

## О НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

**Владимир Михайлович ЧЕРНЫШЕВ<sup>1</sup>, Михаил Иванович ВОЕВОДА<sup>2</sup>,  
Ильдар Файзрахманович МИНГАЗОВ<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Новосибирский государственный медицинский университет  
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52*

<sup>2</sup> *ФИЦ фундаментальной и трансляционной медицины  
630060, г. Новосибирск, ул. Тимакова, 2*

<sup>3</sup> *Новосибирский НИИ гигиены Роспотребнадзора  
630099, г. Новосибирск, ул. Фрунзе, 84*

Сохраняющийся в течение многих лет дефицит медицинских кадров, прежде всего – в участковой службе и сельском здравоохранении, недостаточная эффективность мер, принимаемых государством для решения кадровой проблемы («президентская» надбавка участковой службе, программа «Земский доктор» и др.), свидетельствуют о несостоятельности кадровой политики в отрасли. Затрачивая огромные бюджетные средства на подготовку специалистов, государство лишило себя права использовать их там, где в них есть острая необходимость. Не дало желаемого результата стремление повысить качество подготовки студентов медицинских вузов на основе присоединения к Болонскому соглашению. Доступность медицинской помощи ограничивается еще и тем, что в общей структуре врачебных специальностей количество врачей клинических специальностей, т.е. тех, кто непосредственно работает с пациентами, существенно ниже, чем в странах ЕС, и их доля продолжает снижаться. Все перечисленное свидетельствует о том, что у Минздрава нет четкого представления о решении кадрового вопроса, не сформирована система, способная его решить, которая должна включать в себя: профориентацию – подготовку специалиста – государственное распределение обучавшихся на бюджетной основе – повышение квалификации – карьерный рост. Государство и руководство регионов должны создавать благоприятные условия для работы и жизни, привлекающие специалистов, а также заинтересовывающие их в продолжительной работе по месту распределения. На основе советского опыта организации кадровой работы в здравоохранении, наработок других стран авторы предлагают меры по совершенствованию подготовки медицинских кадров, привлечению и долговременной заинтересованности в работе их на «проблемных» должностях (участковая служба, сельское здравоохранение и т.д.).

**Ключевые слова:** здравоохранение, медицинские кадры, врачи, средние медицинские работники, медицинские организации.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

**Автор для переписки:** Чернышев В.М., e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

**Для цитирования:** Чернышев В.М., Воевода М.И., Мингазов И.Ф. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2019; 39 (6): 107–115. doi: 10.15372/SSMJ20190614

## ABOUT INEFFICIENCY OF PERSONNEL POLICY IN HEALTH CARE OF RUSSIA

**Vladimir Mikhaylovich CHERNYSHEV<sup>1</sup>, Mikhail Ivanovich VOEVODA<sup>2</sup>,  
Ildar Fayzrakhmanovich MINGAZOV<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Novosibirsk State Medical University  
630091, Novosibirsk, Krasny av., 52*

<sup>2</sup> *Federal Research Center for Fundamental and Translational Medicine  
630060, Novosibirsk, Timakov str., 2*

<sup>3</sup> *Novosibirsk Research Institute of Hygiene of Rospotrebnadzor  
630099 Novosibirsk, Frunze str., 84*

The shortage of medical personnel, primarily in the district service and rural health care, the insufficient effectiveness of measures taken by the state to solve the personnel problem («presidential» allowance for the district service, the program «Zemsky doctor», etc.) indicate the insolvency of personnel policy in the industry. The state spending huge budgetary funds for training specialists deprived itself of the right to use them where they are urgently needed. The desire to improve the quality of training of medical students on the basis of accession to the Bologna agreement did not give the desired result. The availability of medical care is also limited by the fact that in the general structure of medical specialties, the number of doctors of clinical specialties, i.e. those who directly work with patients is significantly lower than in the EU and their share continues to decline. All of the above suggests that the Ministry of Health has no clear idea about the issue of personnel, is not formed the system able to solve it, which must include: career counseling – training – public distribution trained on a budgetary basis – professional development – career growth. The state and the leadership of the regions should create favorable conditions for work and life, attracting specialists, as well as interesting them in long-term work at the place of distribution. On the basis of the Soviet experience in the organization of personnel work in health care, best practice of other countries, the authors propose measures in the medical personnel training improvement, in attracting and long-term interest in their work in «problem» positions (district service, rural health care, etc.).

**Key words:** health care, medical personnel, doctors, paramedical workers, medical organizations.

**Conflict of interests.** Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

**Correspondence author:** Chernyshev V.M., e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

**Citation:** Chernyshev V.M., Voevoda M.I., Mingazov I.F. About inefficiency of personnel policy in health care of Russia. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2019; 39 (6): 107–115. [In Russian]. doi: 10.15372/SSMJ20190614

Вы никогда не сумеете решить возникшую проблему, если сохраните то же мышление и тот же подход, который привел вас к этой проблеме.

