

Международный издательский центр  
«Этносоциум»

А.А. Костин, Б.Т. Пономаренко, Ю.В. Самсонов

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Научное издание**

Москва 2015

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
при ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»**

УДК 614; 32.001  
ББК 66.0; 67.401  
С76  
ISBN 978-5-904336-52-3

*Рекомендовано к изданию  
Ученым советом ФГБУ НМИРЦ*

**Рецензенты:**

**Кочетов А.Г.** – доктор медицинских наук, профессор,  
главный уролог ФГУ Центрального военного  
клинического госпиталя им. А.А. Вишневского  
**Магомедов К.О.** – доктор социологических наук,  
профессор ИГСУ РАНХиГС  
**Маргиани З.Ш.** – кандидат медицинских наук,  
заведующий отделением ГКБ им. А.К. Еремишина

**Авторский коллектив:** Костин А.А. – д-р мед. наук, профессор (Глава 1, п.п. 1.1, 1.2; Глава 2, п.п. 2.1, 2.3, Заключение); Пономаренко Б.Т. - д-р истор. наук, профессор (Введение, гл1, п. 1.3; Глава 2, п. 2.2); Самсонов Ю.В. – канд. мед. наук, доцент (Глава1, п.п. 1.1, Глава 2, п..2.1.).

**Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения.**  
Научное издание/ Общ. ред. Костина А.А., Пономаренко Б.Т.- М.:  
Международный издательский центр «Этносоциум», 2015. - с. 96

В монографии приведены теоретико-методологические и методические основания, правовые и организационные основы и направления совершенствования современной государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения. Охарактеризованы методологические подходы к анализу кадровых процессов в медицинских организациях. Изложены результаты исследования проблемы. Показана роль воспроизводства медицинских кадров в реализации стратегии кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации.

Издание рассчитано на научных работников и практиков сферы управления здравоохранением, занимающихся вопросами кадрового обеспечения медицинских организаций, аспирантов и студентов медицинских и управленческих специальностей.

© Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонов Ю.В., 2015.

© Международный издательский центр «Этносоциум», 2015.

# СОДЕРЖАНИЕ

	<b>Введение</b>	4
<b>Глава 1</b>	<b>Проблемный характер формирования государственной кадровой политики в сфере здравоохранения</b>	
1.1	Исторические и теоретические аспекты формирования кадровой политики в здравоохранении	12
1.2	Правовые и организационные основы современной государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения	25
1.3	Методологические подходы к исследованию кадровых процессов в лечебно-профилактических учреждениях	37
<b>Глава 2</b>	<b>Направления совершенствования государственной кадровой политики в медицинских организациях</b>	
2.1	Кадровое обеспечение медицинских организаций как фактор реализации национального проекта «Здоровье».	49
2.2	Воспроизводство медицинских кадров в реализации стратегии кадровой политики в системе здравоохранения	67
2.3	Обоснование направлений обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами	79
	<b>Заключение</b>	85
	<b>Выводы</b>	88
	<b>Библиографический список</b>	91

## Введение

**Актуальность исследуемой проблемы** обусловлена приоритетной ролью государственной кадровой политики в современных модернизационных процессах в системе российского здравоохранения. Являясь важным видом государственной социальной политики стратегия кадровой политика в системе здравоохранения Российской Федерации формируется и осуществляется на разных уровнях и видах управления этой социальной сферой.

Проблемный характер разработки и реализации государственной кадровой политики в медицинских организациях и научных центрах, да и в целом по стране вытекает из исторических и теоретических аспектов формирования данной системы кадровых отношений. Совершенствование нормативно-правовых и организационных основ государственной кадровой политики современного российского здравоохранения, требует новых методологических подходов к исследованию кадровых процессов и отношений, как их объектов, в широкой сети медицинских организаций.

Выработкой и апробацией научно-обоснованных направлений совершенствования государственной кадровой политики в сфере здравоохранения страны обусловлена актуальность задачи коренного улучшения кадрового обеспечения медицинских организаций как непреложного условия реализации национального проекта «Здоровье». При этом первостепенное внимание органы государственной власти обращают сейчас на воспроизводство медицинских кадров в условиях реализации стратегии кадровой политики в системе здравоохранения. Этим продиктована необходимость научного обоснования направлений и мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами.

Поскольку оказание медицинской помощи немислимо

без медицинских кадров и персонала, которые отвечают за ее качественное предоставление пациентам, то решающая роль принадлежит освоению эффективных кадровых технологий, совершенствованию форм и методов управления медицинским персоналом, обработке надежных механизмов отбора, подбора и востребования высококвалифицированных кадров. От этого в значительной мере зависит конкурентоспособность лечебного учреждения, а также качество оказываемых медицинских услуг гражданам. Врачи, медицинские сестры, руководители и волонтеры. Чтобы потребители медицинских услуг были удовлетворены их качеством и экономическими показателями, то основным приоритетом деятельности кадров и персонала ЛПУ в системе российского здравоохранения должно стать привлечение высококвалифицированных кадров и грамотно подготовленного персонала.

Как следует из предметного изучения проблемы, одним из наиболее существенных факторов, который сдерживает развитие российской системы здравоохранения, является дефицит высококвалифицированных кадров на многих участках этой социальной сферы. Тем более, что данное проблемное обстоятельство рельефно проявилось в условиях усложнения демографической и эпидемиологической ситуаций.

Сейчас требуются не только структурные изменения, но и значительные инвестиции для повышения профессионального уровня кадров, разработки новых методик лечения и удовлетворения растущих потребностей населения. И это при том, что ресурсные, кадровые и финансовые возможности в силу ряда объективных и субъективных причин оказываются ограниченными для системы здравоохранения. Глобальный финансовый кризис обусловил потребность в разработке новых методологических и организационных подходов к совершенствованию управления системой здравоохранения.

Избранная для научного исследования тема актуальна, поскольку на виду остается ряд острых кадровых проблем, которые, с одной стороны, восходят к особенностям организации советской системы здравоохранения, а с другой – являются порождением различного рода преобразований, проводившихся последние десятилетия. К такого рода проблемам неразвитость меритократических механизмов продвижения по карьерной лестницы; несовершенство системы профессионального образования врачей; слабость системы экономических стимулов; развитость неформальных институтов. Для решения данных проблем необходима прогрессивная, научно обоснованная кадровая политика в системе здравоохранения, которая будет строиться на передовых разработках в данной сфере, а также учитывать национальную специфику и вызовы современной эпохи.

Высокая социальная значимость государственной кадровой политики в системе здравоохранения в условиях ее модернизации, с одной стороны, и дефицит научной интерпретации актуализации его социальной роли с другой, обуславливают востребованность углубленного анализа проблемы разработки и реализации государственной кадровой политики, адресованной системе здравоохранения и ее медицинским организациям.

**Объект исследования** - система здравоохранения Российской Федерации.

**Предмет исследования** – совершенствование государственной кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации.

**Цель работы** заключается в анализе проблем государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения и выработке на этой основе предложений о направлениях и мерах по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации квалифицированными медицинскими кадрами.

Исходя из намеченных целей авторами избраны для решения **следующие задачи:**

- изучить и раскрыть исторические и теоретические аспекты формирования государственной кадровой политики в здравоохранении;
- раскрыть правовые и организационные основы современной государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения;
- выделить современные методологические подходы к исследованию кадровых процессов в медицинских организациях;
- проанализировать состояние и тенденции кадрового обеспечения медицинских организаций как условия реализации национального проекта «Здоровье»;
- охарактеризовать состояние и проблемы воспроизводства медицинских кадров в условиях реализации стратегии современной кадровой политики в системе здравоохранения
- обосновать направления и предложить меры по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами.

**Степень научной разработанности проблемы.** Теоретические и практические аспекты формирования и реализации кадровой политики в системе здравоохранения раскрыты во многих научных публикациях и монографиях российских и зарубежных авторов. Вопросы кадровой политики в здравоохранении как социальном институте общества рассматриваются в русле развития кадровых процессов и отношений. Представителями социологической науки исследованы проблемы взаимодействия системы здравоохранения с институтами гражданского общества в формировании стратегии кадровой политики.

Полезными для учета в ходе выполнения исследования оказались публикации, раскрывающие содержание государственной кадровой политики, кадровых процессов и

отношений в органах государственной власти, организациях и предприятиях различных форм собственности, медицинских организациях.

Теоретические вопросы и социальная практика организации и управления здравоохранением, ретроспектива становления и развития системы охраны здоровья, проблемы обеспечения качественной медицинской помощи раскрыты в работах П.Ю. Балашова, А.И. Вялкова, А.Д. Каприна, Ю.П. Лисицына, Ю.В. Михайловой, О.П. Щепина<sup>1</sup> и др.

Проблемы профессионально-кадрового обеспечения органов государственного управления исследованы Б.В. Лытовым, К.О. Магомедовым, В. И. Патрушевым, Б.Т. Пономаренко, В.А. Сулемовым, А.И. Турчиновым<sup>2</sup>. Ими раскрыты теоретические и организационные основы кадровой политики и государственной службы, функции управления персоналом, задачи информационного обеспечения государственного управления.

Решение вопросов правового, организационного и экономического обеспечения здравоохранения представлено в работах Н.Н. Володина, Н.Ф. Герасименко, Н.Б. Найговзиной, Т.А. Сибуриной и др.<sup>3</sup>. Особый интерес представля-

1 Балашов П.Ю. Кадровые процессы в здравоохранении, М., 2013; Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. – М., 2003; Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М., 2009; Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Короткова А.В. Обеспечение качества медицинской помощи – приоритет системы здравоохранения // Обеспечение и контроль качества медицинской помощи населению / Научные труды российской научно-практической конференции. Ч.1 – М., 2005; Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. – М., 2002.

2 Лытов Б.В. Государственная служба: управленческие отношения: Учебное пособие. – М., 2014; Магомедов К.О. Социология государственной службы: Учебное пособие. – М., 2010; Патрушев В. И. Основы общей теории социальных технологий. – М., 2008; Пономаренко Б. Т. Методология и методика анализа кадровых процессов // Государственная кадровая политика: концептуальные основы, приоритеты, технологии реализации – М., 2006; Сулемов В.А. Государственная кадровая политика в современной России: теория, история, новые реалии. Монография. – М., 2006; Управление персоналом: Учебник / Под общ. ред. А. И. Турчинова. – М., 2008.

3 Герасименко Н.Ф. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан. – М., 2005; Володин Н.Н. Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения и пути их решения // Федеральный справочник. – М., 2003; Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые

ют работы по социологии социальной сферы, социологии медицины, социологии здравоохранения таких авторов, как: М.И. Акулич, Е.В. Дмитриева, А.С. Доронин, И.В. Журавлева, А.М. Изуткин, В.Н. Кузнецова, Г.И. Осадчая, А.Л. Пиддэ, А.В. Решетников, К.Н. Хабибуллин, Г.И. Царегородцев<sup>4</sup>. В них раскрываются вопросы: формирования и развития социального страхования; федерального и регионального опыта управления системой здравоохранения; обеспечения качества жизни и работоспособности граждан; восприятия здоровья индивидуума как важнейшего компонента человеческого потенциала.

К настоящему времени учеными разработана концепция устойчивого развития системы российского здравоохранения, определены параметры ее кадровой политики, стратегического развития этого социального института. Широкий комплекс мер по формированию и реализации государственной кадровой политики предложен Министерством здравоохранения Российской Федерации. Тем самым создаются условия для качественной модернизации государственного и негосударственного секторов оказания медицинских услуг гражданам страны с учетом объективных условий и влияния на эти процессы субъективных факторов с учетом общей социально-экономической ситуации, функционирования социально важных отраслей, обеспечивающих физическое и социальное воспроизводство населения

аспекты. – М., 2004; Сибурин Т.А., Мотков С.А., Барскова Г.Н. Управленческое решение как инструмент совершенствования управления здравоохранением // Стратегия реформирования регионального здравоохранения: Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции «Реформа здравоохранения на региональном уровне». – М., 2000.

4 См.: Социология социальной сферы: учебное пособие / Под ред. М. И. Акулич, В.Н.Кузнецова. – М., 2007; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М., 2002; Доронин А.С. Система управления сельским здравоохранением в условиях становления рыночных отношений (на материалах Смоленской области). Дис. канд. соц. наук. – М., 1998; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М., 2006; Осадчая Г.И. Социальная сфера общества: теория и методология социологического анализа. – М., 1996; Пиддэ А. Л. Социология и здоровье. – Иваново, 2000; Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М., 2002; Хабибуллин К.Н., Волков Г.Л., Уткин Н.И. Социология здоровья, риска и болезни. – СПб., 2004.

страны, включая структуры здравоохранения.

Изучение научных публикаций по исследуемой проблеме показало, что проблемы кадровой политики в сфере российского здравоохранения в условиях его модернизации можно отнести к числу малоисследованных. Несмотря на широкий диапазон источников, нормативных правовых актов, научных публикаций по проблематике, близкой к исследуемой в данной выпускной работе, значительная доля статей недостаточно полно отражает специфику современной кадровой политики в российской системе здравоохранения.

В научной литературе редко встречается обобщение результатов комплексных исследований проблем разработки государственной кадровой политики, адресованной лечебно-профилактическим учреждениям, вопросам регулирования кадровых процессов и отношений в этой социальной сфере. Чаще всего встречаем полезные, но разрозненные методологические и организационные подходы к раскрытию социологической сущности проблем кадровой политики в современном здравоохранении.

Сохраняет актуальность необходимость научной разработки социальных механизмов реализации направлений кадровой политики лечебно-профилактических учреждений, выработки методологических подходов к исследованию кадровых процессов и отношений, научного обоснования направлений совершенствования государственной кадровой политики в здравоохранении России.

**Источниковой базой** данного научного издания являются положения Конституции Российской Федерации, национального проекта «Здоровье», требования Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», нормативно-правовых актов Российской Федерации, адресованных системе здравоохранения, Федеральной программы развития здравоохранения, а также материалы научных статей и монографий

по исследуемой авторами проблематике.

**Теоретическую и методологическую базу данного исследования** составили общеметодологические принципы научного подхода к познанию и исследованию социальных явлений. Используются возможности системного, сравнительно-исторического, социологического методов для исследования проблем разработки и реализации кадровой политики системы российского здравоохранения как социального института.

**Теоретическое и практическое значение** данного научного издания состоит в возможности использования теоретико-методологических положений и выводов субъектами управления медицинскими организациями для выбора механизмов регулирования кадровых процессов и отношений, как объектов кадровой политики в сфере здравоохранения; развития основ государственной кадровой политики в сфере здравоохранения. Материалы исследования могут быть использованы в учебном процессе в процессе обучения организаторов здравоохранения и руководителей медицинских организаций.

**Структура научного издания** состоит из введения, двух глав, шести параграфов, заключения, библиографического списка.

# Глава I.

## Проблемный характер формирования государственной кадровой политики в сфере российского здравоохранения

### 1.1 Исторические и теоретические аспекты формирования кадровой политики в здравоохранении

Государственную кадровую политику в здравоохранении представляем как стратегию субъекта управления этой социальной сферой по отношению к формированию, развитию и востребованию профессиональных возможностей и компетентности кадров, обеспечивающих достижение соответствующих целей. Кадровая политика в области здравоохранения направлена сейчас на воспроизводство кадрового потенциала этой сферы, развитие кадрового потенциала в плоскости профессионального и личностного совершенствования кадров лечебно-профилактических учреждений, создание условий для эффективной реализации профессиональных качеств этого потенциала в конкретной отрасли профессиональной деятельности – отечественной медицине.

Современная государственная кадровая политика в российском здравоохранении реализуется в соответствии с усилением тенденции развития субъектно-объектных отношений на трех уровнях: *общегосударственном* (на котором разрабатывается стратегия общегосударственной кадровой политики); *отраслевым* (при этом реализуется кадровая политика системы здравоохранения); *учрежденческом* (здесь осуществляется кадровая работа, обеспечивающая обучение, подбор, расстановку и мотивацию кадров, оценку результатов деятельности врачей). Для кадровой политики в сфере здравоохранения стратегическим ориентиром и направляющим руслом является *общегосударственная кадровая политика*, разрабатывае-

мая и реализуемая на протяжении последних десяти лет. Основным субъектом этой политики выступает государство, а объектом - кадровый потенциал страны, включая основную составляющую - квалифицированные кадры российского государства.

