

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ФЛЕГЛЕР Наталья Александровна

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРКТИЧЕСКИХ И ПРИАРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ
ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ

3.2.3. Общественное здоровье, организация
и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Меньшикова Лариса Ивановна,
доктор медицинских наук, профессор

Архангельск, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1 ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	17
1.1 Концептуальные основы кадровой обеспеченности: определение, характеристики и основные проблемы	17
1.2 Мировой опыт решения проблем кадрового обеспечения в здравоохранении	25
1.3 Нормативно-правовое регулирование кадрового обеспечения здравоохранения в СССР и Российской Федерации.....	32
1.4 Вклад Программы «Земский доктор/Земский фельдшер» в кадровое обеспечение медицинских организаций	43
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	53
2.1 Характеристика базы исследования	53
2.2 Методы и материалы исследования.....	60
2.3 Статистический анализ результатов исследования.....	68
2.4 Индексный метод для оценки кадровой ситуации в медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях европейского севера России	70
ГЛАВА 3 ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АРКТИЧЕСКИХ И ПРИАРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ, РЕСПУБЛИКИ КОМИИ НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА).....	74
3.1 Кадровое обеспечение системы здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России	74

3.2 Роль программы «Земский доктор» в обеспечении медицинскими кадрами медицинских организаций, расположенных в сельской местности арктических и приарктических территорий европейского севера России..... 85

3.3 Характеристика кадровой ситуации на арктических и приарктических территориях европейского севера России на основе индекса кадрового благополучия 90

ГЛАВА 4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ И УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ ЗЕМСКИЙ ДОКТОР 95

4.1 Результаты анкетирования студентов – потенциальных участников программы «Земский доктор» 95

4.2 Результаты анкетирования практикующих врачей – участников программы «Земский доктор» 107

4.3 Комплексная оценка готовности к участию и удовлетворенности участием в программе «Земский доктор» обучающихся медицинского вуза и медицинских работников 135

ГЛАВА 5 КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ И ЗАКРЕПЛЕНИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 140

5.1 Обоснование мероприятий по привлечению и закреплению специалистов в системе здравоохранения 140

5.2 Проект «Информационный ресурс сферы здравоохранения» (на примере Архангельской области) как одна из мер по привлечению кадров..... 157

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 168

ВЫВОДЫ..... 174

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 177

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ..... 179

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 181

ПРИЛОЖЕНИЯ 203

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования

В Российской Федерации, несмотря на формально достаточно высокий показатель обеспеченности врачами по данным Всемирной организации здравоохранения (около 4,2 врачей на 1000 жителей при среднем значении около 3,6 по странам ОЭСР), национальная система здравоохранения сталкивается с острым и парадоксальным дисбалансом кадров: общее число дипломированных врачей в стране сравнительно велико, однако их распределение по территориям и специальностям крайне неравномерно [1-5].

Несмотря на реализацию национальных и региональных программ, ориентированных на повышение укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом, динамика соответствующих показателей остаётся нестабильной и в ряде случаев негативной, особенно по среднему медицинскому персоналу [6-9]. В северных регионах с суровыми климатогеографическими условиями, сложной транспортной доступностью, недостаточно развитой инфраструктурой, неблагоприятной демографической ситуацией, кадровый дисбаланс ещё более выражен и сопровождается снижением качества и доступности медицинской помощи [2,10].

Проблемы усугубляются неравномерностью распределения кадров между регионами и между типами медицинских организаций: наименьшие показатели обеспеченности отмечаются в сельской местности и отдалённых районах, в то время как в крупных городах кадровое обеспечение более стабильное [11, 12]. Сохраняющийся высокий коэффициент совместительства и стагнация занятости по основным специальностям свидетельствуют о структурных диспропорциях в планировании и управлении человеческими ресурсами [3,8]. Пациенты всё чаще направляются к узким специалистам, а участковый врач постепенно теряет центральную позицию в системе первичной медико-санитарной помощи. Это приводит к диспропорциям в распределении нагрузки и

может снижать общую эффективность системы, затрудняя выполнение задач национальных проектов.

Среди молодых специалистов и студентов медицинских вузов сохраняется низкая мотивация к работе в сельской местности [13-16]. По данным социологических исследований, представленных в работе М.В. Кинчагуловой и соавт. (2024) только 2–3% выпускников рассматривают возможность трудоустройства вне крупных городов [17]. Как указывает С.В. Макаров и соавт. (2021), фокус федеральных программ сконцентрирован преимущественно на финансовых стимулах, что не приводит к долговременному закреплению специалистов на местах: значительная часть врачей и среднего персонала уходит из первичного звена после обязательной отработки [18].

Отрицательные демографические тенденции, старение кадров, высокие показатели миграции молодёжи, а также увеличение нагрузки на оставшихся сотрудников формируют риски дальнейшего снижения доступности и качества медицинской помощи в северных и арктических регионах. На этом фоне особую значимость приобретают управленческие решения, направленные на пересмотр штатных нормативов и адаптацию кадровой политики в соответствии с территориальными и демографическими особенностями [19].

Комплексность вызова подчёркивается тем, что даже при успешном внедрении отдельных проектов и программ их долгосрочный эффект часто оказывается недостаточным из-за отсутствия системного подхода, интеграции организационных, инфраструктурных и мотивационных факторов [14, 20, 21]. Это подтверждает необходимость научного обоснования новых моделей кадрового обеспечения, учитывающих региональную специфику и реальные потребности населения северных и арктических территорий

Степень разработанности темы диссертационного исследования

В последние годы вопросы кадрового обеспечения, факторов мотивации и устойчивости работы медицинских работников стали объектом активного изучения в отечественной научной литературе [1, 8, 18, 22-25]. Проанализированы общие тенденции и динамика кадровых показателей, рассмотрены проблемы

распределения специалистов между регионами, проанализирована эффективность таких отдельных программ поддержки как целевой набор, «Земский доктор» и региональные меры социальной поддержки, удовлетворенность условиями профессиональной деятельности[11, 26-32].

В ряде работ рассмотрены отдельные аспекты формирования и реализации кадровой политики, профессиональной мотивации, структуры притока молодых специалистов, а также факторов, влияющих на решение о трудоустройстве в сельских и отдалённых регионах [17, 33-36].

Однако, недостаточно изученными остаются вопросы мотивации медицинского персонала к трудовой деятельности на северных территориях, а также возможности закрепления на данных территориях. В связи с чем остается актуальной необходимость изучения и анализа мотивации, проведения оценки удовлетворённости специалистов, территориальных различий и муниципальных условий, особенно на арктических и приарктических территориях, для формирования единой управленческой стратегии. Это определяет необходимость дальнейшего научного поиска и разработки решений, направленных на совершенствование кадрового обеспечения здравоохранения в условиях Арктики и европейского Севера.

Цель исследования

научное обоснование мероприятий по совершенствованию системы кадрового обеспечения здравоохранения на арктических и приарктических территориях европейского севера Российской Федерации.

Задачи исследования

1. Провести анализ кадрового обеспечения здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России (на примере Архангельской и Мурманской областей, Ненецкого автономного округа и Республики Коми).
2. Изучить мотивацию студентов старших курсов медицинского вуза к участию в программе «Земский доктор» по выбранному направлению

профессиональной деятельности, составить социальный портрет потенциального участника программы.

3. Дать характеристику практикующих врачей—участников программы «Земский доктор», работающих в государственных медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях европейского севера России.

4. Оценить факторы мотивации и удовлетворенности врачей участием в программе «Земский доктор» на арктических и приарктических территориях европейского севера России.

5. Разработать комплекс мероприятий по привлечению и закреплению специалистов в государственной системе здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России.

Научная новизна исследования

Получены уточненные данные о кадровой ситуации в медицинских организациях, расположенных в арктических и приарктических территориях европейского севера Российской Федерации, в разрезе Архангельской и Мурманской областей, Ненецкого автономного округа и Республики Коми, в т.ч. динамике основных показателей обеспеченности, укомплектованности, коэффициента совместительства, соотношения врачей и среднего медицинского персонала, особенностях возрастного состава врачей и среднего медицинского персонала.

Установлено, что нормативно-правовое обеспечение кадровой политики в регионах недостаточно для привлечения и закрепления медицинских кадров, особенно в регионах с низкой плотностью населения, к которым относятся арктические и приарктических территориях европейского севера Российской Федерации. Реализуемые в регионах меры социальной поддержки медицинских работников, осуществляющих трудовую деятельность в сельской местности, недостаточны, потенциал органов местного самоуправления используется не в полной мере.

Расширены представления о мотивации студентов к участию в программе «Земский доктор» по выбранному направлению профессиональной деятельности, представлен социальный портрет потенциального участника программы с выделением критичных обязательных условий по участию в программе.

Представлена характеристика практикующих врачей-участников программы «Земский доктор», работающих в государственных медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях европейского севера России в части их возрастно-полового состава, стажа работы, социального статуса, семейного положения, обеспеченности жильем, медицинской специальности и др. Установлены как позитивные, так и негативные факторы участия в программы «Земский доктор».

На основании проведенного социологического исследования выявлены наиболее значимые причины потенциального сомнения или неготовности продолжать работу в том же медицинском учреждении после окончания программы «Земский доктор»: невыполнение обязательств работодателем, неудовлетворённость социальными и бытовыми условиями, отсутствие возможностей профессионального роста, а также проблемы со здоровьем у участника программы.

Разработан научно обоснованный комплекс мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров, включающий рационализацию межведомственного и межсекторального взаимодействия между органами исполнительной и законодательной власти, медицинскими организациями, образовательными организациями и муниципалитетами в рамках общей стратегии кадрового обеспечения на арктических и приарктических территориях европейского севера России. Внедрена интерактивная платформа «Информационный ресурс сферы здравоохранения», содержащая полную информацию о климатогеографических, социально-экономических характеристиках муниципальных образований, вакансиях, дополнительных мерах социальной поддержки, льготах и условиях профессиональной деятельности в

медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях Архангельской области.

Теоретическая и практическая значимость результатов работы состоит в выявлении кадровых проблем в здравоохранении Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа (НАО) и Республики Коми на основании анализа основных показателей кадровой обеспеченности; определении значимости анализа показателей кадровой обеспеченности для формирования региональной кадровой политики; расширении представлений о медико-социальных характеристиках студентов – потенциальных участников и практикующих врачей – реальных участников программы «Земский доктор», осуществляющих трудовую деятельность в государственных медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях европейского севера России; выявлении основных мотивирующих факторов по участию в программе, что позволяет разрабатывать комплекс мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров с учетом региональной специфики.

Практическая значимость полученных результатов заключается в разработке комплекса мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на арктических и приарктических территориях европейского севера России, в том числе проекта «Информационный ресурс сферы здравоохранения» в пилотном регионе - Архангельской области. Создание интерактивной карты Архангельской области с делением на муниципальные образования предполагает повышение информирования выпускников о климатогеографических, социально-экономических характеристиках муниципальных образований, имеющихся вакансиях, условиях и дополнительных мерах социальной поддержки.

Методология и методы исследования

На основании анализа результатов отечественных и зарубежных исследований, нормативных документов были определены цель, задачи и этапы исследования, отобраны источники статистической информации. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе проведена комплексная оценка

кадровых ресурсов государственных медицинских организаций Архангельской, Мурманской областей, НАО и Республики Коми за период с 2015 по 2023 год, на втором этапе – проведено социологическое исследование методом анкетирования с последующим анализом результатов, на третьем этапе – разработан комплекс мер по привлечению и закреплению медицинских кадров.

Объект исследования – участники программы «Земский доктор», работающие по договору в государственных медицинских организациях Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми, студенты СГМУ. Предмет исследования – факторы, влияющие на обеспеченность кадрами государственных медицинских организаций Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми, в том числе обуславливающие мотивацию будущих врачей и врачей – молодых специалистов к участию в программе «Земский доктор» и закрепление специалистов в медицинских организациях.

Единицы наблюдения: в разные моменты проведения исследования единицами являлись врачи-специалисты участники программы «Земский доктор» медицинских организаций Архангельской области, Республики Коми, Ненецкого автономного округа, Мурманской области, студенты СГМУ; показатели кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми.

Исследование проводилось на основе комплексного подхода к анализу данных с применением следующих методов: сравнительный (компаративный) анализ литературных источников и нормативно-правовых актов, аналитический метод, социологический метод, метод организационного моделирования, статистический метод.

Для статистического анализа использовали количественные и категориальные переменные. Проверка нормальности распределения количественных переменных осуществлялась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Для количественных данных производился расчет среднего арифметического и 95% доверительного интервала (95% ДИ) по методу

Фишера. Для сравнения полученных результатов в зависимости от нормальности распределения использовался или t-критерий Стьюдента, или критерий Манна-Уитни. Для анализа категориальных переменных использовали построение таблиц линейных распределений, таблиц сопряженности и сравнение независимых групп критерием Хи-квадрат Пирсона. Результаты логистического регрессионного анализа представлены в виде скорректированных значений отношений шансов (ОШ) в сопоставлении с группой сравнения (ГС) с указанием 95% ДИ. Проверка гипотезы о соответствии наблюдаемых и спрогнозированных значений зависимой переменной выполнена с помощью теста Хосмера-Лемешоу. Результаты достоверными считались при вероятности ошибки первого типа менее 5% ($p < 0,05$).

Положения, выносимые на защиту

1. Анализ кадровой ситуации в государственных медицинских организациях арктических и приарктических территорий европейского севера России позволит выявить тенденции важнейших показателей, характеризующих уровень обеспеченности населения медицинскими кадрами, и оценить эффективность мер по привлечению и закреплению специалистов.

2. Социологическое исследование позволит определить основные факторы, мотивирующие студентов к участию в программе «Земский доктор», выявить критичные обязательные условия для переезда в сельскую местность и малые города.

3. Для оценки удовлетворенности участников программы «Земский доктор» необходимо оценить значимость денежных выплат, получения профессионального опыта, бытовых и социальных условий жизнедеятельности, уровня заработной платы, жилищных условий, технической оснащенности рабочего места, наличия социальных гарантий и условий сохранения здоровья, что и определит готовность продолжить работу в этом же населенном пункте по окончании действия договора.

4. Предложенный комплекс мероприятий, в том числе на основе проекта «Информационный ресурс сферы здравоохранения», способствует повышению информированности потенциальных участников программы об условиях работы в

муниципальных образованиях, привлечению и эффективному использованию специалистов в государственной системе здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность полученных результатов обусловлена этапностью планирования и выполнения работы, тщательным отбором статистического материала, использованием в качестве информационного ресурса баз данных Росстата, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), научной аргументированностью исходных теоретических положений, четкостью методических подходов, применением основных методов изучения общественного здоровья и здравоохранения, в том числе социологического. Использованы репрезентативные выборочные совокупности, большой объем исследовательского материала, современные методики сбора информации. Для анализа первичных данных применялись адекватные и информативные методы описательной и аналитической статистики с использованием лицензионных программ. Полученные результаты отражены в серии научных работ, опубликованных в рецензируемых периодических изданиях. Акт проверки первичной документации (16.05.23г. №7).

Апробация работы

Тема диссертации утверждена Ученым советом ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России (протокол № 4 от 19.12.2018 г.). Проведение исследования, в т.ч. анкетирование, одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России (протокол № 06/09-18 от 25.09.2018г.).

Апробация диссертации проведена на заседании проблемной комиссии по медико-социальным проблемам и социологии медицины ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России (протокол № 4 от 18.05.2023 г.).

Внедрение результатов исследования в практику

Материалы диссертационного исследования использованы в практической деятельности медицинских организаций Архангельской области (ГБУЗ АО «Приморская центральная районная больница», акт внедрения № 01-12/1086 от 02.06.2025 г.), внедрены на территории муниципального образования

«Приморский муниципальный район» в виде комплекса мероприятий по профориентации обучающихся старших классов, в том числе проведения встреч с представителями практического здравоохранения на регулярной основе с информированием школьников об особенностях поступления и обучения в медицинских образовательных организациях, специфике работы в сфере здравоохранения в современном мире, реализуемых программах по трудоустройству медицинских работников (акт внедрения от 20 февраля 2023 г., акт внедрения от 12.05.2025 г. № 01-18/540). Результаты исследования используются в учебно-педагогическом процессе на кафедре фундаментальных дисциплин и общественного здоровья медицинского института Минобрнауки России ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина» (акт внедрения № 51/582, от 19.09.2023 г.), внедрены в образовательный процесс в ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы (акт внедрения от 19.06.2023 г.). Подготовлены две методические рекомендации «Индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения: методические рекомендации / О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова, Л.И. Меньшикова, В.В. Люцко, М.Ю. Котловский, Д.С. Терентьева, О.О. Захарченко, И.В. Толмачев, Ю.Е. Сенотрусова, Н.А. Флеглер. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023» и «Индексный метод при расчете обеспеченности средним медицинским персоналом регионального здравоохранения: Методические рекомендации /Кобякова О.С., Деев И.А., Ходакова О.В., Меньшикова Л.И., Люцко В.В., Котловский М.Ю., Терентьева Д.С., Захарченко О.О., Толмачев И.В., Сенотрусова Ю.Е., Флеглер Н.А. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023», которые используются для оценки кадрового обеспечения медицинских организаций регионального здравоохранения.

Соответствие паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-

социальная экспертиза, а именно пункту 14 «Исследование ресурсной базы медицинских организаций различной формы собственности с целью разработки моделей их развития с учетом региональных и субрегиональных особенностей»; пункту 16 «Изучение кадрового обеспечения органов и учреждений системы здравоохранения, особенности подготовки и переподготовки медицинских кадров различного профиля, изучение мнения медицинского персонала по вопросам организации медицинской помощи пациентам»; пункту 17 «Исследование медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинского персонала, изучение мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи».

Личный вклад соискателя

Автором определена актуальность исследования, сформулирована цель исследования, задачи, разработана программа и план исследования (100%). Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме (100%), проведен сбор первичной документации по кадровому обеспечению государственных медицинских организаций на арктических и приарктических территориях европейского севера России (на примере Архангельской области, Мурманской области, НАО и Республики Коми), проведена выкопировка (100%), статистическая обработка, анализ и интерпретация данных (90%). Лично автором были разработаны анкеты и проведено социологическое исследование среди участников программы «Земский доктор» на территории трех регионов (Архангельской области, Мурманской области и Республики Коми), а также социологическое исследование среди студентов старших курсов ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России (90%). Автором научно обоснован и разработан комплекс мероприятий по совершенствованию системы кадрового обеспечения здравоохранения в арктических и приарктических территориях европейского севера Российской Федерации (90%), разработаны предложения по внедрению проекта «Информационный ресурс сферы здравоохранения» (85%); сформулированы выводы и практические рекомендации (85%), подготовлены публикации и текст

диссертации (90%). Результаты работы лично доложены автором на отечественных и зарубежных научно-практических конференциях (90%).

Публикации и участие в научных конференциях

По теме диссертации опубликовано 3 статьи в изданиях, входящих в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России.

Основные положения диссертации были обсуждены и доложены на республиканской научно-практической конференции с международным участием «Первичная медико-санитарная помощь: история становления», Минск, 2017 г.; III и IV межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Этические и правовые проблемы современной медицины», 2017 и 2019 гг., Архангельск; VII межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Здоровый образ жизни – выбор современного человека», 28–29 марта 2018 г., Архангельск; XLVIII Ломоносовских чтениях в рамках итоговой научной сессии Северного государственного медицинского университета «От идей М.В. Ломоносова к современным инновациям: новые технологии в медицине», 18 ноября 2019 год, Архангельск; Всероссийской научно-практической конференции «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее», 13–14 ноября 2019 г., Москва; XII международном молодежном медицинском форуме «Медицина будущего - Арктике», 24-25 апреля 2025 г.

В рамках научной работы реализован ряд проектов: 1. Грант молодому специалисту на реализацию проекта в области здравоохранения «Усиление мотивации врачей для работы в медицинских организациях, расположенных в сельских территориях Архангельской области» (2018 г.). 2. Грант «Молодые ученые Поморья», проект «Исследование мотивации молодых специалистов – врачей, участников программы «Земский доктор», работающих в арктических территориях» (2019 г.).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 216 страницах машинописного текста, содержит введение, пять глав, а также заключение, выводы, практические рекомендации,

два приложения, список литературы. Библиографический указатель содержит 187 источников, в том числе 127 отечественных и 60 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 39 таблицами и 39 рисунками.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Концептуальные основы кадровой обеспеченности: определение, характеристики и основные проблемы

Кадровое обеспечение здравоохранения представляет собой совокупность всех специалистов, чья деятельность направлена на охрану и улучшение здоровья населения [37, 38]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет человеческие ресурсы здравоохранения как «весь персонал, занятый деятельностью с главной целью – достижение положительных результатов для здоровья». В зарубежной научной литературе это часто обозначается термином «англ. *humanresourcesforhealth (HRH)*» [38].

Кадровый потенциал системы здравоохранения охватывает персонал как государственного, так и частного секторов, на всех уровнях системы – от первичной медико-санитарной помощи до высокотехнологичной специализированной помощи и включает не только врачей, медицинских сестер и акушеров, но также фармацевтов, стоматологов, лабораторных работников, санитарок, управленческий и вспомогательный состав, обеспечивающий функционирование всей службы [39]. Данный компонент признан одним из шести ключевых элементов системы здравоохранения, определяющих доступность и качество медицинской помощи [40]. Не случайно ВОЗ отмечает, что система здравоохранения не может эффективно функционировать без достаточного числа квалифицированных работников [41]. Наличие необходимых специалистов, их компетенции и мотивация – необходимые условия для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (термин «*universalhealthcoverage*») и достижения Целей устойчивого развития ООН в сфере здравоохранении [42].

Исследования последовательно показывают тесную связь между обеспеченностью квалифицированными кадрами и медико-демографическими показателями [10]. Так, укомплектованность медицинских организаций кадрами напрямую коррелирует с улучшением показателей здоровья – снижением материнской и детской смертности, расширением охвата профилактическими мероприятиями [39]. Напротив, дефицит кадров ведет к снижению доступности помощи и росту негативных исходов. Так, глобальный кризис кадров здравоохранения был признан одной из критических проблем уже в 2006 году, когда ВОЗ впервые оценила мировой дефицит почти в 4,3 миллиона работников, необходимых для базового охвата медицинской помощью [37]. По прогнозам ВОЗ, к 2030 г. нехватка медицинских работников в мире может превысить 18 млн. человек [43].

Россия не является исключением. Несмотря на формально высокий показатель обеспеченности врачами (около 4,2 врачей на 1000 жителей при среднем значении около 3,6 по странам ОЭСР), национальная система здравоохранения сталкивается с острым и парадоксальным дисбалансом кадров [4,5]. В литературе это явление описано как «парадокс одновременно избытка и дефицита» врачей: общее число дипломированных врачей в стране сравнительно велико, однако их распределение по территориям и специальностям крайне неравномерно. В частности, отмечается значительный недостаток врачей первичного звена и в сельской местности, при одновременной концентрированной избыточности кадров в крупных городах и некоторых узких специальностях [4].

Кадровое обеспечение является не только медицинской, но и социально-экономической категорией [44]. Высокая обеспеченность квалифицированными рабочими местами в здравоохранении стимулирует экономический рост и создание рабочих мест в смежных секторах. Инвестиции в подготовку и устойчивость кадрового потенциала рассматриваются как фактор укрепления системы здравоохранения и одновременно как вклад в экономическое развитие страны [44].

Для оценки кадрового обеспечения используется многоуровневая система индикаторов. Базовым количественным показателем является плотность кадров – число специалистов определенных категорий на 1000 или 10 000 населения. Согласно рекомендациям ВОЗ, для достижения Целей устойчивого развития в здравоохранении необходимо не менее 4,45 медицинских работников (врачей, медсестер и акушерок) на 1000 населения [45]. Этот порог рассчитан исходя из медианных показателей стран, успешно продвигающихся к всеобщему охвату услугами здравоохранения. Для сравнения, в 2013 году 68 стран мира не дотягивали до данного показателя, суммарно недостающий персонал оценивался в 11,6 млн работников [45]. Стратегией «Workforce 2030» определены промежуточные цели: к 2030 году устранить наиболее острый дефицит в странах с низким обеспечением; добиться чтобы все страны имели национальные планы по развитию кадров; укрепить глобальное сотрудничество и данные по кадрам [46, 47].

Однако даже при соблюдении этих метрик сохраняется риск дисбалансов. Важнейшей характеристикой является равномерность распределения кадров по территории и уровням оказания помощи. Особенно острый дефицит фиксируется в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии, где плотность зачастую менее 1–2 на 1000 человек и где сконцентрирована наибольшая доля глобального бремени заболеваний [47]. Урбанизация и труднодоступность некоторых территорий приводят к концентрации специалистов в городах и дефициту в сельской местности. Аналогичная ситуация наблюдается с распределением между первичным звеном и стационарами, где часто концентрируются высококвалифицированные специалисты, хотя потребность сильнее выражена на уровне первичной медико-санитарной помощи [42]. Например, в Афганистане одна из причин низкой укомплектованности сельских клиник – отток специалистов в города и за рубеж, несмотря на предпринимаемые меры [48].

Структурные характеристики, такие как соотношение врачей и среднего медицинского персонала, также напрямую влияют на эффективность системы [45]. В среднем по странам Организации сотрудничества и экономического

развития на одного врача приходится примерно 2,5 медсестры, но пропорции существенно варьируют в зависимости от модели организации здравоохранения [49]. В Российской Федерации рекомендуемое ВОЗ соотношение 1:4 (врач:медсестра) не соблюдается, и в 2017 году составило 1:2,2, что увеличивает нагрузку на врачей и снижает качество медицинской помощи [50].

Качественная составляющая кадровой обеспеченности связана с профессиональным уровнем медицинских работников и включает уровень образования, наличие квалификационных категорий, соответствие компетенций профилю деятельности [47]. Недостаточно просто иметь укомплектованный штат – важно, чтобы образование, навыки и распределение специалистов по специализациям отвечали эпидемиологическому профилю и задачам системы здравоохранения. Во многих странах наблюдается проблема ограниченного использования потенциала среднего медицинского персонала (так называемые *skill-mix* проблемы), когда медсестры не полностью реализуют свои компетенции из-за нормативных ограничений, хотя могли бы выполнять ряд функций врачей [47]. В последние годы в мировой практике заметна тенденция к расширению функционала среднего звена (например, практикующие медсёстры, фельдшеры с расширенными функциями) для восполнения нехватки врачей, особенно в первичной медико-санитарной помощи. Однако успех таких инициатив зависит от надлежащей подготовки, разработки протоколов и поддержки со стороны врачебного сообщества [51].

Кадровая система характеризуется также условиями, в которых работают специалисты: обеспеченность оборудованием, лекарствами, безопасные условия, нагрузка. Сильная система здравоохранения – это не только количество работников, но и эффективность их использования [47]. В ряде стран несмотря на наличие выпускников, недостаточное финансирование здравоохранения приводит к тому, что квалифицированные кадры остаются без работы или уезжают, что создает парадокс одновременной безработицы среди медиков и неудовлетворённых потребностей населения. Пример – некоторые страны

Африки, где бюджеты ограничены, и хотя медработники есть, государственные клиники не могут их нанять из-за финансовых ограничений [52].

В условиях глобального дефицита медицинских работников, старения персонала и цифровизации здравоохранения разработка методологий оценки кадровых ресурсов становится критически важной для стратегического планирования [37, 38, 41, 42]. Оценка кадрового потенциала позволяет выявить сильные и слабые стороны системы, оптимизировать распределение специалистов и повысить эффективность их работы [47].

ВОЗ разработала инструмент «workloadindicatorsofstaffingneed (WISN)», позволяющий рассчитать потребность в кадрах на основе реальной нагрузки с учетом специфики медицинских учреждений и профилей пациентов [42]. Метод WISN анализирует фактический объем работы (число посещений, процедур и т.п.) и нормативы времени на каждую задачу, чтобы определить оптимальное число сотрудников конкретной категории в данном учреждении или отделении [42]. Также существует метрика «англ. nationalhealthworkforceaccounts (NHWA)» [53]. NHWA – это система сбора стандартизированных данных по ключевым метрикам: численность и плотность различных категорий работников, их распределение по территориям, возрастно-половой состав, уровень образования, миграция, финансирование кадров, показатели производительности и другое [53]. Этот показатель позволяет получить целостную картину кадровой ситуации и динамики, что помогает обосновывать принятие решений и планирование.