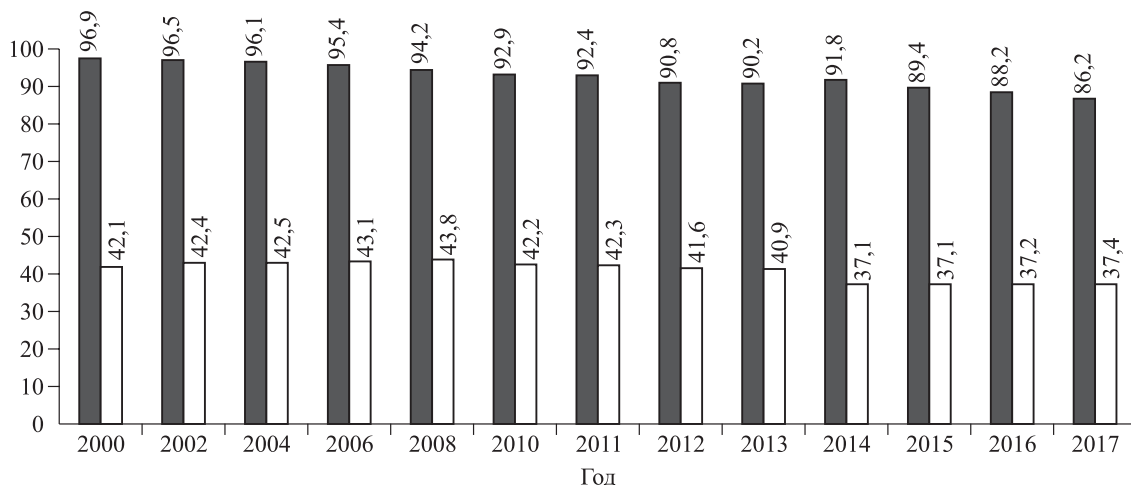
Альберт Эйнштейн

Кадровый ресурс системы здравоохранения, особенно государственного и муниципального секторов, является наиболее значимым и ценным ее компонентом. Недостаточная укомплектованность квалифицированными врачами и персоналом среднего звена не позволяет обеспечить население востребованной, доступной и качественной медицинской помощью, ограничивает применение сложных, высокотехнологичных и инновационных лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных технологий и методик [10]. Вместе с тем в последние 20–25 лет проблема кадрового обеспечения в здравоохранении не только сохраняется, но становится все более ощутимой. Обеспеченность врачами и специалистами со средним медицинским образованием стабильно снижается в течение последних лет (рис. 1). По оценкам экспертов, кроме естественной убыли в связи с выходом на пенсию эта динамика свидетельствует о сокращении количества медицинских организаций, снижении привлекательности работы в государственном здравоохранении и переходе врачей в частные клиники.

За период с 2005 по 2016 г. отмечено существенное постарение врачебного состава, работающего в государственных медицинских организациях. Так, если в 2005 г. врачи в возрасте до

30 лет составляли 18,6 %, старше 55 лет – 13 %, то в 2016 г. – 16,6 и 18,9 % соответственно, при этом их средний возраст увеличился с 41,3 до 43,2 года. О достаточно активном переходе сотрудников из государственного здравоохранения в частную медицину свидетельствует изменение численности и структуры кадров. Так, в 2005 г. в государственном секторе работало 4080,3 тыс. человек (93,6 % всех занятых в системе здравоохранения), в частных клиниках – 173,1 тыс. (4,0 %). В 2016 г. численность занятых в госсекторе сократилась до 3843,3 тыс. (88,8 % всех занятых), а количество работников частных медицинских организаций выросло до 401,3 тыс. (9,3 %). [4]. Положение дел усугубляется еще и тем, что значительная часть врачей, ранее работавших с пациентами, переходят в управленческие и контролирующие структуры, появившиеся в связи с введением ОМС (страховые компании, Росздравнадзор, фонды ОМС и др.) [8].

Важной характеристикой эффективности и качества медицинской помощи является обеспеченность населения врачами клинических специальностей. Во многих европейских странах она варьирует в диапазоне 30–40 человек на 10 000 населения: так, в 2010 г. количество таких специалистов составляло во Франции – 35, в Гер-



**Рис. 1.** Обеспеченность средними медработниками (черные столбики) и врачами (белые столбики) в РФ на 10 тыс. населения (здесь и на рис. 2 источник – ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»; без Крымского федерального округа)

**Fig. 1.** The physicians and medical attendants capacity in the RF per 10000 peoples

мании – 35,3, в Швеции – 35,8. Россия по этому показателю отставала с самого начала (29,8 в 2009 г.), и со временем разрыв этот только растет: в 2012 г. – 25,9, в 2016 г. – 23,6 врачей клинических специальностей на 10 000 населения [11].

