлениями Правительства Российской Федерации и приказами



Министерства здравоохранения Российской Федерации, предусматривающими меры по организации исполнения настоящего Указа;

- Создание и ведение единого регистра медицинских специалистов и работников здравоохранения, включая административно-управленческий и хозяйственный персонал (на муниципальном уровне) для определения существующих и прогнозирования будущих потребностей в медицинских кадрах, планирования структуры кадрового потенциала здравоохранения в субъекте Российской Федерации;
- Регулирование финансово-экономических, материальных и информационных механизмов реализации мер социальной поддержки медицинских кадров с учетом всей совокупности нормативно-правовой базы функционирования системы регионального здравоохранения;
- Использование механизма софинансирования на основе государственно-частного партнерства (ГЧП) с объединениями фармпроизводителей и производителей медицинских изделий, в интересах организационно-научного обеспечения реализации отдельных мероприятий и мер;
- Заслушивание ежегодного доклада Координационного Совета по развитию медицинских кадров о положении медицинских работников с целью уточнения приоритетов и повышения эффективности мероприятий деятельности органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;
- Гражданское воспитание новых поколений в традициях престижа профессии врача и медицинского персонала в сохранении и укреплении здоровья нации (публичные слушания, молодежные семинары и тренинги, социальный заказ, общественные и экспертные советы и т.п.) для противодействия имиджевым угрозам в сфере формирования кадрового

потенциала здравоохранения в современных социально-экономических условиях при взаимодействии с институтами гражданского общества.

**1.2. Технология разработки комплексной программы мероприятий социальной поддержки медицинских кадров включает следующие процедуры:**

- Гармонизация целей по всем документам стратегического развития региона в целом и по отраслям;
- Синхронизация целей и задач по времени и содержанию в документах заинтересованных сторон,
- Мониторинг ресурсобеспечения реализации поставленных задач
- Четкое определение сфер ответственности для заинтересованных структур и лиц
- Перспективным направлением институционального развития практики социальной поддержки медицинских работников станет активизация взаимодействия между гражданским обществом, властью и бизнесом за счет укрепления механизмов межсекторального партнерства, таких как (публичные слушания, молодежные семинары и тренинги, социальный заказ, общественные и экспертные советы и т.п.)
- создание системы мониторинга как внутренней, так и внешней миграции в целях оптимизации политики управления кадрами, поскольку миграционные процессы являются симптомом более глубоких кадровых проблем.
- инвестирование в решение кадровых проблем и совершенствование политики управления кадровыми ресурсами.

*Разработка комплекса мер социальной поддержки медицинских кадров* осуществляется на основе:

- а) действующих законов и иных нормативных правовых актов;

- б) изучения кадровой проблемы (потребности, дефицита и резерва кадров) в системе здравоохранения субъекта Российской Федерации;
- в) изучения особенностей демографической ситуации, географических, природно-климатических и социально-экономических условий, характерных для субъекта Российской Федерации, а также прогноза их развития;
- г) определения плановых показателей системы здравоохранения с учетом прогноза развития ситуации в субъекте Российской Федерации;
- д) анализа достижений «лучших практик» в сфере социальной поддержки медицинских кадров в других субъектах или отраслях Российской Федерации;
- е) определения приоритета мероприятий в сфере социальной поддержки медицинских кадров в субъекте Российской Федерации.

## **II. ОБРАЗОВАНИЕ**

### **2.1. ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ, ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО**

Подготовка специалистов, повышение квалификации, профессиональная переподготовка и стажировка медицинских работников осуществляются на основании действующей нормативно-правовой базы, включающей в том числе:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 26 декабря 2011 г. № 1644н г. "О внесении изменений в Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и

фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н;

Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

В рамках реализации положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Минздравсоцразвития России приказом от 16 апреля 2012 г. № 362н утвержден «Порядок организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам».

В условиях действующей нормативной правовой базы и с учетом результатов проведенного исследования может быть рекомендован следующий набор возможных мероприятий:

1) **Совершенствование механизмов и условий целевого набора абитуриентов**

Расширение целевого приема абитуриентов в образовательные организации среднего и высшего медицинского образования, с целью их последующего трудоустройства в медицинские организации субъекта Российской Федерации является успешной практикой по обеспечению притока специалистов в отрасль.

Целесообразно проводить согласование структуры и определение количества мест по целевому набору, исходя из прогноза потребностей региона в кадровых ресурсах. Для этого необходимо обеспечить

реализацию данной меры на основе трехсторонних договоров с ВУЗом, а также целесообразно использование механизма частно-государственного партнерства, благотворительности и др. (*Программа «Социальный пакет» г. Новосибирска*).

2) *Меры социальной поддержки на этапе получения среднего и высшего медицинского образования.*

Для формирования механизмов закрепления медицинских специалистов уже на этапе получения высшего профессионального образования целесообразно введение такой меры социальной поддержки как выплата именных (за счет бюджета субъекта Российской Федерации) стипендий студентам. Для реализации данной меры социальной поддержки возможно принятие Постановления Правительства субъекта Российской Федерации, в котором устанавливается размер подобных стипендий и виды дополнительных выплат целевым студентам, а также утверждаются Положения о стипендиях целевым студентам. Помимо выплаты стипендий «целевым» студентам целесообразно компенсировать бесплатный проезд на муниципальном транспорте.

3) *Реализация мер социальной поддержки медицинских специалистов на этапе послевузовской и последипломной подготовки*

В субъектах Российской Федерации необходимо предусмотреть отдельное расходное обязательство, позволяющее осуществлять подготовку медицинских кадров через интернатуру (пока реализуется подготовка на данном уровне профессионального образования) и клиническую ординатуру за счет средств регионального бюджета. Реализация меры позволит региону регулировать подготовку тех специалистов, в которых наиболее нуждаются медицинские организации, и осуществлять подготовку медицинских специалистов сверхбюджетных

целевых мест, выделяемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4) Организация летней производственной практики студентов старших курсов

В ряде ВУЗов Российской Федерации по согласованию с региональными органами управления здравоохранением осуществляется летняя производственная практика студентов 4-5 курсов на базе государственных бюджетных медицинских организаций городов и сельских районов. Мероприятие оформляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. № 362н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам» двусторонним договором регионального министерства здравоохранения и образовательной организации среднего или высшего профессионального образования. Необходимо активнее использовать эту практику, поскольку именно данное мероприятие позволяет преодолеть негативные стереотипы восприятия работы в отдалённых и сельских районах и сформировать лояльность молодых кадров к работе в сельской местности. Производственная практика студентов, обучающихся по целевому набору, в обязательном порядке организуется в медицинских организациях, обозначенных в контрактах. Целесообразно предусмотреть проведение додипломной специализации выпускников за счет выбора элективных циклов в соответствии с заявками медицинских организаций и потребностью практического здравоохранения субъекта Российской Федерации.

**5) Организация прохождения производственной практики или профессиональной стажировки ординаторов в местах будущего трудоустройства в сельских и отдаленных районах**

Результаты проведенного исследования показали, что практика - это один из эффективных способов привлечь для работы в сельские и отдаленные районы молодых специалистов. В период прохождения практики молодые специалисты смогут самостоятельно оценить преимущества проживания и реализации медицинской деятельности, а также условия труда, понять ограничения и оценить возможности для работы и профессионального развития в данном субъекте Российской Федерации.

**6) Организация ярмарок вакансий для молодых специалистов и центров трудоустройства выпускников**

Организация и проведение ярмарок вакансий позволит молодым специалистам сформировать представление о качестве рабочих мест будущего трудоустройства, а медицинским организациям - привлечь молодых специалистов, рассказав о возможностях трудоустройства по специальности, условиях работы и мерах социальной поддержки. На региональном уровне необходимо предусмотреть организацию центров содействия в трудоустройстве молодых специалистов. В основу этой работы должны быть положены данные мониторинга вакансий рабочих мест в медицинских организациях субъекта Российской Федерации.

**2.2. СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И САМОРЕАЛИЗАЦИИ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Результаты исследования показали, что среди факторов неудовлетворенности медицинских работников одним из наиболее значимых является отсутствие условий и возможностей для

профессионального развития. В среде медицинских работников звучит не только недовольство тем, что руководство медицинских организаций не достаточно уделяет внимание повышению квалификации, но и тем, что не всегда их устраивает уровень преподавания. Достижения современной медицины и внедрение высоких технологий в практику здравоохранения диктуют актуальность формирования условий для непрерывного профессионального развития специалистов, что особенно важно для сельской медицины. Именно профессиональная изолированность – главная причина нежелания молодых специалистов работать в сельских и отдаленных районах. Необходимо предпринимать меры по развитию средств информационно-коммуникативных технологий.