Система здравоохранения является сложным образованием, которое наделено свойствами системности. По определению профессора А.Л. Пиддэ: «Понятие “система здравоохранения” существует не просто как удобное словосочетание, а представляет собой искусственную динамическую социотехническую систему с элементами самоорганизации, использующую строго определенные ресурсы и существующую в определенной внешней среде»<sup>5</sup>. Несколько иначе свойство системности в данной сфере выразил Д. Венедиктов, описавший комплекс институтов здравоохранения как «сложную общественную, динамическую, функциональную систему, которую человеческое общество на каждом этапе экономического и социального развития и в полном соответствии с достигнутым уровнем этого развития создает и использует для осуществления комплекса мероприятий»<sup>6</sup>.

Государственная кадровая политика – это национальная стратегия по созданию, развитию и рациональному использованию трудового потенциала государства. Особенности реализации государственной кадровой политики в сфере здравоохранения обусловлены спецификой данной отрасли, которая играет ключевую роль в обеспечении расширенного воспроизводства человеческого потенциала страны. Однако частная специфика данной отрасли не затеняет тот отпечаток, который накладывается на нее общей стратегией государственного управления в здравоохранении.

Формирование и реализация государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения – это сложный, противоречивый и многогранный процесс. Этот

5 Пиддэ, А.Л. Социология и здравоохранение. – Иваново, 2009. – С. 63.

6 Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М., 2005. – С.59.

процесс целесообразно начинать с анализа исторических и теоретико-методологических основ формирования кадровой политики в этой важной социальной сфере нашего государства, постижения ее природы и предназначения, реализации задач кадрового обеспечения отрасли. Это позволяет наиболее обоснованно определить цели и задачи, принципы и приоритеты кадровой политики как стратегии по воспроизводству, развитию и востребованности кадрового потенциала здравоохранения. Одним из наиболее важных приоритетов на этом пути является кадровое обеспечение лечебно-профилактических учреждений, научно-исследовательских и образовательных организаций, управленческих структур системы здравоохранения.

Рассматривая в историческом ракурсе проблему формирования и реализации государственной кадровой политики в системе отечественного здравоохранения, совершенствования кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений отмечаем, что это проблема не сегодняшнего и не вчерашнего дня. Истоки этой проблемы восходят к ранним периодам отечественной истории, затем к советской эпохе и постсоветскому периоду развития нашего государства. С течением времени и со сменой социально-политической формации из года в год эта проблема вновь дает о себе знать, то усиливаясь, то сохраняя свои свойства и получая развитие.

Раскрывая проблему кадровой политики обращаем внимание, прежде всего, на ее стратегию, количественные и качественные характеристики кадрового состава ЛПУ, кадровое обеспечение структур здравоохранения квалифицированными кадрами. Ведь в условиях значительного увеличения количества врачей, отмечается наличие значительных диспропорций не только по отдельным медицинским специальностям. В больших масштабах колоссальный дефицит кадров проявился по анестезиологам, патологоанатомам, психиатрам, врачей клинической лабо-

раторной диагностики Кадровые диспропорции наблюдаются в отношении врачей, работающих в городских лечебно-профилактических учреждениях и в трудно доступных районах страны, в первую очередь, в сельской местности.

Для выработки и реализации современной кадровой политики в здравоохранении важное значение имеет обращение к историческому отечественному опыту. Ведь органы управления здравоохранением, как и сама эта социальная система, получили развитие еще со времени образования Аптекарского приказа (XVII век). Этот государственный орган стал центральным общегосударственным учреждением отраслевого управления в России, являясь дворцовым органом, который занимался обслуживанием членов царской семьи, думных и московских чинов, лиц, подчиненных дворцовым приказам. Затем развитие здравоохранения происходило в условиях социально-политических изменений в российском государстве с расширением функций органов управления этой отраслью.

В ходе реорганизации государственных органов Аптекарский приказ в 1721 г. был преобразован в Медицинскую канцелярию. Этот госорган действовал до создания в 1763 г. Медицинской коллегии, которая проводила кадровую политику, руководила лечебными заведениями и медицинским персоналом, осуществляла наблюдение за медицинской и лекарственной помощью населению, государственными и частными аптеками, рассматривала научные труды по медицине.

В 1803 г. в результате перехода к министерской системе управления, Медицинская Коллегия была ликвидирована, а ее функции были разделены и переданы в ведение министерств: в Министерство внутренних дел — здесь был создан медицинский департамент; в Министерство просвещения, которое занималось подготовкой кадров, в т.ч. врачебных.

В 1918 г. декретом Совета Народных Комиссаров РСФСР был учрежден Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, в функции которого входили вопросы разработки и осуществления государственной кадровой политики в здравоохранении России, налаживание управления лечебными учреждениями. Цели и задачи сформированной в конце двадцатых — начале тридцатых годов XX века системы здравоохранения состояли в следующем:

- создание плановости и преодоление ведомственной разобщенности здравоохранения;
- координация регулирования кадровых процессов в здравоохранении;
- сглаживание классовых, национальных и региональных различий при оказании медицинской помощи путем финансирования ее из государственного бюджета, преимущественное медицинское обслуживание городского пролетариата и беднейшего крестьянства;
- профилактическая направленность здравоохранения;
- формирование здоровых кадровых отношений, в т.ч. медицинских работников с государством; повышение управляемости врачей со стороны общества<sup>7</sup>.

В эти годы была организована масштабная работа по восстановлению российского здравоохранения: объединены под единым управленческим началом все медицинские учреждения, находившиеся во введении страховых организаций и разных ведомств под руководством единого органа управления - Народного комиссариата здравоохранения; развито профилактическое направление деятельности медицинских учреждений; принят ряд правовых актов, обеспечивающих проведение санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий среди населения страны.

Формированию единой системы здравоохранения и укреплению ее структурно-функциональной организации, на наш взгляд, способствовали следующие ключевые факторы:

#### 1. Территориальная масштабность их влияния, были

<sup>7</sup> Пиддэ А. Л. Социология и здоровье. Иваново, 2009 С. 69

осуществлены на всей территории страны.

2. Иерархический принцип деятельности органов управления отраслью, на основе выполнения требований нормативных правовых актов.

3. Государственная подготовка специалистов здравоохранения, централизованное планирование и, распределение выпускников медицинских учебных заведений.

4. Осуществление планового централизованного распределения кадровых, материальных и технических ресурсов отрасли по всей территории страны.

Следует обратить внимание на то, что в кадровой политике особое значение уделялось соблюдению принципов централизованного управления, номенклатурного подхода при назначении кадров, планового распределения ресурсов и единоначалия управления, которое осуществлялось на трех основных уровнях: стратегическом, тактическом и оперативном<sup>8</sup>. На тактическом уровне, осуществляемом областными (краевыми), городскими и районными отделами здравоохранения, определялись цели и задачи для осуществления общей и кадровой стратегии, разрабатывались наиболее рациональные формы организации медицинской помощи населению, осуществлялась контрольная деятельность.

Оперативный уровень был представлен руководством всеми видами медицинских организаций – больниц, поликлиник, санитарно-эпидемиологических станций и др. Именно они координировали работу по удовлетворению потребностей граждан в профилактической и лечебно-диагностической помощи, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Адекватное послевоенному времени состояние здравоохранения до конца 60-х гг. XX века обеспечивало личные и общественные потребности граждан. Этому способствовало внедрение достижений науки и техники в лечебную

8 П. И. Калью. Современные проблемы управления здравоохранением. Издательство «Медицина», 1975. С.75.

практику, обратное воздействие здравоохранения на социальное, экономическое и политическое развитие страны. Показателем достижений в системе здравоохранения советского периода является доступность квалифицированной медицинской помощи гражданам, вне зависимости от социального положения, места и времени ее оказания. Полностью государственное управление, финансирование, снабжение и распределение кадрового потенциала и ресурсов позволило обеспечить гарантированную медицинскую помощь населению.

Важнейшим показателем эффективности советской системы здравоохранения стало то, что в 1970 году Всемирная организация здравоохранения приняла резолюцию, рекомендовавшую всем входящим в нее странам использовать цели и принципы, аналогичные тем, что были осуществлены в нашей стране.

Однако к началу 80-х годов XXв. отечественная система здравоохранения начала давать сбои. Чрезмерная централизация управления и финансирования, отклонения от принципов кадровой политики, неэффективное расходование бюджетных средств, отсутствие мероприятий по мотивированию специалистов, неразвитость основ защиты прав пациентов и медицинских работников, привели к сокращению государственного финансирования лечебных учреждений и снижению эффективности управления системой здравоохранения.

Дальнейшее развитие политических, экономических и социальных сфер государства, а вместе с ними и системы здравоохранения, постепенно актуализировало проблемы кадрового обеспечения государственного управления при сохранении централизации управления и планового финансирования. Изменение политического курса в управлении государством, нашло отражение в изменении управленческих основ здравоохранения, финансирования отрасли, перестройке организационно-администра-

тивной структуры органов и учреждений системы охраны здоровья граждан. С 90-х гг. XX века стали создаваться предпосылки востребованности государственного регулирования здравоохранения.

За последние два десятилетия произошли кардинальные изменения инновационного типа, включающие глубокую проработку методологических, правовых и организационных вопросов по формированию кадровой политики в системе здравоохранения. Сформированная к настоящему времени система функционирует на инновационной основе. Она учитывает специфику и российский опыт подготовки и последипломного обучения врачебного персонала и менеджеров системы здравоохранения, зарубежный опыт.

Проведение административной реформы в начале нового XXI века способствовало формированию государственной кадровой политики в здравоохранении, совершенствованию государственного регулирования системы здравоохранения, развитию не только существовавших механизмов регулирования – правового, экономического и организационно-административного, но и формированию современных механизмов, в т.ч. – профессионально-кадрового и социально-информационного.

Рассматривая теоретические аспекты формирования государственной кадровой политики в здравоохранении отмечаем, что в научной литературе охарактеризованы и проанализированы различные социальные механизмы: законодательный и нормативно-правовой, организационный, профессионально-образовательный, социально-экономический, информационно-аналитический, научно-методический, социально-психологический.<sup>9</sup>

К ключевым механизмам реализации кадровой политики относят: правовой, организационно-административный и экономический, кадровый и информацион-

9 Сулемов В.А. Государственная кадровая политика в современной России: теория, история, новые реалии. Монография. – М., 2006. С. 192.

но-аналитический. Целевое предназначение механизмов управления здравоохранением, обеспечивающее достижение общей цели государственного управления здравоохранением состоит в законодательном закреплении принципов функционирования здравоохранения и обеспечение единства составляющих его компонентов; эффективном распределении кадровых и бюджетных ресурсов; научном обосновании структуры управления здравоохранением; обеспечении подготовки и распределения профессиональных кадров медицинских работников по всем направлениям медицинской практики; сбора информации для научного анализа отклонений в функционировании лечебно-профилактических учреждениях.

С начала 90-х гг. XX века в России создаются предпосылки востребованности государственного регулирования здравоохранения. В решении проблем кадровой политики в системе здравоохранения государство осуществляет управленческую деятельность с привлечением различных организаций, учреждений, медицинских объединений.

Сущность государственного регулирования в системе здравоохранения определяется следующими обстоятельствами:

- прежде всего, это субъект-объектные кадровые отношения, формирующиеся для достижения стратегических целей и решения поставленных перед лечебными учреждениями и отраслью задач;
- во-вторых, это кадровая деятельность, определяемая формами, способами и методами, обеспеченная механизмами реализации и технологическим характером осуществления;
- в-третьих, регулирование кадровых процессов и отношений начинается там, где наличествует необходимость восприятия того, что механизмы управления могут применяться отдельно, а механизмы регулирования в системной совокупности.

Как показали результаты исследования, проблемный характер кадровой политики в здравоохранении и причины издержек в кадровом обеспечении ЛПУ обусловлены следующими обстоятельствами.

Во-первых, слабой мотивацией молодых специалистов к работе в труднодоступных или недостаточно доступных территориях страны. Второй существенной причиной является слабый контроль со стороны органов власти субъектов Российской Федерации, а также органов власти муниципальных образований за реализацией концепции кадрового обеспечения здравоохранении в субъектах. Не только отдаленный прогноз, но даже на ближайшие 5-10 лет.

В последние годы в результате принятых на государственном уровне мер становится заметным улучшение материально-технической базы многих лечебно-профилактических учреждений в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», ввод в эксплуатацию ряда федеральных центров высоких медицинских технологий. Вместе с тем, проявился дефицит в специально подготовленных кадрах, которые не имели раньше возможность работать в таких условиях. Это требует повышения качества подготовки медицинских кадров для высокотехнологичны направлений медицинской деятельности.

Таким образом, следует выделить две ключевые кадровые проблемы. Первое – поэтапная проекция дисбалансов в кадровом обеспечении в системе здравоохранения субъектов Российской Федерации. Второе – это повышение качества подготовки специалистов на всех этапах профессиональной деятельности.

Обращаясь к многолетнему опыту подготовки медицинских кадров и обеспечения ими ЛПУ, в повестку дня государственной кадровой политики напрашивается вопрос о плановом распределении выпускников медицинских образовательных организаций. Однако, для возврата к практике распределения в рамках соблюде-

ния Конституции Российской Федерации, требуется не только аналитическое обоснование, но и юридически грамотная подготовка проекта документа, который лег бы в основу соответствующего законодательного акта. Именно в соответствии с таковым, утверждалось бы государственное распределение выпускников медицинских вузов, которые получают высшее и последипломное образование за счет федерального бюджета. Конечно же, подготовку такого рода документа следует осуществлять совместно и параллельно с проектом документа, с проектом положения, о котором уже говорилось в течение последних десяти лет, и обсуждалось в Минобрнауки России. Речь о положении о целевом наборе молодежи в вузы из трудно- и недостаточно доступных территорий.

В системе российского здравоохранения работают в настоящее время более трех млн. человек. Из их числа - 17 проц — это врачи, 42,8 — средний медперсонал, 19,4 проц — младший медперсонал. Еще один процент — это психологи, биологи, представители некоторых других необходимых в здравоохранении профессий. Пятую часть трудящихся в отрасли — 19,6 проц — это так называемый прочий персонал, т.е. больше в удельном весе, чем врачей. Много немедиков в медицинских учреждениях республики Коми, Астраханской области, Забайкальском крае.

В результате проведенного анализа установлено, что количество врачей на душу населения в Российской Федерации больше, чем в среднем в развитых странах. Однако наблюдается диспропорция в их распределении внутри системы оказания медицинской помощи: излишняя концентрация в стационарных учреждениях, где переизбыток врачебных кадров достигает более 100 тыс., и нехватка в амбулаторно-поликлиническом звене - дефицит превышает 60 тыс. врачей. Имеет место дисбаланс между численностью специалистов разных врачебных профилей. Количе-

ство отдельных категорий врачей избыточно, в то время как других - недостаточно.

В городе Москве на 01.01.2014г. работали 74 256 врачей, в т.ч. на основной работе в учреждениях подготовки кадров, НИИ и аппаратах органов учреждений здравоохранения 19 413 человек. Из общего числа врачей имеют квалификационные категории: высшую – 25 740, первую – 6 402, вторую – 696 человек. Обладателями сертификатов качества являются 62 640 (84%) врачей ЛПУ. Большую часть кадрового состава врачей - 50 869 чел. (68,5%) составляют женщины. Количественные показатели по медицинскому персоналу таковы. Общее количество – 95 924 чел., в т.ч. 30 456, имеющих высшую квалификационную категорию, а 81 642 – сертификаты качества.

Проведенное исследование показало, что в современных условиях на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, как и в каждом лечебно-профилактическом учреждении необходима продуманная *кадровая политика* и система мер, нацеленных на полноценное и качественное кадровое обеспечение ЛПУ как высококвалифицированными врачами, так и подготовленным *кадрами* управленцев, среднего медицинского персонала.

Будучи социальным явлением, кадровая политика представляет собой «стратегию субъекта управления по отношению к формированию и востребованности профессиональных возможностей граждан, обеспечивающих достижение целей социума»<sup>10</sup>. Субъектом управления здесь выступают органы управления здравоохранением различных уровней власти, а регулирование как одна из функций управления, направлена на обеспечение упорядоченного состояния, заданного уровня организованности системы здравоохранения, профессиональной компетентности врачебного персонала. Таким образом, кадровую политику в системе здравоохранения представляем как стратегию государственной системы здравоохранения по отно-

10 Управление персоналом: Учебник / Общ. ред. А.И. Турчинова. – М., 2008. С.43

шению к формированию и востребованности кадрового потенциала отрасли для поддержания организованности этой системы и осуществления врачами непосредственных функций по охране здоровья граждан.

Стратегия кадровой политики в системе здравоохранения за четверть века претерпела значительные изменения. С начала 90-х годов были отменены, как обязательные, штатные нормативы врачебного персонала. На федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации разработаны и приняты нормативные правовые акты, регулирующие организацию здравоохранения, медицинского обслуживания, кадровые процессы и отношения в ЛПУ.