Серьезные диспропорции в обеспеченности кадрами наблюдаются по линиям «город – село», «стационары – амбулаторно – поликлинические учреждения», «узкие специалисты – участковые врачи, врачи-специалисты со средним медицинским образованием» и др. Это не является чисто российской проблемой, кадровые диспропорции в системе здравоохранения характерны для многих стран. Даже самые развитые из них нередко испытывают дефицит врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях, что отчасти объясняется существенной разницей в доходах: врачи общей практики зарабатывают намного меньше, чем узкие специалисты, и студенты неохотно выбирают эту специальность. Однако в России разрывы чрезмерно велики, что негативно отражается на обеспечении равнодоступности и качества медицинской помощи. Так, доля участковых в общей численности российских врачей не превышает 13 %, тогда как в Канаде и Франции их почти половина (по 48 %), в странах Организации экономического сотрудничества и развития – в среднем треть. Из-за нехватки специалистов их нагрузка в 1,5–2 раза превышает нормативную.

Проблема кадрового дефицита особенно актуальна для сельских медучреждений. В России сельских врачей лишь 14,5 в расчете на 10 000 жителей, в то время как в городах втрое больше (45,2). Методика планирования кадров для сельской местности должна устанавливать сближение

этих показателей, как минимум, до двукратного уровня. Современные организационные, коммуникативные технологии позволяют преодолевать проблемы, вызванные дефицитом врачей, и поддерживать доступность и качество медицинских услуг на приемлемом уровне даже при нехватке специалистов. К сожалению, в России эти механизмы практически не используются. Вместо рационализации работы с имеющимися ресурсами решение проблем с доступностью медпомощи, как правило, происходит за счет введения новых должностей, увеличения числа рабочих мест.

Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации была принята еще в 2002 г. Основной ее целью было заявлено развитие системы управления кадровым потенциалом отрасли, основанной на рациональном планировании подготовки и трудоустройства специалистов, использовании современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить органы и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской и лекарственной помощи населению. Как видно, указанная цель не достигнута. Этого следовало ожидать, так как реальных механизмов управления кадрами, особенно из числа молодых специалистов, нет. Начать с того, что ряд кадровых перекосов закладывается уже на этапе получения образования. К сожалению, образовательная и кадровая политики в отрасли разбалансированы. Подготовка в медицинских вузах слабо коррелирует со спросом общества на тех или иных специалистов.

В России в настоящее время существует квотирование приема, но этого недостаточно, ведь оно опирается лишь на текущие показатели. На наш взгляд, планирование подготовки специалистов должно дополняться расширением горизонта до 2030–2035 гг., с подключением к процессу профессионального сообщества. Требуется пересмотра организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению, прежде всего, работы участковой службы. Если первичная помощь организована хорошо, это помогает спасти немало жизней, поддерживать здоровье и разгрузить стационары. Однако мало того, что в России участковых врачей не хватает, их работа организована далеко не оптимальным образом. Как показали исследования, проведенные в Новосибирске, по мнению участковых врачей, более 50 % обращений к ним пациентов были необоснованными (продление листков нетрудоспособности, регулярные выписки рецептов на медикаменты, прописанные хроническим больным на многие годы и т.д.). Более 70 % вызовов врача на дом могли быть обслужены фельдшерами либо были необоснованны [7].

Чрезвычайно затрудняет и замедляет работу врачей постоянно растущее количество учетно-отчетных документов, порой сомнительной необходимости. Даже внедрение медицинских информационных систем, которые, по замыслу, должны были освободить врачей от «бумажной работы» и обеспечить им простой доступ к электронной «истории болезни» пациента, на деле только отнимает время. Из-за того, что их применение недостаточно законодательно определено, требуется дублирование записей на бумажном носителе [7].

Все это не способствует повышению качества медицинских услуг, равно как и популяризации профессии врача. По мнению руководителя департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT К. Медведевой, в последнее время все чаще врач воспринимается не как специалист, эксперт, а как сотрудник сферы обслуживания. По данным опросов, проведенных департаментом, почти 40 % докторов отмечают, что не ощущают уважения к себе со стороны общества. Около 65 % говорят, что не видят положительной динамики в плане интереса к профессии со стороны молодежи, а около 20 % даже отмечают отрицательную динамику.