В связи с этим целесообразно:

- 1) Внедрение системы непрерывного профессионального развития медицинских кадров, наряду с актуализацией программ повышения квалификации, предполагает распространение дополнительных мероприятий различного уровня в рамках кредитной системы (семинары, тренинги, конференции и др.), которые рекомендуется засчитывать как часы дополнительной образовательной активности медицинских работников и учитывать при аттестации медицинских работников на присвоение квалификационной категории и начислении стимулирующих выплат при оплате труда.
- 2) Непрерывное образование определяет рабочее место как мощную образовательную среду для индивидуального и группового обучения. IT-инфраструктура рабочего места (наличие компьютера и подключение к интернету) медицинских работников особенно в сельской местности будет обеспечивать постоянный доступ к информационно-образовательным ресурсам и способствовать поддержанию необходимого уровня квалификации специалистов с учетом требований современной



медицины, а также направлено на ликвидацию их профессиональной изолированности. Создание условий для реализации возможностей информационно-коммуникационных технологий в части своевременных консультаций с высококвалифицированными специалистами лечебно-профилактических медицинских организаций и специализированных центров государственной и муниципальной систем здравоохранения.

- 3) Закреплению медицинских кадров будет способствовать заинтересованность руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и поддержка с их стороны деятельности молодежи в направлении углубленного профессионального развития по основной или смежной специальности с учетом прогноза развития системы здравоохранения в субъекте Российской Федерации.
- 4) Развитие системы повышения квалификации медицинского персонала с использованием современных дистанционных технологий является насущной необходимостью и актуальной задачей кадровых служб. В настоящий момент наиболее квалифицированные научно-педагогические кадры сконцентрированы в ведущих медицинских университетах г. Москвы, г. Санкт-Петербурга и других крупных городов, регулярные поездки в которые практически невозможны для подавляющего большинства специалистов из других регионов, особенно из сельской местности.
- 5) Актуализация программ повышения квалификации. Совместно с государственными образовательными учреждениями и региональными главными внештатными специалистами необходимо актуализировать содержание программ повышения квалификации на предмет их соответствия потребностям регионального здравоохранения. Необходимо сформировать план первоочередных тем для разработки дистанционных образовательных модулей. При их разработке необходимо

ориентироваться, в том числе и на сельских работников. При подготовке новых программ повышения квалификации целесообразно предусмотреть их непрерывность в течение 5-летнего срока между аттестацией специалиста организацию обучения по кредитно-модульной системе, и внедрение инновационных образовательных технологий.

6) **Обеспечение овладения компетенциями в области применения современных стандартов и технологий лечения больных:**

- организация стажировок врачей в ведущих отечественных и зарубежных клиниках;
  - привлечение высококвалифицированных отечественных и зарубежных специалистов для проведения мастер-классов;
- *создание регионального симуляционного центра практических навыков для медицинских специалистов.* На уровне региона рекомендуется предусмотреть реализацию целевой программы по развитию симуляционного образования (участие региона на условиях софинансирования), ведь основная цель симуляционного обучения – снижение числа врачебных ошибок, связанных с недостаточным владением практическими навыками и умениями.

7) **Модернизация региональной медицинской библиотеки.** На уровне субъекта Российской Федерации необходимо обеспечить возможность доступа медицинских работников к электронным медицинским библиотекам, информационным образовательным ресурсам, которые удовлетворяют установленным требованиям и подготовлены ведущими специалистами страны. Мероприятие может быть реализовано в рамках отдельной областной целевой программы (источник средств – региональный бюджет). Цель мероприятия – обеспечение доступа медицинских специалистов к высококачественным источникам современной информации. С учетом того, что современные клинические

руководства и клинические рекомендации существуют в электронном виде, медицинский специалист получает доступ к самой актуальной информации. Необходимо также предусмотреть оснащение рабочих мест специализированными средствами и программным обеспечением, повышающим эффективность труда – от автоматизированных систем учета пациентов до электронных систем поддержки принятия клинических решений.

Территориальные библиотеки обязаны предоставлять услуги по обучению специалистов здравоохранения навыкам квалифицированного поиска информации и дистанционном библиотечном обслуживании.

### **2.3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ УСЛОВИЙ ТРУДА**

Комплекс мероприятий может включать в себя следующие направления:

1) **Стимулирование трудоустройства специалистов в медицинские организации**

Эффективными мерами по привлечению молодых специалистов являются выплаты при устройстве в медицинские организации региона (источник – средства регионального бюджета; основание - Постановление Правительства субъекта Российской Федерации). Целесообразно предусматривать выплаты при устройстве молодых медицинских работников в медицинские организации, расположенные на территории муниципальных районов, а также в областные (краевые, республиканские) государственные медицинские организации. Для молодых специалистов может быть предусмотрена разовая компенсационная выплата из бюджета субъекта Российской Федерации при трудоустройстве по аналогии с федеральной программой «Сельский доктор».

Во многих регионах реализуются программы, в рамках которых молодым специалистам выплачиваются дополнительные надбавки. Аналогично рекомендуется выплачивать данные пособия не единовременно, а по итогам отработанного года и по возрастающей: например, в первый год – 50 тыс. рублей, второй – 100 тыс. рублей и третий – 150 тыс. рублей. Таким образом, молодой специалист будет заинтересован в продолжении работы в данной местности для получения данного вида социальной поддержки.

Целесообразно также выплаты аналогичных пособий привязать к перечню наиболее дефицитных специальностей, т.е. обеспечить такие выплаты врачам дефицитных специальностей, вновь принимаемым на работу (такой опыт есть в Новосибирской области). Размер таких выплат необходимо определять на уровне субъекта Российской Федерации, при этом обязательно учитывать как основные региональные показатели уровня жизни, так и условия жизни и труда медицинских работников соседних регионов, с тем, чтобы сократить отток кадров из региона и/или привлечь медицинские кадры из других регионов.

## 2) Улучшение материального положения медицинских работников

Необходимо обратить внимание на то, что материальный фактор является одним из наиболее важных в развитии отрасли в целом, и без решения указанных проблем материального стимулирования все остальные меры и рекомендации не принесут ожидаемого эффекта. Этот вопрос неоднократно обсуждался на различных уровнях системы управления здравоохранением, и исследование только подтверждает актуальность проблемы формирования такой системы материального стимулирования, которая позволила бы специалистам получать достойный доход, зависящий от объема и качества их работы.

Результаты исследования в очередной раз показали, что одной из основных причин низкого уровня удовлетворенности медицинских работников своим положением в целом является уровень материального обеспечения – заработной платы и дополнительного материального стимулирования (премий, надбавок и т.п.), а также непрозрачность условий вознаграждения медицинских работников. На уровне региона необходима реализация комплекса мер по внесению изменений в систему оплаты труда медицинских специалистов с учетом особенностей региона и состояния системы здравоохранения (дифференцированных выплат стимулирующего и компенсационного характера), закрепленных в «эффективном договоре».

Установление прямой зависимости заработной платы руководителя медицинской организации от уровня средней заработной платы медицинского персонала будет способствовать, в целом, росту заработной платы сотрудников. На региональном уровне необходимо предусмотреть дополнительные надбавки к фонду оплаты труда по дефицитным специальностям. Эта мера реализуется из средств областного бюджета, а также может быть реализована совместно с территориальными Фондами обязательного медицинского страхования (ФОМС) (*опыт г. Новосибирска*).

Для обеспечения поэтапного совершенствования оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 -2018 годы, целесообразно предусмотреть разработку на уровне субъектов Российской Федерации «дорожных карт» в части планирования не только дополнительных расходов бюджетов субъекта Российской Федерации, но и привлечения иных источников финансирования на повышение уровня оплаты труда, а также внедрения эффективных механизмов распределения финансовых средств.

- 3) Развитие материально-технической базы медицинских организаций. Поскольку одними из основных факторов, снижающих уровень удовлетворенности сотрудников отрасли, являются существенные ограничения материально-технической базы, которые не позволяют обеспечивать полноценную диагностику и лечение (отсутствие современного оборудования и средств диагностики и т.п.), руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и медицинских организаций необходимо уделить этому вопросу особое внимание. Дефицит лечебно-диагностического оборудования и доступных лекарственных средств часто демотивирует медицинских работников и не позволяет им выполнять свои профессиональные обязанности в полной мере. В медицинских организациях субъекта Российской Федерации, необходимо максимально облегчить доступ региональным специалистам (особенно из сельской местности) к имеющимся диагностическим и исследовательским ресурсам.
- 4) Увеличение времени работы сложного лечебно-диагностического оборудования, пользующегося повышенным спросом, лабораторий в региональных диагностических центрах и крупных медицинских учреждениях позволит обеспечить врачам из удаленных местностей своевременную профессиональную поддержку и возможность более эффективно оказывать помощь пациентам. К развитию материально-технической базы следует также отнести обеспечение медицинского персонала мобильными диагностическими комплексами и информационно-коммуникационными средствами.
- 5) Создание регионального Центра содействия трудоустройству работников здравоохранения с целью содействия трудоустройству выпускников университета в соответствии с полученной специальностью; создание и постоянное обновление информационного банка данных о

выпускниках и развитии их карьеры; поддержка гибких форм занятости и реализации программ профессиональной переподготовки для женщин с детьми; создание возможностей постоянного общения и профессионального взаимодействия выпускников целевого подготовки разных лет и программ, трудоустроившихся в субъекте Российской Федерации; создание электронной системы диалога работодателей и выпускников по вопросам трудоустройства.