Также используются индикаторы, отражающие стабильность и эффективность кадров: коэффициенты текучести (доля увольнений за период), заполненность вакантных должностей, коэффициент совместительства, уровень мотивации и выгорания персонала [54]. Например, в сельских районах показатель срока удержания специалиста на должности является критически важным для оценки успешности программ стимулирования. Мониторинг поло-возрастной структуры (в том числе доля работников пенсионного возраста) тоже важен, т.к. позволяет предвидеть будущие волны выхода на пенсию и необходимость подготовки замены [54].

Для прогнозирования потребности в специалистах применяются методы моделирования с учетом демографических и эпидемиологических трендов [47]. Экономическая модель спроса и предложения медицинских работников до 2030 года показала, что при сохранении текущих тенденций мировой дефицит медицинских кадров может достичь 15 миллионов к 2022 году и около 10 миллионов к 2030 году, при том что первоначальная оценка в 2016 году составляла 18 миллионов [55]. Эти прогнозы учитывают ожидаемый рост численности населения (около +9,7% до 2030) и необходимое опережающее увеличение числа работников (+29%). Также разрабатываются индексы, отражающие усилия стран по развитию кадров. Например, индекс усилий в области HRH (англ. HRH effortindex) учитывает наличие стратегий, инвестиций, образовательных программ и пр. – он позволяет сравнить приверженность стран решению кадровой проблемы [56].

Одной из центральных проблем является несоответствие между растущим спросом на медицинские услуги и ограниченным предложением квалифицированных работников [42]. В целом по миру в 2020 году численность работников здравоохранения оценивалась в 65,1 млн человек, включая 29,1 млн медсестер, 12,7 млн врачей, 3,7 млн фармацевтов, 2,5 млн стоматологов, 2,2 млн акушеров и около 14,9 млн прочих категорий [57]. По актуальным оценкам, миру может не хватать около 10–15 миллионов медицинских работников к 2030 году, несмотря на планируемый рост числа специалистов [55]. Первоначально в 2016 г. дефицит прогнозировался на уровне 18 миллионов, однако благодаря принимаемым мерам и улучшению данных, прогноз слегка скорректирован в лучшую сторону – до 15 млн [44].

Дефицит распределен неравномерно: более 90% недостающих кадров приходится на страны с низким и средним уровнем дохода [44]. В самых обеспеченных странах на каждую 1000 населения приходится в сумме десятки медицинских работников, тогда как в беднейших странах – считанные единицы [57]. В абсолютных цифрах наибольшая нехватка медработников прогнозируется в Африке и Южной Азии. Например, регион Африки к 2030 г. может испытывать

нехватку свыше 6 миллионов работников [55]. Но и развитые страны сталкиваются с дефицитом в определенных сегментах – особенно в сфере ухода, ухода за пожилыми, а также в сельской медицине. По Европейскому Союзу оценивалось, что на 2022 год суммарная нехватка врачей, медсестер и акушерок составляет 1,2 млн. человек [58].

Острая проблема – старение рабочего корпуса здравоохранения. В странах ЕС более трети врачей и четверть медсестер старше 55 лет, и ожидается их массовый выход на пенсию в ближайшие годы [58]. Похожая ситуация в России и других странах с устоявшейся системой: значительная часть практикующих врачей – предпенсионного возраста, молодое пополнение не всегда успевает компенсировать убыль. В некоторых регионах Европы средний возраст врачей превышает 50 лет [58]. Это создает угрозу резкого усугубления дефицита, если не предпринять меры по подготовке новых поколений специалистов. Одновременно с этим растет феномен «выгорания» и досрочного ухода из профессии. Исследование 2022 года из США указывает на высокий уровень эмоционального выгорания среди медиков: до 30–50% специалистов сообщают о симптомах выгорания или хронического стресса [59]. Пандемия COVID-19 усилила эту проблему – за 2020–2021 гг. существенно возросла доля работников, испытывающих тревогу, депрессию и синдром выгорания [60]. В условиях перегрузки и стресса многие медицинские работники преждевременно покидают профессию или переходят на менее напряженную работу, что еще более усугубляет кадровую напряженность. В 2021 году, например, наблюдалась волна увольнений медсестер в ряде стран из-за усталости и неудовлетворенности условиями труда [41].

Дефицит кадров часто связан не только с числом подготовленных специалистов, но и с их удержанием на рабочих местах [42]. Низкая заработная плата, тяжелые условия труда, отсутствие возможностей профессионального роста и обучения – все это подталкивает людей уходить из системы здравоохранения или эмигрировать. ВОЗ подчеркивает хроническое недоинвестирование в образование и достойные условия труда медработников во

многих странах [44, 47]. Например, при анализе причин дефицита выясняется, что даже если есть достаточное количество выпускников, они не задерживаются в системе из-за низкой оплаты и перегрузок [44]. Отсутствие комфортных условий труда и перспектив карьерного роста, по определению ВОЗ, ведет к повышенной текучести и оттоку кадров [46]. Поэтому проблемы управления персоналом и мотивации – не менее важный вызов, чем собственно численный дефицит.

Миграция кадров из менее обеспеченных стран в более богатые также является устойчивым трендом последних десятилетий [61]. Международная миграция медработников выросла: крупные государства-импортеры кадров (США, страны ЕС, Израиль) активно привлекают врачей и медсестер из-за рубежа, предлагая более высокие зарплаты и лучшие условия [62, 63]. В результате страны с хрупкими системами теряют ценные кадры. Например, многие государства Африки и Южной Азии теряют значительную долю своих врачей и медсестер, уезжающих работать за границу [46, 64].

Для смягчения последствий миграции и неравномерности, страны договариваются о взаимовыгодных схемах обмена специалистами. Этический международный найм по Кодексу ВОЗ предполагает, что страны-импортеры будут поддерживать развитие кадрового потенциала стран-доноров, инвестируя в их образовательные программы или заключая партнерства. Например, Великобритания заключила соглашения с некоторыми странами Африки и Азии, ограничивая прямой найм оттуда и реализуя программы поддержки местного медицинского образования [65]. Куба является уникальным примером экспортера медицинских услуг: по программе «англ. cubanmedicalbrigades» тысячи кубинских врачей работают по контракту в разных странах (Венесуэла, страны Африки), что частично покрывает их дефицит, а также Куба обучает иностранных студентов у себя на безвозмездной основе [66]. Хотя такая модель не лишена политической составляющей, она продемонстрировала, что «южно-южное» сотрудничество может быть частью решения проблемы нехватки кадров [67]. В Бразилии упомянутая ранее программа MaisMédicos включала и международный блок, благодаря которому за первые несколько лет существенно снизила долю

муниципалитетов, испытывающих острый дефицит врачей первичной помощи – к 2015 г. 81% муниципалитетов получили хотя бы одного доктора, а общее число районов без врача сократилось. Однако такие инициативы требуют постоянной политической поддержки: смена правительства в 2019 г. привела к свертыванию MaisMédicos и отъезду кубинских врачей, что вновь обнажило проблемы некоторых регионов [68].

Помимо международной миграции, актуальна внутренняя миграция – переезд специалистов из сельских районов в столицы и крупные города. Молодые специалисты стремятся работать в развитых центрах, что опустошает периферию. Этот дисбаланс требует специальных программ по привлекательности работы в сельской местности [64]. Труднодоступные территории – сельские, горные, арктические/приарктические регионы – сталкиваются с системным недостатком кадров. Молодые специалисты неохотно едут в удаленные районы из-за профессиональной изоляции, ограниченных возможностей и бытовых трудностей [51]. В результате образуется порочный круг: там, где меньше врачей, хуже здоровье населения, и наоборот – неблагоприятные условия работы отпугивают потенциальных кандидатов. Проблема усугубляется урбанизацией населения: сокращение населения в сельских районах (как, например, на севере Норвегии) приводит к закрытию местных учреждений, что еще больше снижает привлекательность работы там [69]. Арктические и приарктические территории, как будет рассмотрено отдельно, представляют особый случай: экстремальный климат, малочисленные расселенные общины коренных народов и огромные расстояния создают уникальные вызовы в кадровом обеспечении [51].

1.2 Мировой опыт решения проблем кадрового обеспечения в здравоохранении

Понимая критичность кадрового вопроса, страны и международные организации разработали ряд стратегий и мер для преодоления дефицита и дисбалансов. Глобальная стратегия ВОЗ по кадрам здравоохранения

«Workforce2030» (принята в 2016 г.) сформулировала всеобъемлющую повестку: оптимизация использования существующего персонала, наращивание инвестиций в подготовку новых кадров, создание стимулов для их распределения по потребностям, международное сотрудничество и мониторинг прогресса [46, 47]. Ниже рассмотрены ключевые подходы и конкретные примеры их реализации.

Многие страны реагируют на угрозу дефицита расширением образовательных программ. Открываются новые медицинские факультеты, увеличивается прием студентов, организуются ускоренные курсы подготовки среднего персонала. Например, в Бразилии в рамках программы «MaisMédicos» помимо экстренного найма зарубежных врачей был создан блок мероприятий по открытию новых медицинских школ в регионах с недостатком врачей и увеличению мест в ординатуре по терапии [68]. В результате за 2013–2017 гг. были основаны десятки новых учебных мест в отдаленных районах страны, и реализация программы привела к умеренному увеличению числа врачей первичного звена и снижению предотвратимой смертности на 1,06 на 100 000 в год, особенно в регионах с изначально низкой обеспеченностью и приоритетным распределением [68]. В Норвегии, чтобы обеспечить кадрами северные районы, принято решение размещать новые места обучения и интернатуры вне крупных городов [70]. Систематический обзор 2021 года показал эффективность децентрализации медицинского образования: прицельный набор студентов из сельской местности и обучение на базах в сельских регионах приводит к повышенной вероятности, что выпускники останутся работать в этих сообществах, тогда как принудительные подходы, например, обязательная отработка, дают слабее эффект [71]. Пример – Северный Онтарио (Канада), где специально созданный медицинский факультет ориентирован на местных студентов: около 45% его учащихся родом из сельских и удаленных сообществ (для сравнения, в среднем по Канаде – 10%), что привело к тому, что значительная доля выпускников вернулась работать в отдаленные общины [72]. В Таиланде целевая программа SPIRD, включающая набор студентов с сельским происхождением и обязательное распределение в родные регионы, обеспечила

удержание 72,1% выпускников против 53,8% в контрольной группе, при этом доля работающих в сельских районах составила 62,3% против 49% [73]. В США программа RMED, сочетающая актуальную для села учебную программу и отбор с прицелом на первичную помощь, увеличила шансы выпускников работать в сельской местности в 17,2 раза и в 12,8 раза — в зонах дефицита кадров по сравнению с обычным потоком [74]. В Норвегии децентрализованная программа обучения медсестёр с гибким графиком и локальным набором позволила достичь 85% долгосрочного удержания кадров в сельской системе здравоохранения спустя 20 лет [75].

Практически все страны используют комбинацию стимулов, чтобы привлечь и удержать кадры там, где они особенно нужны. Стимулы делятся на финансовые, образовательные, профессиональные и личные. Финансовые включают надбавки к зарплате за работу в сельской местности, единовременные «подъёмные», оплату жилья, погашение студенческих кредитов. Например, в США программа погашения образовательных кредитов за обязательство отработать несколько лет в сельской местности (*nationalhealthservicecorps*) показала результативность в удержании врачей первичного звена — многие остаются после завершения обязательного срока из-за новых социальных связей [71]. В Австралии и Канаде практикуются значительные надбавки к доходу сельских врачей, а также оплата транспортных расходов, дополнительный оплачиваемый отпуск и пр. Однако исследования отмечают, что чисто финансовые стимулы, особенно если они воспринимаются как «принудительные» меры, могут давать лишь краткосрочный эффект. Например, обязательное распределение молодых врачей в сельские районы на определенный срок часто приводит к тому, что по окончании обязательного периода многие уезжают обратно в города [71].

Более устойчивые результаты достигаются при использовании «мягких» стимулов: когда врач едет в сельскую местность не по принуждению, а добровольно, привлеченный пакетом поддержки. Международный опыт подчеркивает роль нематериальных факторов: профессиональная поддержка (например, телементорство, возможность консультаций со старшими коллегами

дистанционно), предоставление возможностей для непрерывного образования (оплачиваемые курсы, стажировки), ротации и карьерный рост. В некоторых странах создают сети и сообщества специалистов, работающих в удаленных районах, чтобы снизить их профессиональную изоляцию. Так, в Афганистане комплексный подход (целевой набор на обучение из отдаленных провинций + гарантированное размещение по месту происхождения + финансовая и семейная поддержка) позволил заметно повысить укомплектованность сельских клиник, хотя полностью проблемы не решил [48]. В Норвегии учреждение Национального центра сельской медицины в г. Тромсё стало платформой для научно-методической поддержки сельских врачей, исследований и обмена опытом [69]. Этот центр, финансируемый государством, служит мостом между университетом и практикующими врачами в периферии, помогает интегрировать сельскую медицину в программы обучения и ведет исследования факторов, влияющих на выбор карьер врачами. Опыт этого центра показал, что одних экономических стимулов недостаточно: ранее Норвегия пробовала лишь повышать зарплаты и давать льготы, но молодые врачи всё равно не оставались надолго в сельской практике [69]. Лишь комплекс мер (признание статуса сельских врачей, создание профессионального сообщества, включение сельской тематики в вузы, поддержка исследований) начал давать результат в виде стабилизации числа сельских медработников.

Там, где не хватает врачей, страны активно внедряют модели task-shifting – перераспределение задач к персоналу с меньшим уровнем квалификации при соответствующей подготовке. Эта стратегия получила развитие в глобальном масштабе после Алма-Атинской декларации, провозгласившей ключевую роль работников сообществ (фельдшеров, санитарных инструкторов, акушерок) в обеспечении доступной помощи [76]. Многие африканские страны развернули программы подготовки общественных медработников (communityhealthworkers) для базового оказания помощи в деревнях [77]. Они выполняют простейшие медицинские услуги, профилактику и направление пациентов, компенсируя отсутствие врачей в отдаленных районах. Например, в Эфиопии в 2023 году

внедрена программа расширения здравоохранения (Healthextensionprogram), которая обучила десятки тысяч сельских жителей базовым навыкам гигиены, материнского и детского здоровья, что позволило обеспечить каждое село двумя медицинскими работниками начального звена и значительно улучшить охват прививками и другими видами медпомощи [78]. В арктических регионах концепция task-shifting также применяется: в Канаде уже несколько десятилетий функционируют модели первичной помощи, основанные на фельдшерах и медсестрах с расширенными функциями [79]. Исследования показывают, что правильно реализованное task-shifting способно улучшить доступность, эффективность и качество услуг в условиях дефицита кадров. Однако оно требует чётких протоколов, системы надзора и постоянного обучения, чтобы более низкоквалифицированный персонал эффективно действовал в пределах своих компетенции [79].

Нетипичные требования к кадровому обеспечению здравоохранения особенно характерны для регионов Арктики и Субарктики. Это обширные пространства с малой плотностью населения, изолированными общинами, экстремальным климатом и наличием коренных народов, у которых есть особые культурные запросы. В Северной Канаде с небольшими и разбросанными населёнными пунктами опорой здравоохранения стал средний медперсонал – медсёстры широкого профиля и фельдшерские работники, которые ведут приёмы почти автономно [80]. Они проводят первичный осмотр, оказывают неотложную помощь, ведут хронических больных и обращаются к врачам дистанционно при сложных случаях. Для их поддержки активно используется телемедицина и детально разработанные клинические протоколы. Врачи при этом базируются в региональных центрах и осуществляют периодические выезды, а специализированная помощь сосредоточена в крупных больницах на юге страны. Канада пытается обучать больше местных специалистов, особенно представителей коренных общин, через фельдшерские школы непосредственно на Севере, и выдаёт специальные стипендии для вовлечения местной молодёжи [81].

На Аляске работает программа Communityhealthaideprogram: жители деревень без медицинского образования учатся на деревенских «помощников по охране здоровья» (healthaides) [51]. У них есть алгоритмы и дистанционная поддержка врачей-кураторов, которые консультируют по телефону или онлайн. Такой формат спасает тех, кто раньше был отрезан от медицины сотнями километров бездорожья. Прописанные схемы действий позволяют деревенскому помощнику по охране здоровья уверенно ставить предварительные диагнозы и проводить лечение. Вдобавок действует телемедицина: можно мгновенно передать ЭКГ или снимок в больницу и получить ответ специалиста [82]. У работников снижается страх остаться в одиночестве с тяжёлым случаем, поэтому они дольше удерживаются на местах. Программа дала впечатляющие результаты: сегодня более 550 подготовленных сельских жителей работают примерно в 178 удаленных селах Аляски, обслуживая около 50 тысяч человек и проводя до 250 тысяч приемов пациентов в год [51]. Аляска создала уникальную модель «опора на местные кадры + дистанционная экспертиза», которая учитывает культурные особенности (местные говорят на языках коренных народов, понимают их традиции).

На севере Норвегии, Швеции и Финляндии проблемы похожи – разбросанные мелкие поселения (включая саамские общины), трудности привлечения врачей [83-85]. Государственная система делает ставку на сильное первичное звено. Медсёстры и фельдшеры берут на себя часть процедур, сортируют пациентов и помогают врачу, который не всегда обязан постоянно быть в маленьком посёлке. В Швеции и Финляндии распространена практика «врачебных десантов»: узкие специалисты несколько раз в год прилетают в отдалённые сёла, чтобы осмотреть всех нуждающихся [85]. В Норвегии, помимо упомянутого ранее Национального центра сельской медицины, работает «вертушка интернов»: молодые врачи обязательно проводят часть практики на Севере, и многие остаются там работать [86]. В Финляндии успешно действует модель децентрализованного обучения медсестер на севере: программы позволяют получить степень медсестры, не выезжая в южные университеты, что

повышает число местных квалифицированных медсестер в Лапландии [87]. Эти меры заметно улучшают доступ к лечению и дают мотивацию специалистам, хотя окончательно проблему отдалённых районов не устраняют.

Гренландия формально связана с Данией, но имеет собственную систему здравоохранения [88]. Малые поселения (включая эскимосские поселки) обеспечиваются поселенческими медпунктами, где работают либо специально обученные ассистенты здравоохранения (обычно местные жители с базовой медицинской подготовкой), либо медицинские помощники. Более крупные деревни (более 300 жителей) имеют небольшие клиники, укомплектованные медсестрой и парой койко-мест для экстренных случаев. Эти клиники входят в состав районных центров, при каждой из которых есть хотя бы один врач. Специализированная помощь сосредоточена в Национальной больнице в столице Нууке. Сложных пациентов либо перевозят туда, либо по соглашению отправляют в Данию. Для кадров Гренландии характерна высокая доля датских специалистов, приезжающих по контракту на ограниченный срок – ротация врачей из Дании помогает закрыть вакансии, но приводит к большой текучести [88].

В арктических и приарктических регионах Российской Федерации ситуация во многом схожа с описанной для Гренландии и Аляски. Традиционно основой первичной сети в сельской местности служат фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), а также работают специальные меры привлечения и поддержки специалистов, о которых будет подробнее рассказано далее.

Современные технологии все более активно применяются как средство смягчения кадровых проблем. Телемедицина повсеместно показывает себя эффективным решением [89]. Медсестра или фельдшер в изолированном пункте ощущают поддержку крупных центров и реже принимают рискованные решения в одиночку. Транспортные расходы снижаются, потому что не каждый раз нужно срочно эвакуировать пациента: часто достаточно передать снимок или провести видеоконсультацию [90]. Инструменты на основе искусственного интеллекта могут предлагать предварительный диагноз по симптомам, первично оценивать рентгеновские изображения и подсказывать, есть ли патология [91]. Чат-боты и

мобильные приложения могут снять с персонала часть рутинных задач и высвободить время на общение с пациентами и сложные случаи. Но тут есть условие: если такие инструменты требуют двойных проверок и лишних действий, они только усложняют жизнь. Разработчики должны тесно сотрудничать с теми, кто работает на местах, чтобы технологии приносили пользу, а не мешали [91].

Международный опыт показывает, что не существует единственного «волшебного» решения – требуются пакеты мер одновременно по нескольким направлениям. Общий вектор в рассмотренных примерах — «местные кадры плюс удалённая поддержка»: человек из общины лучше знает культуру, язык и специфику быта, а технологии дают ему связь со старшими коллегами и методическими материалами. Так медработник не чувствует себя брошенным, а пациенты видят понятного им специалиста. Авиация продолжает играть важную роль, но решения о транспортировке принимаются взвешеннее, исходя из удалённой диагностики или консультаций с врачами. Система, где на месте есть хоть один обученный житель, имеет больше шансов обеспечить доступную медпомощь. С развитием телемедицины и ИИ-технологий этот подход становится более гибким: можно быстрее находить нужные ресурсы, не вывозить без надобности пациентов и снижать издержки. Так, исследование Л. В. Руголь и соавт. (2020) демонстрирует, что внедрение организационных технологий (мобильных ФАП и телемедицины) позволило повысить охват профилактическими осмотрами в сельской местности с 14,5% до 25% населения за три года [10].

1.3 Нормативно-правовое регулирование кадрового обеспечения здравоохранения в СССР и Российской Федерации

Современная кадровая система российского здравоохранения формировалась не только под влиянием технологических инноваций и стратегий управления человеческими ресурсами, но и при опоре на меняющиеся нормативно-правовые механизмы. Для более полного понимания текущего

состояния и проблематики кадрового обеспечения, особенно на арктических и приарктических территориях европейского Севера России, следует рассмотреть эволюцию государственной кадровой политики.

В начале XX века обеспеченность врачебными кадрами в Российской империи была крайне низкой по меркам Европы. По данным С.Н. Затравкина и В.О. Щепина, в 1913 году в России насчитывалось около 29,4 тысяч врачей (1,7 на 10.000 населения), преимущественно сосредоточенных в городах и крупных агломерациях [58]. Для сравнения, в то же время в Великобритании показатель составлял 6–6,5 на 10 000, в Германии около 3 на 10.000 населения [92]. Недостаток врачей ощущался особенно остро в сельской местности, где один врач приходился на тысячи жителей. По данным доклада 1916 года, чтобы достичь минимально приемлемого уровня (1 врач на 3900 жителей), России не хватало примерно 12,8 тыс. врачей [93]. Уже тогда наблюдался социальный и географический перекося в распределении медицинских ресурсов, который повлиял на дальнейшее формирование советской модели здравоохранения. Недофинансирование и слабая инфраструктура не позволяли развивать полноценную систему здравоохранения на периферии, что особенно сильно сказывалось в удалённых и малонаселённых местностях.

После Великой Октябрьской социалистической революции 1917 года государство взяло курс на всеобщую бесплатную медицинскую помощь, что потребовало резкого наращивания медицинских кадров. 11 июля 1918 года был создан Народный комиссариат здравоохранения РСФСР во главе с Н.А. Семашко [94]. Несмотря на трудности Гражданской войны и разрухи, доля расходов госбюджета на здравоохранение возросла до 6–9% (против 3–4% до революции), и численность врачей стала быстро расти. Важнейшим нормативным документом стал Декрет СНК РСФСР от 1 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников», определявший правовой статус и обязанности медиков [95].

В период с конца 1920-х и 1930-х годов усилия государства были направлены на увеличение численности медицинских кадров для фабрик и

заводов в свете нужд индустриализации – партийные постановления предписывали открывать здравпункты на предприятиях, развивать санаторно-профилактическую сеть [96]. К 1940 году численность врачей в СССР достигла 155,3 тысячи (7,4 на 10 000 населения), что более чем в 5 раз превышало показатели дореволюционной России [97]. По данным исследования Ю.И. Погодина, в 1930-е годы активно развивалась система среднего медицинского образования: во всех уголках страны открывались фельдшерско-акушерские пункты, готовились медсёстры, акушерки, фельдшеры для обслуживания сельского населения. Это привело к десятикратному увеличению численности среднего медицинского персонала с 46 тысяч в 1913 году до 472 тысяч к 1940 году [98].

В советский период система здравоохранения отличалась централизованной системой планирования и распределения кадров [98]. Существовало понятие обязательного распределения выпускников медицинских образовательных учреждений: молодые специалисты после окончания обучения направлялись на работу по государственному распределению, часто – в сельскую местность и удалённые районы, что частично решало проблему дефицита кадров на периферии [99]. Были предусмотрены льготы и надбавки для работы в условиях Крайнего Севера («северные надбавки» к зарплате, сокращённый стаж для выхода на пенсию и др.), что стимулировало специалистов ехать на Крайний Север. Однако, несмотря на количественно высокую обеспеченность, имелись перекосы: постепенно усугубляющийся недостаток среднего медперсонала, нехватка узких специалистов в отдельных регионах [100, 101].

После окончания Великой Отечественной войны кадровая политика была направлена на восстановление численности медицинских работников и повышение качества их профессиональной подготовки. К 1950 году численность врачей в СССР достигла 265,5 тысячи (14,6 на 10 000 населения), а среднего медицинского персонала – 719,3 тысячи [102]. В этот период началось формирование системы последипломного образования врачей, включая ординатуру и аспирантуру, которая стала важным элементом повышения

квалификации медицинских кадров. Этот период характеризовался стабильным ростом численности медицинских кадров и совершенствованием системы их подготовки. Всего за 10 лет, к 1960 году в СССР работало уже 432 тыс. врачей, а обеспеченность составила 20 врачей на 10 000 населения [103]. К 1960-м годам относится и период начала активного изучения сферы кадрового обеспечения в СССР, что отражено в трудах С.М. Багдасарьяна, М.И. Барсукова, Г.Н. Каминского и других исследователей[99, 101, 104].

В последующие десятилетия наблюдался устойчивый рост: к 1970 году численность врачей в СССР достигла 668,4 тысячи (27,4 на 10 000 населения), а среднего медицинского персонала – 2,123 млн.[103]. Особенностью данного периода было усиление специализации медицинских кадров. Если в 1950-е годы преобладали врачи общей практики, то к 1970-м годам увеличилась доля узких специалистов. К 1980 году число врачей достигло 997 тыс. (37,5 на 10 000), а к концу советского периода – 1,256 млн. врачей в 1989 г., или 43,8 на 10 000 жителей [105].

Однако экономические факторы в эпоху застоя начинали сдерживать рост отрасли – ресурсов на полное укомплектование учреждений по нормам уже не хватало. Но даже в условиях относительного экономического застоя, государство сохраняло централизованное планирование кадров: количество бюджетных мест в медицинских вузах и училищах регулировалось планами, выпускников обязывали отработать 3 года по распределению (часто в сельской местности) [103]. Так, с 1960 по 1989 гг. количество врачей в стране практически утроилось. По абсолютному числу врачей Советский Союз вышел на первое место в мире уже в 1970-е годы [103]. Для сравнения, на каждые 100 000 жителей СССР приходилось около 450 врачей, что почти вдвое больше, чем, например, в Канаде в те годы [106]. Советская система здравоохранения обеспечила беспрецедентный рост врачебных кадров: по оценкам, с 1910 по 1970 год число врачей в России возросло почти в 25 раз, то время как в США рост составил 2,5 раза [107]. Одной из особенностей кадровой политики этого периода было обязательное распределение выпускников медицинских вузов, что обеспечивало относительно равномерное

распределение медицинских кадров по территории страны. Согласно исследованию И.М. Шеймана, это способствовало повышению доступности медицинской помощи в сельской местности и отдаленных регионах [108].

После распада СССР российское здравоохранение оказалось в условиях глубокого экономического спада и институциональных перемен. В 1991 году был принят Закон Российской Федерации №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», который установил основы обязательного медицинского страхования (ОМС) – нового механизма финансирования здравоохранения через страховые взносы [109]. Так, старая система распределения была упразднена, и возник стихийный рынок труда медицинских работников. Молодые врачи получили возможность самостоятельно выбирать место работы, что привело к массовому уклонению от работы в сельских и северных районах из-за более тяжёлых условий и низкой оплаты труда по сравнению с городами [99, 110, 111]. С 1993 г. система ОМС начала действовать по всей России, что изменило порядок финансирования зарплат медиков (через страховые фонды). Экономический кризис 1990-х годов привел к сокращению финансирования здравоохранения, что негативно сказалось на уровне оплаты труда медицинских работников и привело к оттоку кадров из отрасли. В результате в ряде регионов, особенно отдалённых, наметился острый кадровый голод, который сохраняется и поныне, несмотря на демографические и социальные изменения. Бюджетное финансирование медицины уменьшилось, а принципы распределения кадров утратили прежнюю эффективность [112]. Одновременно возник дефицит врачей на периферии, поскольку рынок позволил специалистам перемещаться в мегаполисы и в частный сектор [113].