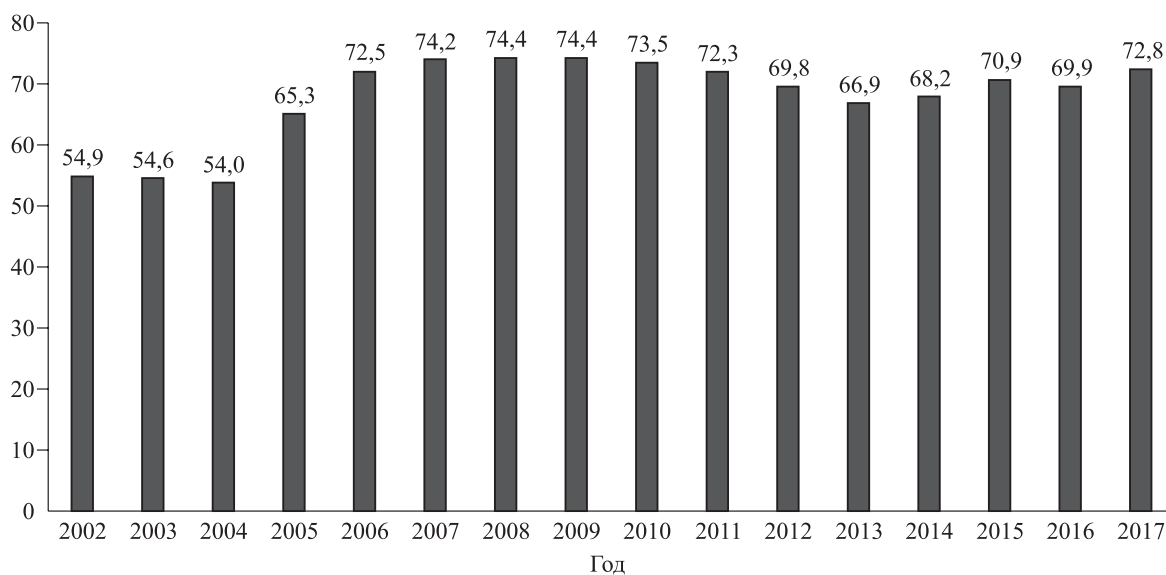
Снижение престижности профессии врача в России является следствием в том числе и низкой оплаты труда медработников. Врач в западном здравоохранении – дорогой ресурс. Государство и профессиональное сообщество предъявляют высокие требования к уровню его квалификации

и ответственности, отсюда и высокий уровень оплаты труда. Врачи общей практики в большинстве западных стран получают в 2–2,5 раза больше, чем средний работник в экономике, узкие специалисты – в 3–4,5 раза. Во многих странах Восточной Европы также имеет место эта тенденция. Например, в Чехии узкие специалисты в медицине зарабатывают в 2,3 раза больше среднего работника в экономике, в Эстонии – в 2,1 раза, в Польше – в 2,2 раза (врачи общей практики) [8].

В России же зарплату медиков только в 2018 г. начали повышать в соответствии с «майскими» указами Президента от 2012 г., но при этом оперируют цифрами *среднеотраслевой оплаты труда*, которая включает в том числе относительно высокие заработки управленцев, сотрудников федеральных медучреждений и специалистов, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. В результате реальная зарплата врачей первичного звена слишком часто не «дотягивает» до двукратного превышения ее среднерегионального уровня.

В попытке повысить качество и доступность медицинской помощи, смягчить остроту кадровой проблемы Минздрав РФ реализовал несколько масштабных проектов, результаты которых трудно назвать удачными. Так, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» (2006 г.) для укрепления участковой службы была установлена так называемая президентская надбавка в 10 000 руб., которая ежемесячно выплачивалась участковым врачам. Но если в первые годы после ее введения количество участковых и врачей общей практики несколько увеличилось, то в последующие годы произошел их отток (рис. 2). То есть свою функцию надбавка не выполнила. При этом медицинские работники с аналогичными функциями (в системе скорой медицинской помощи, участковых больниц, сельских фельдшеров), но лишённые такой надбавки, почувствовали себя обделёнными, что вызвало их справедливое возмущение и потребовало внесения дополнений в приказ. Кроме того, введение надбавки не привело к существенному повышению качества работы врачей, так как ее размер был фиксированным и не зависел ни от качества и интенсивности работы, ни от квалификации специалистов. Впоследствии порядок выплат был изменен: введены дополнения, устанавливающие зависимость размера доплаты от объема и качества работы. Более того, введение надбавки породило ряд новых проблем в организации медицинской помощи – часть «узких» специалистов, зарплата которых осталась на прежнем уровне, уволилась. Некоторые ушли в частные клиники,





**Рис. 2.** Динамика численности врачей, участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики в РФ, тыс. человек

**Fig. 2.** Dynamics of physicians, primary care physicians, pediatricians, general practitioners in the RF

а некоторые сменили профиль, перейдя в участковые врачи.