### **III. ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Привлечение молодых специалистов для работы в сельских и отдаленных районах требует применения сбалансированного подхода, направленного на формирование конкурентных социальных условий для сельских медицинских работников по сравнению с теми, кто работает в городе, с целью снижения миграции медицинских кадров из сельской местности и устранения кадрового дефицита.

Результаты проведенного исследования показывают наличие серьезных проблем в области сохранения медицинских кадров в отрасли и миграции кадров. Наиболее существенными можно считать проблемы высокого уровня неудовлетворенности специалистов отрасли условиями труда (включая материальное стимулирование), условиями жизни и возможностями профессионального роста. Наиболее ярко эти проблемы выражены в сельской местности, что делает работу в отдаленных и сельских районах малопривлекательной для медицинских работников.

На региональном уровне целесообразно специальным постановлением Правительства субъекта Российской Федерации определить комплекс мер социальной поддержки сельских медиков, направленный на решение первоочередных задач по закреплению их в сельской местности.

Рекомендуется включить в комплекс мер социальной поддержки («региональный социальный пакет для медицинских работников») следующие мероприятия:

1) *Решение жилищных проблем.*

На региональном уровне должна быть разработана комплексная программа по решению жилищных вопросов медицинских работников, в которой необходимо предусмотреть разные направления:

- полная или частичная компенсация арендной платы,
- выделение служебного жилья,
- предоставление служебного жилья, которое медицинские работники могли бы в последующем оформить в социальный наем,
- развитие ипотеки с государственной компенсацией в зависимости от продолжительности работы специалиста в регионе,
- льготная ипотека для врачей, в соответствии с которой целесообразно запланировать частичное или полное погашение процентов на покупку квартир медицинскими работниками в зависимости от стажа работы. К примеру, медицинский работник, отработавший 5 лет в медицинской организации субъекта Российской Федерации, может рассчитывать на погашение 30%, 10 лет — 70% и, соответственно, 15 лет — 100%.

Результаты исследования показали, что эффективное направление – это решение жилищных вопросов с перспективой **получения жилплощади в собственность** – компенсация части стоимости жилья, льготное ипотечное кредитование, субсидии на строительство, создание условий для выкупа жилья по приемлемым расценкам. В связи с этим приоритетным становится разработка целевых программ, рассчитанных на приобретения жилья в собственность, прежде всего для медицинских работников в сельской местности или по остро дефицитным специальностям. Необходимо формирование в субъектах Российской Федерации банка



данных о наличии свободных рабочих мест, в том числе с предоставлением жилья.

2) Оплата жилищно- коммунальных услуг. На уровне ряда субъектов Российской Федерации приняты различные нормативные акты, регулирующие вопросы компенсации жилищно-коммунальных услуг медицинским работникам. Целесообразно определить нормативными актами на уровне региона порядок индексации компенсации по оплате жилищно-коммунальных услуг и их размер с учетом ситуации и возможности региона.

3) Внеочередное предоставление мест в детских садах для детей врачебного и среднего медицинского персонала.

Данная мера позволит привлечь на работу молодых специалистов, которые вынуждены продлевать отпуск по уходу за ребенком в связи с невозможностью устроить его в детские дошкольные организации. Сегодня в большинстве субъектов Российской Федерации процедура приема детей в государственные образовательные учреждения, реализующие основную образовательную программу дошкольного образования, отнесена к государственным услугам, порядок реализации которых определяется административными регламентами (например, административный регламент предоставления государственной услуги «Прием заявлений, постановка на учет для зачисления и зачисление детей в государственные образовательные учреждения, реализующие основную общеобразовательную программу дошкольного образования, подведомственные Департаменту образования города Москвы»). В рамках регламента определен перечень лиц, имеющих льготы по предоставлению мест в детских садах. С учетом ситуации, сложившейся в кадровом обеспечении системы здравоохранения, целесообразно на региональном

уровне предусмотреть льготы для медицинских работников. Регулирование данного предложения требует внесения изменений в ряд нормативных правовых актов регионального уровня.

### **3.1. Организация медицинской помощи и оздоровление.**

#### **1) Организация медицинской помощи и внеочередное медицинское обслуживание.**

Весьма эффективно предоставление внеочередной медицинской помощи и обследования во всех государственных и муниципальных медицинских организациях, в том числе и после выхода на пенсию (*Московская область*). В связи с чем, руководители медицинских организаций могут предусмотреть эту меру в рамках коллективного договора.

Возможно рассмотрение регулирования льготного лекарственного обеспечения путем включения в «Перечень групп населения, которые в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации имеют право на бесплатное и льготное обеспечение и внеочередное обслуживание в аптечной организации» за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

**Оздоровление медицинских работников (санаторно-курортное лечение)** Высокий профессиональный риск для здоровья медицинских работников ряда специальностей (анестезиология-реаниматология, отделения реанимации в отделениях наркологии, скорая и неотложная помощь и др.) связан с неблагоприятными условиями труда, режимом работы, опасностью заражения инфекционными заболеваниями, что обуславливает необходимость и актуальность разработки комплекса мероприятий по компенсации данных рисков медицинским работникам.

Меры могут быть реализованы путем разработки и утверждения на территориальном уровне программ по определению и профилактике профессиональных заболеваний. Лечебно-профилактические мероприятия должны быть включены в систему диспансерного наблюдения медицинских работников, вплоть до санаторно-курортного или восстановительного лечения, а также проведение индивидуальных и групповых психологических тренингов.

### **3.2. Мониторинг мероприятий социальной поддержки кадров здравоохранения**

Реализация всех вышеперечисленных мер и рекомендаций будет эффективна и приведет к реальным изменениям ситуации в области миграции только при условии постоянного мониторинга медицинских кадров. Мониторинг кадров здравоохранения – это специально организованное, систематическое наблюдение, сбор, накопление, обработка и анализ информации о состоянии врачебных кадров и среднего медицинского персонала.

#### **Мониторинг медицинских кадров позволяет:**

- проводить анализ укомплектованности медицинскими кадрами и оценку текучести специалистов по организациям и территориям субъекта Российской Федерации за отчетный период;
- выявлять потребность в профессиональной подготовке, переподготовке медицинских кадров и повышении квалификации;
- проводить учет мер социальной поддержки медицинского персонала;
- определять движение очереди на получение жилья и улучшение жилищных условий;

- осуществлять учет количества работающих в отрасли молодых специалистов, работников со стажем и владеющих дополнительной квалификацией, пенсионеров по инвалидности и старости, а также по другим необходимым признакам.

Постоянный кадровый мониторинг в сфере здравоохранения необходим для оценки, прогноза, выявления и системного анализа происходящих изменений, предупреждения нежелательных тенденций, что позволит обеспечивать эффективный контроль ситуации и оперативно реагировать на изменения на уровне субъекта Российской Федерации. Наряду с этим целесообразно разработать ключевые показатели эффективности деятельности организаций и их руководителей.

Рекомендуется проводить оценку и сравнение медицинских организаций на предмет выявления критических отклонений от заданных параметров кадрового обеспечения и оценки результатов реализации принимаемых мер социальной поддержки. Например, принимающие участие в исследовании медицинские организации классифицируются по качеству производственных условий для медицинского персонала (по результатам мониторинга условий труда, показателей уровня зарплат, своевременности их выплат, наличия дополнительных компенсаций и др.), и лучшие из них получают сертификат «Лучший работодатель в сфере здравоохранения». По результатам мониторинга возможно предусмотреть систему грантов для лучших медицинских организаций и лучших руководителей медицинских организаций (*такая практика успешно реализуется в г. Новосибирске*).

По данным исследования была выявлена *проблема дифференциации в уровне заработных плат* в различных регионах, что усиливает внутренние миграционные процессы трудовых ресурсов, приводя к созданию дефицита

медицинских кадров в тех регионах, которые не в состоянии обеспечить достойный уровень заработной платы работникам сферы здравоохранения (разница между показателями среднего уровня заработной платы в регионах, которые приняли участие в исследовании, составила 4 раза: средняя заработная плата в Смоленской области составляет 13 619 рублей, в то время как в Москве – 45 040 рублей).

Действующие системы оплаты труда характеризуются, низким размером базовой и нечетко прописанными критериями компенсационных и стимулирующих выплат.

Объектом мониторинга должны стать:

- показатели уровня средней заработной платы в медицинских организациях;
- величина различий в уровнях средней заработной платы по категориям медицинского и иного персонала в субъектах Российской Федерации;
- показатели, в соответствии с которыми определяются стимулирующие выплаты;
- доля фонда оплаты труда административно-управленческого персонала и доля фонда оплаты труда медицинского персонала по отношению к фонду оплаты труда в данной медицинской организации (за месяц, за квартал, за год);
- информатизация рабочего места и создание условий и возможностей для непрерывного профессионального развития медицинских кадров;
- развитие системы симуляционного и дистанционного образования в сфере здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации.