По данным Госкомстата России, к 1995 году численность врачей в России составила 653,4 тысячи (44,5 на 10 000 населения), а среднего медицинского персонала – 1 628,4 тысячи [114]. Несмотря на относительно высокие показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, существовали значительные региональные диспропорции, и многие медработники переходили в частный сектор или совмещали несколько работ. В этот период произошло значительное

сокращение системы обязательного распределения выпускников, что привело к усугублению дефицита медицинских кадров в сельской местности и малых городах.

Впоследствии в 2000-х годах в России параллельно существовали и реформировались несколько систем: старая советская (ещё действующая в ряде регионов «по инерции»), рыночная и новые государственные программы целевого набора, «Земский доктор» и т.д. Тем не менее, проблемы не были решены полностью, а значительная часть регионов испытывала сильный кадровый голод. Одной из причин стала неравномерность распределения специалистов между городом и селом, между «богатыми» и «бедными» субъектами Российской Федерации, и внутри самих регионов [115]. В постсоветский период государство искало новые механизмы обеспечения отдалённых территорий кадрами. Одним из таких механизмов стало целевое обучение – когда региональные власти направляют абитуриентов в медицинские вузы по целевому набору с обязательством отработать затем в конкретном регионе. Целевой приём был узаконен и расширен: доля целевых мест в медицинских вузах увеличилась с 57% в 2018 г. до плановых 62% к 2024 г [4,5].

В 2013 году обеспеченность практикующими врачами в России составила 3,6 на 1000 населения и была почти на уровне «старых» стран ЕС [116]. Россия по данным ВОЗ занимает 5 место среди стран с наибольшим количеством врачей на душу населения. В США и Канаде этот показатель ниже в 2 раза, в Великобритании и других странах Европы – в 3 раза [117]. Однако сохраняющаяся тенденция к сокращению медицинских кадров в стране остаётся критически важной проблемой для эффективного функционирования системы здравоохранения, что подчеркивается многими исследователями, включая И.Н.Денисова[111], В.А. Решетникова [110], Н.В. Даниловой [118], В.З.Кучеренко[100], К.Д. Данишевского [119] и других. Как отметил президент Национальной Медицинской Палаты Л. Рошаль: «Кадры – это первая проблема, которую надо сегодня решать в России».

За последнее десятилетие появилось значительное количество исследований, направленных на изучение кадрового потенциала здравоохранения (Н.В. Присяжная [120], Т.А. Сибурина[121], М.С. Агафонова [122], А.Л. Сафонов [123], Ю.С. Решетникова [27] и другие). Сегодня медицинский персонал рассматривается как дорогостоящий ресурс, требующий постоянных финансовых вложений для формирования квалифицированных специалистов. Несмотря на значительный интерес исследователей к проблемам кадрового обеспечения здравоохранения, сохраняется множество нерешенных вопросов. Исследования показывают, что кадровые потери возникают уже на этапе подготовки и обучения специалистов: многие учащиеся не выдерживают учебных нагрузок или разочаровываются в образовательном процессе, покидая медицинские учебные заведения [112, 113, 124-126]. Прослеживается закономерность: качественная профориентационная работа с молодежью повышает вероятность того, что поступившие студенты успешно освоят учебный материал и останутся в отрасли здравоохранения [112, 113, 125, 127]. Важную роль играет также развитие мотивации студентов на протяжении всего периода обучения [115, 128]. Современная молодежь при выборе будущей профессии в первую очередь ориентируется на возможность получения материальных благ и высокий уровень заработной платы, что снижает привлекательность работы в сфере здравоохранения, особенно в сельской местности [129].

Анализ Л.В. Руголь и Л.И. Меньшиковой (2025) показал, что в 2018–2023 гг. в целом по Российской Федерации обеспеченность врачами выросла лишь с 37,4 до 37,5 на 10 тыс. населения (+0,27%), при этом обеспеченность средним медперсоналом снизилась с 83,4 до 76,6 на 10 тыс. (-8,2%) за тот же период [3]. В Северо-Западном федеральном округе этот показатель обеспеченности врачами остаётся самым высоким в России (прирост 4,19%), но и здесь обеспеченность средним медперсоналом снизилась на 6,2% за пять лет. Несмотря на разнообразие региональных условий, меры по привлечению и закреплению медицинских работников в большинстве субъектов России достаточно однотипны и малоэффективны. Авторы отмечают, что для устранения межрегиональных

диспропорций необходимы адресные программы на уровне муниципалитетов и усиление экономических стимулов для работы в удалённых и сельских территориях, включая льготы и расширение соц. гарантий [3].

Медицинские университеты недостаточно информируют студентов о кадровых программах, предлагаемых регионами, что также негативно влияет на мотивацию будущих специалистов к работе в сельской местности. По данным исследования, приведенным в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2013 года № 16-5/10/2-2540 «Методические рекомендации по сохранению кадров в системе здравоохранения», около 21% врачей в возрасте до 35 лет готовы работать в сельских и отдаленных районах, однако среди выпускников медицинских вузов эта готовность составляет лишь 17% [130]. Многие исследователи считают, что важнейшим направлением сохранения кадрового потенциала системы здравоохранения является использование комплекса мер по привлечению и закреплению будущих и молодых специалистов [115, 131, 132].

Другой из основных проблем кадрового обеспечения здравоохранения стал дисбаланс специалистов в системе: превышение количества узкопрофильных специалистов над специалистами первичной медико-санитарной помощи; недостаток кадров в сельской местности по сравнению с городами; преобладание врачей в стационарах над врачами амбулаторно-поликлинического звена. Дефицит кадров усугубляется увеличением доли специалистов старшего возраста. Причиной продолжения работы лицами предпенсионного и пенсионного возраста часто становится недостаточный уровень пенсионного обеспечения. В сельской местности эта категория специалистов составляет основную рабочую силу.

Для планирования врачебных кадров крайне важна информация о возрастном составе работающих в отрасли врачей. При равномерном притоке и оттоке кадров численность врачей во всех возрастных группах должна быть примерно одинаковой. Особое значение имеет соотношение доли молодых специалистов и доли лиц пенсионного и предпенсионного возраста. Диспропорции в медицинских кадрах непосредственно влияют на качество и

доступность медицинской помощи для различных групп населения, приводя к разнице в обеспеченности специалистами между регионами Российской Федерации [125, 131, 133-135].

В начале XXI века для комплексного решения проблем кадрового обеспечения здравоохранения была разработана Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, утвержденная приказом Минздрава России № 210 от 03.07.2002[136]. Концепция выделяла три основных блока, который включали планирование и оптимизацию численности и структуры медицинских кадров; совершенствование системы подготовки этих кадров; управление человеческими ресурсами в здравоохранении. В приказе Минздрава Российской Федерации № 418 от 31.12.2002 [137] и Решении Коллегии Минздрава Российской Федерации от 17.12.2002 г. № 18[138] освещается необходимость решения проблем кадровой политики в здравоохранении.

Несмотря на признание проблемы и предпринятые меры, в 2014 году В.К.Юрьев и В.С. Тарханов отмечают, что всего лишь 26,4 % врачей удовлетворены своей работой [139]. Эти результаты схожи с работой И.А.Бердяевой от 2012 г., в которой указано, что только 30,6 % врачей удовлетворены своей работой [140]. Так, низкая заработная плата — один из главных факторов оттока. Несмотря на «майские указы» Президента России 2012 года, официальная статистика по средней зарплате врачей порой завышается за счёт включения доходов руководства и совместительства. По опросам портала «Врачи РФ» 2024 года, более 50% медиков заявили, что их текущего заработка не хватает на покрытие базовых потребностей, а около 80% вынуждены работать больше, чем на одну ставку [141]. Особенно сложная ситуация в небольших субъектах: региональные бюджеты, уже испытывающие дефицит, не могут существенно поднять оклады.

Принятый в 2011 году Федеральный закон № 323 определил правовые, экономические и организационные основы охраны здоровья граждан, их права и обязанности в данной сфере, гарантии их реализации [142]. Возложил на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации обязанности по

организации оказания медицинской помощи гражданам в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и по развитию сети медицинских организаций субъекта Российской Федерации (определяемой не по признаку подведомственности, а по принципу территориального расположения). Вследствие этого региональным органам исполнительной власти с 1 января 2012 года переданы полномочия органов местного самоуправления по организации оказания первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи [142].

В соответствии со статьёй 17 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», органы местного самоуправления обязаны создавать условия для оказания медицинской помощи, участвовать в профилактике заболеваний, информировании населения и формировании здорового образа жизни. К их полномочиям также относится содействие в привлечении медицинских и фармацевтических работников [142]. Однако это положение не детализировано, из-за чего часто не реализуется на практике, что снижает эффективность кадрового обеспечения на местах. При этом наличие квалифицированных специалистов — ключевое условие доступности медицинской помощи. Эта проблема была обозначена ранее в нацпроекте «Здоровье» [143]. Национальный проект «Здоровье» — объявленная Президентом Российской Федерации В. В. Путиным и стартовавшая в 2006 году программа, которая предусматривала повышение доступности и качества медицинской помощи, что повлекло за собой работу с кадрами в системе здравоохранения [143].

Указ Президента Российской Федерации № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [144] послужил толчком для принятого распоряжения Правительства Российской Федерации № 2190-р от 26.11.2012 «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг.» [145]. Данное распоряжение предусматривало необходимость снижения дефицита медицинских кадров за счет сокращения

оттока персонала из сферы, а также поэтапное повышение среднего уровня заработной платы врачей к 2018 г. в соответствии с «дорожной картой» регионов. Перспективные пути развития кадрового потенциала здравоохранения содержатся в распоряжении Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 года N 614-Р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года»[146]. В распоряжении предлагается планировать кадры с учётом изменений в структуре оказания медицинской помощи.

Указом Президента Российской Федерации В. В. Путина от 21 июля 2020 года №474 были определены национальные цели до 2030 года [147]. В системе здравоохранения этой целью стало сохранение населения, здоровья и благополучия людей. В рамках этого Указа были установлены целевые показатели, характеризующие достижение национальных целей. В рамках этого Указа во всех субъектах Российской Федерации реализуется национальный проект «Здравоохранение», включающий восемь федеральных проектов, в том числе проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [147]. Для реализации каждого федерального проекта необходим кадровый состав. Также часть предложений субъектов Российской Федерации по реализации мер социальной поддержки врачебного состава носит местный характер и не распространяется на всю систему здравоохранения.

Разработка региональной кадровой политики является одним из ведущих направлений развития здравоохранения субъектов Российской Федерации. Примером такой политики может служить практика Архангельской области, где с 2013 года действует Закон «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан» [148], определяющий роль органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан. Статья 8 гласит: к полномочиям органов местного самоуправления отнести создание благоприятных условий для привлечения медицинских и фармацевтических работников к работе в медицинских организациях в соответствии с Федеральным

законом от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", в том числе [148]:

- предоставление жилых помещений из муниципального специализированного жилищного фонда в соответствии с жилищным законодательством Российской Федерации;

- предоставление первоочередного права на зачисление в муниципальное образовательное учреждение дошкольного образования детей медицинских и фармацевтических работников;

- формирование мотивации молодежи к обучению в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального медицинского образования.

1.4 Вклад Программы Земский доктор/Земский фельдшер в кадровое обеспечение медицинских организаций

В январе 2025 года, по данным масштабного социологического опроса, 22% респондентов назвали недоступность медицинского обслуживания одной из самых острых проблем современной России, причём рост негативных оценок со стороны населения наблюдается на протяжении последних лет (плюс 3% с марта 2024 года) [149]. Согласно данным Минздрава России от 2024 г., нехватка медработников оценивается в 63.000 специалистов среднего звена и 29.000 врачей [150]. Обеспеченность средним медперсоналом за три десятилетия упала с 124 человек на 10 тысяч граждан в 1990 году до 98 в 2023 году, несмотря на небольшой рост числа врачей с 45 до 51,9 на 10.000 жителей. Важно понимать, что формально наблюдаемое увеличение количества врачей часто идёт за счёт коммерческого сектора, и государственные больницы напротив испытывают ещё больший дефицит [151]. В 2016 году на одного врача из частной клиники приходилось 8 врачей в государственных учреждениях, а к 2023 году это соотношение упало ниже 5 [151].

Кадровые проблемы особенно остро ощущаются в региональном здравоохранении. Число ФАП в стране сократилось с 42 164 (2005 г.) до 33 628 (2021 г.), т. е. уменьшилось на 20,2%. Это снизило доступность врачебной помощи для жителей села и усилило недовольство населения. В сельской же местности на 10 000 человек в 2017 г. приходилось лишь 14,8 врача (против 12,1 в 2014 г.), что ощутимо ниже, чем средняя обеспеченность по стране. Обеспеченность средним медицинским персоналом повысилась с 44,4 на 10 тысяч сельского населения в 2014 году до 53,4 в 2017 году, при этом абсолютное число среднего медицинского персонала, работающих на ФАП, ФП, в т.ч. фельдшеров снизилось [152].

По данным М.Г. Москвичевой и М.М. Полинова (2021), обеспеченность врачами в сельских районах Челябинской области составляла 14,2 на 10 тыс. населения против 38,7 в городах. При этом укомплектованность штатных должностей ФАП средним медперсоналом оставалась на 20% ниже среднего уровня по России. Авторы также отмечают, что коэффициент совместительства врачей в амбулаторных подразделениях в 1,2 раза выше целевого значения национальных программ, что свидетельствует о кадровой перегрузке [7, 23]. Аналогичные тенденции отмечены в анализе Л.В. Руголь (2023): в 2021 году коэффициент совместительства врачей в стационарных подразделениях достигал 1,3, а укомплектованность врачебных должностей в сельских организациях не превышала 85% [8]. Аналогичные тенденции выявлены в исследовании С.В. Макарова и соавт. (2021): в Иркутской области укомплектованность врачами без учёта совместительства за 2015–2019 гг. выросла с 55,8% до 59,1%, однако текучесть кадров за этот период увеличилась на 9,2%, а коэффициент замещения снизился почти на 40% [22]. За 2007–2017 гг. в Иркутской области обеспеченность населения врачами сократилась почти на 10%, а число врачей-физлиц — на 15%. Особенно выражен дефицит в сельской местности, где трудится лишь каждый пятнадцатый специалист (Г.М. Гайдаров и др., 2019) [6]. В Оренбургской области обеспеченность врачами в сельской местности достигла лишь 24,3 на 10 тыс. населения (при целевом значении 27,0), а койко-фонд за 10 лет уменьшился на 24,7% [153].

По данным ЦНИИОиИЗ Минздрава России, к 2036 году сельское население страны может уменьшиться до 32,9 млн человек (22,5% от общего населения Российской Федерации)[152], и при снижении плотности жителей в отдаленных регионах кадровый дефицит в медицине становится острее [154]. Существенный разрыв в обеспеченности специалистами (14,5 на 10 тыс. населения в селе против 45,2 в городах [155] ведет к неравному доступу к лечению и профилактическим мерам. Также в сельской местности ниже общий уровень обращаемости за медицинской помощью[152, 156].

Особое значение приобретает информирование обучающихся в вузах о возможностях различных кадровых программ для работы на селе, ведь осведомленность повышает готовность выпускника заключить контракт в удаленном регионе. В 2012 году Правительством Российской Федерации приняты поправки к Федеральному закону № 323, которые устанавливают стимулирующие меры по привлечению и закреплению молодых врачей и среднего медицинского персонала в сельских медицинских учреждениях [142, 157]. Исследование М.В. Кинчагуловой и соавт. (2024) показало, что лишь 2,3% студентов медицинских вузов рассматривают работу в сельской местности как приоритетную после окончания обучения, тогда как 36% уже на этапе учёбы планируют переезд в город [17]. Главными факторами, определяющими мотивацию молодых специалистов, стали гарантии предоставления жилья и конкурентоспособная заработная плата [17]. По данным похожего исследования И.А. Волчегорского и соавт. (2020), только 19% выпускников медицинских вузов готовы рассматривать работу вне крупных городов, а ключевыми мотиваторами выступают стабильная заработная плата (71%), наличие жилья (68%) и перспективы профессионального роста (53%) [1]. Согласно другому социологическому исследованию, основными причинами высокой текучести среди молодых медицинских кадров выступают неудовлетворённость заработной платой (76%), профессиональное выгорание (49%) и отсутствие перспектив роста (42%) [18].

Касаемо среднего медперсонала, исследование С.В. Макарова и соавт. (2022) показывает, что выпускники медицинских колледжей сталкиваются с серьёзными трудностями при трудоустройстве, особенно в малых населённых пунктах, а часть молодых специалистов предпочитает сменить сферу деятельности или покинуть регион [13]. По данным авторов, только 63% выпускников медицинских колледжей устраивались работать по специальности в течение первого года после выпуска, причём доля закрепившихся в малых населённых пунктах не превышала 30%. Ключевые причины отказа — низкая оплата и неудовлетворительные условия труда [13].

Как было показано ранее, опыт зарубежных исследователей в сфере привлечения кадров к работе на подчеркивает, что подготовка кадров для сельской практики должна учитывать не только общие медицинские, но и психолого-этические особенности, связанные с культурным контекстом местного населения. [158-160]. Так, в соответствии с подпунктом «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», все регионы обязаны сформировать и внедрить собственные программы: повышение квалификации медицинских специалистов, оценка уровня подготовки, устранение дефицита по «дефицитным» специальностям, а также дифференцированные меры соц. поддержки (Минздрав Российской Федерации, План реализации Указа №598) [144].

В соответствии с «Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» с 1 января 2012 года начала свою реализацию программа «Земский доктор», которая направлена на решение проблем кадрового дефицита медицинских работников в сельской местности. Программа также функционирует в арктических и приарктических территориях европейского Севера России. Контроль за ее исполнением проходит на всех уровнях здравоохранения. За первые пять лет реализации к 2017 году было привлечено 28 968 специалистов. Программа продолжена, сохраняет актуальность в 2025 году и предусматривает разовые выплаты молодым врачам (до 35 лет) в размере 1 млн

рублей из федерального бюджета при условии пяти лет работы в сельской местности, плюс иные социальные льготы от местных органов власти.

Выделение возрастного критерия в программе связано с общей проблемой «старения» персонала. По данным зарубежных источников, в странах ОЭСР численность врачей старше 55 лет выросла с 20% (2000 г.) до 30% (2017 г.) (Австрия, Франция, Италия, Испания). В Великобритании и Южной Корее цифра заметно ниже (13–17%), в Ирландии, наоборот, компенсируется большим количеством выпускников (24 на 100 тыс. населения, что вдвое превышает среднеевропейский показатель) [49]. Согласно собственным собранным данным, доля специалистов старше 56 лет в Российской Федерации составила 27,2% в 2020 году, тогда как в 2019 г. показатель достигал 28,2%. Это противоречит выводам А.Р. Ясаковой и Е.В. Шестаковой, которые за предыдущее десятилетие фиксировали непрерывный рост показателя [131]. Таким образом, в среднем по стране наблюдается весьма небольшое снижение доли возрастных работников, но в отдельных субъектах проблема остается крайне тяжелой. «Земский доктор»/«Земский фельдшер» призвана поддерживать именно те регионы, где необходимо срочно восполнить нехватку персонала.

Далее, в постановлении Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. N 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”» и ее обновленной редакции (с учетом постановления Правительства Российской Федерации от 22.04.2022 №739) утверждаются правовые основы «Земского доктора» [161]. Федеральный закон №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дополнительно регламентирует финансовые аспекты, в частности, в п.12 ст.51 прописано, кто имеет право на разовую выплату [162]. До 2018 года программу финансировали за счет фонда ОМС, позже денежные средства стали поступать из федерального бюджета. Однако в 2018 году осваивалось всего 82,6% субсидии (3,1 млрд рублей), поскольку не все регионы сумели набрать желаемое число участников [11].

Период действия программы продлен как минимум до 2025 года, с корректировками задач в постановлении Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640 (ранее действовавшее постановление №294 утратило силу) [161].

С 2007 по 2011 г. число сельских врачей в стране сократилось примерно на 4%. С 2012 по 2014 г., во многом благодаря программе «Земский доктор», оно увеличилось на 14,7% (+15 тыс. молодых врачей) [163]. С декабря 2017 года право на выплату 1 млн. руб. распространяется не только на специалистов, уезжающих в села, но и в города с населением до 50 тыс. жителей. Снятие возрастных ограничений до 50 лет и включение в программу помимо сельских населенных пунктов поселков городского типа в 2015 г. привело к росту количества участников программы, что в совокупности изменило структуру возрастного состава врачей в сельских населенных пунктах. Тем не менее, на селе еще остается много врачей пенсионного возраста. Сложившиеся особенности требуют постоянного мониторинга притока молодежи и регулярных усилий по ее закреплению в отрасли.

Арктические и приарктические территории европейского Севера России наиболее остро подвержены кадровым проблемам в связи со своими особенностями. Данные территории характеризуются дискомфортными климатогеографическими параметрами жизнедеятельности, недостаточным развитием транспортно-логистической инфраструктуры, низкой плотностью населения, выраженным дефицитом медицинских кадров, преимущественно, в сельской местности[164, 165].

В арктическую зону Российской Федерации входят территории Мурманской области, Ненецкого, Чукотского и Ямало-Ненецкого автономных округов, Республики Коми, нескольких районов Республики Саха (Якутия), города Норильска, двух районов Красноярского края, муниципальных образований Архангельской области, а также пяти районов Республики Карелия и Костомукшского городского округа[166]. Кроме того, к российской арктической

зоне относится часть островов и архипелагов Северного Ледовитого океана [166, 167].

Для всех этих регионов характерна низкая плотность населения (от 0,3 до 2,8 чел/км², по Российской Федерации – 8,4 чел/км²), большое количество населенных пунктов с численностью жителей менее 100 человек, неразвитая транспортная инфраструктура [167]. Так, например, в некоторых арктических территориях Архангельской области (Лешуконский, Мезенский районы) плотность населения составляет всего 0,3 чел/км². В области имеется около 1 300 населенных пунктов, где проживает 4–5 человек. Подобная среда увеличивает нагрузку на выездные бригады, санавиацию и телемедицину. Регионы, относящиеся к арктическим и приарктическим территориям европейского севера России, по обеспеченности врачами занимают следующие ранговые места в СЗФО: Ненецкий автономный округ – 2 место, Архангельская область – 4 место, Республика Коми – 5 место, Мурманская область – 6 место. Даже при относительно нормальной статистической обеспеченности врачами на региональном уровне во многих поселках наблюдается нехватка медработников с высшим и средним образованием. Особое внимание уделяется программе «Земский доктор»/«Земский фельдшер», действующей в арктических территориях: ее курируют соответствующие органы на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Источником подготовки кадров для данного макрорегиона традиционно служит Северный государственный медицинский университет (СГМУ), основанный в 1932 году. С момента основания СГМУ подготовил более 25 тыс. врачей для различных субъектов Российской Федерации. Еще раньше, с 1876 года, в Архангельской губернии начали работать фельдшерско-повивальные школы. Выпускников тогда обязывали отрабатывать определенный срок в регионе. Несмотря на продолжительные усилия по формированию штата, удовлетворенность населения качеством медпомощи в ряде северных районов по-прежнему невысокая [168-171].

Причины сохраняющегося дефицита включают переманивание специалистов в более высокооплачиваемые сферы, переезд в крупные города, недостаточное развитие инфраструктуры в небольших поселках, долю пенсионеров в числе работающих, а также конкуренцию частного сектора. Хотя на территориях Арктики внедряются региональные программы социального стимулирования (подъемные, служебное жилье, льготный доступ в детсады), комплексного радикального улучшения кадровой ситуации достичь трудно.

Самой острой остается нехватка в первичном звене. По данным анкетирования, приведённым С.В. Макаровым и соавт. (2023), только 18,5% молодых специалистов заявили о полной готовности к самостоятельной работе на первичном уровне здравоохранения, тогда как 59% отметили нехватку практических навыков, а 41% – трудности адаптации к условиям сельской медицины [16]. Привлечение кадров только за счет одного ведомства невозможно. Требуется совместная работа органов законодательной и исполнительной власти, образовательных структур, муниципалитетов, медицинских организаций, а также проактивная профориентация молодежи. Участники обязаны продумать широкий набор мер, включающих экономические стимулы, развитие инфраструктуры, поддержку профессиональных навыков и социальные гарантии. Исследователи С.В. Макаров и Г.М. Гайдаров (2023) подчёркивают, что 88,5% экспертов связывают сохраняющиеся кадровые проблемы с недостаточной координацией между участниками кадровой политики, а 81% респондентов считают эффективность такого взаимодействия низкой [19].

Изучая опыт кадрового обеспечения здравоохранения Арктических и приарктических территорий европейского севера России, можно отметить, что комплексной региональной оценки данной проблематики не производилось.

Резюме

Анализ мировой и отечественной литературы показывает, что кадровое обеспечение играет определяющую роль в устойчивости системы здравоохранения: от него зависит доступность и качество помощи, а также

социально-экономическое развитие регионов. Глобальная нехватка квалифицированных специалистов усиливается из-за неравномерного распределения медработников по территории и по уровням оказания помощи. В Российской Федерации, несмотря на относительно высокие показатели обеспеченности населения врачами, сохраняются острые региональные диспропорции и проблема нехватки специалистов в сельских и северных территориях.

Опыт ряда стран свидетельствует, что для смягчения дефицита требуются комплексные меры: расширение образовательных программ, стимулирование молодых специалистов работать в труднодоступных районах и внедрение моделей перераспределения задач с усилением роли среднего медперсонала. Одновременно на первый план выходит удержание уже подготовленных кадров: финансовая поддержка, профессиональная самореализация, телемедицина, безопасные условия труда и профилактика выгорания.

В Российской Федерации законодательные изменения периода реформ и переход к страховой модели финансирования изменили механизм распределения специалистов, обострив проблему нехватки врачей на селе и в северных регионах. Меры обязательного распределения выпускников утратили жёсткий характер, и приток кадров в удалённые районы стал зависеть от социальной привлекательности работы. Принятые государственные программы («Земский доктор», «Земский фельдшер») способствовали частичному восполнению кадров, однако недостаток дополнительных мер (жильё, рост зарплат, карьерные перспективы, инфраструктура) сдерживают долгосрочное закрепление специалистов.

Особого внимания требует арктическая и приарктическая зона европейского Севера России (Архангельская область, НАО, Республика Коми, Мурманская область): здесь дефицит кадров наиболее острый из-за экстремальных расстояний, слабо развитой инфраструктуры, низкой плотности населения и высокой текучести персонала. Региональные примеры (например, выплаты в НАО и Архангельской области) демонстрируют эффективность локальных мер, однако

сохраняется необходимость комплексного подхода, включающего повышение квалификации, развитие телемедицины и стимулирование местной молодёжи к обучению в медицинских вузах.

Обеспечение здравоохранения квалифицированными кадрами в удалённых и северных регионах России требует не только расширения программ привлечения (подъёмные, служебное жильё, надбавки), но и системного межотраслевого стратегического взаимодействия. Важно выстраивание мотивации студентов к работе в первичном звене, совершенствования профориентации, укрепления непрерывного профобразования и увеличения роли управленческих органов на муниципальном уровне. Формирование устойчивого кадрового резерва возможно лишь при скоординированных усилиях Минздрава, региональных властей, высших учебных заведений и местного самоуправления.

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика базы исследования

Базами исследования выступили государственные медицинские организации, расположенные в четырёх субъектах Российской Федерации: Архангельской области, Мурманской области, Ненецком автономном округе (НАО) и Республике Коми. Все указанные субъекты входят в состав Северо-Западного федерального округа (СЗФО).

Сухопутные территории Арктической зоны Российской Федерации определены согласно Указу Президента Российской Федерации от 2 мая 2014 года № 296 «О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации»[166]. Из изучаемых нами территорий к ним относится вся Мурманская область, вся территория Ненецкого автономного округа, часть территорий севера Республики Коми, некоторые территории севера Архангельской области (Архангельск (городской округ); Мезенский район; Новая Земля; Новодвинск (городской округ); Онежский район; Приморский район; Северодвинск (городской округ).

На состояние здоровья населения этих территорий оказывают воздействие неблагоприятные климатогеографические факторы (длительная холодная зима, избыточная ветровая нагрузка, повышенная влажность, измененная фотопериодичность, приполярные сумерки, длительная инсоляция в летний период, близость к геомагнитному полюсу). Для Арктической зоны характерно недостаточное покрытие территорий связью, в том числе сотовой и Интернет, неразвитость транспортно-логистической инфраструктуры, наличие труднодоступных и малонаселенных территорий, обилие водных преград.