На нынешнем этапе одна из основных целей кадровой политики состоит в обеспечении сферы здравоохранения, прежде всего, квалифицированными кадрами лечебно-профилактических учреждений. Управление кадрами на отраслевом уровне включает меры по обеспечению правовых и социальных гарантий врачебным кадрам, созданию надлежащих условий для проявления медицинскими работниками своих способностей и реализации профессиональной врачебной компетентности. Субъектами кадровой политики в ЛПУ выступают руководители данных учреждений, прежде всего, – главные врачи и их заместители, а также заведующие отделениями. Объектом кадровой политики этого уровня является весь медицинский персонал, кадровые процессы и отношения в лечебно-профилактических учреждениях.

Обладая властными возможностями по упорядочению общественных отношений, обеспечению целостности и развития общества, государственные органы власти совершенствуют условия для профессионального развития своих граждан и возможности каждому человеку реализовать свои природные дарования, способности, профессиональную компетентность.

## **1.2 Правовые и организационные основы современной государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения**

С начала 90-х годов XX века в Российской Федерации совершенствуется правовая база функционирования системы российского здравоохранения. Основные положения государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения включены в соответствующие законодательные и подзаконные правовые акты Российской Федерации и ее субъектов. Нормативные правовые акты, принятые в субъектах Российской Федерации, учитывают требования федерального законодательства о здравоохранении и основываются на их положениях. Координация вопросов здравоохранения отнесена к совместному ведению РФ и ее субъектов (ст. 72 Конституции РФ).

Кадровая политика в системе здравоохранения является стратегией государственного регулирования по отношению к формированию и востребованности кадрового потенциала системы здравоохранения, обеспечению профессиональными квалифицированными кадрами лечебно-профилактических учреждений и медицинских центров. Права медицинских работников, включенные в федеральные законы РФ являются базовыми для всех уровней и систем управления здравоохранением.

Важнейшими федеральными законами, принятыми в постсоветский период и регулирующими деятельность системы здравоохранения в настоящее время являются Конституция Российской Федерации и законы: Федеральный закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (ред. от 18.10.2007); Федеральный закон РФ от 02.04.1993 N 4741-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»; Федеральный закон РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В законах и подзаконных

актах раскрыты вопросы кадровой политики, условия и механизмы улучшения медицинской помощи гражданам страны. Установлено, что для полноценного кадрового обеспечения здравоохранения необходима эффективная кадровая политика, а также осуществление регулирующей и координирующей деятельности государства по отношению к кадровой политике в здравоохранении.

*Конституцией Российской Федерации* установлены три системы здравоохранения – государственная, муниципальная и частная (ст.41). К первым двум относятся:

- органы управления здравоохранением, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики, выполнению программ в области здравоохранения и развитию медицинской науки;
- организации здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности, подчиненные органам управления здравоохранением;
- медицинские организации, создаваемые органами исполнительной власти Российской Федерации помимо федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения и органов исполнительной власти в области здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Частный сектор представлен организациями здравоохранения частной формы собственности, а также гражданами, занимающимися частной медицинской деятельностью.

В соответствии с детализацией субъектно-объектных отношений государственная кадровая политика в здравоохранении в соответствии с законодательством Российской Федерации реализуется на трех уровнях: общегосударственный уровень (на котором разрабатывается стратегия общегосударственной кадровой политики); отраслевой уровень (на котором реализуется кадровая политика системы здравоохранения); учрежденческий уровень (на котором осуществляется кадровая работа, обеспечива-

ющая обучение, подбор, расстановку и мотивацию кадров, оценку результатов деятельности врачей).

Правовую базу кадровой политики лечебно-профилактических учреждений и медицинских организаций, их кадровой деятельности составляют локальные нормативные акты. Эффективность кадровой политики в здравоохранении, на каждом из выделенных выше уровней ее реализации, определяется различными факторами и показателями. При этом приоритетное значение государственной кадровой политики в здравоохранении для эффективного функционирования отрасли впервые было определено в здравоохранении, с принятием в 2002г. «Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ» (далее – Концепция)<sup>11</sup>. В Концепции дан общий анализ сложившегося положения в кадровой политике здравоохранения, выделены *ключевые проблемы* в области управления кадровыми ресурсами медицинской отрасли социальной сферы. При этом в диапазоне выделенных проблем находятся:

- несоответствие численности и структуры кадров лечебно-профилактических учреждений объемам деятельности, задачам и направлениям реформирования системы здравоохранения страны;
- наличие диспропорций в структуре медицинского персонала; несовершенство нормативно-правовой базы профессионального развития кадров;
- несоответствие подготовки специалистов медицинского профиля потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли; отсутствие научно обоснованных методов планирования численности врачей и медицинского персонала в целом;
- заинтересованности в достижении ожидаемых пациентами результатов.

К тому же, все это требует сформированной на научной и нормативной правовой базе кадровой политики в сфере

<sup>11</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.07.2002 г. N 210 «Концепция кадровой политики в здравоохранении РФ» / Федеральный справочник. – М., 2003. С.94.

здравоохранения, эффективной реализации ее магистральных направлений: воспроизводства, профессионального развития и востребованности врачебного персонала.

Важным правовым актом, определяющим стратегическое направление развития системы здравоохранения и ее кадрового потенциала, как системообразующей отрасли социальной сферы страны, является *Стратегия социально-экономического развития страны вплоть до 2020 года*<sup>12</sup>. В рамках курса на обеспечение населения России качественной и доступной медицинской помощью выделена задача «создания четкой и всеобъемлющей системы управления профессиональным развитием медицинского персонала и, прежде всего, врачей ЛПУ, находящихся на переднем крае борьбы за здоровье граждан Российской Федерации».

Согласно «Стратегии-2020» основными задачами в сфере кадрового обеспечения здравоохранения являются:

- совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов здравоохранения;
- модернизация профессиональной подготовки и дополнительного образования врачей и медперсонала в целом;
- формирование системы управления человеческими ресурсами здравоохранения.

Анализ нормативной правовой базы здравоохранения позволяет выделить особенности *правового механизма* государственного регулирования: развитие медицинского страхования; предоставление гражданам гарантий оказания бесплатной медицинской помощи; формирование государственно-муниципального и частного секторов здравоохранения; разграничение мероприятий по видам медицинской помощи на федеральный, субъектный и муниципальный уровни.

Вместе с тем, федеральные законы, регулирующие систему здравоохранения, включают вопросы функционирования органов управления здравоохранением. Это позволяет ана-

<sup>12</sup> Стратегия социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года. –М., 2005.

лизировать практику реализации организационно-административного механизма регулирования системы здравоохранения, характеризующего структурные и функциональные преобразования органов управления на всех уровнях власти.

В нормативных актах указана ответственность за организацию деятельности системы здравоохранения федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, в субъектах Российской Федерации – соответствующего органа исполнительной власти в области здравоохранения и в муниципальных образованиях – органов местного самоуправления в области здравоохранения в соответствии с уставами муниципальных образований<sup>13</sup>. На федеральном уровне управление здравоохранением осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации, на региональном уровне органы управления представлены преимущественно министерствами, департаментами, управлениями, а на муниципальном - управлениями, комитетами, отделами.

Кроме того, органы управления федерального, регионального и муниципального уровней являются органами исполнительной власти, которые подвержены административным преобразованиям. Как известно, административная реформа представляет собой «целенаправленные изменения в организационных структурах, управленческих процессах и административных процедурах органов государственной власти и управления, связанные с оптимизацией их работы, повышением эффективности и качества услуг или товаров, за которую они несут ответственность в пределах соответствующих полномочий»<sup>14</sup>.

Для реализации данных мероприятий, в соответствии с Указом Президента РФ<sup>15</sup>, осуществлены меры по опти-

13 Федеральный закон «О здравоохранении РФ» / Собрание законодательства РФ, 08.02.1999, N 6, ст. 27.

14 Лобанов В.В проблемы реформирования государственного управления в России // Государственное управление в XXI веке: традиции и инновации: Материалы 5-й международной конференции факультета государственного управления МГУ им. М.В. Ломоносова (31 мая – 2 июня 2007г.): Ч.1 – М., 2007. С.312.

15 Указ Президента РФ от 23.07.2003 N 824 «О мерах по проведению админи-

мизации структуры и функций административного аппарата: анализ и оценка функциональных обязанностей органов исполнительной власти в целях выявления их избыточности и дублирования; упразднение ненужных структурных подразделений или органов для разграничения функций и предупреждения параллелизма в работе органов исполнительной власти.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года представляет собой анализ состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода. Концепция была разработана в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права в области здравоохранения и с учетом отечественного и зарубежного опыта. В ней учтены результаты реализации мер. Предусмотренных предыдущими правовыми актами.

В этом документе к проблемам в области управления медицинскими кадрами отнесены низкая заработная плата медицинских работников, уравнилельные подходы к оплате труда медицинского персонала, низкие социальная защищенность и престиж медицинской профессии, несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения и невысокое качество преподавания, отсутствие системы непрерывного медицинского образования (НМО), слабая подготовка управленческих кадров в здравоохранении, невысокий профессиональный уровень медицинских работников.

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики, выделенных в

Концепции, должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется системообразующими факторами, включая: необходимость наличия достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед системой здравоохранения РФ.

Следует отметить, что уровень обеспеченности врачами кадрами в целом по России за последние годы возрастал. Однако по субъектам Федерации замечена диспропорция этого роста более чем вдвое. Так, видна несбалансированность подготовки кадров по специальностям, а именно рост численности врачей-специалистов «узкого» профиля и уменьшение врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи (на 8,8%) и др. При этом, асимметрия показателей обеспеченности кадрами в субъектах Федерации, разнонаправленность тенденций не в состоянии обеспечить равную доступность и качество медицинской помощи всех категорий населения.

С учетом уроков реализации Концепции развития здравоохранения В Российской Федерации в ряде субъектов РФ разработаны программы дальнейшего развития этой отрасли. Так, пример учета опыта и уроков реализации Федеральной программы показало Правительство г. Москвы. Здесь разработана и реализуется Государственная программа города Москвы на среднесрочный период (2012-2016гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы Столичное здравоохранение». Цель программы состоит в улучшении состояния здоровья жителей столицы и повышении доступности и качества медицинской помощи для жителей города.

Одна из восьми подпрограмм - «Развитие кадрового потенциала здравоохранения города Москвы». К основным

задачам подпрограммы отнесены: обеспечение роста кадрового потенциала; повышение эффективности подготовки специалистов с высшим и средним профессиональным образованием; осуществление целевой подготовки врачебного персонала по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия»; повышение эффективности последипломного образования с использованием дистанционных методов обучения; обеспечение специалистов социальными гарантиями. К настоящему времени кадровая обеспеченность ЛПУ Москвы врачами составляет 91,0 проц., а к 2016г. планируется довести этот показатель до 98,8 процентов.

На федеральном (общегосударственном) и на региональном (субъекты РФ) уровнях кадровая политика в здравоохранении осуществляется, как и прежде, через реализацию задач, включенных в Национальный проект «Здоровье», а также путем совершенствования нормативных правовых основ развития здравоохранения в рыночных условиях. Далее - путем выполнения мер, включенных в Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в РФ как основу реформирования этой важной социальной отрасли страны.

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ-273 от 21.12.2012г.) включает ст.82 «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования». В «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» включен специальный раздел «Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников». Статьей 54 этого раздела установлено право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в стране. В соответствии с данным положением, такое право гражданин приобретает после получения высшего или среднего медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации. Федеральный закон представляет право на занятие

медицинской деятельностью врачам в период их обучения в учреждениях повышения квалификации государственной или муниципальной систем здравоохранения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты вузов допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала. Тем самым, федеральный закон предоставляет возможность приобретения необходимой клинической практики студентам уже в период обучения, что важно для своевременного формирования их профессиональных навыков.

С 2012 года кадровая политика здравоохранения реализуется Департаментом науки, образования и кадровой политики, в положении которого определены следующие задачи в отношении кадрового обеспечения здравоохранения: осуществление взаимодействия с профессиональными медицинскими обществами и ассоциациями; реализация программ кадрового обеспечения системы здравоохранения, социального развития в части профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников здравоохранения; формирование и осуществление единой государственной кадровой политики в отношении руководителей организаций, подведомственных министерству, федеральным службам и агентству; участие в осуществлении контроля за качеством подготовки специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, в том числе за проведением государственной междисциплинарной итоговой аттестации выпускников высших и средних учебных заведений и другие<sup>16</sup>. В 2013 г. создан Координационный совет по кадровой политике Министерства здравоохранения Российской Федерации. Основной целью данного совещательного органа является совершенствование кадровой политики в систе-

---

<sup>16</sup> Положение о Департаменте науки, образования и кадровой политики, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 сентября 2008 г. N 509

ме здравоохранения Российской Федерации. К основным функциям Совета относятся:

а) разработка основных направлений кадровой политики в системе здравоохранения;

б) координация действий органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и медицинских организаций в вопросах совершенствования деятельности медицинского и фармацевтического персонала;

в) изучение материалов по работе с кадрами в системе здравоохранения Российской Федерации;

г) разработка методов исследования деятельности медицинского и фармацевтического персонала; методов оценки эффективности кадровой политики;

д) разработка рекомендаций по планированию, подготовке и управлению, медицинским и фармацевтическим персоналом в системе здравоохранения Российской Федерации;

е) внесение предложений по повышению квалификации работников структурных подразделений отвечающих за работу с кадрами органов управления здравоохранением субъектов РФ и медицинских организаций;

ж) подготовка заключений на проекты нормативных правовых документов по вопросам кадровой политики»<sup>17</sup>.

Создание Координационного совета стало важным этапом на пути признания той роли, которую играет правильно выстроенная кадровая политика в процессе совершенствования отечественной системы здравоохранения. Однако следует отметить, что решения данного органа носят рекомендательный характер, и это существенно ослабляет его влияние на реальные процессы в системе кадрового обеспечения. Роль этого Совета может быть повышена, если документально зафиксировать возможность включения в его состав представителей медицинских профсоюзов, заслуженных медиков и представителей общественных организаций. Это позволило бы сформировать площадку для конструк-

<sup>17</sup> Положение о Координационном совете по кадровой политике Министерства здравоохранения Российской Федерации.-М.- 2013.

тивного обмена мнениями и выработки программы усовершенствования кадрового обеспечения в здравоохранении.

Анализ нормативно-правовой и организационной базы отечественного здравоохранения свидетельствует о том, что роль кадровой политики в системе управления медицинскими учреждениями возрастает. Это находит отражение в стратегиях, концепция и планах, принимаемых как на федеральном, так и региональном уровне, в создании специализированных органов по разработке кадровой политики в здравоохранении. Однако для качественного улучшения кадрового обеспечения в здравоохранении требуется разработка научно обоснованной модели, которая принимала бы в расчет как передовую мировую практику в данной области, так и национальную специфику.

Эффективная система кадрового обеспечения в здравоохранении может быть выстроена лишь с учетом зарекомендовавших себя современных разработок в области организации труда. Наиболее перспективной является модель кадровой политики, основанная на принципах стратегического управления человеческими ресурсами. Эта концепция учитывает потребность в долгосрочном планировании кадрового обеспечения, необходимость рассматривать кадровое обеспечение как органическую составляющую общей стратегии развития здравоохранения, а также делает акцент на преимуществах активного инвестирования в профессиональное развитие медицинского персонала.

Проявляется и ряд общих проблем, которые характерны для государственной кадровой политики и кадрового обеспечения в здравоохранении как одного из ее направлений. К числу таких проблем относится наличие гипертрофированного административного аппарата при общей низкой эффективности его работы; отсутствие развитых меритократических механизмов продвижения по карьерной лестнице; деградация системы профессиональной подготовки; утрата общей культуры служения и чувства миссии работ-

никами социальной сферы и государственного управления; отсутствие эффективной системы экономических стимулов.

Качественного улучшения ситуации можно добиться при условии пересмотра фундаментальных ценностных и идеологических установок, в рамках которых сейчас осуществляется государственное управление в сфере здравоохранения. Потребность подобного пересмотра не отрицает поиска путей внедрения качественных изменений, способных повысить эффективность кадровой политики в здравоохранении, включая полноценное кадровое обеспечение лечебно-профилактических учреждений.

В качестве актуальных задач реализации кадровой политики в здравоохранении полагаем целесообразным выделить:

1. Обеспечение развития комплексной системы планирования кадровых ресурсов отрасли с учетом структуры потребности системы здравоохранения, их рационального размещения и эффективного использования на территории страны.