Требует отдельного внимания – проблема отсутствия системы страхования риска профессиональной ответственности медицинских специалистов.

Неудовлетворенность медицинских работников вызвана и существующими условиями труда. Одним из самых важных показателей условий труда для медицинских работников является наличие всех необходимых ресурсов для выполнения своих обязанностей. Высокая степень неудовлетворенности этим показателем характерна для сельских врачей: 35% опрошенных на селе совсем не удовлетворены уровнем оснащённости медицинских учреждений (для сравнения: 18% городских врачей отметили свою неудовлетворенность этим показателем).

Сегодня в разных регионах реализуются различные мероприятия, направленные на привлечение специалистов в отрасль и их закрепление. В силу различий в социально-экономическом положении регионов мероприятия отличаются по своему составу, отсутствуют единые стандарты, которые способны сформировать конкурентное предложение для специалистов, занятых в сельских и отдаленных районах. Иными словами, отсутствует стандартный подход к формированию конкурентных по сравнению с городскими районами условий работы для сельских и отдаленных районов.

Требования и подходы, обеспечивающие привлекательное (конкурентное) предложение для работников здравоохранения, занятых на селе, должны быть созданы и профинансированы не только на федеральном уровне, но и в большей степени на уровне субъекта Российской Федерации с учетом его особенностей и возможностей развития.

### **3.3. Механизмы решения задач по закреплению медицинских кадров на уровне субъекта Российской Федерации в сфере социальной поддержки**

С целью пропаганды и повышения престижа и имиджа медицинской профессии необходимо проведение скоординированных мероприятий:

организация тематических выставок, периодических выступлений по радио и на телевидении, выпуск печатной продукции, направленной на поддержание положительного имиджа работника в сфере здравоохранения (книги, буклеты, статьи в различных изданиях и др.)

Рекомендуется проводить информационные кампании с учётом всего комплекса коммуникативных технологий (тематические информационные кампании в СМИ, публичные мероприятия), направленные на демонстрацию достижений врачей и медицинских работников, включая такие мероприятия как «День медицинского работника», «Лучший по профессии», «Лучшая медицинская организация» и т.д.

Региональный этап конкурса «Призвание» со специальными номинациями:

«За верность профессии»;

«За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека»;

«За создание нового метода лечения»;

«За создание нового метода диагностики»;

«За создание нового направления в медицине»;

«За вклад в развитие медицины, внесенный представителями фундаментальной науки»;

«За медицинскую помощь пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий»

– может быть реализован в рамках отдельного расходного обязательства региона или областной целевой программы. При этом необходимо предусмотреть выплаты денежных поощрений или иные меры материального стимулирования сотрудникам, показавшим наилучшие результаты в различных профессиональных конкурсах и аналогичных мероприятиях.

Обратим внимание, что для привлечения молодых специалистов для работы в сельских и отдаленных районах рекомендуется повышать информированность о программе «Сельский доктор», а также информировать выпускников школ о возможности поступления в образовательные учреждения по целевому контракту; информировать студентов выпускных курсов о возможности обучения в интернатуре и ординатуре по целевому контракту.

Негативное восприятие работы в сельской местности может быть компенсировано благодаря демонстрации в рамках информационных кампаний приемлемого уровня материально-технической оснащенности сельских медицинских организаций, возможностей для профессионального развития, а также особой признательности жителей отдаленных и сельских регионов сотрудникам здравоохранения.

Главная проблема – *удержать кадры в отрасли путем создания системы мотиваций и экономических условий*, которые бы влияли на устранение дефицита медицинских кадров, в том числе возможно:

- использование вахтового метода работы в медицинском учреждении отдалённых от центра регионов;
- организация работы специалистов в медицинских организациях по контракту, определяющему сроки выполнения обязательств, нарушение которых повлечет финансовые обязательства перед бюджетом органа управления здравоохранения или самим лечебным учреждением;
- создание системы обучения специалистов работе на новом медицинском оборудовании фирмами-поставщиками, привлечение высококвалифицированных зарубежных специалистов для проведения мастер-классов;
- организация стажировок врачей-специалистов в ведущих зарубежных клиниках;



- софинансирование из областных бюджетов профессиональной переподготовки медицинских кадров (например, в Липецкой области);
- создание системы грантов для лучших ЛПУ и лучших руководителей учреждений (г. Новосибирск);
- при разработке комплекса мер социальной поддержки особо следует учитывать, что у медицинских работников в сельских и отдаленных районах актуальна проблема профессиональной изолированности. Для этого необходимо предусмотреть возможность ротации специалистов, работающих в сельской местности в рамках производственных стажировок в ведущих медицинских организациях (возможность стажировки на рабочем месте – сроком от 1 недели до 1 месяца в центральных районных и областных (краевых, республиканских) больницах с выплатой среднемесячной заработной платы);
- единовременные или месячные выплаты молодым специалистам, которые трудоустраиваются в сельские районы, а также выплаты медицинским работникам дефицитных специальностей (*Липецкая область, Московская область, Новосибирская область*).

В результате реализации комплекса мер социальной поддержки в субъектах Российской Федерации должен быть сформирован значимый социальный пакет для медицинских работников сельских и отдаленных районов, обеспечивающий привлечения и закрепления кадров здравоохранения.

В заключение, считаем необходимым еще раз обратить внимание на необходимость системного подхода к разработке и реализации вышеуказанных мероприятий с обязательным учетом особенностей субъекта Российской Федерации и ситуации в сфере здравоохранения в соседних регионах.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

#### Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

#### Статья 24. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья

1. В целях охраны здоровья и сохранения способности к труду, предупреждения и своевременного выявления профессиональных заболеваний работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, работники, занятые на отдельных видах работ, проходят обязательные медицинские осмотры.
2. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры, утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
3. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.
4. В целях охраны здоровья работодатели вправе вводить в штат должности медицинских работников и создавать подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинскую часть и другие подразделения), оказывающие медицинскую помощь работникам организации. Порядок организации деятельности таких подразделений и медицинских работников устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
5. Работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения

## **Статья 28. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья**

1. Граждане имеют право на создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, формируемых на добровольной основе.
2. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.

## **Глава 5. Организация охраны здоровья**

### **Статья 29. Организация охраны здоровья**

1. Организация охраны здоровья осуществляется путем:

- 1) государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования;
- 2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения;
- 3) организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями;
- 4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 5) обеспечения определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 6) управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

2. Организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

3. Государственную систему здравоохранения составляют:

- 1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук;
- 2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением федеральных органов исполнительной власти, указанных в пункте 1 настоящей части);

3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

4. Муниципальную систему здравоохранения составляют:

1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

5. Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

#### **Статья 82. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья**

Источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

#### **Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения**

5. Финансовое обеспечение санаторно-курортного лечения граждан, за исключением медицинской реабилитации, осуществляется за счет:

1) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, выделяемых для отдельных категорий граждан, установленных законодательством Российской Федерации, и бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным органам исполнительной власти на оказание государственных услуг по санаторно-курортному лечению.

Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537  
"О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации  
до 2020 года"

**6. здравоохранение**

73. Прямое негативное воздействие на обеспечение национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации оказывают низкие эффективность системы медицинского страхования и качество подготовки и переподготовки специалистов здравоохранения, недостаточный уровень социальных гарантий и оплаты труда медицинских работников

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО  
от 18 апреля 2012 г. № 16-2/10/2-3902

В рамках реализации положений Федерального закона от 16 июня 2011 г. № 144-ФЗ "О внесении изменений в Закон Российской Федерации "Об образовании" и Федеральный закон "О высшем и послевузовском профессиональном образовании" и с целью формирования единых подходов к организации послевузовского медицинского и фармацевтического образования в интернатуре и ординатуре Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации подготовлены приказы от 5 декабря 2011 г. № 1475н и № 1476н по утверждению федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования в ординатуре и интернатуре соответственно (далее - ФГТ).

Подготовка по программам послевузовского профессионального образования в интернатуре и ординатуре в соответствии с ФГТ начнется с 2012/2013 учебного года.

ФГТ состоят из следующих разделов:

- обязательные дисциплины;
- факультативные дисциплины;
- обучающий симуляционный курс;
- практика;
- итоговая государственная аттестация.

Согласно ФГТ, 62,5% трудоемкости образовательной программы составляет практика (для интерна - 45 зачетных единиц из 72, для ординатора - 90 зачетных единиц из 144).

Целью практики является обеспечение готовности обучающегося к осуществлению профессиональной деятельности, а ее организация должна обеспечивать непрерывность и последовательность овладения обучающимся навыками профессиональной деятельности.

Программы практики интернов и ординаторов самостоятельно разрабатываются и утверждаются высшими учебными заведениями, образовательными учреждениями дополнительного профессионального образования, научными организациями (далее - образовательные (научные) организации).