Наряду с суровыми зимами, полярными ночами и днями, здесь наблюдается низкая плотность населения, в ряде районов не превышающая 0,23 чел./км² (НАО). Сеть медицинских организаций развёрнута в основном в крупных населённых пунктах, что усложняет доступность медицинской помощи для

жителей отдалённых местностей. Кроме того, значительная часть населения представлена малочисленными коренными народами Севера, кочующими группами и вахтовыми рабочими, нуждающимися в специфических формах медицинского обслуживания (выездные или модульные комплексы, телемедицинские консультации и т. д.).

Все эти факторы дополнительно усиливают нагрузку на имеющийся кадровый потенциал, делают врачебную практику более «многопрофильной», требуют сверхнормативного совместительства и специальных мер мотивации.

2.1.2. Архангельская область

Архангельская область является восьмым по площади территории субъектом Российской Федерации и крупнейшим субъектом СЗФО (589 913 км²) и европейской части России. Административный центр – город Архангельск, где проживает около 31% населения области. По состоянию на 2023 год численность населения (без учёта НАО) составляет немногим более 1 005 000 человек, а средняя плотность – около 1,70 чел./км². Однако в некоторых районах, таких как Лешуконский и Мезенский, плотность не превышает 0,3 чел./км² [172].

В административном делении области выделяются 7 городов областного значения и 21 район. В области более 4000 населённых пунктов с численностью населения менее 100 человек. Регион имеет ярко выраженную поляризацию: в промышленных и административных центрах (Архангельск, Северодвинск, Новодвинск) сосредоточена основная часть городского населения (более 78%), а сельская территория испытывает систематический отток молодёжи и специалистов. В этом контексте особую роль играет СГМУ, который готовит врачей по широкому спектру специальностей и ведёт профориентацию в местных школах, что, по идее, должно способствовать насыщению регионального здравоохранения новыми кадрами.

По данным регионального Минздрава, на 2023 год в Архангельской области работают 61 медицинских организаций в системе ОМС, однако, если сравнивать с 2015 годом, наблюдается общее сокращение числа государственных медицинских учреждений. В период 2015–2023 гг. суммарное уменьшение составило около

12,9%, что провоцирует социальную напряжённость и напрямую затрагивает вопросы доступности здравоохранения (таблица 2-1) [173].

Таблица 2-1. Количество медицинских организаций в Архангельской области в 2015–2023 гг.

Медицинские организации	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023 к 2015 гг., %
Всего МО	70	66	66	65	64	63	61	61	61	-12,86%
1. Лечебно-профилактические организации, в том числе:	66	62	61	61	60	60	58	57	57	-13,64%
-Больничные организации	35	34	34	34	34	34	34	31	34	-2,86%
-Диспансеры	6	6	6	6	5	5	4	5	5	-16,67%
-Амбулаторно-поликлинические организации	12	10	10	10	10	9	8	9	9	-25,00%
-Центры	2	2	1	1	1	1	1	1	1	-50,00%
-Организации СМП и организации переливания крови	3	3	3	3	3	3	3	3	3	—
-Организации охраны материнства и детства	5	4	4	4	4	4	4	2	2	-60,00%
-Санаторно-курортные организации	3	3	3	2	2	2	2	2	2	-33,33%
2. Медицинские организации особого типа (центры, бюро)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	—
3. Клиника ВУЗов (ФГБОУ ВО «СГМУ» МЗ России)	-	-	1	1	1	1	1	1	1	+100%

2.1.3. Республика Коми

Республика Коми занимает территорию 415 900 км² и граничит с Архангельской областью и НАО. Численность населения в 2023 году оценивается примерно в 725 969 человек, при средней плотности порядка 1,74 чел./км² [174]. Столица республики – город Сыктывкар. Административно-территориальное деление включает 8 городов республиканского значения и 12 районов,

большинство которых относится к районам Крайнего Севера. В таблице 2-2 представлено количество самостоятельных больничных учреждений и диспансеров в Республике Коми за период 2017–2023 гг.

Таблица 2-2. Количество самостоятельных больничных учреждений и диспансеров в Республике Коми за период 2017–2023 гг.

Медицинские организации	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023 к 2017 гг.
Число больничных учреждений без диспансеров	38	38	36	36	36	35	35	-7,89%
Республиканские больницы (включая клинические)	1	1	1	1	1	1	1	—
Детские республиканские больницы (включая клинические)	1	1	1	1	1	1	1	—
Городские больницы	6	6	5	5	5	5	5	-16,67%
Детские городские больницы	2	2	2	2	2	2	2	—
Городские больницы скорой медицинской помощи	1	1	1	1	1	1	1	—
Госпитали ветеранов войн	1	1	1	1	1	1	1	—
Специализированные больницы	6	6	6	6	6	5	5	-16,67%
Центральные районные больницы	16	16	16	16	16	16	16	—
Родильные дома	2	2	2	2	2	2	2	—
Перинатальные центры	1	1	1	1	1	1	1	—
Центры восстановительной медицины	1	1	1	0	0	0	0	-100,00%
Число диспансеров, имеющих круглосуточные койки	7	5	5	5	5	5	5	-28,57%
Число диспансеров, оказывающих только амбулаторно-поликлиническую помощь	1	1	1	1	1	1	1	—
Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений	16	16	9	8	8	8	8	-50,00%
Самостоятельные стоматологические поликлиники	4	4	4	4	4	4	4	—

Значительную роль в кадровом обеспечении играет медицинский институт при Сыктывкарском государственном университете, который ведёт подготовку профильных специалистов. Однако реальные процессы миграции свидетельствуют, что многие выпускники предпочитают уезжать в более развитые регионы, что приводит к «кадровому маятнику» – выпускники из сельской местности поступают в Сыктывкар, а оттуда могут уехать в города Центральной России. Статистика также указывает на сокращение числа больниц и диспансеров в Республике (за период 2017–2023 гг.), что прямо отражается на качестве и доступности медицинской помощи (таблица 2-2).

2.1.4. Мурманская область

Мурманская область (144 902 км²) отличается более высокой плотностью населения (4,54 чел./км²) по сравнению с другими арктическими территориями. Административный центр – город Мурманск – является крупным портовым и промышленным центром. В административном плане область состоит из 6 городских округов, 7 муниципальных округов и 4 муниципальных районов [175].

Региональная система здравоохранения ориентирована преимущественно на государственные учреждения (37 организации по состоянию на 2022 год), а также на развитую сеть ведомственных клиник (Минобороны, Росатом, предприятия оборонно-промышленного комплекса)[175]. Кадровая ситуация здесь неоднородна: города Кольского полуострова (Мурманск, Североморск, Мончегорск) обеспечены врачами лучше, чем отдалённые населённые пункты. При этом высокая стоимость жизни, суровый климат и конкуренция со стороны федеральных структур (например, предприятий, предлагающих более высокие зарплаты) усложняют задачу удержания и привлечения кадров в муниципальные больницы и поликлиники [176].

Основные показатели деятельности организаций здравоохранения Мурманской области в 2018–2022 годах отражены в таблице 2-3.

Таблица 2-3. Основные показатели деятельности организаций здравоохранения Мурманской области в 2018–2022 годах.

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Темп прироста 2022 к 2018 гг.
Число больничных организаций, ед.	41	38	38	38	37	-9,76%
Число больничных коек, ед.	7041	7066	7590	7270	6884	-2,23%
Число больничных коек на 10 000 человек населения	94,1	95,3	103,6	100,4	104,5	+11,05%
Число амбулаторно-поликлинических организаций, ед.	153	151	157	159	170	+11,11%
Число женских консультаций, детских поликлиник, отделений (кабинетов), ед.	132	125	124	131	129	-2,27%
Число фельдшерско-акушерских пунктов, ед.	20	26	27	24	24	+20,00%
Численность врачей, человек						
– всего	3921	3833	3747	3694	3620	-7,68%
– на 10 000 населения	52,4	51,7	51,1	51,0	55,0	+4,96%
Численность среднего медицинского персонала, человек						
– всего	9959	9747	9536	9327	9051	-9,12%
– на 10 000 населения	133,1	131,5	130,1	128,7	137,4	+3,23%

2.1.5. Ненецкий автономный округ

Ненецкий АО (176 700 км²) – самый малочисленный субъект Российской Федерации (около 41 454 человек на 2023 год), при плотности 0,23 чел./км² [177]. Входит в состав Архангельской области в соответствии с Уставом области, но при этом обладает статусом самостоятельного субъекта. Вся территория НАО относится к Арктической зоне Российской Федерации и находится в зоне вечной мерзлоты, характеризуется крайне тяжёлыми климатическими условиями. Административный центр – город Нарьян-Мар, а в административном делении выделяются Заполярный район и посёлок Искателей [177].

Медицинское обслуживание населения НАО осуществляется главным образом через окружную больницу в Нарьян-Маре и сеть ФАПов, а также выездных и санитарно-авиационных бригад [178]. С учётом больших расстояний, низкой плотности, отсутствия постоянных дорог, роль телемедицины и

авиамедицинской эвакуации здесь исключительно важна. Ключевой вызов – нехватка кадров (особенно среднего медицинского персонала и врачей-специалистов), которые предпочитают не задерживаться в регионе из-за непривычных условий жизни и ограниченных возможностей для карьерного роста (таблица 2-4).

Таблица 2-4. Медицинские организации в Ненецком автономном округе в 2019–2023 гг.

Показатель	2019	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023 г. к 2019 г.
Число больничных организаций	2	2	2	2	2	0,00%
Число амбулаторно-поликлинических организаций	9	10	9	9	12	+33,33%
Число женских консультаций, детских поликлиник, акушерско-гинекологических, детских отделений (кабинетов)	5	5	5	5	5	0,00%
Число фельдшерско-акушерских пунктов	4	–	–	–	–	-100,00%
Число фельдшерских пунктов	21	25	25	25	23	+9,52%

Таким образом, все четыре региона сталкиваются с общими проблемами:

1. Дефицит и дисбаланс кадров (особенно молодого и среднего возраста) на фоне сокращения стационарных и амбулаторных организаций;
2. Усиливающаяся поляризация между крупными административными центрами (где есть вузы, относительная инфраструктура) и периферией (где доступность и уровень медицинских услуг резко падают);
3. Особая зависимость от государственных (федеральных, региональных, муниципальных) мер стимулирования и поддержки (программа «Земский доктор» и другие региональные программы);
4. Климатогеографические сложности, делающие жизнь в удалённых населённых пунктах объективно труднее, что снижает мотивацию у медицинских работников.

Отмеченные проблемы формируют предпосылки для разработки комплексных мер, призванных повысить привлекательность работы в северных регионах, улучшить профессиональную адаптацию и поддержать специалистов, уже занятых в местной системе здравоохранения.

2.2 Методы и материалы исследования

Объект исследования – участники программы «Земский доктор», работающие по договору в государственных медицинских организациях Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми, студенты СГМУ. Предмет исследования – состояние кадрового обеспечения и факторы, влияющие на обеспеченность кадрами государственных медицинских организаций Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми, в том числе обуславливающие мотивацию будущих врачей и врачей – молодых специалистов к участию в программе «Земский доктор» и закрепление специалистов в медицинских организациях.

Единицы наблюдения: в разные моменты проведения исследования единицами являлись врачи-специалисты участники программы «Земский доктор» медицинских организаций Архангельской области, Республики Коми, Ненецкого автономного округа, Мурманской области, студенты СГМУ; показатели кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе проведена комплексная оценка кадровых ресурсов государственных медицинских организаций Архангельской, Мурманской областей, НАО и Республики Коми за период с 2015 по 2023 год в сравнении с кадровым обеспечением Российской Федерации и СЗФО.

Программа диссертационного исследования представлена в таблице 2-5.

Таблица 2-5. Материалы и методы исследования, источники информации и объемы исследования

Задачи	Источники информации, материалы исследования	Методы исследования
1. Провести анализ кадрового обеспечения здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России (на примере Архангельской области, Мурманской области, Ненецкого автономного округа и Республики Коми)	ФФСН N 30 «Сведения о медицинской организации» за период с 2015 по 2023 гг. по Архангельской, Мурманской области, Республике Коми – 27; государственные доклады «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения» по исследуемым регионам с 2015 по 2023 гг. - 21, статистические сборники по Архангельской области ГБУЗ Архангельской области «МИАЦ» - 6, штатные расписания государственных медицинских организаций Архангельской области с 2015 по 2023 гг. – 420.	Аналитический Статистический
2. Изучить мотивацию студентов старших курсов медицинского вуза к участию в программе «Земский доктор» по выбранному направлению профессиональной деятельности, составить социальный портрет потенциального участника программы	Авторская анкета-вопросник оценки мотивации студентов (280 студентов Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск))	Социологический Статистический
3. Дать характеристику практикующих врачей-участников программы «Земский доктор», работающих в государственных медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях Европейского севера России	Авторская анкета-вопросник оценки мотивации врачей-участников программы «Земский доктор» Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми (385 врачей)	Социологический Статистический
4. Оценить факторы мотивации и удовлетворенности врачей участием в программе «Земский доктор» на арктических и приарктических территориях европейского севера России	Авторская анкета-вопросник оценки мотивации врачей-участников программы «Земский доктор» Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми (385 врачей)	Аналитический Социологический Статистический
5. Разработать комплекс мероприятий по привлечению и закреплению специалистов в государственной системе здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России	Результаты собственного исследования	Метод организационного моделирования Статистический

На втором этапе проведено социологическое исследование методом анкетирования студентов СГМУ (г. Архангельск) и врачей, принимавших участие в программе «Земский доктор» в медицинских организациях Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми. На третьем этапе исследования разработан комплекс мер по привлечению и закреплению специалистов в системе здравоохранения, в том числе проект «Информационный ресурс здравоохранения» на примере Архангельской области.

Использовались методы изучения и обобщения опыта, сбора, обработки информации: сравнительный (компаративный) анализ литературных источников и нормативно-правовых актов, аналитический метод, метод организационного моделирования, социологический метод, статистический метод.

На первом этапе исследования на основании данных государственных докладов «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения» Архангельской области, НАО, Республики Коми, Мурманской области, данных отчетных форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», проанализированы кадровые ресурсы государственных медицинских организаций Архангельской, Мурманской областей, НАО и Республики Коми.

В статистике здравоохранения для анализа обеспеченности медицинских организаций трудовыми ресурсами используются следующие статистические показатели: обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками в расчете на 10 000 населения на конец года, показатель соотношения врачей и средних медицинских работников, показатели укомплектованности должностей врачей и средних медицинских работников, коэффициенты совместительства врачей и средних медицинских работников (таблица 2-6).

При определении показателей обеспеченности медицинскими кадрами населения субъектов Российской Федерации учитываются (таблица 2-6):

- данные, содержащиеся в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (далее – ФФСН № 30);
- численность населения субъекта Российской Федерации на 1 января года,

следующего за отчетным, по данным Росстата России.

Таблица 2-6. Показатели обеспеченности и укомплектованности медицинскими кадрами в субъектах Российской Федерации и формулы их расчета

№	Наименование показателя	Формула расчёта	Описание	Источник данных
1	Укомплектованность физическими лицами врачей (УВфл), %	$УВфл = (В / Штдв) \times 100$	Отношение числа врачей (основные работники, включая отпуска) к числу штатных должностей. Совместители не учитываются.	В = ф.30, табл.1100, стр.1, гр.9; Штдв = гр.3
2	Укомплектованность врачами по занятым должностям (УВз), %	$УВз = (Здв / Штдв) \times 100$	Отношение занятых должностей врачей к числу штатных должностей.	Здв = гр.4; Штдв = гр.3
3	Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения (ОВ)	$ОВ = (В \times 10\,000) / ЧН$	Отношение числа врачей (основные работники, включая отпуска) к численности населения. Совместители не учитываются.	В = гр.9; ЧН – численность населения
4	Коэффициент совместительства врачей (КСв)	$КСв = Здв / В$	Отношение числа занятых должностей к числу физических лиц врачей.	Здв = гр.4; В = гр.9
5	Обеспеченность средним медперсоналом на 10 тыс. населения (ОСМП)	$ОСМП = (СМП \times 10\,000) / ЧН$	Аналогично ОВ, только для среднего медперсонала.	СМП = табл.1100, стр.11, гр.9; ЧН
6	Укомплектованность физическими лицами СМП (УСМПфл), %	$УСМПфл = (СМП / Штдсмп) \times 100$	Отношение количества среднего медперсонала (физлица) к числу штатных должностей.	СМП = гр.9; Штдсмп = гр.3
7	Укомплектованность СМП по занятым должностям (УСМПз), %	$УСМПз = (Здсмп / Штдсмп) \times 100$	Аналогично УВз, но для среднего медперсонала.	Здсмп = гр.4; Штдсмп = гр.3
8	Коэффициент совместительства СМП (КСсмп)	$КСсмп = Здсмп / СМП$	Отношение занятых должностей среднего медперсонала к числу физических лиц.	Здсмп = гр.4; СМП = гр.9
9	Соотношение врач: средний медперсонал (ВСМП)	$ВСМП = 1 / (СМП / В)$	Отношение численности среднего медперсонала к числу врачей. За единицу принимается число врачей.	Среднегодовые значения СМП и В

С целью расчета показателей обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом Архангельской, Мурманской областей, НАО и Республики Коми использовались данные о численности населения соответствующих территорий, полученные в медицинских информационно-аналитических центрах субъектов Российской Федерации. Сведения по аналогичным показателям на территории Российской Федерации и СЗФО были получены в Федеральной службе государственной статистики Российской Федерации.

После расчета вышеуказанных показателей (таблица 2-6) проводился их анализ в динамике с 2015 по 2023 год в разрезе субъектов Российской Федерации и в сравнении с данными по Российской Федерации и СЗФО.

На втором этапе исследования выполнено социологическое исследование методом анкетирования (для формирования выборки использовался простой случайный способ). В исследовании приняли участие 280 студентов Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) и 385 врачей, принимавших участие в программе «Земский доктор» в медицинских организациях Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми.

Генеральную совокупность для участвующих врачей составили специалисты медицинских организаций, принимавшие участие в программе «Земский доктор» на территории Архангельской (46%), Мурманской областей (3,4%) и Республики Коми (50,6%) за период с 2012 по 2020 гг. Программа «Земский доктор» действует в селах и в других населенных пунктах, где живут до 50 000 человек. Объем генеральной совокупности составляет 2500 человек.

Для определения репрезентативного объема выборки исследования использован метод расчета, предложенный Мерковым А.М. и Поляковым Л.Е., для

бесповторной выборки: $n = \frac{N \cdot t^2 \cdot P \cdot q}{N \cdot \Delta^2 + t^2 \cdot P \cdot q}$, где:

n – минимальный объем выборки,

N – численность генеральной совокупности (2500 участников программы),

t - доверительный коэффициент (2),

P – доля изучаемого признака в общей совокупности (99%),

q – величина обратная показателю (100-99=1%),

Δ – предельная ошибка выборки (1%).

$$n = \frac{2500 * 2^2 * 99 * 1}{2500 * 1^2 + 2^2 * 99 * 1} = 341$$

Расчетное число респондентов составило 341 человек, фактически в исследовании приняли участие 385 человек. Статистическая погрешность выборки не превышает 4,59% при 95% доверительном интервале.

Для определения числа респондентов -студентов СГМУ использовали ту же формулу. Генеральную совокупность составили студенты старших курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов – 525 человек.

$$n = \frac{525 * 2^2 * 99 * 1}{525 * 1^2 + 2^2 * 99 * 1} = 226$$

Расчетное число респондентов составило 226 человек, фактически в исследовании приняли участие 280 человек. Статистическая погрешность выборки не превышает 4,59% при 95% доверительном интервале.

В качестве инструмента исследования было разработаны 2 авторские анкеты с учетом рекомендаций (Приложение 1,2), разработанных по результатам проекта EUROHIS (Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья) [179]. Обе анкеты были утверждены этическим комитетом СГМУ (выписка из протокола заседания Локального этического комитета № 06/09-18 от 25.09.2018г.).

Анкета для студентов состояла из 16 вопросов, направленных на прояснение мотивации и потенциальной заинтересованности принять участие в программе «Земский доктор». Анкета включала в себя два блока: блок А (7 вопросов) – общие данные о респонденте (паспортная часть), блок Б (9 вопросов) – потенциальная мотивация участия в реализации программы «Земский доктор».

Анкета для врачей включала в себя 29 вопросов, объединенных в три блока: блок А (12 вопросов) – общие данные о респонденте (паспортная часть), блок Б

(12 вопросов) – факторы мотивации участия в программе «Земский доктор»; блок В (5 вопросов) – удовлетворенность различными аспектами профессиональной деятельности и качество жизни.

Мотивационные факторы оценивались по шестипозиционной шкале степени значимости и включали финансовые стимулы, профессиональное развитие, социально-бытовые условия, а также личные предпочтения респондентов. Удовлетворенность измерялась по пяти ключевым параметрам (финансовые условия, бытовые условия, социальная инфраструктура, условия труда, профессиональная самореализация) с использованием шестипозиционной оценочной шкалы.

Первый блок включал вопросы, касающиеся демографических характеристик участников исследования (пол, возраст, семейное положение, количество детей). В данный блок также вошли вопросы о населенном пункте работы, образовании, трудовом стаже, специальности и условиях проживания респондентов. Особое внимание уделено вопросу о целевом обучении в вузе, интернатуре или ординатуре, что позволяет проследить траекторию профессионального становления врачей-участников программы.

Второй блок посвящен мотивационному компоненту участия в программе «Земский доктор». Данный раздел включает вопросы об источниках информации о программе, мотивах участия, определении основной причины участия и ранжирования мотивов по степени важности. Для более детального анализа мотивационной составляющей респондентам предлагалось оценить степень важности каждого из факторов мотивации по шестибальной шкале. При анализе результатов ответы респондентов на вопросы о степени важности факторов мотивации были объединены в три укрупненные категории: высокая степень важности (объединяющая ответы «критически важно», «очень важно» и «важно»), средняя степень важности (соответствующая ответу «нейтрально») и низкая степень важности (включающая ответы «маловажно» и «не играет роли»).

Факторы мотивации были классифицированы на шесть основных групп, чтобы комплексно оценить побудительные причины участия врачей в программе:

1) денежная выплата (оценивающая значимость возможности получения единовременной денежной выплаты); 2) сельская местность (отражающая желание жить и работать в сельской местности); 3) служебное жилье (оценивающая важность возможности получения служебного жилья или земельного участка под индивидуальное жилищное строительство); 4) социальные льготы (определяющая значимость возможности получения различных социальных преференций); 5) опыт работы (характеризующая важность получения профессионального опыта); 6) семейные обстоятельства (отражающая влияние семейной ситуации на принятие решения об участии в программе).

Третий блок опросника направлен на исследование удовлетворенности участием в программе «Земский доктор». В этом разделе содержатся вопросы об общей удовлетворенности участием в программе, степени важности различных факторов удовлетворенности, ранжировании этих факторов, готовности продолжить работу в учреждении после окончания программы, возможности повышения профессиональных навыков, выполнении условий трудового договора, качестве личных контактов с коллегами и администрацией учреждения, обстановке в рабочем коллективе, качестве жизни и состоянии здоровья участников. Для анализа удовлетворенности участием в программе «Земский доктор» респондентам предлагалось оценить степень важности каждого из формирующих ее факторов по шестибальной шкале. При анализе результатов ответы респондентов относительно удовлетворенности факторами участия в программе классифицировались как положительные (включающие ответы «абсолютно удовлетворен(-а)», «в целом удовлетворен(-а)», «частично удовлетворен(-а)», «не имеет значения») или отрицательные (объединяющие ответы «в целом не удовлетворен(-а)» и «совершенно не удовлетворен(а)»).

Факторы удовлетворенности участием в программе были разделены на пять основных категорий: 1) финансовые условия (характеризующие удовлетворенность величиной личных доходов); 2) бытовые условия (отражающие качество жилья, наличие интернета, сотовой связи и других

бытовых аспектов); 3) социальные условия (оценивающие качество досуга, сферы услуг, социальной сферы, включая наличие школьных и дошкольных учреждений); 4) условия труда (характеризующие график работы и врачебную нагрузку); 5) профессиональный фактор (отражающий востребованность специалиста, возможности профессионального и карьерного роста).

Особое внимание в опроснике уделено оценке готовности врачей продолжать работу в том же учреждении после окончания программы «Земский доктор». Для ее количественной оценки респондентам предлагалось оценить степень важности каждого из формирующих ее факторов по пятибалльной шкале. Ответы респондентов на данный вопрос классифицировались как положительные (объединяющие ответы «абсолютно готов» и «определенно готов»), сомнительные (соответствующие ответу «есть сомнения») или отрицательные (включающие ответы «определенно не готов» и «абсолютно не готов»).

На третьем этапе исследования разработан комплекс мер по привлечению и закреплению специалистов в системе здравоохранения, в том числе проект «Информационный ресурс здравоохранения» на примере Архангельской области.

2.3 Статистический анализ результатов исследования

Формирование банка данных и статистическая обработка информации осуществлялись в редакторе электронных таблиц Microsoft Excel 2016 и с помощью пакетов прикладных программ IBM SPSS Statistics ver. 23 и STATA 18.0 (StataCorp). При обработке базы данных использовались методы параметрической и непараметрической статистики.

Для проведения социологического исследования в группах респондентов (обучающиеся медицинского вуза и участников программы «Земский доктор») использовали две версии авторской анкеты (Приложение 1,2). Количественная оценка мотивационного компонента, удовлетворенности участия в программе «Земский доктор», а также готовности продолжать работу в том же учреждении

после завершения участия в программе «Земский доктор» группы врачей-респондентов выполнена расчетом средней арифметической значений соответствующих показателей, определенных для каждого респондента. При этом варианты ответов на вопросы анкеты «не играет роли» (или «совершенно не удовлетворен(а)», «абсолютно не готов») соответствовали 1 баллу, «маловажно» («в целом не удовлетворен(а)», «определенно не готов») - 2 баллам, «нейтрально» («не имеет значения», «есть сомнения») - 3 баллам, «важно» («частично удовлетворен(а)», «определенно готов») - 4 баллам, «очень важно» («в целом удовлетворен(а)», «есть сомнения») - 5 баллам, «критически важно» («абсолютно удовлетворен(а)», «абсолютно готов») - 6 баллам.

Для выявления и количественной оценки факторов мотивации и удовлетворенности программой, связанных с наличием сомнений или неготовностью врачей продолжать участие в программе «Земский доктор», был использован множественный логистический регрессионный анализ. Были построены две отдельные модели множественной логистической регрессии: (1) для анализа факторов, связанных с наличием сомнений у врачей (сравнение групп «готов продолжать» против «есть сомнения»); (2) для анализа факторов, связанных с неготовностью продолжать работу (сравнение групп «готов продолжать» против «не готов продолжать») в той же медицинской организации после окончания программы. В качестве независимых переменных в обе модели одновременно включались: возрастная группа, факторы удовлетворенности участия в программе (финансовые, бытовые, социальные, трудовые, профессиональные), качество общения с коллегами и администрацией, возможности повышения квалификации, выполнение условий трудового договора, обстановка в коллективе и самооценка состояния здоровья. Результаты логистического регрессионного анализа представлены в виде скорректированных значений отношений шансов (ОШ) в сопоставлении с группой сравнения (ГС) с указанием 95% ДИ. Результаты достоверными считались при вероятности ошибки первого типа менее 5% ($p < 0,05$). Проверка гипотезы о соответствии наблюдаемых

и спрогнозированных значений зависимой переменной выполнена с помощью теста Хосмера-Лемешоу.

Для статистического анализа использовали количественные и категориальные переменные. Проверка нормальности распределения количественных переменных осуществлялась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Для количественных данных производился расчет среднего арифметического и 95% доверительного интервала (95% ДИ) по методу Фишера. Для сравнения полученных результатов в зависимости от нормальности распределения использовался или t-критерий Стьюдента, или критерий Манна-Уитни. Для анализа категориальных переменных использовали построение таблиц линейных распределений, таблиц сопряженности и сравнение независимых групп критерием Хи-квадрат Пирсона.

2.4 Индексный метод для оценки кадровой ситуации в медицинских организациях, расположенных на арктических и приарктических территориях европейского севера России

Традиционные статистические показатели (укомплектованность, обеспеченность, коэффициент совместительства) дают разрозненную картину, которую трудно использовать в сравнительных исследованиях между разными субъектами Российской Федерации. В последние годы во многих исследованиях общественного здоровья и управления здравоохранением используется интегральный подход, позволяющий агрегировать разнотипные индикаторы в один сводный индекс. Такой индекс облегчает мониторинг, выделение проблемных зон и принятие управленческих решений.