Не менее неуклюжей оказалась и попытка внедрения стандартов оказания медицинской помощи, предусматривающих материальное поощрение за работу по ним. Идея сама по себе неплоха, но ее реализация вызвала ненужную напряженность в профессиональной среде из-за несправедливого распределения доходов. Казалось бы, очевидно, что сначала следует обеспечить стандартами все организации, по всем специальностям и основным заболеваниям, а уже затем поощрять тех, кто реально начал по ним работать. Однако этого не произошло, поэтому часть сотрудников объективно не имела возможности получить доплату, так как по их специальности стандарты не были вовремя подготовлены и утверждены. Кроме того, нельзя не упомянуть, что доплата за работу по стандартам поначалу предполагалась только для лечащих врачей. Сотрудники лабораторий, кабинетов функциональной диагностики и др., которые непосредственно участвуют в оказании медпомощи по тем же стандартам, оказались вне сферы внимания реформаторов (позже эта несправедливость была исправлена).

Для решения кадрового дефицита сельских медицинских учреждений была сформирована государственная программа «Земский доктор», предусматривающая выдачу молодым сельским врачам «подъемных» в размере 1 млн руб. Результаты ее реализации тоже оказались провальными. За 2012–2017 гг. фактическая численность участников программы составила 28 968 человек, а

общее количество сельских врачей увеличилось всего на 6955 человек. В Сибирском федеральном округе оно даже сократилось на 318 человек. Причин тому много, одна из них – возрастная структура сельской медицины. Более 26 % врачей, работающих на селе в последние годы, это лица пенсионного возраста, выход которых на заслуженный отдых не удастся компенсировать молодыми специалистами. Вторая причина (о чем Минздрав РФ предпочитает не говорить) в том, что часть молодых врачей отказалась работать в сельской местности, вернув полученные деньги. Таким образом, программа «Земский доктор» не смогла решить кадровую проблему на селе. Более того, если президентская надбавка породила в свое время конфликт между участковой службой и «узкими» специалистами, то «подъемные» молодым врачам привели к конфликту между поколениями медработников. Так, ежемесячная надбавка к зарплате у молодого специалиста с учетом полученного миллиона рублей составляет 16 600 рублей, а в сумме с должностным окладом и другими надбавками и доплатами на несколько тысяч превышает зарплату тех, кто многие годы отдал сельскому здравоохранению, что породило у них недоумение, обиды и негативное отношение к молодежи [5].

К сожалению, перечень подобных «инноваций» Минздрава и других ведомств можно продолжить. Это и требование Минэкономразвития заменить санитарок, много лет отработавших в медицинских организациях, на дипломированных; и отказ от сертификации специалистов и переход на аккредитацию, хотя обе процедуры

нужны, чтобы убедиться, что специалист знает и умеет делать то, что обязан в соответствии с профессиональными требованиями; и учетно-отчетный беспорядок, в связи с которым за последние 25 лет число графоклеток в отчетных документах увеличилось почти в 8 (!) раз; и пресловутая «оптимизация» отрасли, направленная на сокращение медицинских организаций, вместо реструктуризации и/или организации, скажем, эффективной реабилитационной службы, системы поддержки тяжелых больных (отделения по уходу, хосписы и т.д.), необходимость в которых давно назрела.

Все эти инициативы Минздрава никак не способствовали улучшению условий жизни и работы медиков, повышению доступности и качества медицинской помощи. Большинство опрошенных пациентов (65,1 %) считают, что за последние 5 лет качество и доступность медицинской помощи в поликлиниках ухудшились, и лишь 17,9 % не заметили изменений. При этом 55 % пациентов отмечают недоброжелательное к ним отношение в государственных поликлиниках. Это сигнал о том, что с амбулаторным звеном в стране неладно и нужны реальные меры по исправлению ситуации [2].

Для медицинских работников и пациентов очевидно, что пора прекратить навязывать абсолютно чужеродную, карикатурную «систему» ОМС, поскольку 74 % медиков оценивают ее негативно и считают неэффективной. Она противоречит менталитету наших пациентов и медицинских работников. Кроме того, со слов В.И. Матвиенко, на содержание аппарата системы медицинского страхования (СМО, ТФОМСы и др.) тратится около 14 % и без того дефицитного бюджета здравоохранения. А когда подавляющее большинство граждан и почти все медработники не понимают, куда мы идем, и не видят перспектив развития, любая реформа, в том числе навязанная сверху система ОМС, обречена на неудачу [2].