2. Повышение профессионального уровня врачебного персонала, работников здравоохранения на основе модернизации системы непрерывного образования, совершенствования федеральных образовательных стандартов.

3. Повышение уровня жизни работников здравоохранения, приведение системы оплаты труда врачей в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи.

4. Обеспечение правовой и социальной защиты медицинского персонала, развитие государственного и социального страхования, повышение эффективности мероприятий по охране труда.

5. Проведение реформы кадровых служб лечебно-профилактических учреждений в соответствии с принципами и требованиями современной теории научного управления человеческими ресурсами.

### **1.3 Методологические подходы к исследованию кадровых процессов в лечебно-профилактических учреждениях**

Выбор и обоснование методологических подходов к работе и реализации кадровой стратегии субъектов кадровой политики в сфере здравоохранения должны основываться на анализе и мониторинге кадрового состояния лечебно-профилактических учреждений. В ходе оценки выявляются количественные и качественные характеристики состояния кадрового потенциала медицинской организации, зафиксированные на основе критериев и показателей, именуемых таким обобщенным понятием как «кадровая ситуация». Заметим, что кадровый потенциал здравоохранения, будучи подвержен влиянию широкого спектра стихийных и сознательных факторов, претерпевает значительные изменения. Именно они именуются кадровыми процессами.

Цель и содержание кадровой политики, как отмечалось выше, заключается в том, чтобы придать изменениям в кадровом составе устойчивый, целенаправленный и управляемый характер, позволяющий обеспечить соответствие кадрового потенциала системы здравоохранения решаемым стратегическим и тактическим задачам этой социальной отрасли. Таким образом, кадровые процессы выступают объектом кадровой политики.

В процессе формирования и реализации кадровой политики в системе здравоохранения складываются определенные социальные отношения между субъектами кадровой деятельности. Они именуются кадровыми отношениями. Причем, управленческому воздействию подвергаются не только качественные и количественные характеристики состава персонала, но и отношения между субъектом управления и медицинскими кадрами, а также кадровые технологии, применяемые в управленческой

практике лечебно-профилактических учреждений.

По своей природе и содержанию кадровые процессы являются разновидностью социальных процессов. Их содержание обусловлено как внешней средой, в которой действует медицинская организация или центр, так и внутренними характеристиками лечебно-профилактического учреждения. Факторами, определяющими характер кадровых процессов являются миссия, цели, стратегии и задачи, которые стоят перед медицинской организацией. Формальным их отражением является организационно-штатная структура, которая выступает в качестве кадрового пространства организации. Это - не что иное, как формальное разграничение направлений деятельности, задач и функций, реализация которых приводит к достижению целей организации. В этой структуре выражена потребность в необходимом для функционирования организации профессиональном опыте персонала. В организационно-штатной структуре отражается модель количественных и качественных характеристик персонала лечебного учреждения и его состояние, которое должно быть адекватно целям и задачам медицинской организации.

В зависимости от особенностей объектов, выступающих в качестве носителей кадровых процессов, они могут быть индивидуальными, касающимися, например, конкретного врача, а также групповыми или общими для всего персонала медицинской организации.

В качестве примера индивидуального кадрового процесса в ЛПУ выступает профессионализация врачей как целостный процесс становления и развития личности специалиста, одна из сторон ее социализации. Важной характеристикой кадровых процессов является их направленность. Направленность представляем как переход носителя кадровых процессов из одной социальной позиции в другую. Направленность кадровых процессов

может быть представлена также в количественных показателях – их всеобщности и интенсивности. Отсутствие у субъекта управления реальной картины динамики кадровых процессов не позволяет осуществить адекватные ситуации регулирующие воздействия. В итоге это приводит к нестабильности функционирования медицинской организации.

Одним из объектов кадровой политики являются кадровые отношения, которые представляют собой особый вид упорядоченных и организованных социальных взаимодействий, которые складываются в процессе формирования, развития и обеспечения востребования кадрового потенциала организации. Кадровые отношения могут проявляться в различных формах: от делового партнерства, сотрудничества, взаимовыручки до конкуренции, соперничества или конфликтности.

Нередко кадровые отношения регулируются на уровне норм права. В то же время они могут управляться и нравственными инструментами - принципами, правилами корпоративного поведения, требованиями морали и др. В этом случае они выражают характер нравственных отношений и направлены на формирование должной моральной атмосферы в трудовых коллективах. Структурные преобразования, протекающие в социально-трудовой сфере российского общества, позволяют выделить важнейшие направления преобразований в кадровых отношениях. Кадровые отношения всегда носят целенаправленный характер, основываясь на целеполагании субъектов и объектов кадровой политики.

Как отмечено выше, специфической особенностью социально-информационного механизма в системе здравоохранения является то, что он позволяет выявлять, анализировать и использовать важнейший показатель функционирования системы здравоохранения – удовлетворенность населения и кадров здравоохранения,

данные которые, необходимо включать при планировании развития учреждений здравоохранения и системы охраны здоровья в целом. Исследование таких данных в исторической перспективе позволяет более точно оценить социальную эффективность органов и учреждений здравоохранения, для чего целесообразно использовать мониторинговые исследования.

С методологических позиций функции управления профессиональным развитием врачей, как направлением кадровой политики, включают формирование профессионально-квалификационных характеристик, профессиональную ориентацию, адаптацию молодых врачей, организацию профессионального обучения медицинского персонала, аттестацию и прохождение врачами квалификационного экзамена.

В ходе реализации концепций и программ профессионального развития руководители лечебно-профилактических учреждений, профильных отделений больниц и поликлиник должны стимулировать, прежде всего, развитие профессионализма медицинского персонала, повышение профессиональной компетенции и компетентности врачей, создавать условия для повышения их деловой и профессиональной активности. Качественным составом принятых на работу врачей высокой квалификации в значительной степени определяется объем работы кадровых служб по профессиональному развитию медицинского персонала. Поэтому освоение современных технологий поиска, подбора и отбора кандидатов на врачебные должности, организация конкурсных процедур могут иметь важное значение для эффективного управления профессиональным развитием медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений.

Управленческая практика свидетельствует о том, что планирование профессионального развития кадрового состава лечебно-профилактических учреждений должно

вестись непременно на основе прогнозирования потребностей и учета возможных изменений функций и компетенций врачей, увеличения объема их работы, совершенствования должностной структуры. Систематизация кадрового планирования в лечебно-профилактических учреждениях, включая индивидуальное планирование и программирование профессионального развития врачей, является непреложным условием достижения целей и задач профилактики, диагностики и лечения болезней пациентов. И здесь следовало бы отметить важность учета условий и факторов формирования профессионализма врачей как на личностном уровне, так и на уровне лечебно-профилактического учреждения.

Анализ социально - экономических показателей развития здравоохранения в Российской Федерации показывает, что отрасль здравоохранения в значительной степени смещается в сторону оказания платных услуг населению, удельный вес бюджетных расходов на здравоохранение ежегодно сокращается. Сокращается число больничных учреждений, число амбулаторно – поликлинических учреждений и количество коек в больничных учреждениях, рассчитанных на 10 000 человек населения, в то время как из года в год растет количество посещений больными амбулаторно – поликлинических учреждений. Другая проблема – это дефицит и нерациональная структура медицинских кадров.

К началу 1914 года обеспеченность врачами в Российской Федерации на 1 тыс. населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составляла в РФ 5,1. Это - в 1,6 раза выше, чем показатель стран Европейского союза, где 3,1 врача приходится на 1 тыс. населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения на 40–50% выше, чем в этих странах в среднем (соответственно, выше и потребность в медицинской помощи), поэтому говорить об избытке врачей в России нельзя. В ближай-

шие пять лет в Российской Федерации возможен дефицит медицинских кадров, что обусловлено низкой оплатой их труда, – на 22% ниже, чем в среднем заработная плата по Российской Федерации<sup>18</sup>. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то заметим, что в тех государствах врач получает в 1,5–2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

Проблемным вопросом является неудовлетворительная квалификация многих медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР.

Однако основной проблемой развития российского здравоохранения остается проблема кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений. В Российской Федерации на начало 2014 года общая численность врачей, работающих в учреждениях здравоохранения подчинения Минздрава России, составила 732 821 человек. Это при том, что начиная с 2010 года, число работающих с высшим медицинским образованием увеличилось на 17 тыс. специалистов.

Для оптимизации процессов функционирования социально-информационного механизма целесообразно развитие мониторинга – как инструмента регулярного получения информации, способствующего принятию социально эффективных решений. Для осуществления мониторинга и детального анализа определенных кадровых процессов

<sup>18</sup> Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации. <http://www.gks.ru>.

полезно ввести совокупность показателей – конкретных взаимосвязанных измерителей, количественных и качественных характеристик, соответствующих индексов и индикаторов, которые позволят системно, достоверно и с достаточной определенностью оценивать реальное или прогнозируемое их состояние.

Мониторинг представляет собой «метод исследования объекта, предполагающий его отслеживание и контролирование его деятельности (функционирования) с целью прогнозирования последствий». Являясь важнейшим средством информационного обеспечения органов управления здравоохранением, мониторинг необходим для получения социальной информации о деятельности медицинских учреждений, выявления хорошо спланированных или эффективно реализованных мероприятий и программ, а так же для своевременного обнаружения сбоев в работе для принятия своевременных мер.

Мониторинговые медико-социологические исследования позволяют: оценивать медицинские, экономические, политические и социальные проблемы охраны здоровья граждан; анализировать социально-психологический климат в лечебно-профилактических учреждениях; знать позицию поставщиков медицинских услуг о состоянии и перспективах развития системы общественного здравоохранения и ОМС; принимать, используя социологические подходы, обоснованные управленческие решения в системе охраны здоровья граждан; вырабатывать оптимальные организационные технологии для совершенствования системы управления здравоохранением<sup>19</sup>.

Цель и задачи мониторинга оценки системы здравоохранения определяются складывающейся ситуацией в здравоохранении. Мониторинг позволяет контролировать процессы, происходящие в системе здравоохранения, выявлять качественные и количественные сдвиги в показателях развития медицинских учреждений и самой системы;

19 Решетников А.В. Мониторинг / Федеральный справочник. – М., 2009. С.133.

проводить сравнение показателей эффективности использования денежных средств и материальных ресурсов; анализировать проведенные организационные мероприятия, оценивать их эффективность. Изучение общественного мнения, как способ получения социальной информации и ее преобразования в органах управления, будет различным в зависимости от общей политической, экономической и социальной ситуации в стране, что только повышает значимость проведения подобных исследований.

Несмотря на то, что врачей в Российской Федерации больше на душу населения, чем, в среднем, в развитых странах, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения в нашей стране значительно хуже, что свидетельствует:

- о низкой эффективности отечественной системы здравоохранения,

- недостаточной квалификации медперсонала и слабой мотивации их к профессиональному совершенствованию.

В России наблюдается излишняя концентрация кадров в стационарных учреждениях (более 100 тысяч врачей) и их нехватка в первичном звене (около 49 тысяч врачей). Приоритетом в кадровой политике российского здравоохранения является укрепление и развитие кадрового состава его первичного звена.

В 2013 году численность участковых терапевтов, например, составила около 40 тыс. человек или 6,0% от числа врачей всех специальностей. За пять лет произошло уменьшение численности почти на 1000 физических лиц при прежней обеспеченности кадрами (2,7 на 10 тыс. населения). Превышает российский показатель обеспеченность участковыми терапевтами в Центральном, Сибирском, Дальневосточном, Южном ФО (3,0 - 2,8), соответствует – в Приволжском, не достигает – в Северо-Западном, Северо-Кавказском, Уральском (2,6-2,1).

Ниже общероссийской сложилось обеспечение участ-

ковыми специалистами в Вологодской (1,8), Курганской, Свердловской (1,5), Воронежской области (1,3), Ставропольском крае (1,9), Республике Ингушетия (1,4), Чувашской (1,2), а также – в Курганской (1,5) и Пензенской области (1,0), где в 2010 году, по отношению к 2009 году, количество участковых врачей уменьшилось на 45,0%. По уровню укомплектованности должностей участковых терапевтов наиболее низкие показатели выявлены в Псковской (81,5%), Курганской (80,6%), Ростовской (80,0%) области, Чеченской Республике (72,9%).

Существует проблема дисбаланса между разными медицинскими специальностями. У нас необоснованно много гематологов, урологов, гинекологов, некоторых других специалистов и не хватает педиатров, пульмонологов, фактически отсутствуют общие хирурги. Для устранения врачебного дисбаланса проводится внутриотраслевое миграционное перераспределение. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1: 2,1.

Приведенное соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, что ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации. В норме усреднённое соотношение не должно быть ниже один к трём, а для некоторых уровня патронажа и реабилитации — один к семи, один к восьми. Таким образом, необходимо увеличение численности количество среднего медицинского персонала.

Одним из направлений работы с кадрами в условиях модернизации здравоохранения является перспективное кадровое планирование возможно лишь при условии наличия достоверной информации. Поэтому создаётся кадровый профиль отрасли. Условием успешного управления кадровыми ресурсами в каждом субъекте Российской Федерации является формирование регистра медицинских работников с перманентной актуа-

лизацией и верификацией базовых информационных данных, осуществляемой менеджерами лечебно-профилактических учреждений и территориальными органами управления здравоохранением.

Ведение регистра позволит определить кадровый профиль каждого субъекта Российской Федерации, прогнозировать состав и структуру потребности территории в кадровых ресурсах, симметрию и пропорциональность их размещения, изучать эффективность использования кадров в целях планирования подготовки и систематического обучения врачебного и сестринского персонала. В единую базу данных (Федеральный регистр) планируется включить специалистов с высшим и средним медицинским образованием, независимо от ведомственной принадлежности лечебного учреждения.

Одной из главных проблем российского здравоохранения является проблема подготовки и формирования управленческих кадров в этой сфере. Практика свидетельствует о необходимости совершенствования подготовки управленческих кадров системы здравоохранения. При этом особое внимание должно быть уделено обучению современным принципам управления качеством и стандартизации, освоению многопрофильных профессиональных знаний и навыков (юридических, управленческих, экономических, психологических, социологических) управления врачебным и сестринским персоналом.

Непременным условием построения эффективной системы управления кадрами и кадровыми процессами в модернизируемой системе российского здравоохранения становится процессный подход к их изучению, мониторинг показателей обеспечения системы трудовыми ресурсами. В условиях выполнения программы модернизации здравоохранения, напрямую связанной с участием медицинских кадров, актуальное значение приобретает углубленный анализ региональной и субъектовой обеспе-

ченности кадровым персоналом, его способности к выполнению поставленных перед здравоохранением задач.

Отечественная и международная практика свидетельствует о том, что при проведении разнообразных воздействий по совершенствованию и укреплению системы здравоохранения, наиболее результативными являются меры по оптимизации использования подготовленных кадров.

Подводя итоги параграфа отмечаем, что развитие механизмов регулирования кадровых процессов и отношений должно быть основано на преобразовании организационной структуры системы здравоохранения, разграничении полномочий административного воздействия органов управления, систематизации правовых норм, но, прежде всего, повышении роли кадров здравоохранения и налаживании обратной связи с населением.

Государственное регулирование должно базироваться на принципах, которые обеспечат эффективное взаимодействие различных субъектов управления здравоохранением и развитие объектов - учреждений и организаций здравоохранения, направлений медицинской помощи и фармацевтической деятельности, фондов и общественных организаций. К таким принципам относятся: принцип социального партнерства; социальной ответственности; децентрализации общего управления; целесообразного распределения полномочий, компетенции и ответственности субъектов управления; самоорганизации; приоритетности реализации конституционного права граждан на охрану здоровья; демократического сотрудничества; профессиональной компетенции кадров здравоохранения.

Современная практика функционирования системы здравоохранения и развития основ государственно-общественного управления требует углубления исследований по соблюдению выделенных принципов государственного регулирования, установлению их влияния на

развитие ключевых профессионально-кадрового и социально-информационного механизмов и в целом эффективное обеспечение конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Кадровая динамика в сфере здравоохранения обусловлена рядом причин, которые вызывают неудовлетворенность, с одной стороны медицинского персонала своей работой, а с другой, руководителей структур здравоохранения востребованностью кадров и эффективностью их профессиональной деятельности.

Цель кадровой политики в решении выделенных в главе проблем известна — подготовить нужных работников нужной квалификации, определить их в нужное место и в нужное время, дать нужное задание, при этом сохранив гибкость в реагировании на кризисные ситуации, решая существующие проблемы и предвосхищая будущие события.

Формальный подход не работает, поскольку эффективные стратегии в области кадровых ресурсов должны соответствовать уникальным российским условиям. В этом ракурсе совершенствование управления кадровыми процессами в лечебных учреждениях, как объекта государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения, является условием его модернизации и повышения эффективности медицинского обслуживания.