С целью объективной характеристики кадровой ситуации в части обеспеченности врачебным персоналом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в системе здравоохранения субъекта Российской Федерации были разработаны методические рекомендации «Индексный метод для оценки кадровой ситуации в системе оказания первичной медико-санитарной помощи регионального здравоохранения» (далее –

Методические рекомендации) на основе интегрального показателя – индекса кадрового благополучия [180].

В рамках предлагаемой методики возможно не только констатировать проблемы в определенный отрезок времени, но и сравнить кадровую ситуацию в системе здравоохранения конкретного региона страны с данными по соответствующему федеральному округу, в целом по Российской Федерации, а также оценить тенденции её развития в определённый период.

Расчет индекса кадрового благополучия проводится индексным методом, позволяющим привести все фактические показатели к единому основанию. Методика расчета индекса кадрового благополучия представлена в двух методических рекомендациях: «Индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения: методические рекомендации / О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова, Л.И. Меньшикова, В.В. Люцко, М.Ю. Котловский, Д.С. Терентьева, О.О. Захарченко, И.В. Толмачев, Ю.Е. Сенотрусова, Н.А. Флеглер. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023» [180] и «Индексный метод при расчете обеспеченности средним медицинским персоналом регионального здравоохранения: Методические рекомендации / Кобякова О.С., Деев И.А., Ходакова О.В., Меньшикова Л.И., Люцко В.В., Котловский М.Ю., Терентьева Д.С., Захарченко О.О., Толмачев И.В., Сенотрусова Ю.Е., Флеглер Н.А. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023» [181].

Расчет проводится по формуле:

$$\text{ИКБ} = \sqrt[9]{I_1 \cdot I_2 \cdot I_3 \cdot I_4 \cdot I_5 \cdot I_6 \cdot I_7 \cdot I_8 \cdot I_9}$$

где ИКБ – индекс кадрового благополучия в здравоохранении,

I_1 – субиндекс показателя укомплектованности врачами по занятым должностям;

I_2 – субиндекс показателя укомплектованности врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по занятым должностям;

I_3 – субиндекс показателя укомплектованности врачами, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, по занятым должностям;

I_4 -субиндекс показателя укомплектованности врачами (физическими лицами);

I_5 - субиндекс показателя укомплектованности врачами (физическими лицами), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

I_6 - субиндекс показателя укомплектованности врачами (физическими лицами), оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях;

I_7 - субиндекс обратного коэффициента совместительства врачей;

I_8 -субиндекс показателя обеспеченности врачами;

I_9 -субиндекс отношения обеспеченности врачами к укомплектованности физическими лицами.

Интерпретация показателя проводилась по следующему принципу: если полученное значение ИКБ было близко к 1, то это свидетельствовало о том, что регион соответствует среднероссийскому уровню; если значение ИКБ было > 1 , то это указывает на «лучшее» состояние кадровой ситуации по сравнению со среднероссийским уровнем; если значение ИКБ было < 1 , то это расценивалось на отставание, требующее дополнительных мер кадровой политики.

Более детальную оценку значения индекса кадрового благополучия проводили через определение принадлежности полученного значения к определенному терцилю. Терцили – это значения признака, делящие ранжированную совокупность на три равные части. Границы терцилей зависят от интервальных значений признака. Следовательно, при изучении показателя в динамике значения терцилей будут варьироваться в разные временные промежутки в связи с изменением интервала распределения значений индекса кадрового благополучия. Шкала оценки терцилей для индекса кадрового благополучия в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в отношении врачебного персонала в 2015–2023 гг. представлена в главе 3. Значения ИКБ в интервале первого терциля соответствуют низкому уровню показателя, во втором – среднему, в третьем – высокому уровню индекса кадрового благополучия.

Исследование ИКБ за несколько лет позволяет выявить общую тенденцию

изменения интегрального показателя, а также рассчитать показатели динамического ряда. Соответственно, положительные значения показателей динамического ряда, в частности, показателя абсолютного прироста, следует рассматривать как позитивную тенденцию. Отрицательные значения показателей динамического ряда ИКБ свидетельствуют о неблагоприятной кадровой ситуации, что требует разработки комплекса мероприятий, направленных на совершенствование региональной кадровой политики в сфере охраны здоровья.

**ГЛАВА 3 ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
АРКТИЧЕСКИХ И ПРИАРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО
СЕВЕРА РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ,
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКИ КОМИ)**

**3.1 Кадровое обеспечение системы здравоохранения и возрастной состав
врачей арктических и приарктических территорий европейского севера
России**

В 2015–2023 гг. штат врачей в Российской Федерации сократился на 6,2% (с 881,6 до 827,1 тыс.), что отражено в таблице 3-1.

Таблица (3-1). Динамика количества штатных должностей врачей и среднего медицинского персонала в медицинских организациях в 2015–2023 гг. (тыс. человек)

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	Врачи	881,6	880,3	878,7	872,1	865,2	930,9	903,9	852,0	827,1
	СМП	1802	1782	1732	1712	1691	1782	1692	1601	1550
СЗФО	Врачи	95,44	95,72	95,92	96,16	96,47	100,80	99,83	96,20	91,80
	СМП	188,2	184,9	179,5	177,1	175,3	181,1	174,7	167,3	159,1
АО	Врачи	7,153	7,185	6,996	6,943	6,884	7,402	7,088	6,423	6,032
	СМП	15,81	15,45	14,88	14,50	14,12	14,88	14,24	12,90	11,94
Мурманская область	Врачи	4,688	4,647	4,505	4,440	4,174	4,497	4,123	3,838	3,746
	СМП	10,420	10,140	9,580	9,250	8,800	9,241	8,905	8,042	7,917
НАО	Врачи	0,338	0,322	0,326	0,322	0,334	0,351	0,334	0,340	0,341
	СМП	0,816	0,719	0,726	0,694	0,727	0,743	0,695	0,677	0,633
Республика Коми	Врачи	6,761	6,680	6,673	6,556	6,316	6,552	6,451	6,139	5,545
	СМП	15,59	15,42	15,05	14,27	13,75	13,97	13,81	13,16	12,44

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

Наибольший относительный спад зафиксирован в Российской Федерации в 2022 г. (-5,7% к предыдущему году). Штат среднего медицинского персонала уменьшился на 14,0% (с 1 802 до 1 550 тыс.). В СЗФО снижение было более выраженным: число врачебных должностей сократилось на 3,8% до 91,8 тыс., а должностей СМП — на 15,5% до 159,1 тыс. (таблица 3-1).

В наибольшей степени штат врачей уменьшился в Мурманской области (-20,1%) и Архангельской области (-15,7%), тогда как в НАО численность осталась почти неизменной (-0,6%). Штат СМП в этих двух регионах сократился на 24,1% и 24,5% соответственно, что указывает на приоритетное сокращение сестринского звена. В Республике Коми снижение врачебного штата составило 18,0%, а СМП — 20,2%. В 2020 г. зафиксирован временный рост численности должностей (врачи: +7,6%; СМП: +5,4%), вероятно связанный с развертыванием коечного фонда в ответ на пандемию COVID-19. Однако уже к 2023 г. произошёл откат к доковидному уровню с дополнительным отрицательным отклонением, свидетельствующим о структурной корректировке штатного расписания.

Количество занятых врачебных должностей в Российской Федерации снизилось с 774,5 тыс. в 2015 г. до 711,7 тыс. в 2023 г. (-8,1%) (таблица 3-2). В отличие от штатной численности, наибольшее сокращение занятости пришлось на 2019–2022 гг., в среднем -3,2% в год. Число занятых должностей СМП уменьшилось на 17,5% (с 1 652 до 1 362 тыс.), при этом убывающий тренд сохранялся даже в пандемийный период. В СЗФО занятость врачей сократилась на 6,6% до 77,8 тыс., СМП — на 20,4% до 134,1 тыс.

В региональном разрезе значительные потери врачебных должностей отмечались в Мурманской области(-16,7%) и Архангельской области(-12,9%). В НАО, напротив, зафиксирован прирост занятых врачебных должностей на 18,3% к 2022 г. Сопоставление динамики занятости и штатной численности указывает на снижение вакантности: в 2020–2023 гг. доля незаполненных врачебных должностей уменьшилась с 14,7% до 13,9%, а должностей СМП — с 14,8% до 12,8%. Это может отражать политику укрупнения кадрового ресурса за счёт

сокращения мало востребованных должностей и перераспределения нагрузки между сотрудниками.

Таблица 3-2. Динамика количества занятых должностей врачей и среднего медицинского персонала в медицинских организациях в 2015–2023 гг. (тыс. человек)

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	Врачи	774,5	765,3	756,1	743,3	725,0	747,8	729,3	701,9	711,7
	СМП	1652	1621	1559	1531	1495	1519	1434	1370	1362
СЗФО	Врачи	83,33	82,89	82,19	81,08	81,07	82,78	82,22	77,50	77,81
	СМП	168,4	164,1	157,1	152,9	151,1	152,1	146,0	136,7	134,1
АО	Врачи	6,299	6,300	5,763	5,462	5,300	5,279	5,268	5,299	5,481
	СМП	14,69	14,29	13,18	12,39	11,94	11,74	11,35	10,96	11,03
Мурманская область	Врачи	4,005	3,963	3,792	3,592	3,400	3,442	3,370	3,002	3,336
	СМП	9,504	9,233	8,663	8,143	7,715	7,655	7,333	6,734	6,897
НАО	Врачи	0,306	0,301	0,226	0,233	0,298	0,305	0,247	0,240	0,284
	СМП	0,724	0,667	0,570	0,512	0,651	0,620	0,579	0,545	0,577
Республика Коми	Врачи	6,221	6,123	6,140	5,991	5,741	5,840	5,682	5,102	4,878
	СМП	15,04	14,85	14,40	13,61	13,06	13,07	12,75	11,89	11,26

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

Общее количество врачей-физлиц в Российской Федерации за рассматриваемый период выросло на 1,0% (с 543,6 до 549,1 тыс.) (таблица 3-3).

Пик пришёлся на 2020 г. (557,3 тыс.), за которым последовало снижение (-1,1% в 2021 г.) и частичное восстановление. В то же время численность СМП-физлиц снижалась на протяжении всего периода (-14,4%, с 1 309,8 до 1 121,4 тыс.), что изменило соотношение «врач/СМП» с 1:2,4 до 1:2,0. В СЗФО врачей стало больше (+6,0%), а СМП — меньше (-14,1%), подтверждая наличие

территориального дисбаланса. Отток врачей был особенно выражен в Республике Коми (-12,8%) и Архангельской области (-6,6%). Снижение численности СМП в регионах округа варьировалось от -11,2% (НАО) до -23,4% (Мурманская область). Временный рост врачей в 2020 г. отражает мобилизацию специалистов в COVID-госпитали, однако закрепить их в системе здравоохранения не удалось, что ограничивает эффективность принятых антикризисных мер.

Таблица 3-3. Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала (физических лиц) в медицинских организациях в 2015–2023 гг. (тыс. человек)

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	Врачи	543,6	544,5	548,4	548,8	551,5	557,3	551,3	541,5	549,1
	СМП	1310	1292	1266	1224	1215	1198	1170	1131	1121
СЗФО	Врачи	58,61	58,88	59,67	60,14	61,20	61,97	61,60	60,98	62,10
	СМП	126,1	123,4	120,7	116,4	116,3	114,6	112,4	109,5	108,3
АО	Врачи	4,542	4,500	4,542	4,475	4,400	4,282	4,195	4,155	4,241
	СМП	12,22	11,84	11,54	11,00	10,71	10,43	9,95	9,52	9,41
Мурманская область	Врачи	2,786	2,744	2,657	2,589	2,545	2,522	2,492	2,386	2,509
	СМП	7,587	7,207	6,863	6,450	6,346	6,273	6,124	5,854	5,840
НАО	Врачи	0,194	0,189	0,177	0,185	0,204	0,203	0,198	0,199	0,203
	СМП	0,547	0,511	0,513	0,506	0,585	0,537	0,519	0,485	0,447
Республика Коми	Врачи	3,449	3,463	3,501	3,418	3,349	3,269	3,152	3,058	3,008
	СМП	11,20	10,47	10,31	10,10	9,874	9,730	9,429	9,139	8,986

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

Показатель укомплектованности занятых должностей врачей физическими лицами в Российской Федерации снизился с 0,88 до 0,86 (-2,3%), достигнув минимума 0,80 в 2020 г. (-4,8% к 2019 г.), а затем поднявшись до 0,86 в 2023 г. (+7,5% к минимуму) (таблица 3-4).

Таблица 3-4. Динамика укомплектованности занятых должностей врачебного (УВз) и среднего медицинского персонала (УСМПз) физическими лицами в России и северных регионах в 2015–2023 гг.

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	УВз	0,88	0,87	0,86	0,85	0,84	0,80	0,81	0,82	0,86
	УСМПз	0,92	0,91	0,90	0,89	0,88	0,85	0,85	0,86	0,88
СЗФО	УВз	0,87	0,87	0,86	0,84	0,84	0,82	0,82	0,81	0,85
	УСМПз	0,89	0,89	0,88	0,86	0,86	0,84	0,84	0,82	0,84
АО	УВз	0,88	0,88	0,82	0,79	0,77	0,71	0,74	0,83	0,91
	УСМПз	0,93	0,92	0,89	0,85	0,85	0,79	0,80	0,85	0,92
Мурманская область	УВз	0,85	0,85	0,84	0,81	0,81	0,77	0,82	0,78	0,89
	УСМПз	0,91	0,91	0,90	0,88	0,88	0,83	0,82	0,84	0,87
НАО	УВз	0,91	0,93	0,69	0,72	0,89	0,87	0,74	0,71	0,83
	УСМПз	0,89	0,93	0,78	0,74	0,90	0,83	0,83	0,81	0,91
Республика Коми	УВз	0,92	0,92	0,92	0,91	0,91	0,89	0,88	0,83	0,88
	УСМПз	0,96	0,96	0,96	0,95	0,95	0,94	0,92	0,90	0,91

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

Аналогичный «V-образный» отскок отмечен для СМП (с 0,92 до 0,88). В СЗФО укомплектованность врачами упала с 0,87 до 0,85 (-2,9%), а СМП — с 0,89 до 0,84 (-5,6%). Особенно выраженные колебания наблюдались в Архангельской области: с 0,88 в 2015 г. до 0,71 в 2020 г. и последующим ростом до 0,91 в 2023 г. (+28,2% от минимума). В Мурманской области показатель не восстановился до доковидного уровня (-4,7%). Эти данные указывают на высокую чувствительность показателя к административным стимулам, но также на нестабильность кадровой

ситуации в северных регионах. Даже к 2023 г. вакантность врачебных должностей остаётся выше 14%.

Показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами врачей в Российской Федерации демонстрировал положительную динамику (с 0,62 до 0,66 (+6,5%)), а для СМП остался практически неизменным (с 0,73 до 0,72) (таблица 3-5).

Таблица 3-5. Динамика укомплектованности штатных должностей врачебного (УВфл) и среднего медицинского персонала (УСМПфл) физическими лицами в России и северных регионах в 2015–2023 гг.

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	УВфл	0,62	0,62	0,62	0,63	0,64	0,60	0,61	0,64	0,66
	УСМПфл	0,73	0,73	0,73	0,72	0,72	0,67	0,69	0,71	0,72
СЗФО	УВфл	0,61	0,62	0,62	0,63	0,63	0,62	0,62	0,63	0,68
	УСМПфл	0,67	0,67	0,67	0,66	0,66	0,63	0,64	0,65	0,68
АО	УВфл	0,64	0,63	0,65	0,64	0,64	0,58	0,59	0,65	0,70
	УСМПфл	0,77	0,77	0,78	0,76	0,76	0,70	0,70	0,74	0,79
Мурманская область	УВфл	0,59	0,59	0,59	0,58	0,61	0,56	0,60	0,62	0,67
	УСМПфл	0,73	0,71	0,72	0,70	0,72	0,68	0,69	0,73	0,74
НАО	УВфл	0,57	0,59	0,54	0,57	0,61	0,58	0,59	0,59	0,60
	УСМПфл	0,67	0,71	0,71	0,73	0,80	0,72	0,75	0,72	0,71
Республика Коми	УВфл	0,51	0,52	0,52	0,52	0,53	0,50	0,49	0,50	0,54
	УСМПфл	0,72	0,68	0,68	0,71	0,72	0,70	0,68	0,69	0,72

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

В СЗФО рост показателя укомплектованности врачебных должностей составил +11,5%, у СМП — +1,5%. В Мурманской области значения показателя ниже федеральных уровней (0,67 и 0,74 соответственно), что свидетельствует о

хроническом кадровом дефиците. В НАО показатель укомплектованности физическими лицами врачей после роста до 0,61 в 2019 г. стабилизировалась на уровне 0,60, что на 4,9% выше уровня 2015 г., в то время как показатель укомплектованности физическими лицами СМП снизился с 0,80 до 0,71 (-11,3%). Эти различия говорят о более успешной кадровой мобилизации среди врачей и отставании в укомплектовании сестринского сегмента.

Коэффициент совместительства врачей в Российской Федерации снизился с 1,42 до 1,30 (-8,5%), указывая на снижение нагрузки и более равномерное распределение должностей (таблица 3-6).

Таблица 3-6. Динамика значений коэффициента совместительства врачебного и среднего медицинского персонала в России и северных регионах в 2015–2023 гг.

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	Врачи	1,42	1,41	1,38	1,35	1,31	1,34	1,32	1,30	1,30
	СМП	1,26	1,25	1,23	1,25	1,23	1,27	1,23	1,21	1,21
СЗФО	Врачи	1,42	1,41	1,38	1,35	1,32	1,34	1,33	1,27	1,25
	СМП	1,34	1,33	1,30	1,31	1,30	1,33	1,30	1,25	1,24
АО	Врачи	1,39	1,40	1,27	1,22	1,20	1,23	1,26	1,28	1,29
	СМП	1,20	1,21	1,14	1,13	1,11	1,13	1,14	1,15	1,17
Мурманская область	Врачи	1,44	1,44	1,43	1,39	1,34	1,36	1,35	1,26	1,33
	СМП	1,25	1,28	1,26	1,26	1,22	1,22	1,20	1,15	1,18
НАО	Врачи	1,58	1,59	1,27	1,26	1,46	1,50	1,25	1,21	1,40
	СМП	1,32	1,30	1,11	1,01	1,11	1,16	1,11	1,12	1,29
Республика Коми	Врачи	1,80	1,77	1,75	1,75	1,71	1,79	1,80	1,67	1,62
	СМП	1,34	1,42	1,40	1,35	1,32	1,34	1,35	1,30	1,25

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

У СМП снижение составило 4,0%. В СЗФО коэффициент упал до 1,25 (-12,0%), но остался выше федерального уровня. Архангельская область демонстрировала стабильные значения, в то время как в НАО рост до 1,40 свидетельствует о значительной зависимости от совмещения в условиях ограниченного кадрового пула. В Республике Коми коэффициент снизился с 1,80 до 1,62 (-10,0%), оставаясь при этом самым высоким среди рассматриваемых территорий. Снижение совместительства СМП до уровня $\leq 1,25$ в большинстве регионов может свидетельствовать о частичном насыщении кадрового рынка или перераспределении функциональной нагрузки.

Обеспеченность врачами в Российской Федерации в 2015–2023 гг. колебалась в пределах 37,0–38,1 на 10 тыс. населения (таблица 3-7).

Таблица 3-7. Динамика обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом населения России и северных регионов в 2015 - 2023 гг., на 10 тыс. чел. населения

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	Врачи	37,1	37,1	37,3	37,4	37,6	38,1	37,9	37,0	37,5
	СМП	89,4	88,0	86,2	83,4	82,8	81,9	80,4	77,2	76,6
СЗФО	Врачи	42,3	42,4	42,8	43,0	43,8	44,5	44,3	44,0	44,8
	СМП	91,0	88,8	86,5	83,3	83,2	82,2	80,8	79,0	78,1
АО	Врачи	40,2	40,1	40,9	40,7	40,3	39,6	39,2	43,1	44,0
	СМП	108,1	105,6	103,9	99,9	98,0	96,3	93,0	98,7	97,6
Мурманская область	Врачи	36,6	36,2	35,3	34,6	34,3	34,4	34,4	36,2	38,1
	СМП	99,5	95,1	91,1	86,2	85,6	85,6	84,5	88,9	88,7
НАО	Врачи	44,3	43,0	40,2	42,2	46,3	45,7	44,5	48,1	49,1
	СМП	124,8	116,3	116,6	115,5	132,6	121,0	116,5	117,2	108,0

Продолжение **Таблицы 3-7.**

Республика Коми	Врачи	40,3	40,7	41,6	41,2	40,8	40,2	39,2	42,1	41,4
	СМП	130,7	123,1	122,6	121,7	120,4	119,6	117,4	125,8	123,7

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

После пика в 2020 г. (38,1) показатель снизился до 37,5 (-1,6%). Обеспеченность СМП упала на 14,3% (с 89,4 до 76,6). В СЗФО обеспеченность врачами превышала федеральные значения на 7–8 ед. и достигла 44,8 в 2023 г. (+5,9% к 2015 г.), при этом СМП снизилась на 14,2%. В Архангельской области обеспеченность врачами увеличилась до 44,0 (+9,5%), СМП — снизилась на 9,7%, указывая на растущий дисбаланс врач/средний медицинский персонал. В НАО обеспеченность врачами достигла 49,1 (+10,8%), при этом обеспеченность СМП снизилась на 13,5%. Разнонаправленность динамики подчёркивает необходимость адресной поддержки именно сестринского звена.

Коэффициент обеспеченность/укомплектованность (ОУ) для врачей в Российской Федерации снизился с 59,8 до 56,5 (-5,5%), для СМП — с 122,5 до 105,9 (-13,6%) (таблица 3-8).

Это означает, что увеличение числа врачей-физлиц частично компенсировало снижение обеспеченности, но не устранило проблему. В СЗФО значение ОУ для врачей в 2023 г. составило 66,2, оставаясь выше федерального, но с отрицательной динамикой за последние годы (-4,6% за 2019–2023 гг.). В Архангельской области ОУ врачей составил 62,6 (-3,8% к 2021 г.), СМП – 123,9 (-6,7%). В Мурманской области ОУ врачей остался стабильным (56,9), но СМП-компонента продолжала снижаться (-12,0%). В НАО врачебный ОУ вырос до 82,4 (+8,7% к 2019 г.), что отражает структурную «избыточность» ставок при малом населении, на фоне снижения ОУ СМП. В Республике Коми после краткого роста ОУ врачей до 84,5 (2022 г.) наблюдалось снижение до 76,3 (-9,7%), указывающее на нестабильность кадровой ситуации. Совокупно данные подтверждают наличие устойчивого разрыва между обеспеченностью и укомплектованностью, особенно выраженного в сегменте СМП.

Таблица 3-8. Соотношение обеспеченность/укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом в медицинских организациях в 2015–2023 гг.

Субъект	Категория	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
РФ	Врачи	59,8	59,8	60,2	59,4	58,8	63,5	62,1	58,2	56,5
	СМП	122,5	120,5	118,1	115,8	115,0	122,2	116,5	109,3	105,9
СЗФО	Врачи	69,3	68,4	69,0	68,3	69,5	71,8	71,5	69,4	66,2
	СМП	135,8	132,5	129,1	126,2	126,1	130,5	126,3	120,7	114,7
АО	Врачи	62,8	63,7	62,9	63,6	63,0	68,3	66,4	66,6	62,6
	СМП	140,4	137,1	133,2	131,4	128,9	137,6	132,9	133,8	123,9
Мурманская область	Врачи	62,0	61,4	59,8	59,7	56,2	61,4	57,3	58,2	56,9
	СМП	136,3	133,9	126,5	123,1	118,9	125,9	122,5	122,1	120,2
НАО	Врачи	77,7	72,9	74,4	74,0	75,9	78,8	75,4	82,1	82,4
	СМП	186,3	163,8	164,2	158,2	165,8	168,1	155,3	163,5	153,0
Республика Коми	Врачи	79,0	78,3	80,0	79,2	77,0	80,4	80,0	84,5	76,3
	СМП	181,5	181,0	180,3	171,4	167,2	170,9	172,6	181,1	171,2

Определения: СМП – средний медицинский персонал; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; АО – Архангельская область; НАО – Ненецкий автономный округ.

Анализ возрастной структуры врачебных кадров в арктических и приарктических территориях европейского Севера России приобретает ключевое значение для стратегического планирования кадровой стратегии в условиях ускоренного старения населения и возрастающего спроса на первичную медико-санитарную помощь. В свою очередь демографический портрет региона отличается от среднероссийского как более высокой долей работников старших возрастных групп, так и низкой привлекательностью работы в селе для молодых специалистов. Оценка возрастных трендов позволяет выявлять узкие места в

системе подготовки и удержания кадров, а также соотносить эффективность целевых программ со сменой поколений.

Численность молодых врачей (до 36 лет) в Российской Федерации на конец 2020 года составляет 177877 (31,9%) человек, лиц наиболее трудоспособных возрастов (36-45 лет) – 112992 (20,3%) человек и 46-55 лет – 114896 (20,6%) человек, а врачей в возрасте старше 56 лет – 151520 (27,2%). За период 2015–2020 гг. доля молодых врачей выросла с 28,0 % до 31,9 %, благодаря расширению целевой подготовки в вузах и внедрению мер по поддержке молодых кадров (в том числе программы «Земский доктор»), тогда как количество врачей предпенсионного и пенсионного возраста осталось почти неизменным, увеличившись лишь на 0,2 п. п. Такая стагнация старших возрастных групп указывает на недостаточность мер по замещению уходящих в отставку специалистов преемниками из числа выпускников медицинских вузов и на возможные разрывы в системе наставничества и передачи практического опыта [182].

Одним из показателей эффективности проводимой кадровой политики в регионе является соотношение числа врачей – молодых специалистов в возрасте до 36 лет и врачей пенсионного и предпенсионного возраста (старше 56 лет). Ситуация считается оптимальной, когда во всех возрастных категориях работает примерно одинаковое количество врачей.

Материалы, представленные в данной подглаве, отражены в статье «Возрастной состав врачебных кадров в Российской Федерации (2015-2020 гг.) / Л. И. Меньшикова, К. Н. Пелецкая, Е. В. Огрызко, Н. А. Флеглер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 507–523[182].

3.2 Роль программы «Земский доктор» в обеспечении медицинскими кадрами медицинских организаций, расположенных в сельской местности арктических и приарктических территорий европейского севера России

В современных условиях арктические и приарктические территории европейского Севера России испытывают хронический дефицит медицинских кадров. При том, что в 2015 году на долю сельской местности приходилось 26% общего населения страны (37,2 млн. человек), к 2021 году этот показатель изменился незначительно – 25,2% (37,3 млн.) [2]. Поддержка врачей и среднего медперсонала в удалённых районах провозглашена одной из приоритетных задач государственной политики, что нашло отражение в Концепции развития здравоохранения до 2020 года и последующих нормативных актах. В 2012 году стартовала программа «Земский доктор» и «Земский фельдшер», рассчитанные на компенсацию переезда и адаптации молодых специалистов.

Программа «Земский доктор» предусматривала единовременную выплату в размере 1 млн. рублей для врачей, устроившихся в сельскую местность, из которых 50% финансируются ФОМС и 50% — региональным бюджетом. «Земский фельдшер» дополнял эту меру выплатой 500 тыс. рублей. За период 2012–2022 гг. в федеральный проект включились более 46 тыс. работников здравоохранения, из них свыше 5 тыс. фельдшеров.

За весь период реализации программы «Земский доктор» / «Земский фельдшер» с 2012 года по 2022 год в сельские населенные пункты и поселки городского типа Архангельской области трудоустроились 523 специалиста. Эффективность реализации программы за весь период составила 74%. В 2022 году программа была реализована на 100% (привлечено 84 специалиста). На 2023 год запланировано привлечь к участию в программе 63 специалиста. Эти данные демонстрируют способность программы мобилизовать кадры, однако её реальная эффективность оценивается по динамике коэффициентов обеспеченности и укомплектованности, а не по числу подписанных договоров.

Как результат, в 2017–2023 гг. в Архангельской области обеспеченность сельского населения врачами оставалась стабильной, колеблясь в пределах 15,3–15,8 на 10 000 (таблица 3-9). Минимум зафиксирован в 2018 г. (15,3; –2,5% к 2017 г.), максимум — в 2022 г. (16,0; +1,9%). В 2023 г. показатель вернулся к исходному значению 2017 года (15,7 на 10 000 населения), что указывает на стабилизацию на низком уровне. Обеспеченность СМП за тот же период снизилась с 70,3 до 66,6 (–5,3%), наибольшее падение отмечено в 2019 г. (66,9; –4,8% к 2017 г.), частичное восстановление — в 2022 г. (69,1).