Конечно же, совершенно неоправданно предание забвению опыта СССР по решению кадровых вопросов в здравоохранении, ведь он был достаточно эффективен, максимально адаптирован к нашим реалиям. Органы власти использовали в кадровой политике очень разнообразные методы, в том числе мощные административные, систему обязательного распределения после окончания вуза. При этом молодым специалистам с высшим образованием выделялись квартиры социального найма в целях закрепления их на местах, что подкреплялось их высоким социальным статусом. В обеспечении медицинскими кадрами регионов страны важную роль играли целевые наборы в

медицинские образовательные учреждения, после окончания которых молодые специалисты возвращались на места своего довузовского проживания. Использование комплекса перечисленных мер позволяло системе здравоохранения достаточно успешно решать задачи кадрового обеспечения региональных систем здравоохранения.

С переходом к рыночным отношениям в отрасли сложилась ситуация, при которой старая система подготовки и насыщения кадрами здравоохранения уже давно не работает, а новая не создана. А лозунг «кадры решают все» по-прежнему актуален и становится все более востребованным [9]. *Кадровая политика в здравоохранении требует кардинального пересмотра, причем на всех этапах:* профориентация – обучение – трудоустройство – повышение квалификации – карьерный рост.

Профориентация является важным этапом в системе подготовки кадров, который, к сожалению, часто недооценивается и потому работает недостаточно эффективно. На наш взгляд, значительно повысить ее эффективность могло бы привлечение специально подготовленных сотрудников, которые работали бы в тесном взаимодействии с педагогами школ. Профориентация должна носить системный, постоянный характер с учетом реальной потребности в кадрах. Следует использовать различные формы, такие как кружковую работу, создание специализированных классов, а при возможности организовывать подготовку из числа учеников старших классов младшего медицинского персонала (младших сестер по уходу, санитарок, сиделок) на базе медицинских учебных заведений и учебно-производственных комбинатов. Можно привлекать ребят к работе в составе санитарных дружин, участию в волонтерском движении, с обязательной выдачей дипломов и сертификатов о прошедшей подготовке, дающих право на льготы при поступлении в медицинские учебные заведения.

Работу с направленными в медицинские учебные заведения следует продолжать в период их обучения. Они должны проходить все виды практики по месту своей будущей работы, знакомиться с коллективом, традициями учреждения. По возможности нужно привлекать их к участию в мероприятиях, проводимых в медицинской организации, т.е. создавать условия для того, чтобы они постепенно «вливались» в коллектив. Соответственно отношение к студентам должно быть внимательным, заботливым и в то же время принципиальным в вопросах дисциплины и выполнения медицинских манипуляций и т.д. Необходимо создать такие условия, чтобы они почувствовали

себя членами коллектива еще до окончания учебного заведения.

В части планирования подготовки специалистов, на наш взгляд, целесообразно учесть зарубежный опыт, где потребность в кадрах оценивается с учетом текущей и прогнозируемой возрастной структуры населения, уровня заболеваемости, объема потребления медпомощи и пр. Более того, во многих странах государство активно регулирует не только прием в медицинские институты и состав постдипломного образования, но и трудоустройство выпускников. Россия же, вкладывая огромные средства в подготовку медицинских работников, вопросами трудоустройства практически не занимается. По данным Минздрава РФ, в 2016 г. получили направление на работу только 20,2 % (!) выпускников медицинских вузов и медицинских факультетов. По данным Ю.М. Комарова [2], 30 % выпускников не пошли работать в медицину вообще. В своем выступлении на коллегии по итогам работы в 2017 г. министр Вероника Скворцова с гордостью заявила, что в медицинские вузы принято 56 % абитуриентов по контракту. Возникает вопрос, а для кого готовятся еще 44 %?

Возможно, целесообразно было бы вернуться к обязательному распределению выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счет бюджетных средств. Такой подход не лишает студента права выбора, только его нужно сделать при поступлении в медицинское учебное заведение. Хочешь учиться за счет государства – получишь направление на работу туда, куда оно сочтет нужным направить молодого специалиста. Если хочешь самостоятельно распоряжаться своей судьбой – обучайся за свой счет. Обязательным условием для региональной власти и органов местного самоуправления должно стать создание благоприятных условий для жизни и работы молодых специалистов (определенных законодательно); если эти условия не предоставлены специалисту, он должен иметь право покинуть место распределения.