## **Глава 2**

### **Направления совершенствования кадровой политики в медицинских организациях**

#### **2.1 Кадровое обеспечение медицинских организаций как фактор реализации национального проекта «Здоровье»**

Современное развитие системы здравоохранения характеризуется не только оптимизацией процессов функционирования отдельных механизмов государственного регулирования, но и реализацией программно-целевого управления, определяемого как Приоритетный национальный проект «Здоровье» (далее – Проект). Реализация Проекта востребовала активизацию применения данных механизмов. Это позволило апробировать их в новых условиях развития здравоохранения, расширить содержание механизмов и выявить направления их совершенствования. Возросла роль профессионально-кадрового и социально-информационного механизмов государственного регулирования системы здравоохранения.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» включает в себя комплекс мероприятий по укреплению первичного звена медико-санитарной помощи, усилению профилактической направленности здравоохранения, совершенствованию организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, улучшению кадрового обеспечения медицинских организаций.

Проект «Здоровье», который наряду с другими национальными проектами был выделен Президентом Российской Федерации на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного Совета РФ 5 сентября 2005 года, имеет непреходящее значение для российского общества и государства.

В приоритетные проекты вошли отрасли, формирующие демографические и социально-экономические показатели развития общества, определяющие качество жизни граждан: «Здоровье», «Образование», «Доступное и комфортное жилье – гражданам России» и «Развитие Агропромышленного комплекса». Внимание государства к этим областям определяет доверие населения к государственному аппарату в целом. По определению В.В.Путина: «Во-первых, именно эти сферы определяют качество жизни людей и социальное самочувствие общества. И, во-вторых, в конечном счете, решение именно этих вопросов прямо влияет на демографическую ситуацию в стране и, что крайне важно, создает необходимые стартовые условия для развития так называемого человеческого капитала»<sup>20</sup>.

Опыт реализации программ, включенных в Национальный проект «Здоровье» показал, что самая сложная и большая проблема российского здравоохранения - укрепление кадрового потенциала отрасли. Недостаточно изыскать финансовые средства на дополнительное оснащение и капитальный ремонт **лечебно-профилактических учреждений**, необходимо обеспечить их квалифицированными врачами и средним медицинским персоналом и выстроить логистику всего процесса оказания медицинской помощи, преемственно на всех этапах.

В ходе подготовки и выполнения программных мероприятий, предусмотренных национальным проектом «Здоровье», на первый план вынесены:

- оптимизация численности медицинского персонала, исходя из перспективных и среднесрочных планов развития здравоохранения в стране;
- совершенствование структуры врачебного и медицинского персонала дифференцированно по специальностям номенклатуры;
- реализация мер по восполнению имеющегося дефицита врачей, формирование резерва для восполнения

20 «... Это курс на инвестиции в человека...» // Национальные проекты. 2006. №1.

естественной убыли врачебного персонала;

- повышение эффективности системы профессиональной подготовки кадров для лечебно-профилактических учреждений, создание надлежащих условий для непрерывного повышения профессионального уровня врачей, их качественного усовершенствования;
- мотивация и стимулирование врачей и всего персонала ЛПУ к качественному исполнению профессиональных обязанностей.

Однако, для полноценного кадрового обеспечения здравоохранения в целом необходима эффективная реализация кадровой политики в данной отрасли, а также осуществление регулирующей и координирующей деятельности государства по отношению к кадровой политике. Огромное значение для развития кадровой политики новой системы здравоохранения имело принятие в 1993 г. Конституции Российской Федерации. Основным законом РФ установлены: общедоступность и бесплатность среднего профессионального образования, а также возможность бесплатного получения высшего профессионального образования (ст.43).

В целях реализации Национального проекта РФ «Здоровье» в Центре повышения квалификации специалистов здравоохранения и отделениях повышения квалификации при медицинских училищах и колледжах (ОПК) проводится обучение среднего медицинского персонала, участвующего в оказании первичной медико-санитарной помощи (участковые медсестры, фельдшеры) в части проведения диспансеризации, оформления документации, лекарственного обеспечения и др.

В сфере здравоохранения проявляется весьма значительная проблема – это дефицит кадров в сельской местности и отдаленных районах страны. Более не существует системы государственного распределения выпускников медицинских вузов, которая работала в советское время. Молодые врачи не высказывают намерения работать в регионах с не-

достаточно развитой инфраструктурой, низким уровнем социального благополучия. Безусловно, демократические принципы для нашего общества незыблемы (это гарантирует Конституция, где записано право на медицинское образование, которое не предусматривает обязательного распределения). Но и оставлять территории без медицинских специалистов нельзя. Нужна продуманная кадровая политика и система мер, которая бы обеспечивала укомплектование медицинских организаций как врачами, так и средним медицинским персоналом во всех регионах страны.

Важным нормативным документом, который сыграл ведущую роль, как в развитии системы здравоохранения, так и кадровой политики данной отрасли, стала «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»<sup>21</sup> 1997 года. В ней приоритет был отдан мероприятиям по повышению уровня квалификации медицинских работников и совершенствованию системы их подготовки, переподготовки; повышению социальной защищенности медицинских работников, в том числе повышению заработной платы; привлечению профессиональных медицинских ассоциаций к реализации государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки.

Большое значение придавалось вопросу социальной защиты и обеспечения охраны труда медицинских работников, необходимости разработки нормативных документов по безопасности труда в учреждениях здравоохранения; организации обучения по вопросам охраны труда руководителей органов управления и учреждений здравоохранения; проведению единой политики по установлению компенсаций и льгот за особые условия труда медицинских работников.

Кроме того, уже в то время осознавалась необходимость совершенствования планирования и подготовки специалистов по таким новым направлениям, как врач общей

<sup>21</sup> Постановление Правительства РФ от 15.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ») / Собрание законодательства РФ, 17.11.1997, N 46, ст. 5312.

практики, клинический фармаколог, медицинский психолог, медицинская сестра с высшим образованием, специалист по социальной работе, экономист здравоохранения, менеджер здравоохранения, что так же было отражено в Концепции. Предусматривался выход на новый международный уровень развития системы здравоохранения и подготовки кадров, что предполагало восстановления профессиональных медицинских связей с государствами - участниками СНГ; развития работы по заключению международных соглашений Российской Федерации о взаимопризнании медицинских дипломов и стажировке специалистов; подготовке врачей и медицинских сестер за рубежом по принципу обмена и другие мероприятия.

В соответствии с этим, целью кадровой политики в Концепции выделено развитие системы управления кадровым потенциалом отрасли, основанное на рациональном планировании подготовки и трудоустройства кадров, 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. Основные концептуальные задачи по реализации кадровой политики в здравоохранении состоят в следующем:

1. Обеспечение дальнейшего развития комплексной системы планирования кадровых ресурсов с учетом структуры потребности отрасли здравоохранения, их рационального размещения и эффективного использования.

2. Повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования, совершенствования системы государственных образовательных стандартов подготовки специалистов.

3. Повышение уровня жизни работников здравоохране-

ния, приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи.

4. Обеспечение правовой и социальной защиты врачей и медицинского персонала, развитие государственного и социального страхования, повышение эффективности мероприятий по охране труда.

5. Проведение реформы кадровой службы здравоохранения в соответствии с принципами и требованиями современной теории научного управления человеческими ресурсами.

Для достижения поставленной цели и решения задач Минздравом России установлено, что кадровая политика должна включать три направления: планирование и оптимизацию численности и структуры кадров; профессионализацию кадрового обеспечения; совершенствование подготовки кадров; управление человеческими ресурсами здравоохранения. При этом кадровое обеспечение рассматривается в виде системы комплексного целенаправленного воздействия соответствующих структур здравоохранения как социальных институтов, обеспечивающих совместную последовательную деятельность по управлению профессиональной специализацией, социальным воспроизводством медицинских кадров в соответствии с потребностями ЛПУ и отрасли. сущности стратегии кадрового обеспечения как определение перспективных целей системы профессионализации кадрового обеспечения организации, методов и времени их достижения, а также степени оценки качества реализации этих целей. По своей методологической сути стратегии кадрового обеспечения выступают как определение перспективных целей системы профессионализации кадрового обеспечения организации, методов и времени их достижения, а также степени оценки качества реализации этих целей.

Результативность и эффективность деятельности меди-

цинских организаций, обеспечение населения качественной и эффективной медицинской помощью и улучшение качественных показателей состояния его здоровья в значительной степени определяется кадровым потенциалом, уровнем профессиональной квалификации медицинских работников.

По итогам 2013 года отмечается основная положительная тенденция – улучшились показатели обеспеченности медицинскими кадрами в расчете на 10000 населения; уменьшился коэффициент совместительства медицинских работников, в том числе работающих в первичном звене здравоохранения. Тем не менее, имеется дефицит медицинских кадров, не улучшаются показатели укомплектованности штатов учреждений здравоохранения области медицинскими кадрами. Более 30% работающих медицинских работников составляют лица пенсионного возраста.

Укомплектованность учреждений здравоохранения врачебными должностями составила в Российской Федерации за 2012 год 91,7% (2009 г. - 92,4%). На 90,0% и более наполнены штаты в Центральном, Северо-Западном, Приволжском, Сибирском, Уральском и Дальневосточном регионе, менее 90,0% - в Южном и Северо-Кавказском ФО. Высокой укомплектованностью учреждений здравоохранения врачами характеризуются Кемеровская (97,4%), Сахалинская (97,2%) области, Республики Саха (Якутия) – 97,0%. Удмуртская (96,6%), Татарстан (96,4%) и ряд других субъектов Федерации. Как правило, более высокая комплектация состава врачей сочетается с превышающим общероссийский - коэффициентом совмещения должностей (1,6-1,8). То есть, укомплектованность врачами многих субъектов Федерации выглядит достаточно благополучно, с учетом совместительства.

Менее чем на 90,0% укомплектованы квалифицированными врачебными кадрами лечебные учреждения территорий, в которых обеспеченность врачами ниже средне-российской – Еврейская АО, Камчатский край, Республика

Бурятия, все Республики Северо-Кавказского ФО, кроме Северной Осетии-Алании, Орловская, Тамбовская, Тверская область.

Вместе с тем, при уровне обеспеченности врачами выше российского показателя укомплектованность медицинских организаций может быть и ниже средних данных – Смоленская (89,0%), Оренбургская (89,0%) область, г. Москва (87,8%), где коэффициент совместительства меньше среднероссийского (1,4).

Усредненный российский показатель коэффициента совместительства составляет сейчас - 1,5, отражая несоответствие числа штатных должностей количеству работающих физических лиц врачебного персонала. Высокие показатели совместительства до 2,0 и выше объемов отмечаются в Тульской, Магаданской области, Еврейской АО, до 1,9-1,8 – в Ульяновской, Челябинской, Кемеровской, Новгородской области - субъектах с более низким обеспечением врачами. В Республиках Северо-Кавказского ФО меньшая обеспеченность врачами сочетается, напротив, с невысоким коэффициентом совместительства (1,1– 1,3), что в целом характеризует трудности управления трудовыми ресурсами и диспропорции, возникающие в процессе расстановки кадров, оплаты их деятельности.

Анализ уровня укомплектованности врачебным персоналом больничных учреждений показал, что врачебные должности заполнены на 92,5% (в целом по больницам, включая совмещенные с ними поликлиники) при коэффициенте совместительства, равном 1,5, в стационарах сельской местности составляет 88,1% при совмещении должностей - 1,5. В больницах федерального подчинения укомплектованность врачами достигает 86,9% при совместительстве 1,2, в учреждениях подчинения субъекта Российской Федерации - 92,4% (коэффициент совместительства – 1,5), в муниципальных стационарах – 92,8% (при коэффициенте совместительства 1,6). К концу 2010 года осталось

лишь 5 участков больниц, в которых ни одна штатная должность не была занята врачом. В самостоятельных амбулаторных учреждениях здравоохранения укомплектованность врачами составила 92,3%, при коэффициенте совместительства-2,2. Поликлиники федерального подчинения укомплектованы на 91,4% (коэффициент совместительства 1,5), подчинения субъекта Российской Федерации – на 93,3% (коэффициент совместительства – 2,1), муниципального подчинения – на 93,9% при совмещении должностей 2,4. На начало 2011 года осталось 10 самостоятельных амбулаторий, в которых не было работающего врача.

Анализ материалов с мест показывает, что одним из важных аспектов закрепления на рабочих местах молодых специалистов, завершивших обучение в медицинских вузах по целевому приему, является предоставление им определенных действующим законодательством социальных гарантий. В большинстве субъектов Российской Федерации этот вопрос решается с учетом финансовых возможностей и включается в обязательства сторон при заключении трехсторонних договоров.

Анализ оперативной информации показал следующее. Начиная с 1999 года, договора на подготовку специалистов в интернатуре заключаются в 65-70% территориях. При этом Республики Марий Эл и Адыгея предусматривают в договорах обязательную работу врачей в течение трех лет после окончания интернатуры по месту направления, а в Курской области проводится подготовка врачей - интернов по гарантийным письмам руководителей лечебно-профилактических учреждений.

Управление профессионализацией кадрового обеспечения здравоохранения представляет по своей сути целенаправленную, скоординированную, реализуемую в рамках кадровой политики систему социально-экономических, организационных, нравственных, правовых отношений органов управления здравоохранением, их руководите-

лей, работников кадровых структур, руководителей медицинской организации, направленных на поиск, оценку, профессиональный отбор, профессиональное развитие медицинских кадров, мотивацию и стимулирование персонала, обеспечивающего рациональную реализацию врача в его профессии для выполнения задач здравоохранения.

Профессионализация кадрового обеспечения органов здравоохранения является комплексной функционирующей системой с определенными субъектами действия, присущими функциями и полномочиями. Она охватывает широкий круг проблем, решение практических задач, начиная от профессионального отбора и найма медицинского персонала, его профессионального развития (включая планирование и реализацию карьеры врача, расстановку кадров, служебное выдвижение, организацию аттестаций, конкурсов, квалификационных экзаменов и др.), стимулирование эффективности труда, воспитание кадров, социальное обеспечение настоящих и бывших медицинских работников. Кадровое обеспечение выступает в качестве механизма управления профессионализацией структур системы здравоохранения. В практическом плане особенно важно определить общие начала в кадровом обеспечении здравоохранения: цели, приоритеты, принципы, стандарты и требования. На наш взгляд, важно также выявить общее и особенное, прежде всего, в регулировании кадровых процессов в медицинских организациях системы российского здравоохранения.

Сейчас квалификационные характеристики врачей различных специальностей включены в «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих»<sup>22</sup>. В разделе «Должности специалистов» по каждой из врачебных специальностей установлены должностные обязанности, перечень обязательных для изучения вопросов, требования к квалификации. Нормами права определено, что повышение квалификации

22 Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010г. №541н.

врача организуется не реже одного раза в 5 лет в течение всей его трудовой деятельности. Ответственность за качество медицинской помощи в реализуемой модели общественного здравоохранения возложена на носителя профессии – врача (или средний медицинский персонал), а также на структуру, регулирующую их профессиональную деятельность – профессиональные объединения по медицинским специальностям. Высокий уровень качества исполнения врачом (медицинской сестрой) своей профессии определяется многими факторами. К главным из них относим: стандарты деятельности по всем медицинским специальностям, контроль за их выполнением со стороны профессиональных медицинских объединений, четкую систему непрерывного последипломного образования с последующей процедурой сертификации, систему корпоративной этики и страхование профессиональной ответственности.

Опыт реализации программ Национального проекта «Здоровье» показал, что самая сложная и большая проблема российского здравоохранения - укрепление кадрового потенциала отрасли. Оказывается весьма важно, но еще недостаточно лишь изыскать финансовые средства на оснащение и капитальный ремонт лечебно-профилактических учреждений. Необходимо, прежде всего, обеспечить медицинские организации квалифицированными врачами и средним медицинским персоналом, выстроить логистику процесса оказания пациентам медицинской помощи, преемственно на всех этапах лечения.

Проведенное исследование убеждает, что в современных условиях на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, да и в каждом лечебно-профилактическом учреждении необходима продуманная *кадровая политика* и система мер, нацеленных на полноценное и качественное кадровое обеспечение медицинских организаций как высококвалифицированными врачами, так и подготовленным *кадрами* управленцев, среднего медицинского персонала.

В рамках Национального проекта «Здоровье» в отношении медицинских работников мероприятия направлены на их обучение и повышение дополнительных выплат, при этом, речь не идет о формировании и реализации единой кадровой политики, направленной, в соответствии с Концепцией, на рациональное планирование подготовки и трудоустройства кадров, использование современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов, на социально-правовую защиту персонала.