Следует отметить необходимость строгого соблюдения последовательности освоения образовательной программы, а именно: к практике могут быть допущены лица, успешно освоившие дисциплины образовательной программы и завершившие обучающий симуляционный курс.

Интернам и ординаторам, обучающимся за счет средств федерального бюджета, в период прохождения практики выплачивается государственная стипендия в образовательной (научной) организации в установленном порядке, их назначение на должности врачей в организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, не осуществляется.

По завершению прохождения практики интерны и ординаторы предоставляют по месту прохождения обучения отчет о прохождении практики по форме, установленной образовательной (научной) организацией.

При условии успешного прохождения интернами и ординаторами практики образовательные (научные) организации проводят их итоговую государственную аттестацию, в случае положительного прохождения которой выдается соответствующий документ государственного образца о послевузовском профессиональном образовании.

Председателем государственной аттестационной комиссии утверждается лицо, не работающее в данной образовательной (научной) организации. В состав государственной аттестационной комиссии могут входить представители учредителя образовательной (научной) организации, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, территориальной службы занятости населения, работодателей, общественных организаций в сфере здравоохранения, научно-педагогические и научные работники образовательной (научной) организации.

Одновременно, в рамках реализации положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Минздравсоцразвития России приказом от 16 апреля 2012 г. № 362н утвержден Порядок организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам (в настоящее время направлен на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации).

В соответствии с указанным Порядком практическая подготовка может быть организована:

- в клиниках (структурные подразделения образовательных (научных) организаций, осуществляющие медицинскую или фармацевтическую деятельность);

- на клинических базах (медицинские организации, организации - производители лекарственных средств и медицинских изделий, аптечные организации, судебно-экспертные учреждения и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья, в которых располагаются структурные подразделения образовательных (научных) организаций);

- на базе практической подготовки (медицинские организации, организации - производители лекарственных средств и медицинских изделий, аптечные организации, судебно-экспертные учреждения и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья).

При этом, профиль осуществляемой указанными базами прохождения практики медицинской и (или) фармацевтической деятельности должен соответствовать направлению практической подготовки обучающихся.

Организация практической подготовки на базах прохождения практики, не являющихся структурными подразделениями образовательной (научной) организации, осуществляется на основе договора, предусмотренного положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об охране здоровья граждан в Российской Федерации".

Образовательная (научная) организация самостоятельно распределяет обучающихся по местам прохождения практической подготовки.

Органы государственной власти и местного самоуправления, направляющие граждан на обучение в рамках заказа на целевую подготовку (далее - заказчик целевой подготовки), имеют право определить базой прохождения практики базу практической подготовки из числа подведомственных им организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, предусмотрев данное условие целевой подготовки в соответствующем договоре, заключенном с образовательной (научной) организацией и гражданином, направляемым на обучение.

По согласованию с заказчиком целевой подготовки обучающиеся вне рамок целевой подготовки могут быть направлены образовательной (научной) организацией для прохождения практической подготовки на базы практической подготовки из числа подведомственных заказчику целевой подготовки организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья.

Прохождение обучающимися практической подготовки на базе практической подготовки, расположенной вне населенного пункта, в котором расположена образовательная (научная) организация, осуществляется с письменного согласия обучающихся.

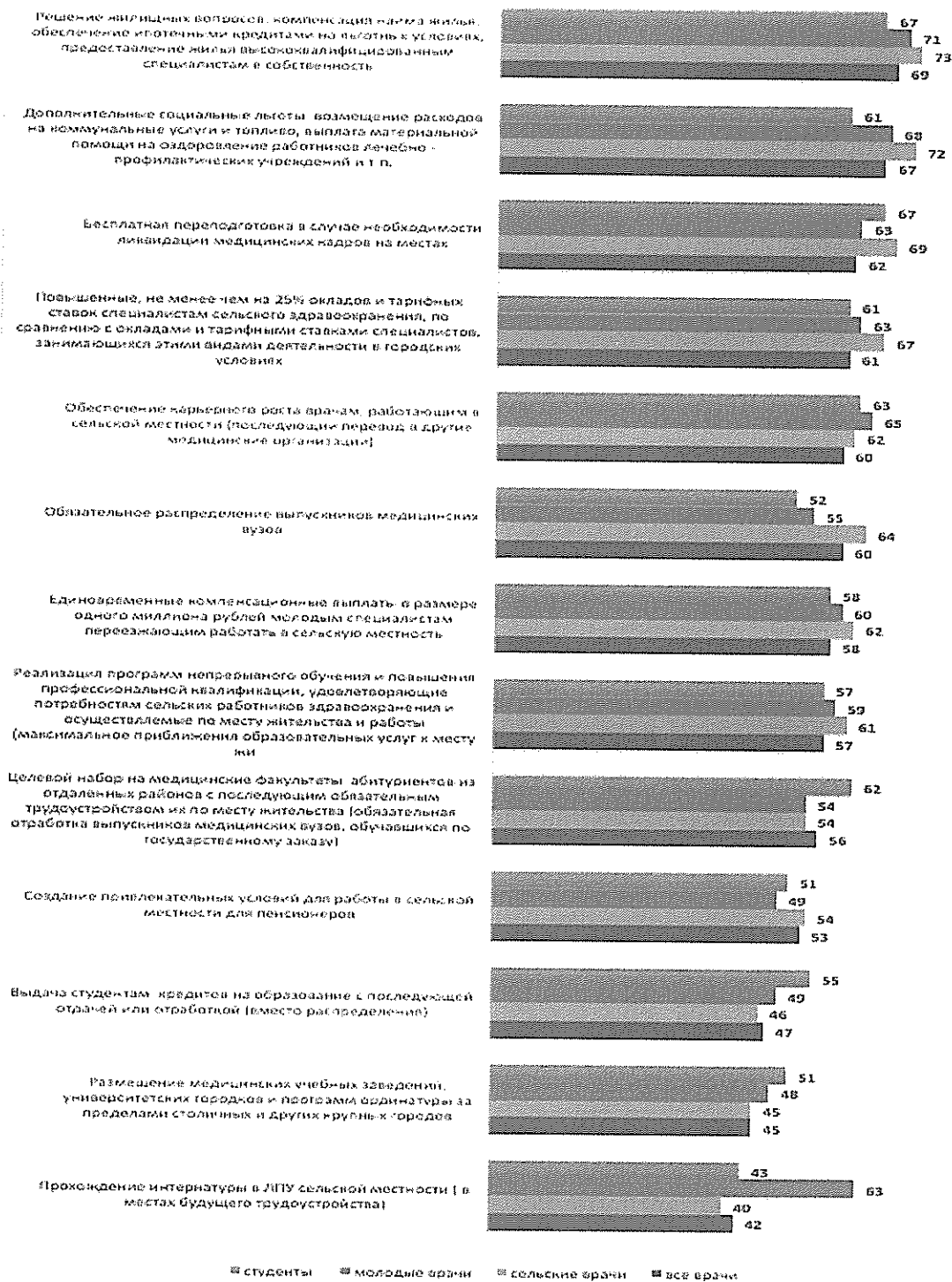
Учитывая изложенное, руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, являющихся заказчиками целевой подготовки, предлагается обеспечить организацию практической подготовки направляемых на обучение граждан на базах практической подготовки из числа подведомственных им организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, с заключением соответствующих договоров данными организациями и образовательными и научными организациями, осуществляющими подготовку медицинских и фармацевтических работников.



## ПРИЧИНЫ ВНУТРЕННЕЙ МИГРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

(Комментарии к актуализированным результатам социологического исследования)

**Диаграмма 1. Рейтинг эффективности различных мер по привлечению медицинских кадров в отрасль**



Данные опроса позволяют выстроить следующую картину представлений об эффективности мероприятий по привлечению в практическое здравоохранение кадров и их сохранению:

- на первом месте мероприятия по решению **комплекса жилищных проблем** (69% всех врачей; более актуален этот вопрос для сельских врачей (73%);

- на втором месте в рейтинге эффективных мероприятий – **пакет социальных льгот** (67% всех врачей). Это вопрос более важен для врачей, работающих в сельской местности (72%);

- на третьем месте – **условия для подготовки и переподготовка специалистов** в случае ликвидации и реорганизации медицинских организаций (62% всех врачей);

- четвертое место в рейтинге занимают **вопросы повышения заработной платы для медицинских работников сельской местности** (61%);