В Республике Коми исходно более высокая обеспеченность врачами (23,4 в 2017 г.) снизилась до 21,7 в 2023 г. (–7,3%) (таблица 3-10). Наиболее выраженный спад отмечен в 2021 г. (20,9; –6,0% к 2019-му), что может быть связано с эпидемической нагрузкой, однако последующее увеличение до 21,8–21,7 не компенсировало потерь.

Таблица 3-9. Обеспеченность на 10 000 сельского населения врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций на селе в Архангельской области в 2017–2023 гг.

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Обеспеченность врачами	15,7	15,3	15,4	15,8	15,4	16,0	15,7
Обеспеченность средним медицинским персоналом	70,3	69,0	66,9	67,1	67,5	69,1	66,6

Обеспеченность СМП упала с 96,4 до 88,6 (–8,1%), самое низкое значение зафиксировано в 2021 г. (86,3). Несмотря на то, что оба показателя остаются выше среднероссийского уровня 2020 г. (14,0 и 50,3 соответственно), отрицательная динамика подчёркивает недостаточную эффективность имеющихся механизмов закрепления кадров в сельских населённых пунктах Коми.

Таблица 3-10. Обеспеченность на 10 000 сельского населения врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций на селе в Республике Коми за 2017–2023 гг.

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Врачи	23,4	23,3	22,5	22,4	20,9	21,8	21,7
СМП	96,4	94,0	92,0	92,3	86,3	87,9	88,6

По России в целом за 2017–2023 гг. обеспеченность сельского населения врачами упала с 14,8 до 13,2 на 10 000 (-10,8%), а СМП – с 53,4 до 46,8 (-12,4%) (таблица 3-11). Совокупная динамика указывает на то, что меры кадрового привлечения, включая программу «Земский доктор», смогли компенсировать кратковременные колебания, но не обеспечили переход к достаточному уровню кадрового обеспечения в сельской местности.

Таблица 3-11. Обеспеченность сельского населения врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций на селе в Российской Федерации в динамике за 2017–2023 гг.

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Врачи	14,8	14,6	14,3	14,0	13,6	13,3	13,2
СМП	53,4	52,7	51,7	50,3	49,0	47,3	46,8

Анализ данных свидетельствует о том, что Распоряжение Правительства Российской Федерации от 02.02.2015 г. № 151-р «Целевые показатели стратегии устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года» не выполняется [183]. Меньшая отрицательная динамика обеспеченности сельской местности медицинскими кадрами в Архангельской

области и Республики Коми на фоне общероссийской указывает на меньшую результативность единых федеральных стимулов (включая программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер») в районах Крайнего Севера. Это подчёркивает важность регионально-дифференцированных, более адресных стимулов.

В Мурманской области в 2017 году в рамках проекта «Земский доктор» в подведомственные медицинские организации, расположенные в сельских населенных пунктах и поселках городского типа региона привлечены 10 врачей-специалистов. За весь период действия проекта область имела возможность трудоустроить на вакантные врачебные должности всего 39 врачей-специалистов; при этом 4 из них в дальнейшем вышли из программы, расторгнув соответствующие договоры.

Кроме того, медицинские работники, работающие в сельской местности Мурманской области, получают следующие виды мер социальной поддержки:

- Ежегодная разовая материальная помощь в размере 0,4 должностного оклада и разовая материальная помощь в размере 0,6 должностного оклада, участковым врачам - 1,6 должностного оклада по закону МО от 06.06.2003 № 400-01-ЗМО;

- Ежемесячная выплата 25% к должностному окладу медицинским работникам, работающим в сельских населенных пунктах или поселках городского типа в соответствии с Законом Мурманской области от 27.12.2004 № 561-01-ЗМО "О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, работающих в сельских населенных пунктах или поселках городского типа";

- Социальная поддержка по оплате жилого помещения и коммунальных услуг отдельным категориям граждан, работающим в сельских населенных пунктах и поселках городского типа, в соответствии с Законами Мурманской области от 27.12.2004 № 561-01-ЗМО "О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, работающих в сельских населенных пунктах или поселках городского типа", от 19.12.2014 № 1811-01-ЗМО "О сохранении права на меры социальной поддержки отдельных категорий граждан в связи с упразднением поселка городского типа Росляково".

С 1 июля 2018 года в Мурманской области заработала программа «Арктический доктор» [184]. Она рассчитана на 10 лет. В Мурманской области на данный момент не хватает более 600 врачей. Укомплектованность медицинских учреждений в регионе составляет в среднем 50-60 %. Регион получил квоту на 15 специалистов. «Арктический доктор» - это кадровый проект, предусматривающий поэтапное предоставление (в соответствии с Законом Мурманской области от 08.06.2018 № 2268-01-ЗМО «О мерах социальной поддержки, направленных на привлечение в Мурманскую область специалистов в сфере здравоохранения») мер материальной поддержки в размере 2 000 000 рублей высококвалифицированным специалистам в сфере здравоохранения, трудоустроившимся в медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Мурманской области в 2018 году [16].

Существенным ограничением эффективности проекта «Земский доктор» в Мурманской области является её высокая урбанизация, в основном население проживает в городах (92,7 %), в связи с чем сеть медицинских организаций, расположенных в сельской местности, является относительно неразвитой и незначительной по мощности и не располагает большим количеством врачебных вакансий.

За время реализации программы «Земский доктор» / «Земский фельдшер» в Мурманской области привлечено 74 медицинских работников, из них – 68 врачей и 6 фельдшеров (2012 – 6 чел., 2013 – 3 чел., 2014 – 4 чел., 2015 – 6 чел., 2016 – 10 чел., 2017 – 10 чел., 2018 – 25 чел. (из них 20 врачей и 5 фельдшеров, 2019 – 10 чел. (из них 9 врачей и 1 фельдшер). В 2020 году в консолидированном бюджете Мурманской области было предусмотрено 18 млн. руб. на реализацию программы «Земский доктор», что позволило привлечь на работу в сельскую местность 9 специалистов с высшим медицинским образованием, в 2021–2025 гг. запланировано привлечь в сельскую местность 50 врачей.

Несмотря на достаточно высокие цифры обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом, организация медицинской помощи на больших и малозаселенных территориях арктических и приарктических территорий

европейского Севера России является очень сложной задачей. Для обеспечения доступности медицинской помощи используются выездные бригады, санитарная авиация, организуются домохозяйства, развивается телемедицина. Однако проводимые мероприятия недостаточно эффективны, т.к. более 2/3 населения этих регионов не удовлетворены медицинской помощью, в первую очередь, первичной медико-санитарной [16, 168].

Неотъемлемым моментом закрепления специалистов на селе является комплексное техническое оснащение медицинских организаций и широкое внедрение информатизации с целью более эффективного использования медицинских кадров, расширения масштабов оказания высококвалифицированной помощи населению, повышения ее качества [185].

3.3 Характеристика кадровой ситуации на арктических и приарктических территориях европейского севера России на основе индекса кадрового благополучия

В соответствии с методическими рекомендациями «Индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения» [180], разработанными с участием автора диссертационного исследования в ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, был проведен расчет ИКБ в четырех субъектах Российской Федерации: Архангельской и Мурманской областях, Ненецком автономном округе и Республике Коми за период исследования с 2015 по 2023 гг. (таблица 3-12). ИКБ в Российской Федерации принимался за единицу.

Анализ полученных данных показывает, что в 2015 году значения ИКБ в Мурманской области, НАО и Республике Коми были ниже соответствующего показателя по СЗФО и РФ, в Архангельской области значение ИКБ соответствовало таковому в СЗФО и было выше, чем в РФ. Самое низкое значение

показателя ИКБ выявлено в Республике Коми (0,88), самое высокое – в Архангельской области (1,03).

Таблица 3-12. Динамика индекса кадрового благополучия в период 2015-2023 гг.

Наименование субъекта РФ / ФО РФ	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Абсолютный прирост (убыль) значения индекса в 2023 г. в сравнении с 2015 г.
СЗФО	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03	1,05	1,04	1,04	1,05	+0,02
Республика Коми	0,88	0,9	0,91	0,9	0,91	0,89	0,86	0,9	0,92	+0,04
Архангельская область	1,03	1,02	1,03	1,01	1,0	0,98	0,98	1,04	1,07	+0,05
Мурманская область	0,98	0,97	0,96	0,95	0,95	0,94	0,98	0,98	1,01	+0,03
Ненецкий АО	0,99	1,0	0,93	0,96	0,96	1,02	0,98	0,98	0,99	0

В течение периода наблюдения в СЗФО отмечалось увеличение показателя ИКБс 1,03 в 2015г. до 1,05 в 2023 гг., базисный абсолютный рост/убыль ИКБ составил + 0,02. В Архангельской области ИКБ вырос более значительно с 1,03 в 2015г. до 1,07 в 2023 гг., базисный абсолютный рост/убыль ИКБ составил соответственно + 0,05. В Республике Коми абсолютный рост составил +0,04 (с 0,88 в 2015г. до 0,92 в 2023 г.), но значения ИКБ оставались ниже общероссийского уровня и уровня СЗФО. В Мурманской области значения ИКБ в 2015 г. были ниже общероссийского уровня и уровня СЗФО, а в 2023 – ниже, чем в СЗФО, но выше, чем в среднем по РФ. Абсолютный рост составил +0,03 с 0,98 в 2015г. до 1,01 в 2023 г. В НАО показатель ИКБ не изменился в течение периода наблюдения и составил 0,99, что ниже, чем соответствующие значения в СЗФО и РФ.

Значения показателей в Мурманской области, НАО и Республики Коми находились во втором терциле, что условно можно считать средним уровнем

показателя, а в Архангельской области и НАО – в третьем терциле, что соответствует высокому уровню показателя (таблица 3-13).

Таблица 3-13. Значения терцилей для оценки индекса кадрового благополучия в части обеспеченности населения субъекта Российской Федерации врачебным персоналом в период 2015-2023 гг.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Первый терциль	0,51-0,76	0,5-0,75	0,47-0,73	0,52-0,69	0,51-0,68	0,44-0,67	0,47-0,66	0,48 – 0,72	0,48 – 0,73
Второй терциль	0,77-1,02	0,75-1,01	0,74-1,0	0,70-0,97	0,69-0,96	0,68-0,95	0,67-0,95	0,73 – 0,98	0,74 – 0,98
Третий терциль	1,03 - 1,27	1,02 - 1,26	1,1-1,25	0,98-1,23	0,97-1,22	0,96-1,22	0,96-1,22	0,99 - 1,24	0,99 - 1,2
Интервал ИКБ	0,51-1,27	0,5-1,26	0,47-1,25	0,42-1,24	0,41-1,22	0,40-1,22	0,38-1,22	0,48 - 1,24	0,48 - 1,2
Шаг	0,25	0,25	0,27	0,27	0,27	0,27	0,28	0,25	0,24

При сравнении показателей 2015 и 2023 года и ранжировании субъектов по уровню показателя ИКБ можно констатировать, что в течение всего периода наблюдения самое низкое ранговое место занимает Республика Коми. Динамика показателя ИКБ в Мурманской области и НАО имеет сходную динамику, наиболее высокий уровень ИКБ и первое ранговое место по уровню показателя занимает Архангельская область.

При сравнении показателей 2015 и 2023 года и ранжировании субъектов по базисному абсолютному росту/убыли ИКБ установлено, что первое ранговое место принадлежит Архангельской области, второе - Республике Коми, третье - Мурманской области, четвертое – НАО.

Анализ динамики показателя ИКБ позволяет в целом охарактеризовать состояние и тенденции развития кадрового обеспечения в регионах. В течение всего периода исследования наиболее неблагоприятной является кадровая

ситуация в Республике Коми, а наиболее благоприятной – в Архангельской области.

Обращает на себя внимание тот факт, что высокий и средний уровень ИКБ свидетельствует о достаточной обеспеченности врачами в целом в субъекте, но при этом распределение внутри субъекта по муниципальным образованиям является крайне неравномерным. Врачебные кадры концентрируются в основном в крупных городах регионов (областном, окружном и республиканском центрах), а территории, где проживает сельское население, малые города, удаленные и труднодоступные районы остаются малообеспеченными врачами. Данная ситуация в большей степени отражает не кадровый дефицит, а кадровый дисбаланс и требует активного вмешательства как органов исполнительной власти субъекта, так и органов местного самоуправления для привлечения и закрепления медицинских кадров.

Резюме.

Кадровое обеспечение здравоохранения в арктических и приарктических регионах европейского Севера России играет определяющую роль для развития системы медицинской помощи, поскольку именно здесь удалённость, суровые климатические условия, недостаточность инфраструктуры и низкая плотность населения наиболее остро выявляют последствия дефицита специалистов. Результаты проведённого исследования показывают, что в большинстве муниципалитетов этих территорий наблюдается устойчивая тенденция к сокращению числа медицинских организаций (по данным 2015–2023 гг.), увеличению обеспеченности врачами и значительному уменьшению состава среднего медперсонала. Так, в Архангельской области обеспеченность врачами на 10 тыс. населения за указанный период выросла на 9,5%, в Мурманской области — на 4,1%, в Республике Коми — на 2,7%, в Республике Коми — на 10,8%. За тот же период обеспеченность средним медперсоналом в указанных территориях сократилась на 9,7%, 10,9%, 5,4%, 13,5%, соответственно. Средний показатель по Российской Федерации показал рост обеспеченности врачами на 1,08% и падение

обеспеченности средним медперсоналом на 14,3% за то же время. Параллельно коэффициент совместительства сократился на 7–11%, но до сих превышает порог 1,25, что свидетельствует о «скрытом» дефиците и возрастании нагрузки на оставшихся специалистов.

Обобщение статистических данных, а также глубокий анализ нормативно-правовой базы и мер социальной поддержки показывают, что существующие программы (включая «Земский доктор», «Земский фельдшер», «Арктический доктор», дополнительные подъёмные и т. д.) не всегда учитывают комплекс факторов, критически важных для долгосрочного удержания специалистов. Они часто ориентированы лишь на единоразовые выплаты или частичное субсидирование жилья, тогда как молодые врачи и медсёстры при выборе места работы смотрят на более широкий спектр условий: наличие благоустроенного жилья, доступность интернета, возможность для профессионального роста, целостную социальную инфраструктуру (детские сады, школы, учреждения культуры и спорта). Нехватка одного или двух таких компонентов способна перечеркнуть привлекательность даже относительно высоких единовременных выплат.

Результаты индексного анализа дополняют данные о мотивационных факторах, полученные в ходе анкетирования. Так, если регион имеет невысокое значение ИКБ (например, менее 0,9), и при этом социологический опрос показывает, что врачи недовольны доступностью жилья, низкими возможностями для карьерного роста, отсутствием мер поддержки семей с детьми, то в фокус следует ставить именно эти направления. Применение интегрального показателя способствует более целостному взгляду на проблему кадрового обеспечения, учитывающему и количественные, и качественные аспекты.

ГЛАВА 4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ И УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ ЗЕМСКИЙ ДОКТОР

4.1 Результаты анкетирования студентов – потенциальных участников программы «Земский доктор»

В исследовании приняли участие 280 студентов СГМУ в возрасте от 19 до 35 лет (средний возраст – 22,9 года). Из них 70% составили женщины, 30% – мужчины. В браке состояли 12,1% респондентов; 93,2% не имеют детей, 6,1% воспитывают одного ребёнка, и лишь 0,7% (два человека) имеют двоих детей. Большинство опрошенных (97,7%) являются жителями города, а только 2,1% проживают в сельской местности. Около 42,8% студентов проживают в общежитии и 27,5% – в квартире с родителями; у 20% имеется собственное жильё. Среди респондентов 50,4% обучаются на лечебном факультете, 32,5% – на стоматологическом и 17,1% – на педиатрическом (рисунок 4-1).

Особенности социально-демографических характеристик указывают на то, что потенциальный участник программы «Земский доктор» – это преимущественно молодая женщина, не обременённая семьёй и жилищными обязательствами, что может усиливать мобильность и способность к переезду. Однако отсутствие детей и семейных обязательств не исключает потребность в комфортных условиях жизни и хорошей инфраструктуре в случае переезда в сельскую местность.

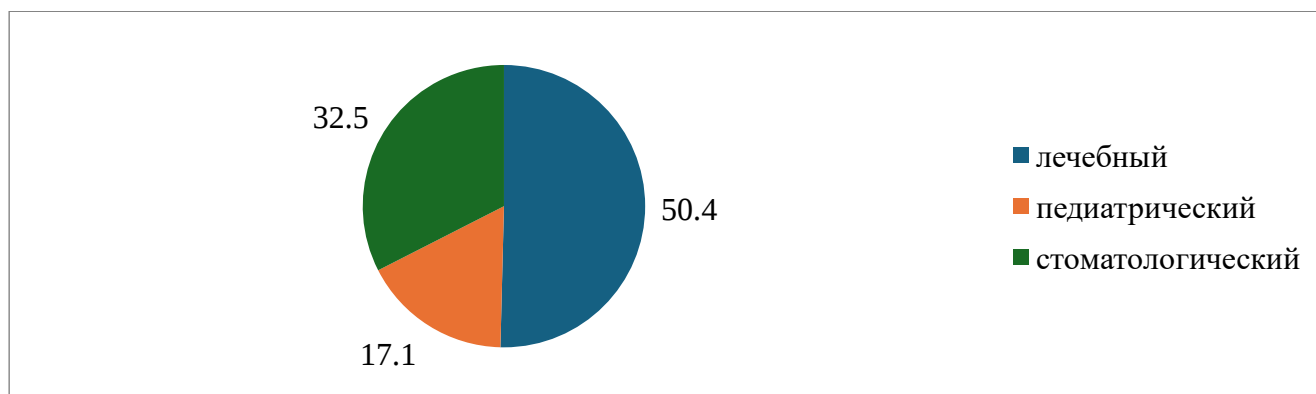


Рисунок 4-1. Распределение респондентов в зависимости от факультета, %

Оценка информированности показала, что более половины опрошенных (55%) узнали о программе «Земский доктор» от друзей и преподавателей, ещё 28,9% – из сети Интернет. Каждый пятый почерпнул сведения из печатных СМИ (21,8%) или телевидения (21,1%), а 8,9% – из контактов с реальными участниками программы. При этом почти 10% ничего о программе не знали до проведения опроса. Подобное распределение источников информации подчёркивает ключевую роль университетской среды и ближнего социального окружения в формировании интереса к программе (рисунок 4-2).



Рисунок 4-2. Частота выбора источника информации о программе «Земский доктор», на 100 чел. студентов

Студенты педиатрического факультета чаще узнавали о программе «Земский доктор» через ближайшее социальное окружение (таблица 4-1). Такая особенность может быть связана с тем, что на педиатрическом факультете обучение и практика зачастую предполагают тесные контакты с кафедрами, клиническими базами, где уже есть опыт реализации подобных кадровых

программ. Лечебный факультет, напротив, продемонстрировал более активное использование традиционных печатных изданий, а студенты-стоматологи в целом показали чуть более низкую осведомлённость, что возможно обусловлено специфическими ожиданиями в области стоматологии (в частности, более частой ориентацией на частный сектор и высокую заработную плату вне зависимости от формальных госпрограмм).

Таблица 4-1. Предпочитаемые источники информации у студентов различных факультетов, на 100 чел. студентов

Источник информации	Лечебный (n = 141)	Педиатрический (n = 48)	Стоматологический (n = 91)
газеты и другие печатные СМИ	27,7	22,9	12,1*
интернет	34,8	27,1	20,9
телевидение	23,4	20,8	17,6
знакомых, друзей, преподавателей	50,4	70,8	53,8*
от участников программы	9,9	2,1	11,0*
из данной анкеты (ранее ничего не знал)	3,6	8,3	18,7*
иное	2,1	0	0

* различия статистически значимы по критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,05$)

Главной причиной, по которой студенты готовы рассматривать участие в программе «Земский доктор», выступает единовременная денежная выплата в размере одного миллиона рублей: этот фактор отметили 55,7% респондентов (рисунок 4-3). На втором месте (35,7%) стоит профессиональная мотивация, в частности развитие практических навыков, а третью позицию (25,4%) занимает улучшение жилищных условий и получение социальных льгот. Интересно, что именно студенты стоматологического факультета статистически значимо чаще подчеркивают важность профессионального опыта, тогда как в других группах первичным остаётся финансовый вопрос (таблица 4-2).



Рисунок 4-3. Выбор студентами возможных мотивов участия в программе «Земский доктор», на 100 чел. респондентов

На вопрос о том, по какой специальности студенты хотели бы работать в рамках «Земского доктора», 71,1% опрошенных ответили, а 28,9% либо затруднились, либо не планируют участие. Подобная неопределённость может объясняться как недостаточной информированностью (10% вообще не знали о программе), так и естественным для молодых специалистов колебанием при выборе конкретной карьерной траектории.

Таблица 4-2. Потенциальная мотивация для принятия решения об участии в программе у студентов различных факультетов, на 100 чел. студентов

Мотиваторы	Лечебный (n = 141)	Пед. (n = 48)	Стом. (n = 91)
Возможность получения единовременной денежной выплаты в размере одного миллиона рублей	55,3	60,4	53,8
Желание переехать на постоянное место жительства в сельскую местность	5,0	4,2	1,1
Возможность получения служебного жилья, земельного участка и иных социальных льгот	26,2	29,2	22,0
Возможность получения практических навыков, необходимых врачу	31,2	18,8	51,6*
Возможность начать самостоятельную жизнь	6,4	6,2	4,4
Иные причины	12,1	8,3	7,7

* различия статистически достоверны по критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,05$)

Наиболее желаемыми специальностями в рамках «Земского доктора» респонденты назвали терапию (21,1%) и стоматологию (включая узкие направления) – 20,6% (таблица 4-3).

Таблица 4-3. Выбор студентами будущей врачебной специальности для работы по программе «Земский доктор», абс. (%)

Специальность	Абс. значение (кол-во человек)	%
терапевт	42	21,1
стоматолог	41	20,6
хирург	16	8
акушер-гинеколог	11	5,5
педиатр	10	5
врач-стоматолог	8	4
невролог	7	3,5
дерматовенеролог	6	3
кардиолог	6	3
стоматолог-хирург	6	3
никакой	5	2,5
анестезиолог-реаниматолог	4	2
травматолог	4	2
главный врач	3	1,5
детский хирург	3	1,5
любая, кроме терапевта	3	1,5
ортопед	3	1,5
ВОПр	2	1
инфекционист	2	1
онколог	2	1
рентгенолог	2	1
гастроэнтеролог	1	0,5
кардиохирург	1	0,5
нейрохирург	1	0,5
общая хирургия	1	0,5
офтальмолог	1	0,5
патологоанатом	1	0,5
психиатр	1	0,5
радиолог	1	0,5
стоматолог-пародонтолог	1	0,5
судмедэксперт	1	0,5
фельдшер	1	0,5
фтизиатр	1	0,5
эндокринолог	1	0,5
Н.д.	81	28,9
Всего:	199	100,0*

* среди ответивших на указанный вопрос

Эти результаты отражают, с одной стороны, традиционно высокую популярность терапевтического направления и стоматологии, а с другой – неравномерное распределение интереса к более узким профилям. Треть студентов, не определившихся с выбором, может стать как потенциальным резервом при более детальной информированности о программе, так и группой, которая не проявит интереса без дополнительных мер (например, повышения выплат, предоставления целевых мест в ординатуре, расширения возможностей постдипломной подготовки и т.д.).

В отношении места работы три четверти опрошенных (73%) считают наиболее приемлемым вариантом районную больницу (рисунок 4-4). Участковые больницы и врачебные амбулатории интересуют респондентов меньше. При этом студенты педиатрического факультета в большей степени готовы к работе в участковой больнице, а стоматологи нередко указывали на амбулатории как приемлемый вариант (таблица 4-4).

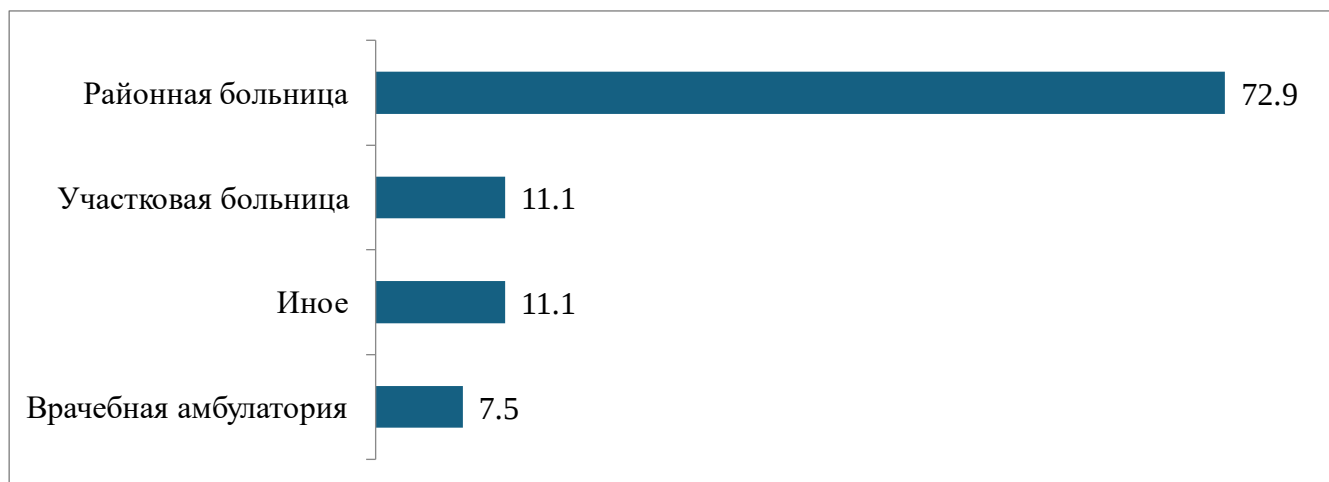


Рисунок 4-4. Уровень больницы как фактор привлекательности программы «Земский доктор», на 100 чел. студентов

Вероятно, разница объясняется спецификой клинической практики: педиатрам может быть важнее наличие многопрофильной структуры, а стоматологам — возможность быстрее организовать рабочее место, ориентированное на приём пациентов с относительно узкими запросами.

Таблица 4-4. Уровень больницы как фактор привлекательности программы «Земский доктор» для студентов различных факультетов, %**

Уровень больницы	Лечебный (n = 141)	Педиатрический (n = 48)	Стоматологический (n = 91)
Районная больница	73,8	66,7	74,7
Участковая больница	9,9	16,7	9,9
Врачебная амбулатория	5,0	2,1	14,3*
Иное	14,2	6,3	8,8

* различия статистически достоверны по критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,05$)

** возможно было выбрать несколько вариантов ответа

Удалённость от города существенным образом влияет на готовность студентов работать в сельской местности. Половина респондентов выбрали бы варианты вблизи крупных населённых пунктов (в пределах 25 км), однако около 20% готовы рассматривать среднюю удалённость (до 50 км) и ещё 23,3% – свыше 50 км (рисунок 4-5). Студенты педиатрического факультета наиболее критичны к этому показателю: 67% из них выбрали только ближайшие расстояния (до 25 км). В то время как часть студентов лечебного и стоматологического факультетов демонстрирует большую гибкость, допуская варианты свыше 50–75 км. Это может отражать разницу в личных установках, необходимых ресурсах и семейных планах (особенно у тех, кто в браке либо планирует скорое создание семьи).

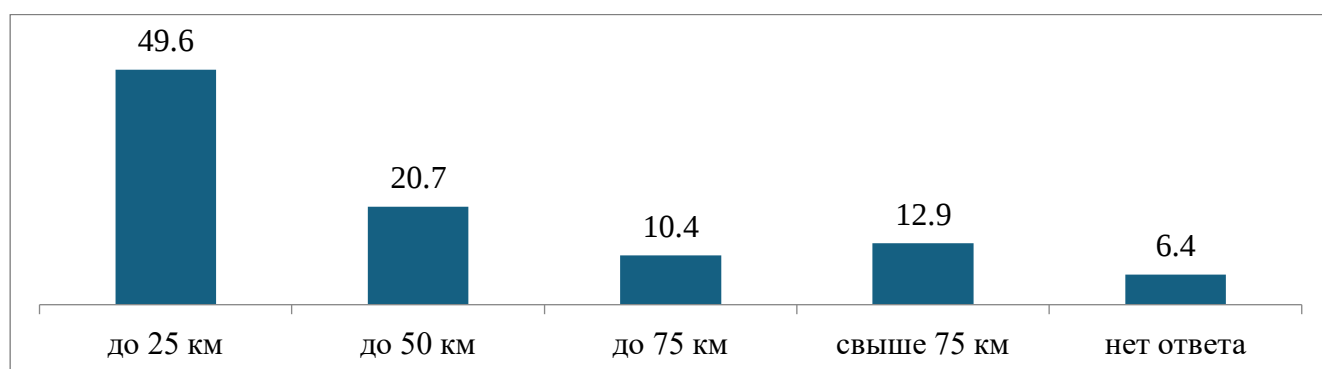


Рисунок 4-5. Удалённость больницы от крупного населённого пункта как фактор привлекательности программы «Земский доктор», %

Современные студенты высоко ценят доступ к цифровым ресурсам: 93% назвали отсутствие Интернета серьёзным барьером для жизни и работы в

сельской местности (рисунок 4-6). Эта позиция ещё более выражена у обучающихся стоматологическому профилю.