Анализ современной практики кадрового обеспечения системы здравоохранения и востребованности профессиональных возможностей специалистов управления отраслью охраны здоровья граждан свидетельствует: о значительных диспропорциях между количеством и качеством подготовленных специалистов и реальными возможностями воплощения приобретенного ими профессионального опыта в практической деятельности; о дифференциации заработной платы в городском и сельском здравоохранении; о неразвитости рыночных отношений между процессом, результатом труда и его ценой, что выражается в отсутствии механизмов стимулирования эффективной деятельности медицинских кадров; об отсутствии механизма ответственности руководителей органов управления и учреждений здравоохранения за невостребованность профессиональных возможностей персонала.

Кроме того, в вопросе кадров здравоохранения выделяются некоторые ключевые проблемы, решение которых требует эффективных мер по государственному регулированию. Одной из острейших проблем кадрового обеспечения здравоохранения стало неравномерное распределение специалистов с высшим и средним медицинским образованием на территории Российской Федерации.

На примере распределения врачебных кадров видно, что во всех федеральных округах численность врачей между субъектами федерации различается в 2-3 раза. Кроме того,

в настоящее время эта разница только увеличивается. Подобный кадровый дисбаланс ведет к серьезным экономическим последствиям, усложняет доступ населения к системе здравоохранения, что, в свою очередь, ведет к осложнению заболеваний и увеличению отрицательного исхода лечения. Это требует повышенного внимания государственных органов к проблеме кадрового обеспечения, эффективного распределения и использования кадрового ресурса.

Анализ практики кадрового обеспечения системы здравоохранения и востребованности профессиональных возможностей специалистов управления отраслью охраны здоровья граждан свидетельствует: о значительных диспропорциях между количеством и качеством подготовленных специалистов и реальными возможностями воплощения приобретенного ими профессионального опыта в практической деятельности; о неоправданной дифференциации заработной платы врачебных и сестринских кадров в городском и сельском здравоохранении; о неразвитости рыночных отношений между процессом, результатом труда и его ценой; о неразработанности механизма ответственности руководителей органов управления и учреждений здравоохранения за невостребованность профессиональных возможностей медперсонала.

В последние годы приказы Министерства здравоохранения РФ во многом стали рекомендательными и позволяют региональным органам управления здравоохранением самостоятельно решать вопрос о распространении их на уровень муниципалитетов и лечебных учреждений: отправлять федеральный вариант приказа с приложением своих комментариев, подготовить собственный вариант приказа по субъекту Федерации или не распространять ничего. Положительная сторона такого правового взаимодействия заключается в возможности регионов ответственно относиться к исполнению федеральных нормативов, соотнося их с возможностями и требованиями,

учитывать специфику организации здравоохранения и показатели здоровья населения региона.

Вместе с тем, такой характер правового обеспечения различных уровней управления здравоохранения нарушает регулируемую и координирующую функции федерального центра, препятствует однородности распределения нормативно-правовых актов по всей территории Российской Федерации. Кроме того, расширяется региональная правовая база без осуществления эффективно-го взаимодействия с федеральным уровнем. В результате сдерживается распространение положительного опыта юридического обеспечения здравоохранения на другие субъекты Российской Федерации. Следует отметить, что до сих пор отсутствует система мониторинга осуществления и степени эффективности реализации приказов федерального уровня. Это также препятствует развитию правовой базы здравоохранения.

В процессе изменения политической, экономической и социальной ситуации в стране и развития системы здравоохранения преобразовывались и механизмы государственного регулирования системы здравоохранения.

Так, развитие *правового механизма* характеризуется принятием различных федеральных законов и иных нормативных основ, способствующих развитию системы охраны здоровья граждан.

Оптимизация *профессионально-кадрового механизма* регулирования здравоохранения направлена на современное развитие кадрового состава системы здравоохранения, имеющего профессиональную подготовку в области общественного здоровья и управления здравоохранением; способного осуществлять внутриотраслевую интеграцию между лечебными учреждениями села, города и региональных центров, между государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения; обеспечивать взаимодействие здравоохранения с различными отрасля-

ми промышленности и народного хозяйства.

Неразвитая социально-экономическая и правовая база кадров здравоохранения является также тормозящим механизмом, выражающимся в отсутствии мотивационных стимулов к работе, низком уровне оплаты труда, несоответствии нагрузки и ответственности; недостаточной социальной защищенности работников здравоохранения; усилении тенденции оттока из отрасли молодых специалистов; несовершенстве нормативно-правовой базы, организации и управления кадровой службой.

Все это определяет необходимость усиления влияния государственных органов на совершенствование подготовки кадров здравоохранения, включая государственных гражданских служащих, медицинских кадров и персонала лечебных учреждений. Подобное разграничение позволяет выявить объекты кадровой политики в сфере здравоохранения и рассматривать управление кадрами на трех уровнях: государственном, отраслевом и учрежденческом.

Важнейшая роль профессионально-кадрового обеспечения в государственном регулировании здравоохранения позволяет рассматривать его как один из механизмов регулирования в целях совершенствования деятельности как медицинских организаций, так и развития системы здравоохранения страны в целом, повышения его эффективности по обеспечению здоровья граждан нашей страны.

Анализируя факторы, влияющие на формирование современных подходов к качественному профессионально-кадровому обеспечению лечебно-профилактических учреждений, отмечаем, что:

- собственно управление здравоохранением требует специалистов, имеющих профессиональную подготовку в области общественного здоровья и управления здравоохранением;
- усиливающиеся различия в государственной, муниципальной и частной подсистемах здравоохранения, территориальные и ресурсные различия между медицин-

скими организациями поселения, города и регионального центра обуславливают потребность в управленческих кадрах, способных реализовывать внутриотраслевую интеграцию в здравоохранении.

К проблемным вопросам относим и слабую подготовку руководителей лечебно-профилактических учреждений по психологии, социологии, управлению персоналом. Буквально перезрела задача включения в подготовку специалистов по управлению здравоохранением юридических и экономических основ, предметов психологической, социологической, управленческой специализации, развития навыков коммуникаций, освоения возможностей информатизации управления медицинских организаций. Это должно способствовать повышению профессионального уровня управленческих кадров.

Благодаря Национальному проекту «Здоровье» многие амбулатории и поликлиники оснащены теперь современным диагностическим оборудованием и инструментарием. Сельская медицина получила поддержку со стороны региональных администраций. Уровень ее развития во многом определяется уровнем развития инфраструктуры и социальной жизни в сельских и удаленных районах страны. Мы рассматриваем развитие сельской медицины и ее кадрового потенциала как долгосрочную задачу, привлекая к решению ее различные ведомства - Министерство сельского хозяйства и Министерство регионального развития. Вопрос о целевом наборе в медицинские вузы был обсужден на совете ректоров. Высказано единодушное мнение, что необходимо развивать это направление работы для удовлетворения потребностей регионов в медицинских кадрах.

До настоящего времени, даже в республиканских и областных центрах, дает о себе знать проблема внедрения информационных технологий и, в первую очередь, перспективного дистанционного обучения, в систему ПДПО врачей. Сложность проблемы в значительной мере обу-

словлена несовершенством нормативно - правовой базы дистанционного обучения в здравоохранении. Многие интересные работы по использованию в медицинском образовательном процессе инновационных дистанционных технологий носят до сих пор разрозненный характер и выполняются зачастую, лишь при финансовой поддержке зарубежных компаний.

Таким образом, низкая ответственность руководителей органов управления и учреждений здравоохранения за невостребованность профессиональных возможностей персонала; отсутствие технологий стимулирования эффективной деятельности медицинских кадров, дифференциация заработной платы врачебных и сестринских кадров в городском и сельском здравоохранении, преобладание в кадровой политике органов государственного, регионального и муниципального управления элементов деструктивного профессионализма – все это тормозит осуществление практики качественного кадрового обеспечения системы здравоохранения и востребованности профессиональных возможностей специалистов управления отраслью охраны здоровья граждан.

Факторами формирования новых подходов к профессионально-кадровому обеспечению в современной России могли бы стать:

- совершенствование управления здравоохранением через подготовку специалистов, имеющих профессиональную подготовку в области общественного здоровья и управления здравоохранением;
- усиление координации деятельности государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, снижение территориальных и ресурсных различий между лечебными учреждениями поселений, городов и регионального центра, формирования потребности в медицинских кадрах, способных реализовывать внутриотраслевую интеграцию;
- организации подготовки специалистов для осуществ-

вления взаимодействия здравоохранения с различными отраслями промышленности и народного хозяйства.

Следует отметить, что ко всему изложенному выше имеет отношение неразвитая социально-экономическая и правовая база кадров здравоохранения. Она в значительной мере сдерживает рост мотивационных стимулов и возможности профессионального развития врачей. Усиливается тенденция оттока из отрасли молодых специалистов. Несовершенна нормативно-правовая база организации и управления кадровыми службами медицинских организаций.

Кадровая политика в здравоохранении должна быть направлена на рациональное планирование, оптимизацию численности кадров с учетом потребности отрасли; научное и техническое улучшение подготовки специалистов, реализацию полноценной управленческой деятельности в отношении человеческих ресурсов здравоохранения, их эффективное размещение и использование.

Анализ реализации проекта «Здоровье» позволяет проникнуть в суть содержания и эффективного использования механизмов государственного регулирования здравоохранения – правового, организационно-административного и экономического. Это дает возможность провести широкую апробацию названных механизмов и определить пути их совершенствования.

Решение проблемных вопросов, включенных в национальный проект «Здоровье», и далее требует выработки научно-обоснованных направлений и мер по полноценному и качественному кадровому обеспечению системы российского здравоохранения в современных условиях. В целом же проект «Здоровье» явился предпосылкой решения важнейших проблем в системе российского здравоохранения. Выработки направлений формирования государственной кадровой политики в системе здравоохранения, улучшения кадрового обеспечения медицинских организаций.

## **2.2 Воспроизводство медицинских кадров в реализации стратегии кадровой политики в системе здравоохранения**

Как отмечено в предыдущей главе, общие принципы государственной кадровой политики в области образования, включая медицинское, сформулированы в Федеральном законе «Об образовании» (ФЗ-273, 2012г.). При этом ситуация в образовательной сфере осложняется тем, что сама система высшего профессионального образования подвергается структурно-функциональным изменениям, которые отличаются противоречивостью и непоследовательностью. Поэтому поиск путей повышения эффективности реализации учебных программ в образовательных учреждениях медицинского профиля идет по пути расширения и углубления воспроизводственных процессов, модернизации управления ведомственной системой профессионального образования.

Воспроизводство профессионального потенциала – это приоритетное направление государственной кадровой политики. Из этого определения вытекают требования к развитию профессионализма, методологии и организации профессионального образования кадров, способных работать в условиях реализации стратегии социально-экономического развития государства, расширения масштабов глобализации и гуманизации образовательного процесса.

Как основной механизм воспроизводства кадров здравоохранения, система профессионального образования врачей решает исключительно важную государственную задачу. Ее суть - в подготовке нового поколения медицинских кадров, востребованных системой здравоохранения в широком диапазоне профессий и специальностей отрасли. При этом *воспроизводство профессионального потенциала общества* является непрерывным процессом формирования и замещения должностей; воссоздания

профессионально подготовленной части кадровых ресурсов здравоохранения, обладающих необходимой профессиональной компетентностью, работников, способных участвовать в производительных видах профессиональной служебной деятельности.

Методологической основой управления системой профессионального развития врачей также как и специалистов различных профилей подготовки «должна стать концепция преодоления безсубъектности и понимания того, что главной целью современных реформ является не трансформация безликих структур, а реализация таких направлений реформирования, которые будут способствовать формированию высококвалифицированно-го специалиста с новым типом мышления».

В силу изложенного, наряду с принципами «образовательного» характера, при моделировании системы управления подготовкой и повышением квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений следует руководствоваться базовыми «управленческими» принципами. Приоритет здесь принадлежит учету принципа *целенаправленности*. Ведь процессу обучения врачей, как и любому другому социальному процессу, происходящему под воздействием объективного и субъективного факторов, свойственна направленность и определенная социальная обусловленность. И поскольку управление профессиональным развитием врачей, осуществляемое, в конечном счете, для обеспечения эффективности медицинской помощи и качественного лечения является осознанной деятельностью, то речь может идти о целенаправленном управленческом воздействии на все аспекты процесса обучения врачей.

Следование принципу *целенаправленности* означает формирование совокупности целей профессионального развития врачей. При этом надо учитывать, что целевые установки системы управления обучением врачей должны

задаваться государственным стандартом и нормативными правовыми актами, относящимися к профессиональному развитию медицинского персонала.

Определяя структуру профессионального развития врачей обращаем внимание на возможный принцип *рационализации* пространственной организации, а также учет общеизвестных из теории управления принципов эффективности, оптимальности, многовариантности, субсидиарности, адаптивности. Представляется, что сполна реализовать совокупность принципов можно через создание в рамках кадровой политики единой общефедеральной системы профессионального обучения врачей лечебно-профилактических учреждений. И здесь важно отметить, что кадровая политика является стратегией ее субъекта по отношению к воспроизводству и востребованности кадрового потенциала здравоохранения, полноценного обеспечения квалифицированными кадрами врачей лечебно-профилактических учреждений.

С учетом концептуальных подходов к управлению профессиональным развитием предложены *принципы*, определяющие функционирование системы (модели) профессионально-квалификационного развития врачей:

- проведение единой государственной политики, в ходе осуществления которой, обучение выступает неотъемлемой частью управления медицинским персоналом, а его результаты - основой принятия кадровых решений в медицинских организациях;
- опережающий характер обучения, включая его непрерывность, обязательность выполнения соответствующих государственных стандартов, соответствие обучения врачей профессионально-квалификационным характеристикам должностей, а также нормативному порядку их замещения;
- гибкость и оптимальность сочетания всех видов и уровней обучения, а также форм послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей;

- обеспечение образовательных учреждений и центров повышения квалификации врачей высококвалифицированным педагогическим и научным потенциалом, развитой методической и информационно-аналитической базой;
- продуманное и селективное использование отечественного и зарубежного опыта обучения и повышения квалификации врачей;
- соответствие содержания учебных планов и программ дополнительного профессионального образования врачей характеру и направленности решаемых ими задач в медицинских организациях;
- единое управление, обеспечивающее координацию деятельности всех элементов, составляющих систему.

В системе дополнительного профессионального образования медицинского персонала выделяется и функционирует ряд подсистем:

1. Подсистема нормативно-правового обеспечения подготовки, переподготовки и повышения квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений, включающая в себя законодательные, нормативно-правовые акты Российской Федерации и ее субъектов, регламентирующие процесс обучения врачей и медицинского персонала в целом, учет зарубежного опыта, а также реализацию требований соответствующих государственных образовательных стандартов.

2. Подсистема сети учебных заведений и образовательных программ, состоящая из образовательных учреждений и центров, осуществляющих переподготовку и повышение квалификации на основе соответствующих лицензий и профессиональных образовательных программ по видам и формам обучения врачей.

4. Подсистема объектов профессионального обучения, включающая руководителей (главные врачи и их заместители), врачей, медицинский персонал, а также преподавателей высших и средних специальных образовательных

учреждений и центров повышения квалификации.

5. Подсистема профессионально-деятельностной среды здравоохранения, элементами которой являются административные, должностные регламенты, квалификационные характеристики должностей, иные элементы организационной культуры медицинских организаций.

6. Подсистема кадрового и научно-методического обеспечения, включающая в себя: профессорско-преподавательский состав образовательных учреждений; наиболее подготовленных специалистов органов управления здравоохранением, видных ученых и специалистов, привлекаемых к проведению учебных занятий; информационное и консалтинговое сопровождение врачебной деятельности; учебную и методическую литературу, техническое оснащение учебного процесса, позволяющие реализовать современные формы обучения, а также культурно-бытовое обеспечение обучаемых.

7. Подсистема финансового обеспечения, состоящая из денежных средств, направляемых на профессиональное развитие врачей из бюджетов всех уровней и других источников финансирования.

8. Подсистема контроля за эффективным функционированием системы профессионального обучения медицинских работников, в которую входят: федеральные и региональные органы государственной власти, уполномоченные осуществлять контроль в сфере образовательной и медицинской деятельности; контрольные и финансовые органы федерального подчинения и субъекта Российской Федерации.

Каждая из предложенных подсистем, имеет собственные субъекты управления, относящиеся к различным уровням управления. Поэтому правомерна постановка вопроса о разрешении проблемы синхронизации в едином субъекте управления как общих принципов государственной политики в области образования, так и специфических управленческих принципов, характерных для сферы здравоохра-

нения при реализации направлений ее кадровой политики в лечебно-профилактических учреждениях, технологизации профессионального развития врачебных кадров. Важное значение имеет выбор и использование эффективных форм и методов профессионального развития медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений.