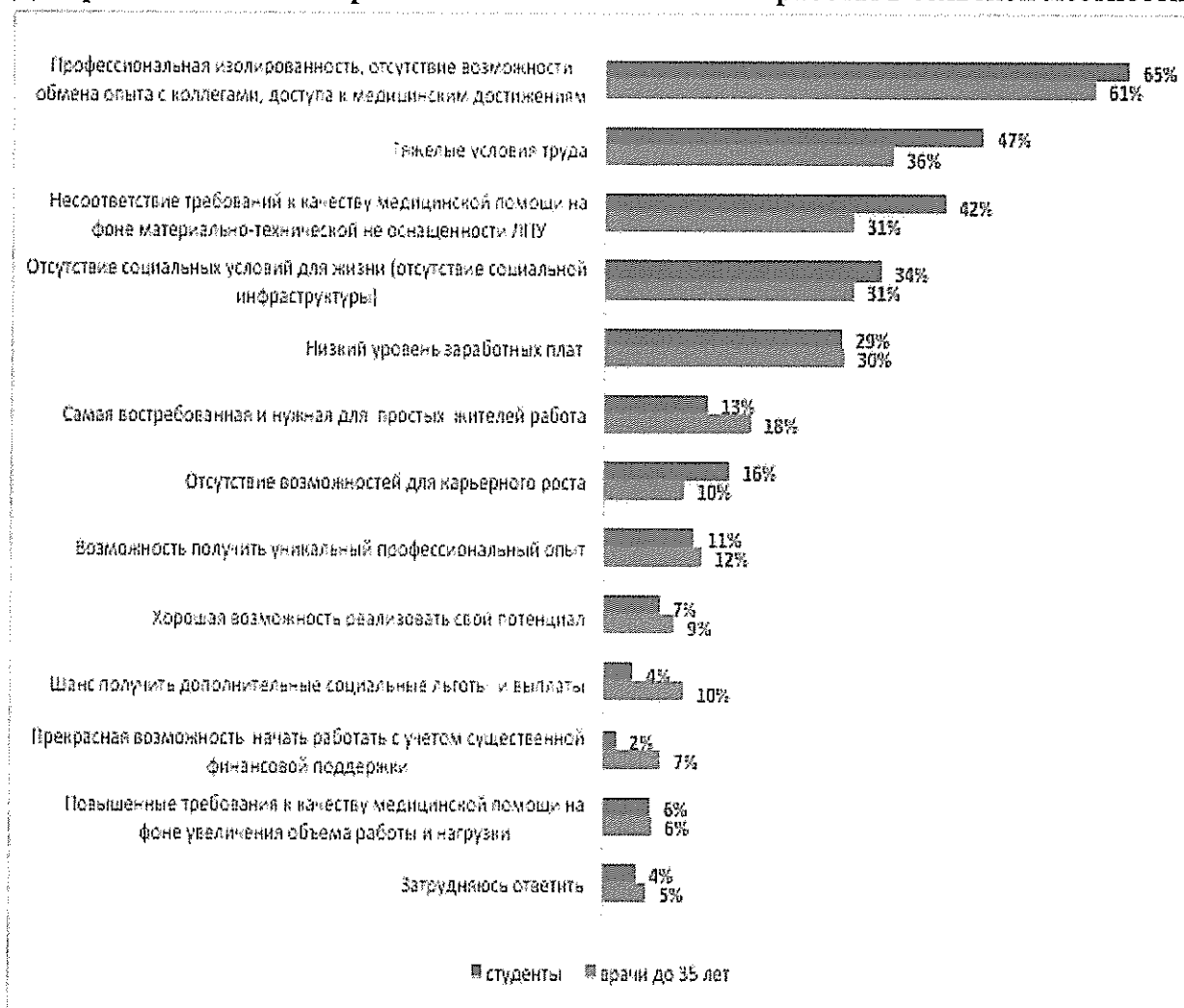
- далее - решение вопросов профессионального и карьерного роста (60% всех врачей).

**Обязательное распределение выпускников вузов – менее популярная мера. Она не вызывает поддержки среди студентов и молодых специалистов (52% и 55% соответственно).** Как более актуальные меры ими расцениваются – целевой набор на медицинские факультеты с последующим обязательным трудоустройством по месту жительства: 62% студентов и 54% молодых специалистов поддержали эту меру, и прохождение интернатуры в местах последующего трудоустройства (63% молодых специалистов и 43% выпускников вуза).

Реализацию программ непрерывного образования и программ повышения квалификации для работников сельской медицины, максимальное приближение образовательных услуг к месту работы расценили как эффективную меру 57% всех опрошенных врачей и в большей степени, чем остальные, поддержали сельские работники здравоохранения (61%).

Следует обратить внимание на то, что молодые врачи считают эффективной мерой прохождение интернатуры в местах будущего трудоустройства в сельской местности (61%).

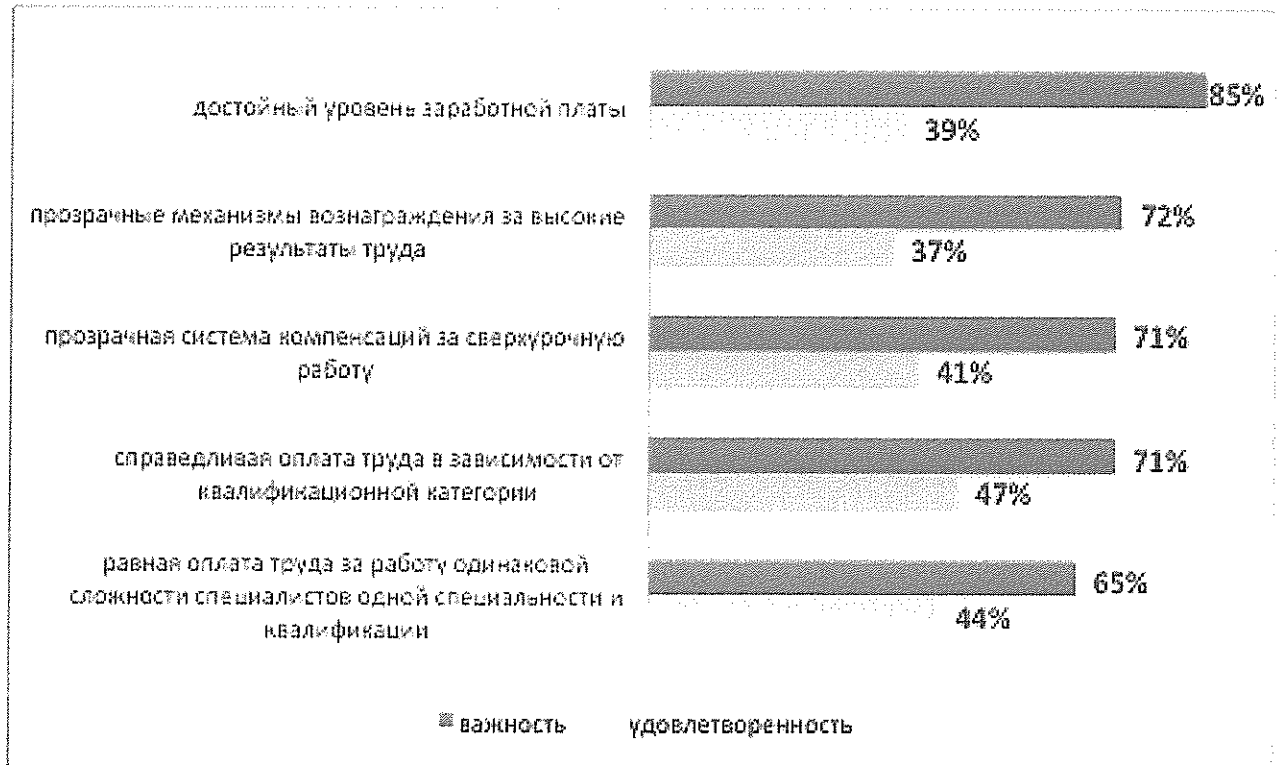
**Диаграмма 2. Рейтинг причин отказа от работы в сельской местности<sup>1</sup>**



Представленные данные показывают, что останавливает молодое поколение медицинских работников от того, чтобы ехать работать в сельскую местность. **Профессиональная изолированность и отсутствие возможности обмениваться опытом, использовать в своей практике медицинские достижения** – это самый главный фактор, который делает работу в отдаленных и сельских районах непривлекательной. Его отметили 65% студентов и 61% молодых специалистов

<sup>1</sup> Распределение ответов на вопрос: «С какими утверждениями Вы согласны. Работа в сельской местности – это ...», в % от опрошенных студентов и врачей в возрасте до 35 лет

**Диаграмма 3. Рейтинги удовлетворенности и важности различных материальных показателей труда (индексы)**



Самая важная характеристика для медицинских работников – достойный уровень заработной платы – получила и самый низкий уровень удовлетворенности. Индекс важности этого показателя – 85%, а индекс удовлетворенности им – 39%.

Наличие прозрачных механизмов вознаграждения за высокие результаты труда также важная для медицинских работников характеристика, однако удовлетворенность ею также низкая: 72% составляет индекс важности, а 37% – индекс удовлетворенности.

На третьем месте прозрачная система компенсации за сверхурочную работу. Индекс важности характеристики – 71%, индекс удовлетворенности медицинских работников ей – 41%.