Совершенно очевидно, что для обеспечения и стабилизации кадров, особенно в проблемных местах и специальностях, необходим комплекс мер, направленных на долговременную заинтересованность специалистов:

1) выплата подъемных для возмещения затрат, связанных с переездом, обустройством;

2) выделение служебного жилья, которое через 15–20 лет может перейти в собственность специалиста;

3) установление надбавок за работу там, где традиционно низкая укомплектованность (село, участковая служба и др.);

4) предоставление социального пакета: места для детей в детских дошкольных учреждениях, бесплатное санаторно-курортное лечение 1 раз в 2–3 года, оплата (либо льготы по оплате) коммунальных услуг, льготное кредитование и др.;

5) установление дифференцированных надбавок (до 25 %) к пенсии лицам, отработавшим более 20 лет в селе, на участке и т.д. (пропорционально стажу);

6) льготы на обучение (поступление) в медицинские учебные заведения детей таких специалистов и т.д.

Этот перечень не претендует на полноту. Для его корректировки целесообразно изучить опыт других стран, советского здравоохранения и в обязательном порядке учесть специфику сегодняшней России: низкая плотность населения, значительная удаленность населенных пунктов друг от друга и региональных центров, периодически возникающая изоляция их (распутица, разлив рек и др.), суровые климатические условия и многое другое.

Безусловно, это потребует определенных затрат, но они, скорее всего, меньше тех потерь, которые несет государство в связи с отсутствием врачей, и прежде всего – смертность лиц трудоспособного возраста в связи с не оказанием либо несвоевременным оказанием медицинской помощи, выход на инвалидность по тем же причинам. Полный ущерб от преждевременной смертности экономически активного сельского населения может исчисляться сотнями миллиардов рублей в год [1].

Дополнительных расходов требует и двойная или тройная зарплата специалистов, работающих «вахтовым методом», поездки и транспортировка больных в лечебно-профилактические учреждения других населенных пунктов, в областные учреждения и т.д., отъезд людей из села и отказ от переезда в сельскую местность на постоянное место жительства из-за отсутствия медицинских работников (еще пророк Мухаммед говорил: «Если нет правителя – туда не заходите, а если нет врача в селе – оттуда убегайте»). Это далеко не полный перечень потерь, которое несет государство из-за отсутствия в сельской местности медицинских работников [6].

Особого внимания заслуживает оплата труда работников системы здравоохранения как один из важнейших факторов, способствующих привлечению и закреплению кадров, повышению качества и эффективности медицинских услуг. Американский политический деятель Генри Джордж писал: «Общеизвестно, что труд наиболее продуктивен там, где платят наибольшую зарплату. Низко оплачиваемый труд неэффективен во всех

странах мира». При этом курс на повышение оплаты труда врача должен сопровождаться мерами по повышению его результативности. Основа этой стратегии – переход на эффективный контракт, в рамках которого все компоненты заработной платы медиков должны работать на повышение эффективности и качества их труда на одном рабочем месте (на одну ставку).

Совершенствование мотивации медицинских работников необходимо сочетать с сокращением причин демотивации (неэффективная организация труда, дефицит информации и обратной связи, устаревшее оборудование, чрезмерная нагрузка и т.д.) [3, 8]. Самого пристального внимания заслуживает постоянно растущий объем учетно-отчетной документации, которой вынуждены заниматься врачи вместо непосредственного общения с пациентами. Очевидно, что подавляющее количество ее совершенно не нужно, только отнимает время у врачей и уж, конечно, не способствует повышению доступности и качества медицинской помощи.

Немаловажное значение имеет дискредитация медицинской профессии – это и безнаказанные необоснованные нападки СМИ, бесконечные «строгости» со стороны Минздрава РФ, следственного комитета и Государственной Думы, в то время как закон о защите медицинских работников два года не может быть рассмотрен. И, конечно же, нельзя относить медицину к сфере обслуживания, что порождает соответствующее отношение к ней.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В стране сложилась достаточно напряженная ситуация с кадрами в здравоохранении, прежде всего с врачебными. Она характеризуется постарением кадрового состава, сохраняющимся дефицитом в первичном звене, особенно в сельской местности, что влечет за собой чрезвычайные нагрузки, которые в 1,5–2 раза превышают нормативные, и затрудняет обеспечение качественной и доступной медицинской помощи. Принимаемые в течение более 20 лет Минздравом России меры не дают планируемого результата, что свидетельствует о несостоятельности кадровой политики ведомства либо об отсутствии таковой вообще. В сельской местности, несмотря на все возрастающий дефицит молодых специалистов, муниципальные власти зачастую не создают необходимые условия для их жизни и работы. Опыт зарубежных стран и советского здравоохранения свидетельствует о том, что решение кадрового вопроса в здравоохранении должно носить системный и комплексный характер, включать в себя

ряд научно обоснованных и долгосрочных мер по привлечению и закреплению медицинских работников со стороны как государства, администраций субъектов РФ, так и органов местного самоуправления. А именно: организация качественной профориентации, целевой прием, программы софинансирования обучения, дополнительные стипендии и льготы, единовременные «подъемные» и решение жилищных проблем, содействие в получении поствузовского профессионального образования, дополнительные денежные выплаты на регулярной основе, установление надбавок к пенсии и т.д.