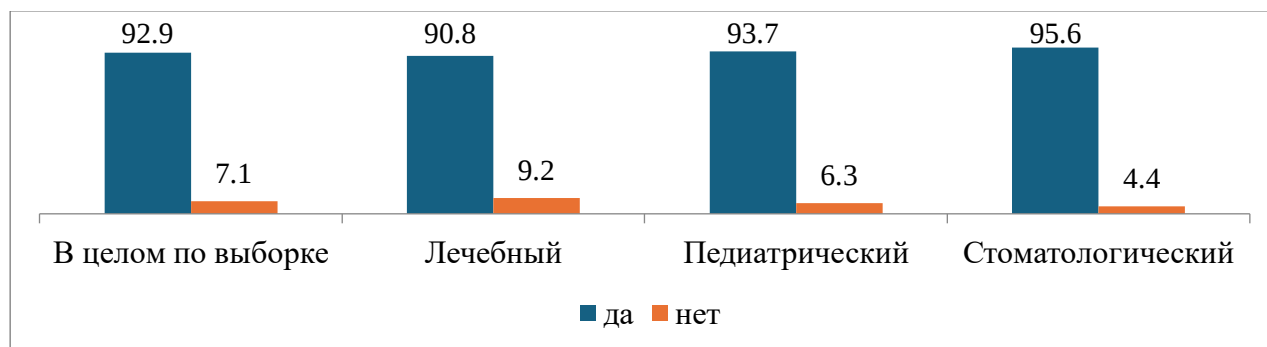


Рисунок 4-6. Необходимость доступа к сети Интернет при выборе места работы на селе, %

Среди важнейших дополнительных условий переезда респонденты выделили наличие центрального отопления, канализации (68,9%), интернета (67,1%), сотовой связи (66,8%), а также доступность детских садов и школ (51,1%) (рисунок 4-7). Каждый пятый (20,7%) принципиально не готов рассматривать жизнь и работу в сельской местности независимо от предлагаемых бонусов.

С позиции общественного здоровья подобная неготовность означает, что программа «Земский доктор» не сможет покрыть кадровые потребности исключительно финансовыми или жилищными стимулами. Вероятно, требуется изменение имиджа самой сельской медицины, внедрение телемедицинских технологий, обеспечение непрерывного профессионального развития и создание комфортной социальной среды для закрепления специалиста в регионе.



Рисунок 4-7. Обязательные условия для работы в сельской местности, на 100 чел. студентов

Подавляющее большинство (99,3%) планируют связать своё будущее с медициной (рисунок 4-8).



Рисунок 4-8. Предпочитаемое место работы (вне участия в программе «Земский доктор»), на 100 чел. студентов

Поликлинику и стационар назвали основными потенциальными местами трудоустройства почти половина респондентов: студенты стоматологического факультета чаще выбирают поликлинику (84,6%), а будущие терапевты и педиатры – стационар (65–73%) (таблица 4-5).

Таблица 4-5. Предпочитаемое место работы (вне участия в программе «Земский доктор») студентами различных факультетов, %

Предполагаемое место работы	Лечебный (n = 141)	Пед. (n = 48)	Стомат. (n = 91)
поликлиника	29,1	41,7	84,6*
стационар	65,3	72,9	11*
дневной стационар	11,4	12,5	3,3**
станция скорой медицинской помощи	7,1	8,3	1,1**
отделение паллиативной помощи, хоспис	0,7	0	1,1
фармацевтическая компания	2,8	0	0
страховая компания	4,3	6,3	4,4
органы управления здравоохранением	12,1	12,5	14,3
не собираюсь работать в медицине	1,4	0	0
иное	2,8	0	4,4

* различия статистически достоверны по критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,05$)

** различия достоверны на уровне тенденции по критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,08$)

Около 13% изъявили желание работать в органах управления здравоохранением, а приблизительно 5% интересуются станцией скорой помощи или страховыми компаниями.

В перспективе трудоустройства 60% студентов ориентируются на работу в государственных учреждениях, а 56,1% — на частные медицинские организации (рисунок 4-9). Такое пересечение объясняется тем, что некоторые респонденты рассматривают сразу несколько вариантов.

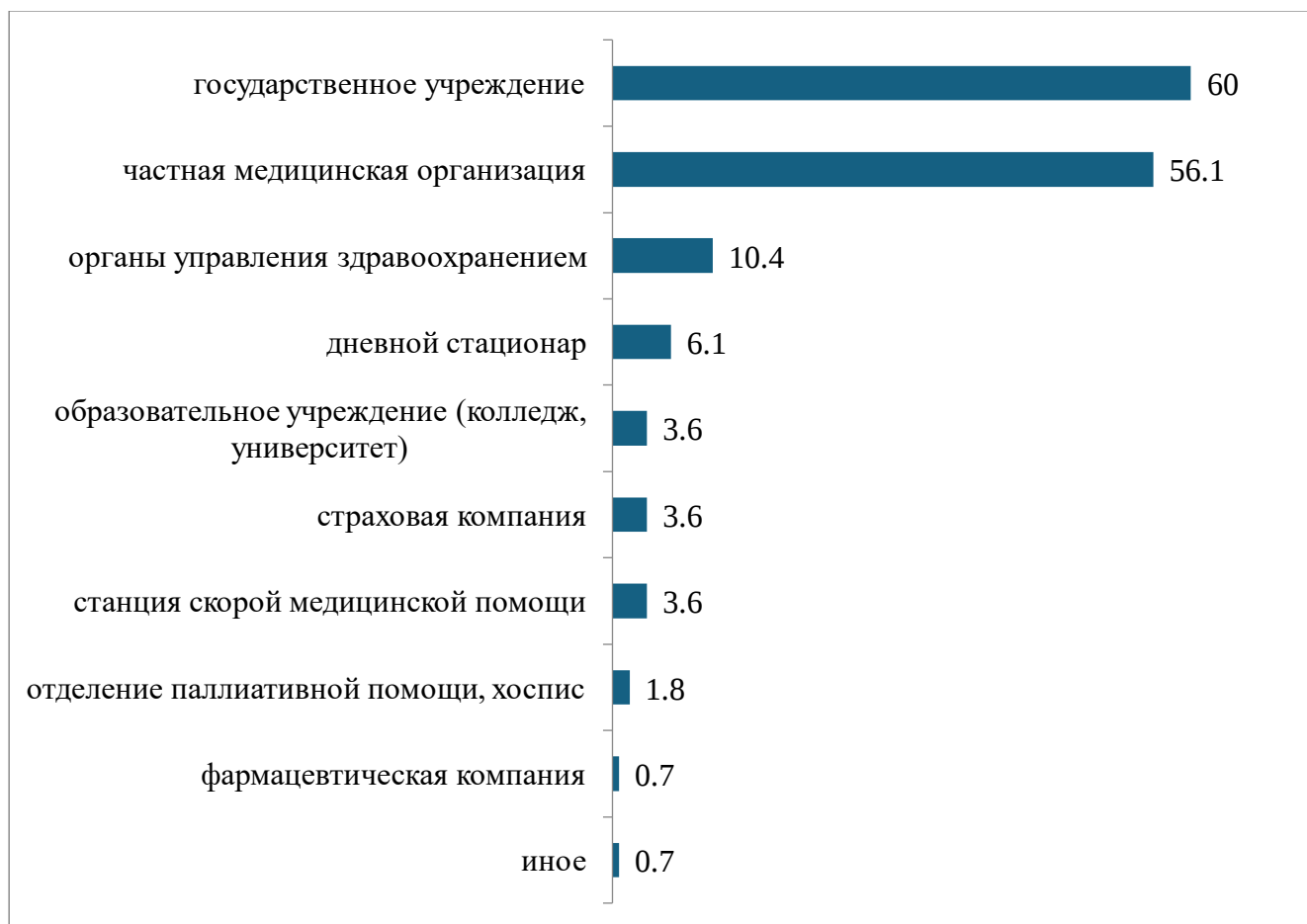


Рисунок 4-9. Предполагаемое место работы, на 100 чел. студентов

При этом прослеживается тенденция: среди студентов стоматологического профиля 80% проявляют интерес к частным клиникам, тогда как педиатры и лечебники склоняются к госучреждениям (таблица 4-6). Этот выбор вполне объясним: стоматология, как правило, более рентабельна для частной практики и может приносить высокий доход даже на старте карьеры; терапевтическая и педиатрическая помощь более тесно связаны с государственным сектором, большими стационарами и поликлиниками, а также с системой ОМС.

Таблица 4-6. Предполагаемое место работы студентами различных факультетов, %

Предполагаемое место работы	Лечебный (n = 141)	Пед. (n = 48)	Стомат. (n = 91)
государственное учреждение	61	75	50,5*
частная медицинская организация	44,7	43,7	80,2*
дневной стационар	8,5	6,3	2,2*
станция скорой медицинской помощи	5	4,2	1,1
отделение паллиативной помощи, хоспис	2,1	0	2,2
фармацевтическая компания	1,4	0	0
страховая компания	3,6	4,2	3,3
органы управления здравоохранением	11,4	10,4	8,8
образовательное учреждение (колледж, университет)	2,1	6,3	4,4
иное	1,4	0	0

* различия статистически достоверны по критерию χ^2 Пирсона ($p < 0,05$)

Таким образом, резюмируя результаты анкетирования студентов медицинского вуза в отношении мотивации и потенциальной заинтересованности принять участие в программе «Земский доктор», можно сделать следующее выводы:

1. Потенциальный участник программы – молодая женщина 22–23 лет, не имеющая детей и собственного жилья, чаще обучающаяся на лечебном факультете. Подобный профиль означает, что часть барьеров, связанных с семьёй (например, необходимость устройства детей в детский сад), может пока не вставать остро, но в то же время у данной группы могут быть завышенные ожидания по жилью, уровню комфорта и финансовой поддержке.

2. Социальное окружение в университете (преподаватели, друзья) – основной источник сведений о «Земском докторе». Это подчёркивает важность проведения в вузах целевых презентаций, встреч с выпускниками-участниками программы, круглых столов и открытых лекций о сельском здравоохранении. Пока 10% студентов вообще не знали о программе, что указывает на недостаточность текущей информационной кампании.

3. Основная потенциальная мотивация участия в программе «Земский доктор» – получение денежного вознаграждения и жилья, у будущих стоматологов

ведущей мотивацией является также получение профессионального опыта. В общежитии проживают 42,8% опрошенных студентов, с родителями еще 27,5%, т.е. в совокупности 70% не имеют собственного жилья и имеют к этому мотивацию.

4. Топ пять специальностей, по которым студенты хотели бы работать на селе: терапевт (21%), стоматолог (21%), хирург (8%), акушер-гинеколог (6%), педиатр (5%). При этом 30% не хотели бы участвовать в программе или не определились с выбором.

5. Фактор удаленности рабочего места от крупного населенного пункта имеет важное значение для студентов. Предпочтение отдаётся районной больнице (73%), где структура оказания помощи более развита, чем в фельдшерско-акушерских пунктах или маленьких амбулаториях. Для половины респондентов критически важно, чтобы больница находилась не далее 25 км от крупного города. Это свидетельствует об общей тенденции избегать значительной географической изоляции. В таких условиях особенно нуждающиеся в кадрах отдалённые муниципалитеты требуют дополнительных мер стимулирования и инфраструктурной подготовки.

6. Абсолютное большинство (93%) считает интернет решающим фактором для переезда, что напрямую связано с современными требованиями цифровой медицины, телемедицинскими консультациями, дистанционным обучением и личными коммуникационными потребностями.

7. Помимо интернета, значительная часть студентов ожидает наличия базовых коммунальных удобств (центрального отопления, канализации), дорог, а также социальных учреждений (школ, детских садов). Примерно 20,7% принципиально не готовы работать в селе даже при условии предоставления всех мер поддержки, что говорит о глубоком укоренении стереотипа о «непрестижности» сельской медицины или же личных предпочтениях, не совместимых с сельским укладом.

8. 99,3% респондентов видят своё профессиональное будущее в медицине, что потенциально расширяет кадровый резерв здравоохранения при условии

успешного позиционирования и развития программ привлечения (как государственных, так и муниципальных).

9. Наиболее привлекательным местом работы студенты видят поликлинику и стационар, которые выбрали 49,3% и 48,9 опрошенных соответственно. Студенты стоматологического факультета чаще остальных выбирают в качестве места работа поликлинику (84,6%), стационар чаще предпочитают студенты педиатрического (72,9%) и лечебного факультетов

10. Предполагаемое место работы студенты связывают либо с государственной бюджетной организацией (60%), либо с частной медицинской организацией (56,1%).

4.2 Результаты анкетирования практикующих врачей – участников программы «Земский доктор»

В исследование вошли 385 врачей возрастом от 21 до 52 лет, что охватывает широкий спектр карьерных этапов: от выпускников, недавно закончивших вуз или ординатуру, до специалистов с 20–30-летним стажем (таблица 4-7). По результатам анализа 71,2% респондентов – женщины, 28,8% – мужчины. Преобладание женщин в выборке согласуется с общим трендом феминизации медицинской профессии, особенно в первичном звене. При этом около 65% врачей-женщин – в возрасте до 40 лет, то есть они потенциально находятся в активном репродуктивном возрасте и могут острее нуждаться в комфортных условиях для семьи и детей.

Таблица 4-7. Половозрастной состав выборки, %

Пол	младше 30 лет	30–39 лет	старше 40 лет	всего
мужчины	12,8	13,2	2,8	28,8
женщины	36,9	27,6	6,7	71,2
всего	49,7	40,8	9,5	100,0

Большая часть (64%) опрошенных врачей состоит в браке, а 60% в целом имеют детей; при этом в половине случаев это семьи с одним ребенком (рисунок 4-10).

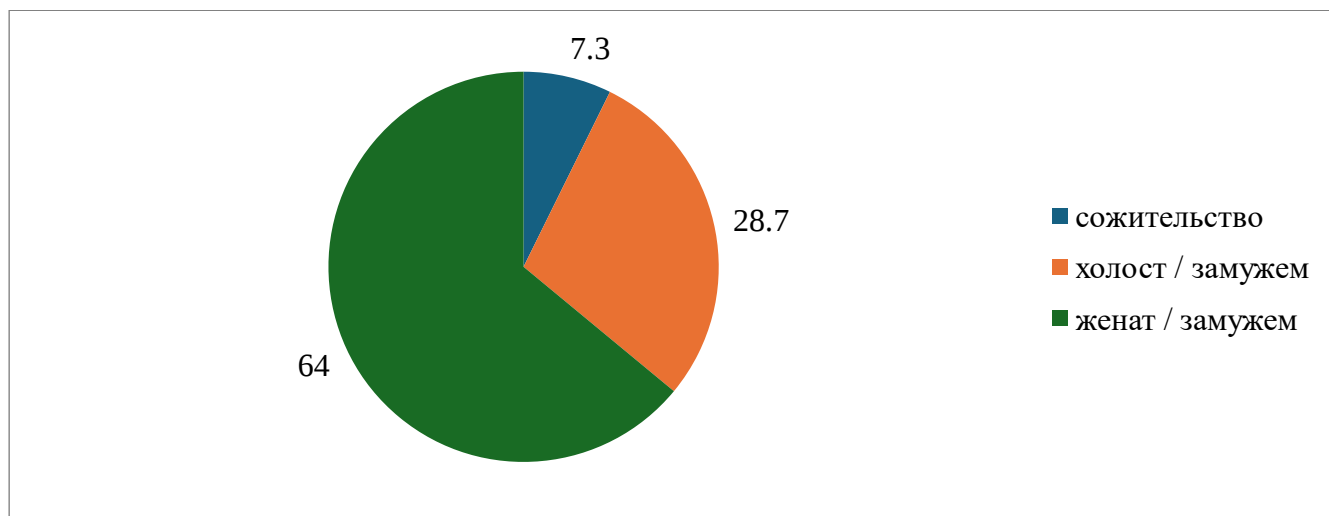


Рисунок 4-10. Распределение респондентов в зависимости от семейного положения, %

Примерно 30% респондентов детей не имеют (рисунок 4-11). Факт наличия семьи и детей может существенно влиять на стабильность и долгосрочность работы в сельской местности: чем больше у врача обязательств перед семьей, тем выше потребность в устойчивой инфраструктуре (детских садах, школах, социальной сфере).

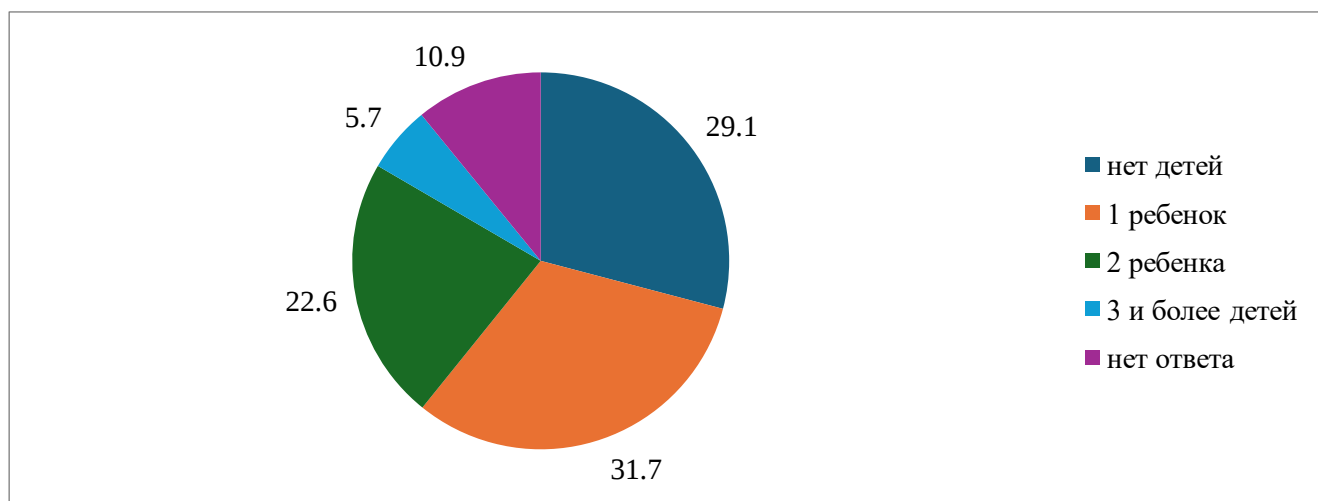


Рисунок 4-11. Распределение респондентов в зависимости от числа детей у респондентов, %

Среди врачей-участников программы треть (33%) работает в поселениях с 10–50 тыс. жителей; ещё 23% – в населённых пунктах с численностью 5–10 тыс. жителей (рисунок 4-12). Таким образом, суммарно 57% респондентов проживают в населённых пунктах, превышающих 5 тысяч человек. Остальные распределяются по еще более мелким территориям (3–5 тыс. жителей, либо меньше 3 тыс.). Лишь 1,5% опрошенных ведут практику в посёлках с населением менее 300 человек. Эти данные позволяют увидеть, что даже в рамках «сельского» сегмента существенная часть специалистов работает в относительно крупных муниципальных образованиях, где инфраструктура развита лучше. При этом самые малочисленные и изолированные поселения остаются наименее «покрытыми» кадрами.

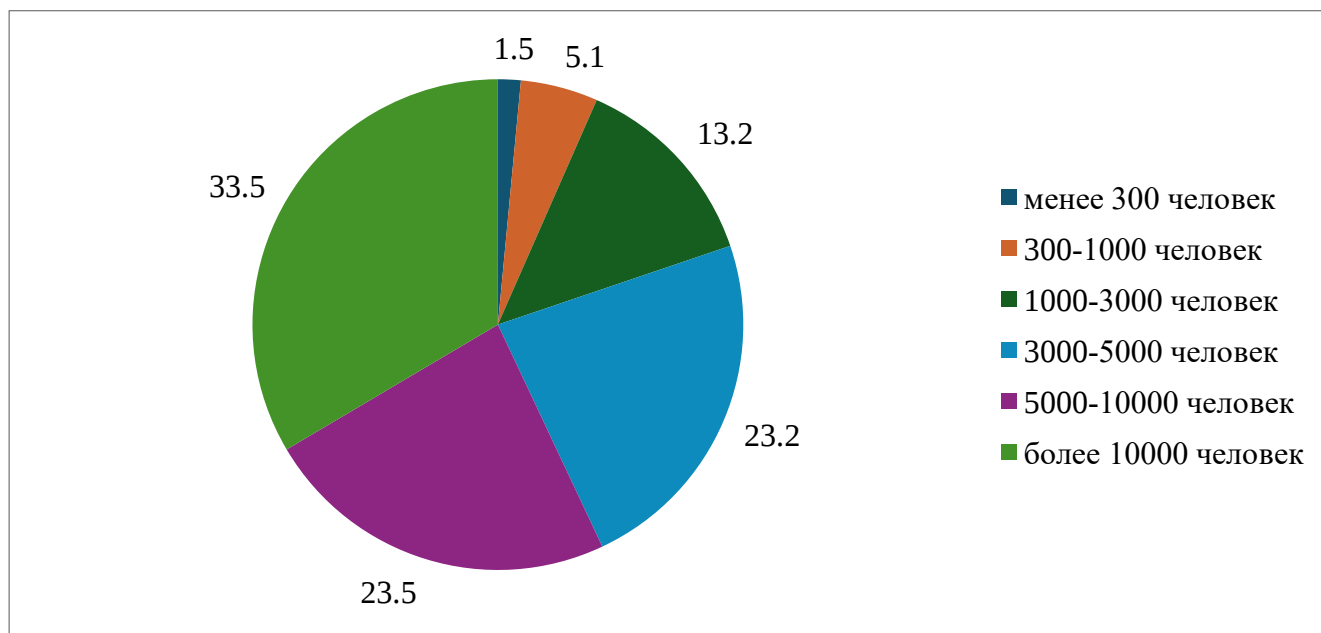


Рисунок 4-12. Распределение респондентов в зависимости от размера населенного пункта, в котором работают участники программы «Земский доктор», %

Половина опрошенных имеет собственную квартиру, ещё 11,8% – собственный дом (рисунок 4-13). Для сельской местности такой показатель можно считать относительно высоким, однако он не исключает возможных бытовых сложностей (изношенность коммунальных сетей, удалённость от торговых и социальных объектов, отсутствие современных коммуникаций). Кроме того, наличие собственности не всегда означает психологическую готовность

специалиста остаться работать в данной местности после окончания срока программы.

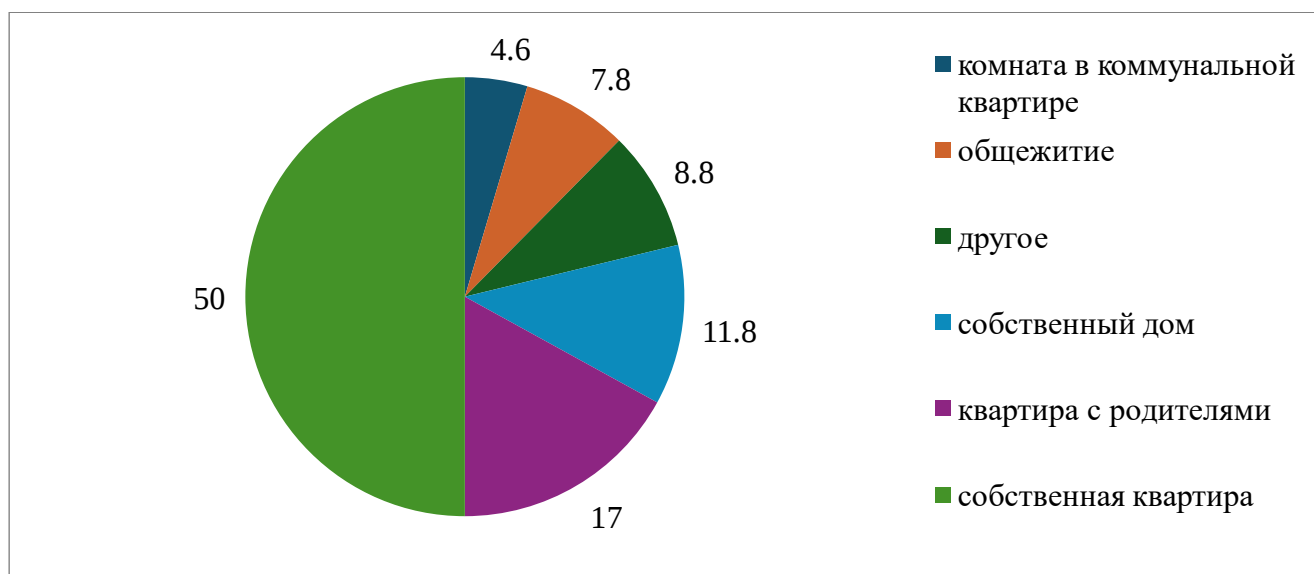


Рисунок 4-13. Распределение респондентов в зависимости от жилищных условий, %

Две трети респондентов (66,5%) – выпускники лечебного факультета; 21,5% окончили педиатрический, около 10% – стоматологический (рисунок 4-14).

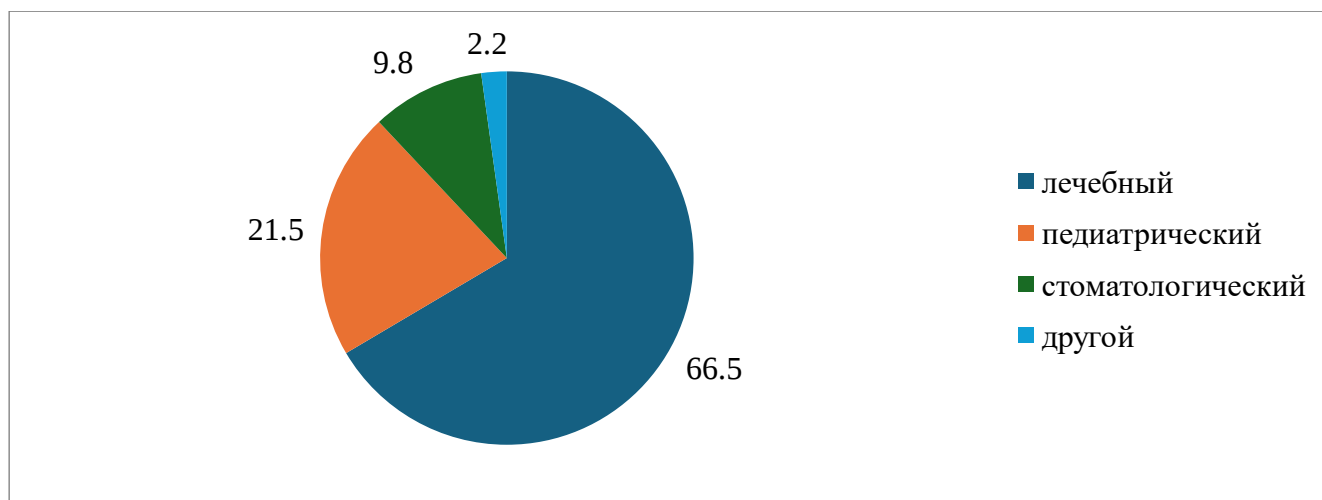


Рисунок 4-14. Распределение респондентов в зависимости от направления обучения в университете, %

При этом 45,5% участников программы обучались по целевому направлению (с большей долей среди лечебников) (рисунок 4-15, таблица 4-8).