В ходе исследования отмечено также, что врачи не согласны с существующей дифференциацией труда внутри медицинской организации, недовольство вызывает и низкий уровень заработных плат молодым специалистам (подтверждается следующими выдержками из интервью):

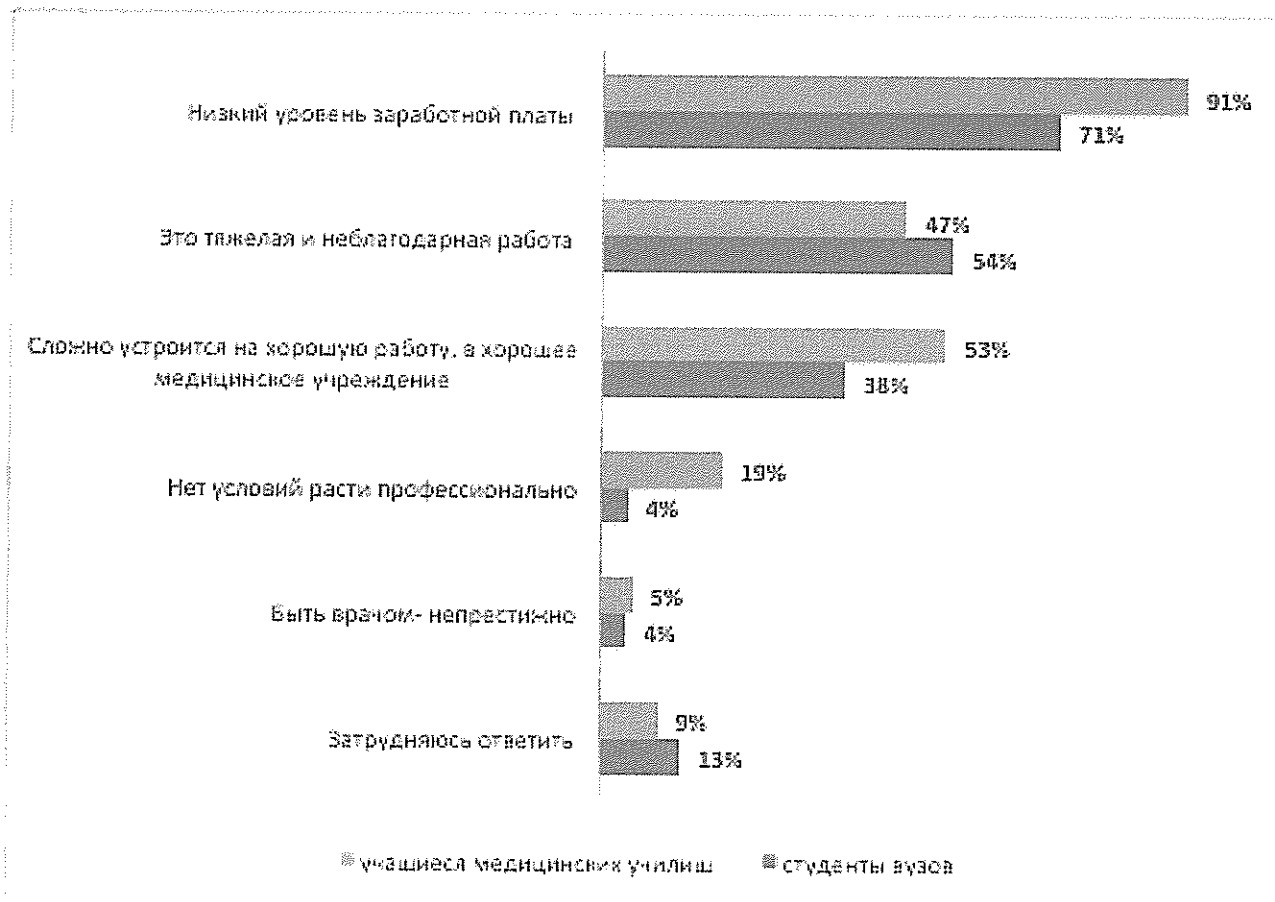
- «у начинающих врачей оклад такой же, как у санитарки»;
- «происходит реальное расслоение врачей, которые принимают пациентов с разными нозологиями. Раскол среди врачей из-за разности в оплате труда. Врач более низкой категории получает больше, чем я».

Темпы решения проблем низких заработных плат вызывают также недовольство медицинских работников.

Рассмотрим отдельно такой важный показатель, как уровень заработной платы медицинских работников.

Диаграмма 4. Рейтинг причин специальности

нежелания работать по



Результаты опроса показывают, что низкий уровень заработных плат является основной причиной нежелания молодежи работать по специальности. Эту причину в качестве основной назвали 71% студентов и 91% учащихся учреждений среднего образования.

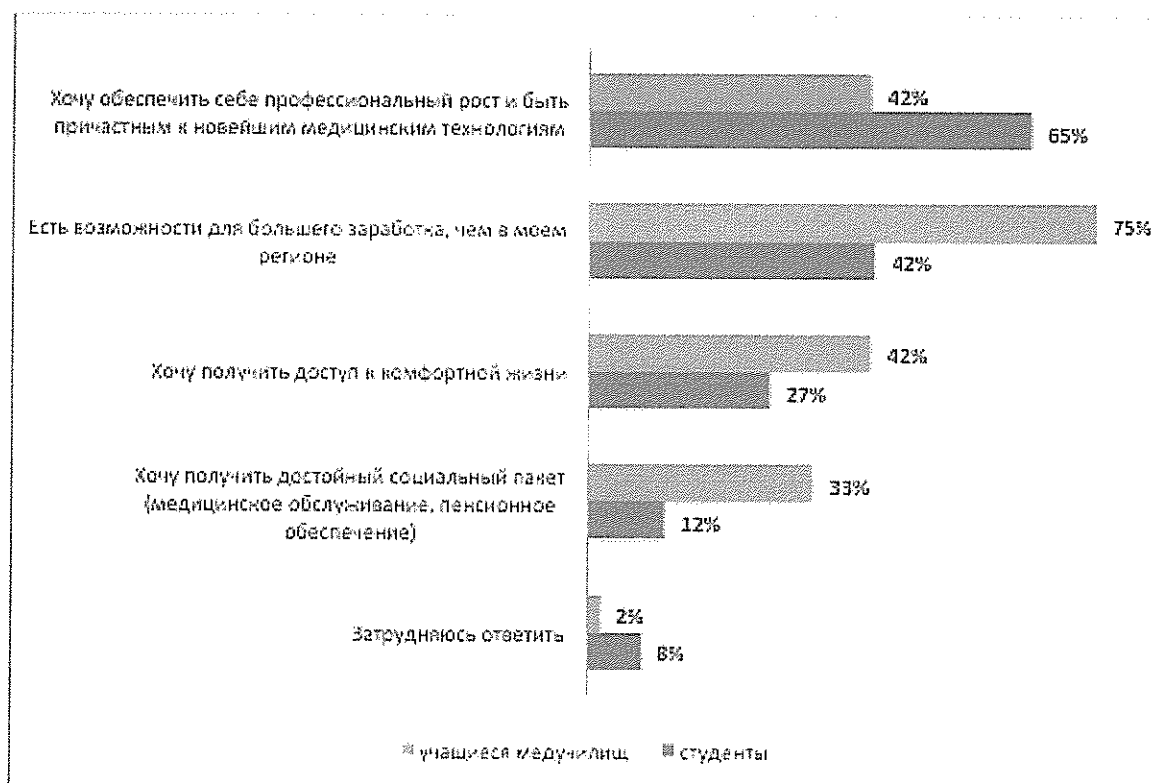
Сложность работы на фоне низкой отдачи – это вторая причина нежелания работать по специальности, ее указали 54% опрошенных студентов и 47% учащихся медицинских училищ.

Препятствием для будущих медицинских работников являются также потенциальные сложности с устройством в престижные медицинские учреждения: 46% студентов и 42% учащихся медицинских училищ отметили это в качестве причины нежелания работать по специальности.

Рейтинг причин смены региона для подрастающего поколения медицинских работников выглядит следующим образом.