По мнению авторов, управление региональными и муниципальными программами экономического стимулирования и мерами социальной поддержки медицинских работников в сельских и отдаленных районах должно стать самостоятельным направлением кадровой политики в сфере здравоохранения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блинова Т.В., Былина С.Г. Экономические потери от преждевременной смертности сельского населения. *Менеджер здравоохранения*. 2013; (10): 44–47.

Blinova T.V., Bylina S.G. Economic losses from premature mortality of rural population. *Menedzher zdavookhraneniya = Manager of Health Care*. 2013; (10): 44–47. [In Russian].

2. Комаров Ю.М. Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь. М., 2016. 231 с.

Komarov Yu.M. Monitoring and primary health care. Moscow, 2016. 231 p. [In Russian].

3. Пугачев В.П. Деструктивная мотивация: определение и причины. *Зам. глав. врача*. 2014; (1): 80–84.

Pugachev V.P. Destructive motivation: definition and causes. *Zamestitel' glavnogo vracha = Chief Physician Deputy*. 2014; (1): 80–84. [In Russian].

4. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Статистические материалы. Минздрав России, Москва, 2005–2017 гг. [In Russian].

Resources and activities of health care organizations. Statistical materials. Ministry of health of Russia, Moscow, 2017. [In Russian].

5. Стрельченко О.В., Чернышев В.М., Мингазов И.Ф. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2017 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Общ. ред. О.В. Стрельченко. Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2018. Вып. 17. 277 с.

Strelchenko O.V., Chernyshev V. M., Mingazov I.F. Main indicators of health of the population and health of the Siberian Federal district in 2017. Collection of



statistical and analytical materials. Novosibirsk: Sibirskoye universitetskoye izdatel'stvo, 2018. Vol. 17. 277 p. [In Russian].

6. Тарасенко Е.А., Хорева О.Б. Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях. *Вопр. гос. и муницип. управления.* 2016; (4): 117–140.

Tarasenko E.A., Khoreva O.B. Economic incentives to eliminate the shortage of medical personnel in rural areas. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya = Issues of State and Municipal Government.* 2016; (4): 117–140. [In Russian].

7. Шарапов И.В., Иванинский О.И., Кривушкина Е.В., Шаманская Ю.А. Результаты социологического опроса пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений Новосибирской области. *Инновации в медицине: основные проблемы и пути их решения. Регенеративная медицина и новые биосовместимые материалы:* мат. III Междунар. форума, Новосибирск, 24–25 октября 2014 г. Новосибирск, 2014. 367–372.

Sharapov I.V., Ivaninskiy O.I., Krivushkina E.V., Shamanskaya Yu.A. Results of a sociological survey of the patients of outpatient facilities in Novosibirsk region. *Innovations in medicine: the main problems and solutions. Regenerative medicine and new biocompatible materials:* mat. III Int. forum. Novosibirsk, October 24–25, 2014. Novosibirsk, 2014. 367–372. [In Russian].

8. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики. *Вопр. гос. и муницип. управления.* 2015; (1): 143–167.

Sheyman I.M., Shevskiy V.I. Personnel policy in health care: comparative analysis of Russian and international practice. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya = Issues of State and Municipal Government.* 2015; (1): 143–167. [In Russian].

9. Шубцова Л.В., Махнова Н.А. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения. *Фундам. исследования.* 2014; (12, Ч. 11): 2434–2439.

Shubtsova L.V., Makhnova N.A. The problem of staffing of regional health system. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental Research.* 2014. (12, Pt. 11). 2434–2439. [In Russian].

10. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. медицины.* 2013. (6). 24–28.

Shchepin V.O. Provision of Russian Federation population with the main human resource of the state health care system. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2013. (6). 24–28. [In Russian].

11. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. медицины.* 2013. (5). 3–7.

Shchepin O.P. On the development of health care in the Russian Federation. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2013. (5). 3–7. [In Russian].

#### Сведения об авторах:

Чернышев В.М., д.м.н., профессор, e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

Воевода М.И., д.м.н., проф., академик РАН, ORCID: 0000-0001-9425-413X, e-mail: office@iimed.ru

Мингазов И.Ф., e-mail: mif2050@mail.ru

#### Information about authors:

Chernyshev V.M., doctor of medical sciences, professor, e-mail: chernyshevladimir@yandex.ru

Voevoda M.I., doctor of medical sciences, professor, academician of RAS, ORCID: 0000-0001-9425-413X, e-mail: office@iimed.ru

Mingazov I.F., e-mail: mif2050@mail.ru