Технологический уровень управления профессиональным развитием медицинского персонала включает методы, формы и технологии, направленные на повышение профессионального уровня, получение новых знаний, формирование профессионального опыта, умений и навыков для профессиональной деятельности врача. Полагаем, что для профессионально-квалификационного развития врача важное значение имеют средства и методы воздействия на кадровые процессы и отношения в лечебно-профилактическом учреждении. При этом методы управления развитием медицинского персонала – это способы реализации управленческих воздействий на этот персонал.

При выборе методов управления профессиональным развитием важно соблюсти требования нормативной правовой базы в области здравоохранения и профессионального образования медицинского персонала, трудового законодательства, федеральных образовательных стандартов, освоения эффективных технологий подбора персонала, конкурсных процедур приема врачей на работу в лечебно-профилактические учреждения, квалификационной оценки и стимулирования врачей, заслуживающих поощрения за качественное лечение пациентов.

Совершенствование последипломного обучения кадров сферы здравоохранения является одной из важных задач кадровой политики органов управления здравоохранением. Эта проблема актуальна как для врачебного персонала, так и для формирования современных менеджеров, призванных реализовать новые социальные проекты в сфере здравоохранения. В повестку дня образовательной поли-

тики сейчас поставлен вопрос о разработке широкого диапазона программ послевузовского образования врачей и менеджеров, отвечающих требованиям федеральных государственных стандартов третьего поколения. За этим следует освоение качественно новых методов обучения в период последипломного становления, а далее сертификация к последующей трудовой деятельности.

Управленческой и научно-педагогической практикой доказано, что одним из главных критериев совершенствования последипломного образования кадров здравоохранения является приближение учебных программ по их форме и содержанию к реальным условиям, в которых работают обучаемые. В каждом конкретном случае – к особенностям функционирования системы здравоохранения Российской Федерации. В русле современного инновационного процесса повышается актуальность проблемы проектирования учебного процесса на основе индивидуализации реализуемых программ формирования высококвалифицированных специалистов. Речь о медицинских кадрах, обладающих определенным комплексом ключевых компетенций и способных активно и инициативно совершенствовать все элементы системы российского здравоохранения от лечебного учреждения до соответствующего государственного органа власти.

Ежегодный выпуск специалистов из высших учебных заведений медицинского профиля составляет более тридцати тыс. человек. После выпуска в последующие за этим годы каждый из выпускников медицинских вузов должен проходить дополнительное (на бюджетной основе) профессиональное образование. Для этого предусмотрен ряд специальных схем, освоенных в сфере образования и здравоохранения. К таковым относятся: интернатура; получение сертификата специалиста; практическая или научно-клиническая деятельность; ординатура; получение сертификата специалиста; практическая или научно-клиническая

деятельность. В последующем врач обязан проходить курсы усовершенствования по определенной специальности с обязательным прохождением сертификационного цикла.

В русле кардинальных перемен и модернизации высшего и последипломного медицинского образования актуализировалась проблема повышения качества практических умений выпускников. Об этом свидетельствуют результаты социологического опроса врачей – молодых специалистов<sup>23</sup>. Из числа опрошенных респондентов (около тысячи чел.) лишь 23% выпускников оценили свою подготовку в вузе как хорошую, а 55% - как удовлетворительную, 22% - неудовлетворительную. Оценивая свои практические умения и навыки, только 12% молодых врачей сочли их качество хорошим. Поэтому так необходимы поиск и апробация новых методологических подходов и организационных мер в системе последипломного обучения.

Практикой доказано, что врачи, проходившие последипломную и сертификационную подготовку на соответствующей кафедре, обучались по стандартизированной кафедральной программе. В большинстве своем, разделение слушателей на отдельные специализированные группы не практикуется. И всё более актуальным становится учет индивидуализации подготовки, профиля и места врачебной деятельности (поликлиника, амбулатория, стационар), исходного психологического и профессионального уровня (знания, умения, навыки). С учетом изложенных обстоятельств, на кафедре урологии, онкологии и радиологии Российского Университета Дружбы Народов в целях повышения качества обучения курсантов по сертификационному курсу последипломного образования врачей осуществлен комплекс социально-значимых мер. Так, в качестве приоритетных задач были предложены: *во-первых*, разработка тестовых контрольных заданий для проверки исходного уровня знаний слушателей; *во-вторых*, реали-

23 Медицинское образование и профессиональное развитие. Журнал общества медицинских преподавателей, №1 (1) 2010, стр.52.

зация вариативных программы обучения врачей одного профиля, работающих по разным направлениям (поликлиническому и стационар); *в-третьих*, создание психологически ориентированного мониторингового опросника для определения остаточных знаний слушателей. В соответствии с поставленными задачами для проведения анализа слушатели, обучающиеся на кафедре, были условно разделены на две группы - основную и контрольную.

В контрольную группу респондентов были включены слушатели, которые проходили обучение по сертификационному курсу (540 уч.часов) по стандартной программе. В целом основная группа состояла из слушателей, которые проходили обучение после предварительного тестирования уровня знаний. Средний возраст респондентов составлял 37 лет, а продолжительность обучения до включения в самостоятельную врачебную деятельность - 17 лет. Далее в целях изучения процесса послевузовского образования при делении по амбулаторно-клиническому и стационарному направлениям применялась психологически - мониторинговая программа. В анализируемые группы были включены преимущественно выпускники московских медицинских вузов.

Для изучения проблемы качества последипломного обучения учеными кафедры были разработаны две программы, отвечающие профессиональным интересам курсантов (поликлиника и стационар). Предложен также востребованный «тест-опросник» и анкета психологической оценки для последующего мониторинга обучающегося с интерактивной страничкой курсанта. К респондентам была обращена просьба ответить на вопросы анкеты, относящиеся к оценке качества предлагаемой программы обучения, квалификации преподавателей, уровня подачи материала, а также предложений по совершенствованию преподавательской и научно- клинической деятельности кафедры.

Анкеты были предложены слушателям основной и кон-

трольной групп. В основной группе посещаемость вводных лекций до начала разделения по специализированным программам обучения оказалась на 15% ниже чем в контрольной. В результате определения исходного уровня знаний в контрольной группе были получены следующие результаты. Каждый десятый курсант получил неудовлетворительную оценку, около сорока процентов из числа респондентов получили итоговую оценку «хорошо», а каждый четвертый – «отлично». По итогам тестирования исходного уровня знаний были проведены занятия по индивидуальным программам, которые предусматривали выполнение домашнего задания, самоподготовку и контроль выполнения заданий. Интенсификация обучения дала позитивные результаты.

После разделения состава группы по направлениям отмечено повышение посещаемости учебных занятий. Так, по итогам анализа качества педагогического процесса у курсантов основной группы оценка по большинству параметров оказалась выше на 17,7 %, чем в основной группе нежели в контрольной. Предложения по улучшению преподавательской деятельности кафедры ниже на 7,2% соответственно. Таким образом, на кафедрах занятых последипломным образованием врачей полезным представляется тестирование входных данных.

По итогам проведенного тестирования оказалось полезным формирование группы индивидуальной подготовки врачей с выделением для такой группы преподавателя, а также интенсификация занятий - путем самостоятельной самоподготовки. Значительный акцент респондентами сделан на потребности овладения современными методами профилактики и реабилитации различного рода заболеваний, рациональной и безопасной фармакотерапии, знаниями основ доказательной медицины.

Введение на кафедрах психологически мониторинго-

вых анкет с интерактивной оценкой знаний позволяет не только отслеживать психологические состояние курсантов на всех этапах обучения, но и получать полезные предложения от обучающихся коллег по улучшению работ кафедр, занятых в организации последипломного обучения. В частности, весьма важным и востребованным может оказаться создание своеобразной модели компетенций кадров здравоохранения, включающей:

**во-первых**, когнитивную компетенцию, предполагающую использование знаний теории, а также практических навыков, полученных при разборе кейсов, разработки выпускных аттестационных работ, умений приобретаемых в ординатуре;

**во-вторых**, функциональной компетенции (умения), показывающей, что врач должен уметь делать при работе в лечебном учреждении, в сфере последипломного обучения или в социальной реальности;

**в-третьих**, личностной компетенции врача, предполагающей наличие у него должной морали, поведенческие умения в конкретных ситуациях (этому способствуют активные методы обучения, тематические дискуссии, формирование гражданских качеств и позитивного мировоззрения.

Управление профессиональным развитием врачей организуется с учетом полученной ими квалификации. И потому этот процесс должен включать: диагностику профессиональной пригодности медицинского персонала; использование современных технологий отбора и расстановки кадров; дополнительное профессиональное образование, отвечающее требованиям государственных образовательных стандартов; оценку качества обучения; формирование кадрового резерва и планирование карьерного роста; стимулирование врачебного персонала и др. Наряду с непрерывностью процесса профессионального образования, важное значение имеет качественное изменение содержания образовательных мероприятий.

В ходе реализации концепций и программ профессионального развития руководители медицинских организаций, профильных отделений больниц и поликлиник должны стимулировать, прежде всего, развитие профессионализма медицинского персонала, повышение профессиональной компетенции и компетентности врачей, создавать условия для повышения их деловой и профессиональной активности. Качественным составом принятых на работу врачей высокой квалификации в значительной степени определяется объем работы кадровых служб по профессиональному развитию медицинского персонала. Поэтому освоение современных технологий поиска, подбора и отбора кандидатов на врачебные должности, организация конкурсных процедур могут иметь важное значение для эффективного управления профессиональным развитием медицинского персонала медицинских организаций.

Современная управленческая практика в системе здравоохранения требует, чтобы планирование профессионального развития кадрового состава лечебно-профилактических учреждений велось на основе прогнозирования потребностей и учета возможных изменений функций и профессиональных компетенций врачей, увеличения объема их работы, совершенствования должностной структуры медицинских организаций.

Систематизация кадрового планирования в медицинских организациях, включая освоение методов индивидуального планирования и программирования профессионального развития врачей, может стать непреложным условием достижения целей и задач профилактики, диагностики и лечения болезней пациентов. В этом плане важное значение имеет учет условий и факторов формирования профессионализма врачей как на личностном уровне, так и на уровне медицинской организации.

## **2.3 Обоснование направлений обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами**

Анализ состояния кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации и поиск путей его улучшения становятся предметом внимания ученых и управленцев, тематических дискуссий представителей медицинской профессии, государственных деятелей и ученых. Проблемным остается вопрос о фундаментальных теоретических и методологических предпосылках, которые должны быть положены в основу рациональной модели реформирования системы здравоохранения.

Современная концепция модернизации системы здравоохранения предполагает системное направление усилий и ресурсов на совершенствование кадровых процессов и отношений, на финансово-экономическое и нормативно-правовое обеспечение реструктуризации здравоохранения. Это необходимо для повышения доступности и реализации гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью на основе приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, профилактики, укрепления службы охраны материнства, отцовства и детства. Важными направлениями регулирования кадровых процессов являются совершенствование подготовки и переподготовки специалистов в соответствии с потребностями отрасли, развитие медицинской науки. Все это служит интересам достижения единой стратегической цели - улучшения состояния здоровья населения страны.

В плане совершенствования кадровой политики в системе российского здравоохранения осуществляются следующие мероприятия:

1. Кадровое обеспечение системы здравоохранения:
  - а) приведение численности и структуры медицинских

кадров в соответствии с объемами деятельности персонала и перспективными задачами. Устранение дублирования функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачи и сестринский персонал);

б) повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников;

в) совершенствование условий труда и его оплаты. Приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи. Модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда медицинских работников;

г) совершенствование нормативной правовой базы, определяющей профессиональную деятельность медицинского и фармацевтического персонала;

д) разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение статуса врача и среднего медицинского персонала, на осознание медицинским работником потенциала профессии и ее перспектив, высокой социальной значимости.

Охрана здоровья является делом государственной важности. Поэтому целесообразно выделить основные задачи государства в области охраны здоровья граждан. К ним следует отнести: улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи; реализацию федеральных и территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения; создание социально-экономических условий, способствующих снижению распространенности негативных факторов риска и уменьшению их влияния.

Однако на современном этапе реформирования российской системы здравоохранения рельефно вы-

ступает и комплекс проблем, связанных с кадровым обеспечением и низкой социально-экономической эффективностью деятельности медицинских организаций и научно-исследовательских институтов и центров этой социальной сферы. Результаты исследования проблем кадровой политики в системе здравоохранения свидетельствуют о необходимости концептуализации государственной кадровой политики в сфере медицинского обслуживания населения страны, обоснования ее стратегических направлений, углубленного анализа условий и факторов, влияющих на кадровые процессы и отношения как объекты кадровой политики, выработки надежных механизмов ее реализации.

Несмотря на то, что врачей в Российской Федерации больше на душу населения, чем, в среднем, в развитых государствах мира, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения в нашей стране значительно хуже, что свидетельствует о низкой эффективности системы здравоохранения и недостаточной квалификации медперсонала, слабой мотивации врачей к профессиональному совершенствованию.

До сих пор в России наблюдается излишняя концентрация кадров в стационарных учреждениях (более 100 тысяч врачей) и их дефицит в первичном звене (около 49 тысяч врачей). А ведь приоритетом в кадровой политике отечественного здравоохранения является укрепление и развитие кадрового состава его первичного звена. В 2010 году численность участковых терапевтов составила 37833 человек или 6,0% от состава врачей всех специальностей. По отношению к 2009 году произошло уменьшение численности почти на 1000 физических лиц при прежней обеспеченности кадрами (2,7 на 10 тыс. населения). Превышает российский показатель обеспеченность участковыми терапевтами в Центральном, Сибирском, Дальневосточном, Южном ФО (3,0 - 2,8),

соответствует – в Приволжском, не достигает – в Северо-Западном, Северо-Кавказском, Уральском (2,6-2,1).

В условиях модернизации здравоохранения получают новое развитие ординатура. Длительность её будет различной в зависимости от специальности: терапевтические специальности, как правило, — два года; хирургические — от 3 до 5 лет, в зависимости от сложности мануальных навыков хирурга. В планах Минздрава России отказ от сложившейся периодичности повышения квалификации врачей один раз в пять лет. На современном этапе развития медицины повышение квалификации раз в пять лет — это профессиональная деградация (15% вообще не проходят обучения). Будет внедряться система ежегодного накопления кредитов (баллов) за участие в конференциях/съездах, обучение и тестирование с использованием дистанционных технологий, публикации статей в журналах.

Основные принципы непрерывного профессионального образования врачей включают теперь модульную структуру обучающих программ, индивидуализацию профессионального образования, мотивацию врача в обучении, внедрение кредитной системы оценки непрерывного профессионального развития специалиста, участие профессиональных ассоциаций, внедрение дистанционных технологий. При этом ожидаемые преимущества дистанционных технологий обучения в системе ДПО заключаются в возможности обучения без отрыва от работы, экономии времени и финансовых затрат, использовании индивидуальных технологий, оперативном контакте с зарубежными и российскими специалистами, архивировании получаемых знаний, переходе к аккредитации специалистов.

Одной из острых проблем российского здравоохранения является совершенствование подготовки управленческих кадров для всех структур этой социальной

сферы. Квалифицированные медицинские кадры и классные врачи, стремящиеся к управленческой деятельности, должны, прежде всего, дополнить свои профессиональные умения и навыки познаниями теории и практики управления, кадровой политики, научиться современным принципам управления качеством и стандартизации, получить многопрофильные профессиональные знания (юридические, экономические, психологические, социологические и др.) и, особенно, навыки управления персоналом.

Непременным условием построения эффективной системы управления кадрами и кадровыми процессами в модернизируемой системе российского здравоохранения является процессный подход к их изучению, мониторинг показателей обеспечения системы трудовыми ресурсами.

В условиях выполнения программы модернизации здравоохранения, напрямую связанной с участием медицинских кадров, актуальное значение приобретает углубленный анализ региональной и субъектной обеспеченности кадровым персоналом, его способности к выполнению поставленных задач.

Кадровая динамика в сфере здравоохранения обусловлена рядом причин, которые вызывают неудовлетворенность, с одной стороны медицинского персонала медицинских организаций своей работой, а с другой, руководителей структур здравоохранения востребованностью кадров и эффективностью их деятельности..