Диаграмма 5. Рейтинг причин смены

региона<sup>2</sup>



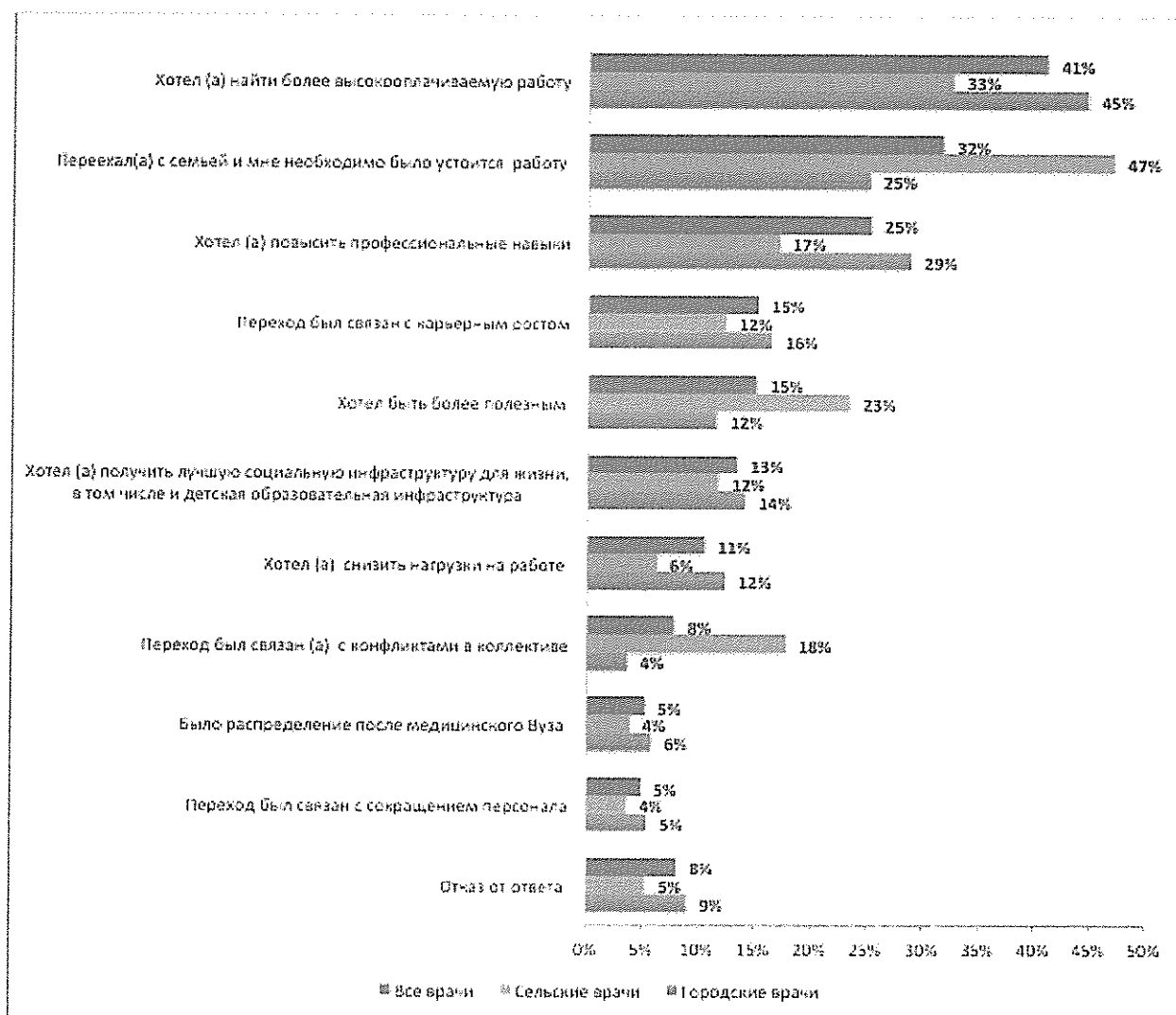
Представленные данные говорят о том, что 65% студентов не хотят возвращаться к себе в регион, поскольку хотят обеспечить себе профессиональный рост.

При этом 75% учащихся учреждений среднего медицинского образования в связи с желанием обеспечить себе больший заработок.

<sup>2</sup> Представлено распределение ответов на вопрос: «С какими утверждениями вы согласны. Я планирую работать не в своем регионе, потому что...», в % от студентов и учащихся учреждений среднего медицинского образования, не планирующих возвращаться работать в свой регион

Диаграмма 6. Рейтинг общих причин

смены работы<sup>3</sup>



Представленные данные говорят о том, что основной причиной смены места работы медицинскими работниками является более высокий заработок (41%). Об этом сказали 47% сельских и 25% городских врачей.

На втором месте в общем рейтинге причин смены места работы – смена места жительства (32%). При этом чаще всего по этой причине меняли место работы сельские врачи (47%).

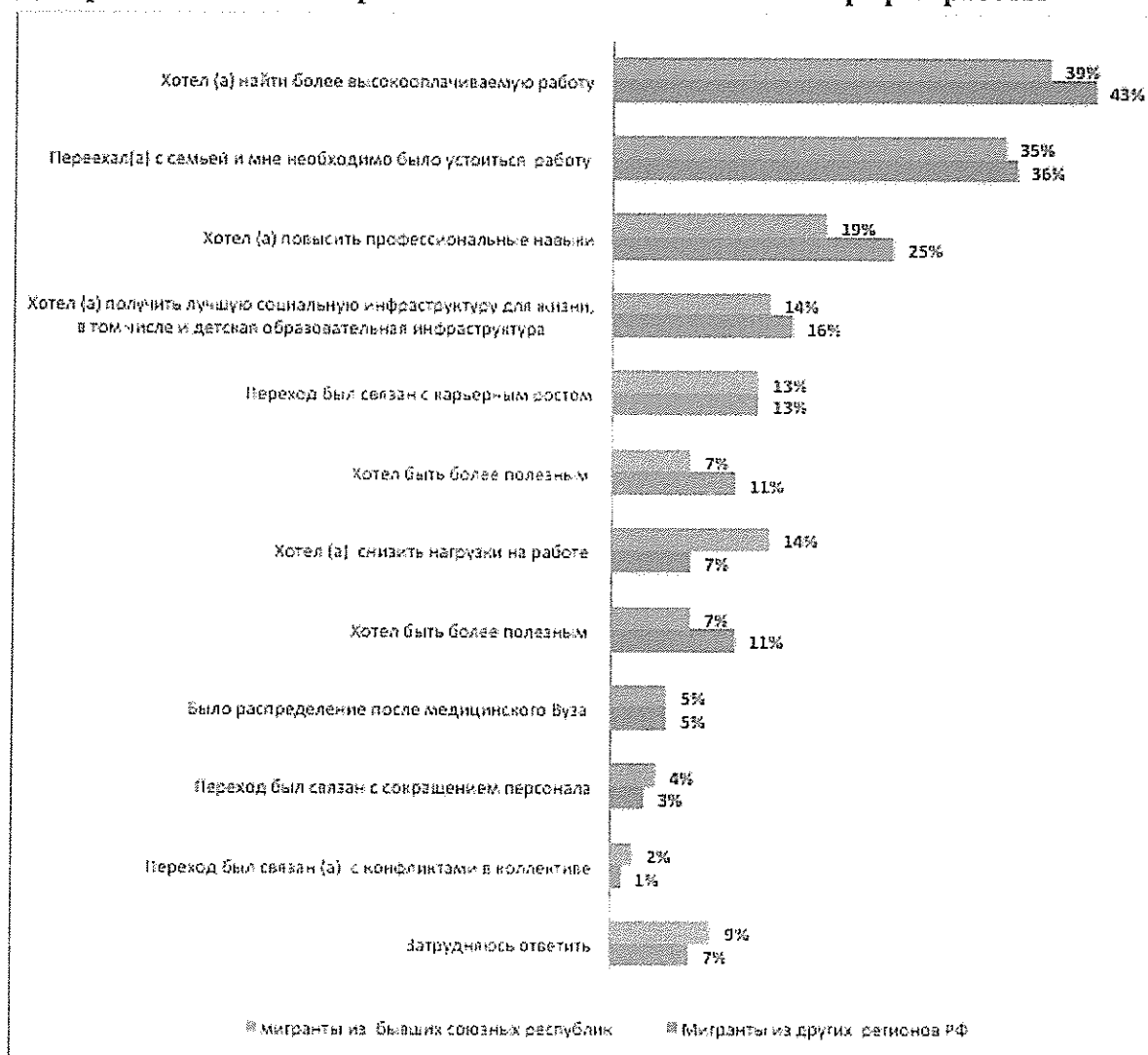
Из-за желания повысить свои профессиональные навыки сменили работу 25% опрошенных врачей. Чаще эту причину смены работы указывали городские врачи – 29% городских врачей против 17% сельских.

Отметим, что суммарно переход по причине профессионального и карьерного роста произошел для 47% медицинских работников.

<sup>3</sup>Распределение ответов на вопрос: «Назовите, пожалуйста, основные причины, по которым Вы поменяли в последний раз место работы?», в % от медицинских работников

Диаграмма 7. Рейтинг причин смены

географии работы



На первом месте в рейтинге причин смены географии места работы – желание получить более высокооплачиваемую работу: 39% трудовых мигрантов из других республик и 43% мигрантов из других регионов назвали ее в качестве основной.

На втором месте – переезд: вынуждены были менять работу по этой причине 35% медицинских работников из других союзных республик и 36% работников здравоохранения из других российских регионов.

На третьем месте в рейтинге причин смены географии работы – повышение профессиональных навыков. Эту причину назвали 19% трудовых мигрантов из бывших союзных республик и 25% медицинских работников из других регионов.



**Диаграмма 8. Рейтинг причин, которые  
меняют работу**

**могут повлиять на решение не**



Большинство медицинских работников, которые планируют сменить работу, готовы изменить свое решение в случае, если им повысят заработную плату (67%). Далее с большим отрывом следуют такие причины, как получение пакета социальных льгот (28%), изменение социального климата в коллективе (22%), а также создание прозрачных условий труда (19%).