Цель кадровой политики в решении названных проблем известна — подготовить нужных работников нужной квалификации, определить их в нужное место и в нужное время, дать нужное задание, при этом сохранив гибкость в реагировании на кризисные ситуации, решая существующие проблемы и предвосхищая будущие события. Шаблонный подход в этом случае работать не будет, поскольку эффективные стратегии в области ка-

дровых ресурсов должны соответствовать уникальным историческим условиям и ситуации каждой страны. В этом ракурсе совершенствование управления кадровыми процессами, как объекта государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения, является условием его модернизации и повышения эффективности медицинского обслуживания.

Следует отметить, что реализация направлений и мер по качественному и полноценному обеспечению системы здравоохранения страны квалифицированными кадрами медицинского профиля возможна лишь при наличии выверенной кадровой политики. Стратегия этой политики должна основываться в ходе реализации на уроках исторического опыта, прочных теоретических основаниях, совершенной нормативной правовой базе, выверенных методологических подходах к исследованию кадровых процессов в медицинских организациях. При этом в ходе определения и обоснования направлений совершенствования государственной кадровой политики в сфере здравоохранения РФ определяющая и заглавная роль принадлежит воспроизводству медицинских кадров, полноценному кадровому обеспечению медицинских организаций.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования раскрыт проблемный характер формирования кадровой политики в системе российского здравоохранения, проанализированы направления совершенствования государственной кадровой политики в системе здравоохранения, приведено обоснование мер необходимых для обеспечения системы здравоохранения квалифицированными кадрами.

Выполненный анализ фундаментальных теоретических и методологических предпосылок, лежащих в основе современных моделей в области кадрового обеспечения здравоохранения, позволил привести аргументированные заключения о кадровом состоянии лечебно-профилактических учреждений и сферы здравоохранения в целом, проанализировать проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций, определить пути и механизмы возможных преобразований.

Кадровая политика представляет один из аспектов организации труда на высоком уровне абстракции и логического представления о воспроизводстве кадров, кадровых процессах и отношениях, кадровом обеспечении, управлении человеческими ресурсами. С точки зрения кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений и системы здравоохранения в целом, проблема стратегического планирования имеет особую актуальность.

В ходе реформирования в системе российского здравоохранения осуществлены значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база реформ, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; введена система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, расширяется частный сектор здравоохранения. Несмотря на это, функциони-

рование системы здравоохранения сталкивается с проблемными вопросами: снижением качества медицинской помощи населению; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; ростом показателей смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером социальной деятельности. Решение актуальных проблем кадровой политики возможно при совершенствовании кадровых процессов в медицинских организациях, в целом в системе здравоохранения.

На уровне государственного управления национальной системой здравоохранения предложено выделить приоритетные направления для модернизационных преобразований, сформировать комплекс мер по их осуществлению, увязав кадровую политику в системе здравоохранения со всем комплексом социально-экономических задач и общей стратегией государственного управления системой здравоохранения.

Существенным вкладом в развитие системы кадрового обеспечения учреждений и организаций здравоохранения могла бы стать обновленная модель социально-трудовых отношений, позволяющая руководителям медицинских организаций самостоятельно принимать решения о найме перспективных врачей, прошедших ординатуру и интернатуру в данном лечебном учреждении.

Анализ современной практики кадрового обеспечения системы здравоохранения и востребованности профессиональных возможностей специалистов управления отраслью охраны здоровья граждан свидетельствует: о значительных диспропорциях между количеством и качеством подготовленных специалистов и реальными возможностями воплощения приобретенного ими профессионального опыта в практической деятельности; о дифференциации заработной платы в городском и сельском здравоохране-

нии; о неразвитости рыночных отношений между процессом, результатом труда и его ценой, что выражается в отсутствии механизмов стимулирования эффективной деятельности медицинских кадров; об отсутствии механизма ответственности руководителей органов управления и медицинских организаций за не востребованность профессиональных возможностей персонала.

Показано, что сложившаяся централизация полномочий по заключению трудовых соглашений сдерживает приток талантливых молодых врачей по месту прохождения ими практики в лечебно-профилактических учреждениях и медицинских центрах. Это обстоятельство ограничивает возможности обновления и расширенного воспроизводства кадрового потенциала медицинских организаций. Наиболее перспективной и рациональной является модель кадровой политики в здравоохранении, основанная на принципах стратегического управления человеческими ресурсами. Эта модель основывается на потребности в долгосрочном планировании кадрового обеспечения, необходимости рассматривать этот процесс как органическую составляющую общей стратегии развития российского здравоохранения.

## Выводы

Сформулированные выводы и предложения опираются на современную теоретико-методологическую базу, которая включает в себя методологические, правовые и организационные основы формирования и реализации кадровой политики в здравоохранении. Суть сформулированных выводов заключена в следующем:

1. Основными историческими аспектами формирования государственной кадровой политики в системе здравоохранения РФ явились:

- создание плановости и преодоление ведомственной разобщенности здравоохранения;
- координация регулирования кадровых процессов в здравоохранении;
- сглаживание классовых, национальных и региональных различий при формировании медицинских кадров;
- профилактическая направленность здравоохранения;
- формирование здоровых кадровых отношений, в т.ч. медицинских работников с государством; повышение управляемости врачей со стороны общества.

2. В ходе реформирования системы Российского здравоохранения осуществлены значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база реформ, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; введена система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, расширяется частный сектор здравоохранения.

3. Особенностью анализа кадровых процессов и отношений в медицинских организациях является необходимость наиболее полного и комплексного применения широкого спектра статистических и качественных методов оценки.

4. Анализ современной практики кадрового обеспечения системы здравоохранения и востребованности профессиональных возможностей специалистов управления отраслью охраны здоровья граждан свидетельствует:

- о значительных диспропорциях между количеством и качеством подготовленных специалистов и реальными возможностями воплощения приобретенного ими профессионального опыта в практической деятельности;
- о дифференциации заработной платы в городском и сельском здравоохранении; о неразвитости рыночных отношений между процессом, результатом труда и его ценой, что выражается в отсутствии механизмов стимулирования эффективной деятельности медицинских кадров;
- об отсутствии механизма ответственности руководителей органов управления и учреждений здравоохранения за невостребованность профессиональных возможностей персонала.

5. Основными проблемами воспроизводства медицинских кадров в РФ являются:

- несоответствие численности и структуры кадров лечебно-профилактических учреждений объемам деятельности, задачам и направлениям реформирования системы здравоохранения страны;
- наличие диспропорций в структуре медицинского персонала; несовершенство нормативно-правовой базы профессионального развития кадров;
- несоответствие подготовки специалистов медицинского профиля потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли; отсутствие научно обоснованных методов планирования численности врачей и медицинского персонала в целом;
- недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения; низкий уровень оплаты труда врачей.

6. Основными меры по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами могут быть-

- приведение численности и структуры медицинских кадров в соответствие с объемами деятельности персонала и перспективными задачами.

- устранение дублирования функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачи и сестринский персонал);

- в повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников;

- совершенствование условий труда и его оплаты. Приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи. Модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда медицинских работников;

- совершенствование нормативной правовой базы, определяющей профессиональную деятельность медицинского и фармацевтического персонала;

- разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение статуса врача и среднего медицинского персонала, на осознание медицинским работником потенциала профессии и ее перспектив, высокой социальной значимости.

## Библиографический список

### **Законодательные и нормативные правовые акты**

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ)// Парламентская газета, N 4, 23-29.01.2009.
2. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» -М.:Дело и сервис, 2012.
3. Федеральный закон РФ от 29.12.2012г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»//Аккредитация в образовании. №66, 2013.
4. Приказ Минздрава РФ от 03.07.2002 г. N 210 «Концепция кадровой политики в здравоохранении РФ» / Федеральный справочник. – М., 2003. С.94.
5. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. –М..2008
6. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
7. Стратегия социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года. –М., 2005.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 октября 1996 г. N 360 «О структуре Министерства здравоохранения Российской Федерации».
9. Приказ Минздрава России от 3 апреля 2000 г. N 109 «О структуре Министерства здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Приказа Минздрава РФ от 21.04.2000 N 132).
10. Положение о Координационном совете по кадровой политике Министерства здравоохранения Российской Федерации.

### **Статистические сборники и справочники**

1. «Здравоохранение в России», Федеральная служба государственной статистики, 2013 г.
2. Обзор систем здравоохранения: Российская Федерация 2012, ОЭСР (OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation 2012)
3. Данные ОЭСР по здравоохранению (OECD Health Data 2012)
4. Сравнительный анализ национальных систем здравоохранения, 2012 (Multinational Comparisons of Health Systems Data, The Commonwealth Fund, 2012)

5. Всемирная организация здравоохранения. База данных европейской программы «Здоровье для всех» (European Health for All Database).

### **Монографии, сборники статей, научная литература**

1. Андреева И.Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2010. Том 13.

2. Агтаева Л.Ж. Развитие системы управления персоналом в организациях здравоохранения: учебно – методическое пособие / Сибурина Т.А., Агтаева Л.Ж., Камынина Н.Н., Данилова Н.В., Вялкова Г.М. и др. // – М.: Агар, 2008.- 146 с.

3. Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 528 с.

4. Грэхем Х.Т., Беннетт Р. Управление человеческими ресурсами: Учеб. пособие для вузов / Пер. с англ. под ред. Т.Ю. Базарова и Б.Л. Еремина. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 598 с. (русс.)

5. Гуриев С.М. Наше самое высшее образование /Российское образование: тенденции и вызовы. –М.:Дело, 2009. -65с.

6. Друкер, Питер, Ф. Управление в обществе будущего. Пер. с англ. – М.: ООО И.Д. Вильямс, 2007. – 320 с.

7. Иванов В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент. – М.: ИНФРА – М, 2007. – 256 с.

8. Ижаева З.Н. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: некоторые аспекты// Социология власти. 2008. №3. здравоохранения в условиях социальных реформ. –М.:РАГС, 2009.

9. Каприн А.Д. Профессиональное развитие врачей лечебно-профилактических учреждений в структуре кадровой политики. //Известия Российской академии образования. // Научный журнал. –М., 2011.

10. Кили, Б. Человеческий капитал: Как ваши знания способны изменить вашу жизнь. – OECD Insights, 2007.

11. Кови, С., Колосимо, Дж. Правила выдающей карьеры. – М.: Манн, Иванов и Фербер; Эксмо, 2013.

12. Козлова, А.В. Психология управления коллективом и психология профессионального развития руководителя. –М.:Медицинская книга, 2009.-160с.

13. Кушлин, В.И. Государственное регулирование экономики: Учебник / В.И. Кушлин. – Москва; Экономика, 2013. – 495 с.

14. Макарова, И. В. Управление человеческими ресурсами. – М.:Дело, 2014.

15. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. Под ред. Шеймана И.М., Шишкина С.В. –М.: Дело, 20123.- 232с.
16. Мунаев Р.В. Здравоохранение: социальный институт современной России. –М.: ЭлитСервис, 2009. -136с.
17. Новые технологии оценки в системе государственной гражданской службы Российской Федерации: конкурсный отбор и оценка деятельности госслужащих. –М.: Алекс, 2009. -216с.
18. Пиддэ, А.Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России: – М., РАГС. 2010. – 331 с.
19. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2008. – с.976.
20. Саркисян, А.Г. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: мнения и оценки врачебного сообщества. – М.: Веретя, 2006. –116 с.
21. Серегина И.Ф., Линдербратен А.Л., Гришина Н.К. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №5. С.3-7.
22. Социальная политика. Энциклопедия/ Под ред. д.э.н., проф. Н.А. Волгина и д.ф.н., проф. Т.С. Сулимовой.– М.: Изд-во «Альфа-Пресс», 2006. – 416 с.
23. Социология социальной сферы: учебное пособие/ под ред. Акулича М.И., Кузнецова В.Н. –М., 2007.
24. Сулемов, В.А. Государственная кадровая политика в современной России: теория, история, новые реалии. Монография.– М.: Изд-во РАГС, 2006. – 344с.
25. Тавокин Е., Турчинов А.И. Основы социологии управления. Учебное пособие. – М.: РАГС, 2008. – 260 с.
26. Грифонов И.В. Эффективный начмед. Практическое руководство по управлению лечебным процессом в монопрофильном стационаре. –М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, -67с.
27. Грифонова Н.Ю., Балашов П.Ю. Кадровые процессы в системе здравоохранения российской Федерации. –М, Полиграфист, 2013. -182с.
28. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.
29. Улумбекова Г.Э. Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на вызовы системе

здравоохранения. – М., 2011. – 104 с.

30. Ульрих Д. Эффективное управление персоналом. Новая роль HR-менеджера в организации. Монография /Пер. с англ. Издательство: М., “Вильямс”, 2007. (рус.)

31. Управление здравоохранением: Учебник/ Под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ТЕИС, 2008.

32. Управление персоналом: Учебник. Изд. 2-е, доп. и перераб. / Под общ. ред. А.И. Турчинова. – М.: РАГС, 2008. -608с.

33. Чентемирова Н.А. Социология здоровья в российских условиях рынка медицинских услуг: монография. – М.: МАКС Пресс, 2006. - 201 с.

34. Чубарова Т.В. Система здравоохранения России: экономические проблемы развития. –М., 2009. -216с.

35. Шейман, И. М., Шишкин, С. В. Российское здравоохранение: новые вызовы и задачи // Проблемы переходной экономики. Том 52, №12.

36. Шойко С.В. Управление инновационным развитием системы здравоохранения и ее финансовое обеспечение. –М.: РАГС, 2006.- 212с.

37. Шурупова Р.В. Концепция формирования и реализации социальной роли врача в отечественной медицине. –Волгоград, 2011. -306с.

38. Шурупова Р.В., Макарова И.И. Преподаватель медицинского вуза: творчество и профессиональное образование. –М.: МосМГУ, 2012. -264с.

39. Экономика здравоохранения. Под научной редакцией М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина – М.: Изд-во ГУ ВШЭ, 2009.

40. Экономические основы российского здравоохранения. Институциональная модель.-М.:Дело, 2013. -326с.

41. Юшук Н.Д. Высшая медицинская школа глазами преподавателей, студентов, врачей и населения. –М.:Триада, 2011. -128с.

А.А. Костин, Б.Т. Пономаренко, Ю.В. Самсонов

# **ГОСУДАРСТВЕННАЯ КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Научное издание**

Наш сайт: [www.etnosocium.ru](http://www.etnosocium.ru)

E-mail: [etnosocium@mail.ru](mailto:etnosocium@mail.ru)

Тел.: 8 (495) 708-3000

Необходимую научную литературу

Вы можете приобрести на сайте [www.etnosocium.ru](http://www.etnosocium.ru)

Оригинал-макет подготовлен

Международным издательским центром «ЭТНОСОЦИУМ»

Отпечатано в типографии

Международного издательского центра «ЭТНОСОЦИУМ»,

105066, Москва, Спартаковская ул., д. 19, стр. 3.

Зам. гл. ред. С.В. Чапкин

Корректор Е.А. Белоусова

Дизайн и верстка Т.А. Брик

Бумага офсетная № 1. Гарнитура Minion Pro.

Формат 60x90/16. Тираж экз. 500 Усл. п. л. 6

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
«ЭТНОСОЦИУМ»**  
Журнал «ЭТНОСОЦИУМ и межнациональная культура»  
входит в перечень ВАК РФ

В составе редакционного совета ведущие государственные, общественные деятели, выдающиеся российские и зарубежные ученые. В работе журнала участвуют все регионы России, страны Латинской Америки, Китая, Европы. Журнал распространяется во всех органах государственной власти России (во всех регионах), в посольствах зарубежных стран и за рубежом.

**ИЗДАТЕЛЬСТВО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:**  
создание, регистрацию, издание и продвижение журналов и альманахов;  
помощь во всех вопросах, в том числе в юридических, бухгалтерских,  
арендных, кадровых.  
Редакционная подготовка  
(литературное и техническое редактирование), дизайн.  
Рецензенты и оппоненты, доктора наук и профессора.  
Издаем книги, монографии, авторефераты, учебные пособия и др. на  
высоком уровне, нужным тиражом!

В процесс выпуска книги входит:

- \* доредакционная доработка (по желанию автора);
- \* редактирование;
- \* корректура;
- \* подготовка электронного макета;
- \* присвоение ISBN;
- \* присвоение кодов УДК, ББК и авторского знака;
- \* разработка дизайна обложки;
- \* печать тиража (различными способами: офсет, цифра);
- \* передача 16 экземпляров в Книжную палату;
- \* рассылка готового тиража по территории РФ.

Все изданные нами книги проходят рецензирование и квалифицированную предпечатную подготовку.

[www.etnosocium.ru](http://www.etnosocium.ru)  
тел: +7 (495) 708-30-00  
e-mail: [etnosocium@mail.ru](mailto:etnosocium@mail.ru)