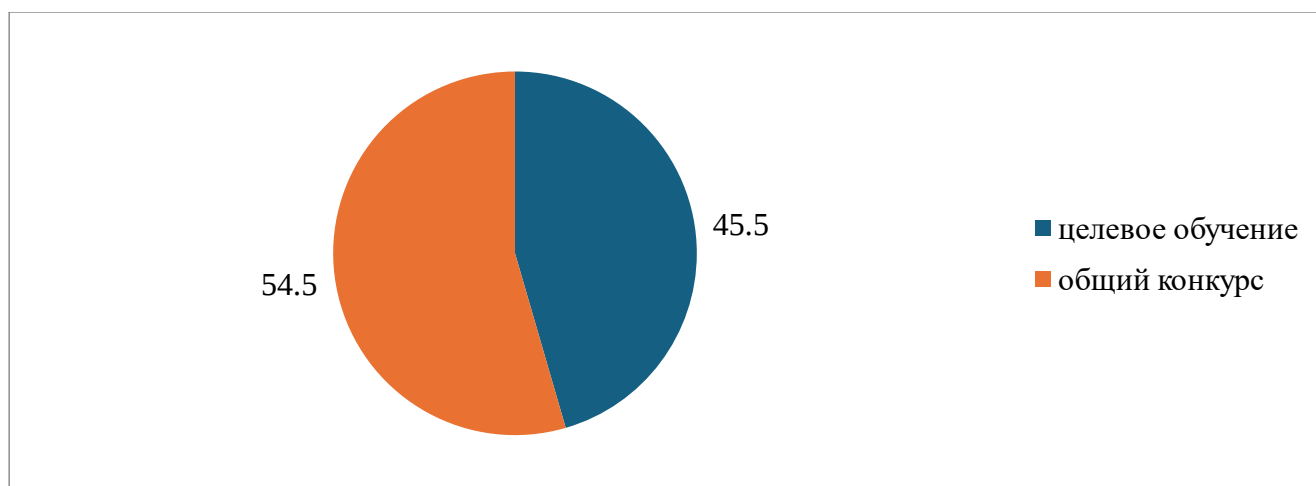


Рисунок 4-15. Доля обучающихся по целевому направлению, %

Поскольку целевое обучение обычно предполагает обязательство отработать определённое время по распределению, логично, что среди участников программы заметная часть именно «целевиков». Однако свыше половины всё же приходят в сельскую медицину добровольно, а не по условиям заранее подписанного договора.

Таблица 4-8. Характеристики обучения участников программы, %*

Обучение	лечебный	педиатрический	стоматологический
целевое обучение	50,8	38,8	30,8
общий конкурс	49,2	61,2	69,2

* различия статистически достоверны по критерию χ^2 Пирсона ($p=0,03$)

Свыше 40% имеют общий стаж 0–4 года, причём 53,7% – до 4 лет именно по специальности (таблица 4-9). Специалисты со стажем работы более 10 лет составляют в выборке долю в 22–23%. Молодых специалистов в данной выборке – 41,2%. Такая «молодость» выборки указывает на то, что врачи в значительной мере продолжают формировать свои клинические навыки и нуждаются в дополнительных образовательных мероприятиях, наставничестве.

Таблица 4-9.Распределение респондентов в зависимости от стажа работы, %

Стаж	общий	по специальности
0–4 года	41,2	53,7
5–9 лет	36,0	31,3
10–14 лет	11,7	8,1
15 и более лет	11,1	6,9

Наиболее распространёнными специальностями стали терапия (19,8%), педиатрия (8,1%), стоматология (разные направления, суммарно свыше 10%), психиатрия (6,7%), анестезиология-реанимация (5,6%), акушерство и гинекология (5,3%) (таблица 4-10). Подобное распределение коррелирует с базовыми потребностями сельской медицины, где врачи широкого профиля востребованы в первую очередь.

Таблица 4-10. Медицинские специальности участников программы, %

Специальность	Количество человек	Доля
терапевт	71	19,8
педиатр	29	8,1
психиатр	24	6,7
стоматолог	24	6,7
анестезиолог-реаниматолог	20	5,6
акушер-гинеколог	19	5,3
хирург	16	4,5
врач-стоматолог	15	4,2
врач-педиатр участковый	14	3,9
психиатр-нарколог	11	3,1
невролог	11	3,1
офтальмолог	10	2,8

Важнейший аспект продолжительности работы врача в сельской больнице – социальная среда (рисунки 4-16, 4-17). 96% удовлетворены общением с коллегами, 91,2% – с администрацией, причём 76% оценивают общий климат как «отличный» или «хороший». Лишь 7% называют обстановку напряжённой, а 0,8%

(3 человека) – невыносимой. Такая высокая степень удовлетворённости указывает, что большинство коллективов в сельских медучреждениях относительно сплочённые, что способствует лучшей адаптации новичков и снижению психоэмоциональной нагрузки на сотрудников.

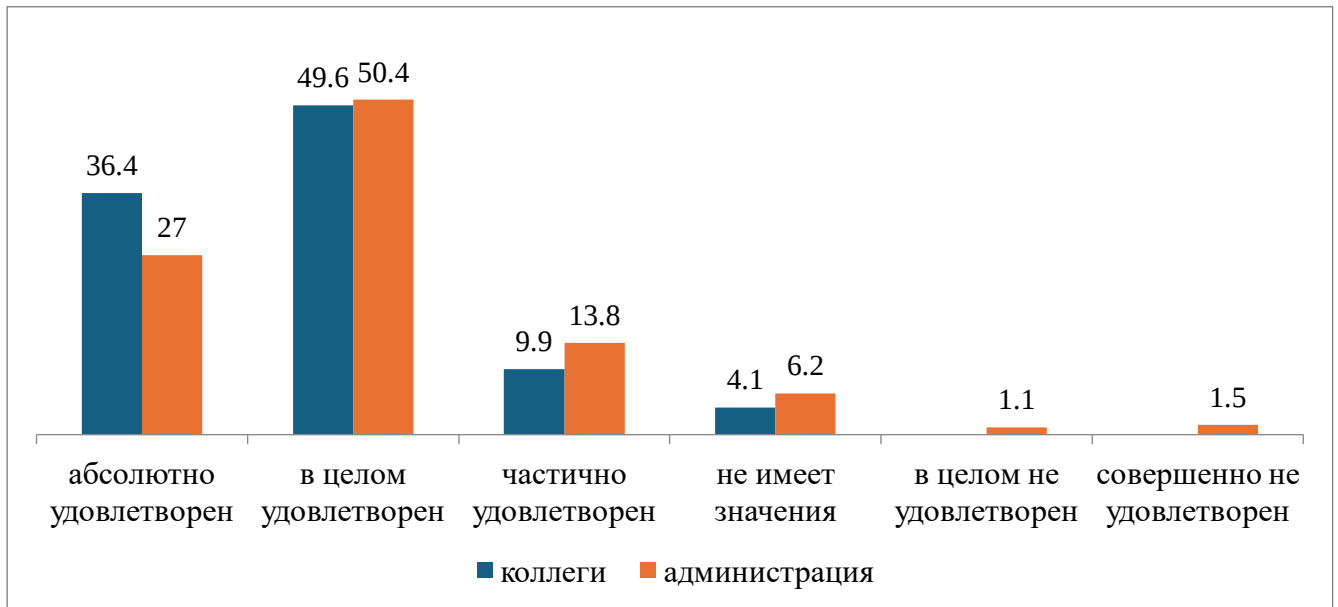


Рисунок 4-16. Оценка врачами качества личных контактов с администрацией и коллегами в месте прохождения программы, %

Не удовлетворены общением с администрацией отдельные респонденты: 4 человека в целом не удовлетворены, 6 человек – совершенно не удовлетворены.

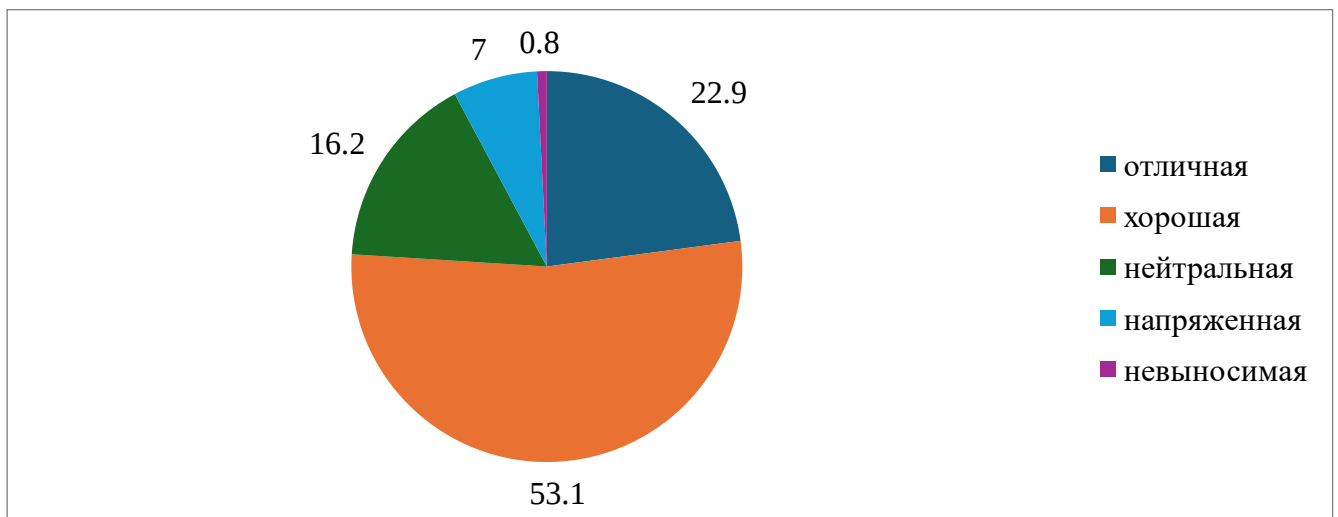


Рисунок 4-17. Оценка обстановки в рабочем коллективе, %

В Архангельской области это представители ГБУЗ АО «Карпогорской ЦРБ», ГБУЗ АО Верхнетоемской ЦРБ, Коношской ЦРБ; в Республике Коми – ГБУЗ РК «Троицко-Печерская ЦРБ», ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», ГБУЗ РК «Прилузская

ЦРБ», ГБУЗ РК «Сыктывдинская ЦРБ». Это может указывать на управленческие и организационные проблемы, требующие более детальной проработки на уровне региональных органов здравоохранения.

Примерно 81,6% оценивают своё качество жизни в сельском населенном пункте как хорошее или очень хорошее (рисунок 4-18). Лишь 1,3% опрошенных дают негативную оценку (5 человек). Это подчёркивает, что несмотря на расстояние от городских центров, респонденты в целом адаптированы к сельской среде и находят её приемлемой или даже привлекательной.

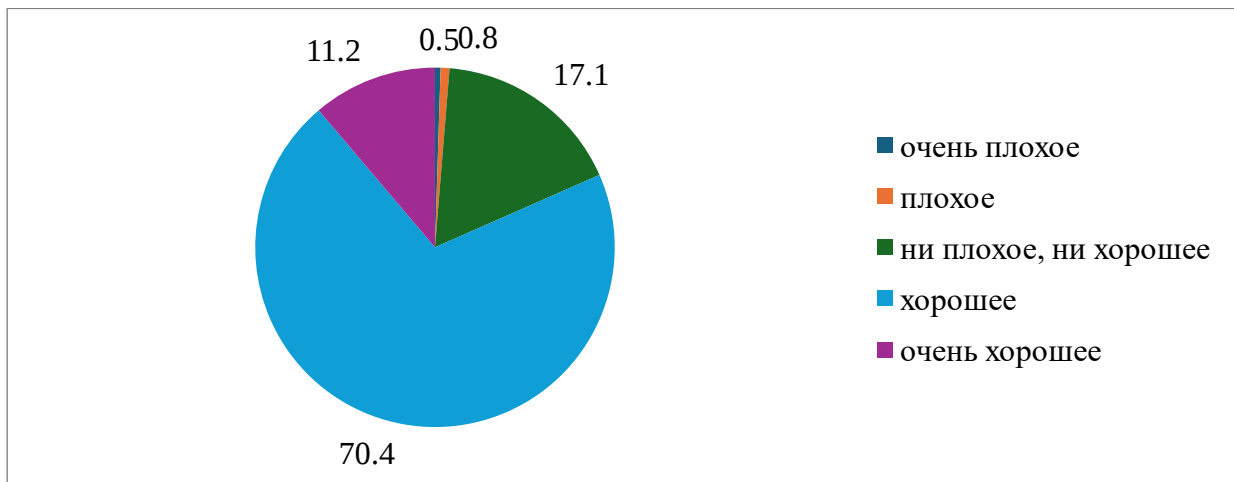


Рисунок 4-18. Оценка качества жизни, %

Субъективное самочувствие также характеризуется положительными показателями: 72% оценивают своё здоровье как хорошее или отличное, четверть называет его удовлетворительным, а только 2,1% оценивает его как плохое (рисунок 4-19).

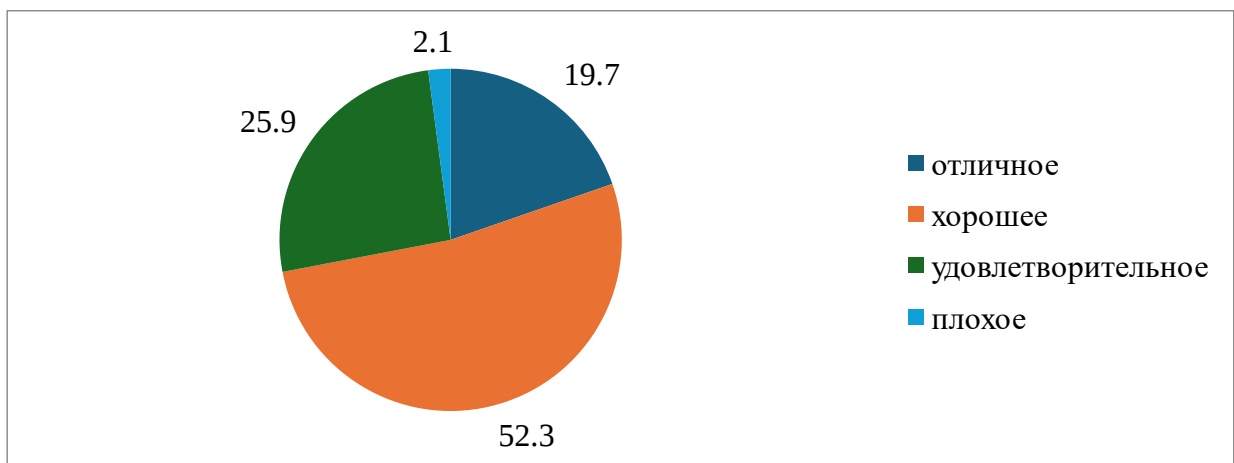


Рисунок 4-19. Оценка респондентами состояния своего здоровья, %

Для изучения мотивации участия врачей в программе «Земский доктор» были изучены источники информации о данной программе. Программа «Земский доктор» – это специализированная федеральная программа, рассчитанная на профессиональный круг медицинских работников. Ежегодно, в рамках региональных бюджетов предусмотрена поддержка 70–90 специалистов в год (например, в 2022 году в Архангельской области – 80 медиков). Реклама и позиционирование программы ведется через СМИ и Интернет, информирование – через официальные каналы коммуникации медицинских и образовательных организаций.

В отличие от студентов (см. предыдущий раздел), практикующие врачи в основном (62,8%) получили сведения о программе «Земский доктор» от администрации своих медицинских организаций или от коллег (рисунок 4-20). Ещё четверть респондентов черпала информацию из Интернета, 15% – общались с действующими участниками, 14,5% – смотрели телевизионные сюжеты. Печатные СМИ оказались наименее востребованным каналом (11,2%), что согласуется с современной тенденцией перехода к цифровым площадкам и личному профессиональному взаимодействию.

Такая ситуация закономерна, поскольку занятость врачей не всегда позволяет найти время для телевидения и газет, поэтому подобная специализированная информация распространяется чаще всего по профессиональным каналам, а не через массовые СМИ. Вероятно, для рекрутинга новых участников программы необходимо использовать официальные каналы администраций медицинских и образовательных организаций (информационные письма, приглашения), личные встречи с реальными участниками программы, информационные баннеры на сайтах медицинских организаций в сети Интернет.

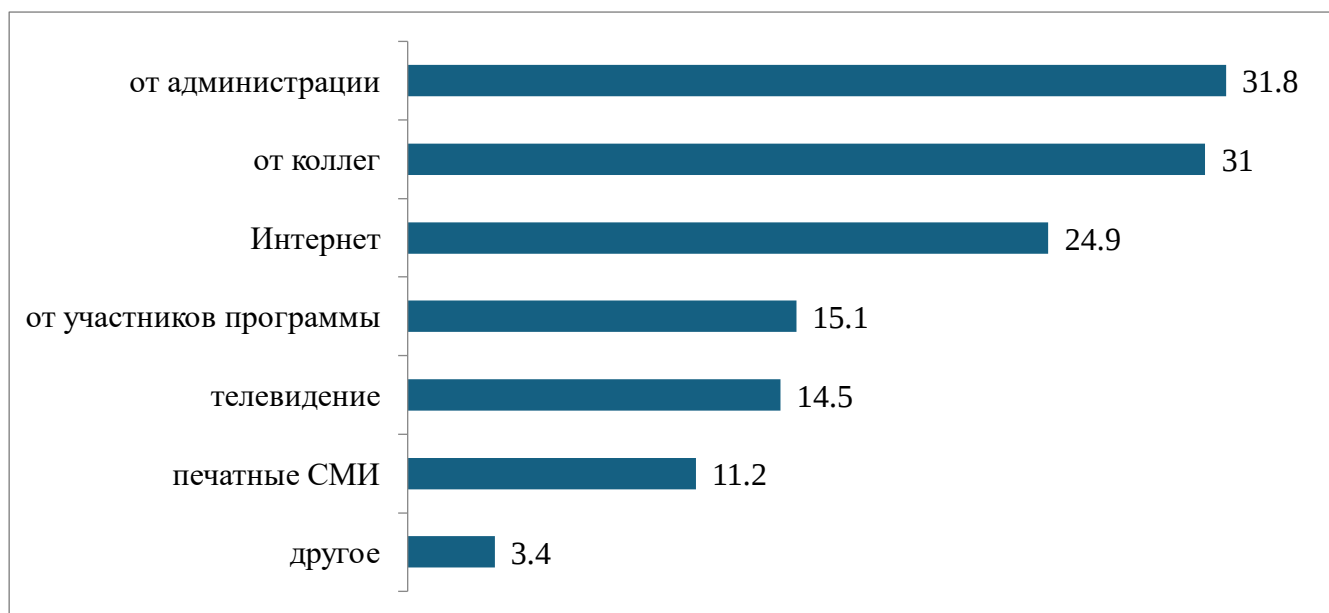


Рисунок 4-20.Выбор респондентами приоритетных источников информации о программе «Земский доктор», на 100 чел. респондентов

На первом месте мотивации участвовать в программе – материально-денежная составляющая: 76,5% упомянули возможность получения единовременной выплаты в 1 млн рублей (рисунок4-21).



Рисунок 4-21.Выбор врачами возможных мотивов участия в программе «Земский доктор», на 100 чел. респондентов

Порядка 37,7% считают важным накопление профессионального опыта; 25% указывают на семейные обстоятельства (в т. ч. потребность переезда или обязательства перед семьей).

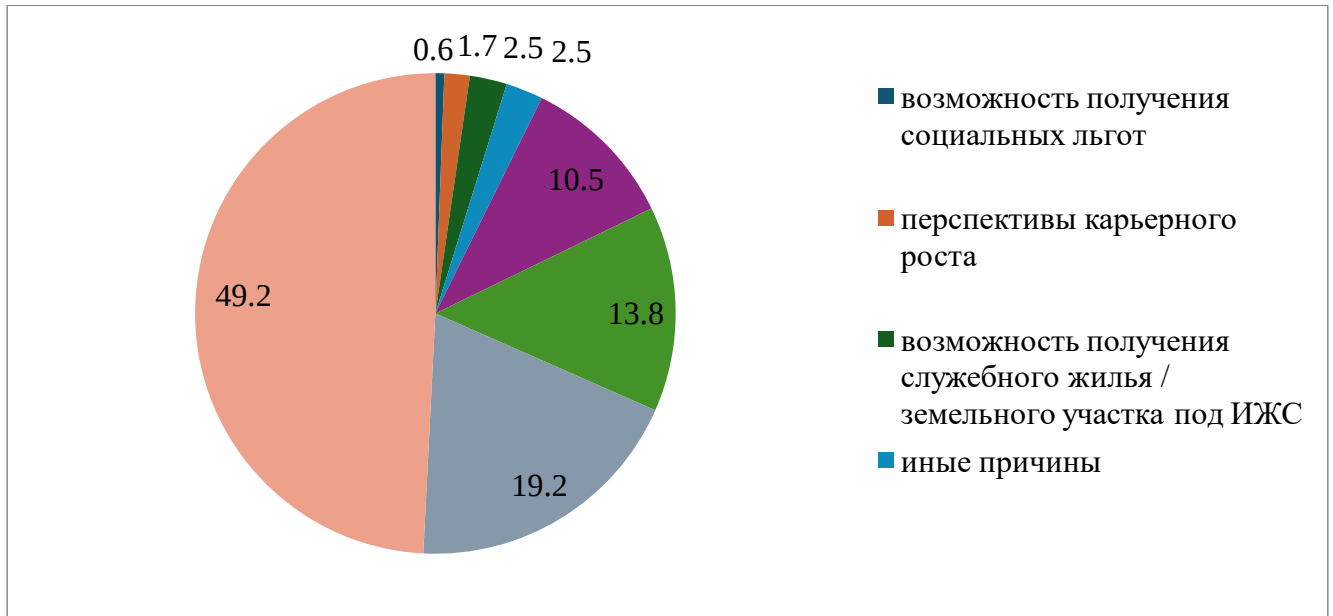


Рисунок 4-22. Выбор респондентами ведущего мотива участия в программе «Земский доктор», %

Возможности карьерного роста и социальной поддержки (льготы, жильё) упоминаются реже (6–7%) как первичные мотивы, однако в сочетании с денежными факторами могут играть роль «дополнительного стимула».



Рисунок 4-23. Мотивы участия в программе по степени значимости, где 1 – важнейший, 7 – наименее важный, средний балл

Когда же речь идёт об основном, «базовом» мотиве, более половины (49,2%) снова называют финансовую выплату, а 19,2% – профессиональное развитие (рисунки 4-22, 4-23).

Желание жить в сельской местности отметили всего 10%, что говорит о том, что без материального стимула и перспективы роста интерес к переезду остаётся низким.

Степень значимости мотивов участия в программе «Земский доктор» несколько разнится по социально-демографическим характеристикам, хотя статистически достоверных различий выявлено не было (таблица 4-11).

Таблица 4-11. Мотивы участия в программе по степени значимости, средние баллы

Мотивы	пол		возраст, лет			целевое обучение		факультет		
	муж.	жен.	20-29	30-39	40+	да	нет	леч.	пед.	стом.
Возможность получения денежной выплаты	1,7	2,0	2,1	1,8	1,6	2,1	1,7	1,9	1,8	2,2
возможность получить опыт работы	4,6	5,0	5,1	4,6	4,1	5,0	4,8	4,9	4,8	4,8
возможность получения служебного жилья / земельного участка под ИЖС	3,7	4,1	4,2	3,8	3,2	4,3	3,6	4,1	3,6	4,3
возможность получения социальных льгот	4,1	4,1	4,2	4,0	3,2	4,4	3,8	4,1	3,8	4,5
семейные обстоятельства	3,0	3,1	2,8	3,5	3,0	3,2	3,0	3,1	3,4	2,6
было целевое направление	4,7	4,4	4,4	4,7	4,3	3,6	5,4	4,5	4,8	4,3
желание жить в сельской местности	4,4	4,2	4,4	4,4	4,0	4,5	4,0	4,4	4,0	4,3

Например, чем старше респондент, тем более важной для него является необходимость в денежной выплате, а также возможность получения служебного

жилья и других социальных льгот. Но при этом, снижается выраженность мотивации в получении профессионального опыта. Предположительно, именно для старших респондентов материальная мотивация и является значимой для входа в программу.

Для выпускников, обучавшихся по общему конкурсу, несколько в большей степени важным для участия в программе является материально-денежная мотивация; для «целевиков» – необходимость отработать по целевому направлению необходимый срок трудоустройства. По профилю факультета предшествующего обучения значительных различий практически не выявлено. Так, выявлено, например, что материально-денежная мотивация несколько важнее для представителей лечебного и педиатрического факультетов, нежели для стоматологического.

Согласно таблице частот (таблица 4-12), критически важна возможность получения денежной выплаты для практически каждого пятого респондента (17,5%), еще 72,6% отмечают её среднюю важность и значимость в качестве мотивации.

Таблица 4-12. Мотивы участия в программе по степени значимости, %

Мотивы	критически важно	очень важно	важно	ней- трально	мало- важно	не играет роли
Возможность получения денежной выплаты	17,5	30,7	41,9	7,3	1,3	1,3
Желание жить в сельской местности	2,6	2,3	16,9	33,0	21,0	24,2
Возможность получения служебного жилья / земельного участка	5,2	18,3	36,3	15,4	10,4	14,4
Возможность получения социальных льгот	4,2	14,6	49,2	18,3	6,7	7,0
Возможность получить опыт работы	12,5	32,2	43,4	5,1	2,9	3,9
Семейные обстоятельства	9,4	18,6	32,2	17,1	7,3	15,4

Вторая мотивация – возможность получить опыт работы – критически важна для 12,5% опрошенных (преимущественно имеющих стаж работы общий и по специальности от 0 до 2 лет), относительно важна еще для 75,6% респондентов. Третьей по значимости критически важной мотивацией являются семейные обстоятельства, их выбрали 9,4% опрошенных врачей. Самой малозначимой мотивацией является желание жить в сельской местности, её малую важность отмечают 45,2% опрошенных.

Мотивация получения денежной выплаты в большей степени интересна и критически важна для мужчин, врачей старшего возраста, а также выпускников лечебного факультета (таблица 4-13). В материальной поддержке чаще нуждаются молодые люди в возрасте 25–28 лет, а также люди среднего возраста 36–38 лет, 40–43 года. У выпускников лечебного факультета эта мотивация более важна, нежели у выпускников стоматологического факультета.

Таблица 4-13. Важность мотивации получения денежной выплаты для врачей-респондентов, %

Степень важности	пол		возраст, лет			целевое обучение		факультет		
	муж.	жен.	20-29	30-39	40+	да	нет	леч.	пед.	стом.
критически важно	22,9	15,3	18,5	14,4	22,2	18,4	16,6	19,2	12,5	12,8
очень важно	26,6	32,1	28,6	34,3	27,8	30,5	30,3	29,8	33,8	28,2
важно	38,5	43,1	43,3	41,1	36,1	40,2	42,7	41,3	46,3	38,4
нейтрально	8,3	6,9	8,4	4,8	8,4	6,9	7,6	7,5	5,0	10,3
маловажно	0,9	1,7	0,7	2,1	5,5	2,9	1,4	1,1	1,2	5,1
не играет роли	2,8	0,9	0,5	3,3	/	1,1	1,4	1,1	1,2	5,1

Вторая по важности мотивация участия в программе – возможность получить опыт работы. Данные показывают, что данная мотивация интересна и критически важна в большей степени для мужчин, врачей молодого возраста, выпускников стоматологического факультета (таблица 4-14).

Таблица 4-14. Важность мотивации получения опыта работы для врачей-респондентов, %

Степень важности	пол		возраст, лет			целевое обучение		факультет		
	муж.	жен.	20-29	30-39	40+	да	нет	леч.	пед.	стом.
критически важно	18,3	10,2	16,3	9,6	8,3	10,9	13,7	11,2	13,8	18,0
очень важно	26,6	34,7	41,0	21,2	22,2	34,5	30,4	32,5	27,5	41,0
важно	43,2	43,1	37,1	53,4	44,4	44,8	42,2	45,1	45,0	30,8
нейтрально	3,7	5,8	2,8	6,8	8,5	5,2	5,2	4,3	11,3	-
маловажно	2,7	2,9	1,7	2,8	8,3	1,7	3,8	2,3	1,2	7,8
не играет роли	5,5	3,3	1,1	6,2	8,3	2,9	4,7	4,6	1,2	2,4

В рамках исследования было выявлено, что для 56,7% опрошенных участие в программе было связано со сменой места жительства (рисунок 4-24). Причем в Мурманской области переезд у специалистов случался чаще. Хотя данные показатели могут быть объяснены и малой численностью выборки от Мурманской области. Поэтому данная доля участников программы может потенциально не продолжить свою работу в сельской местности.

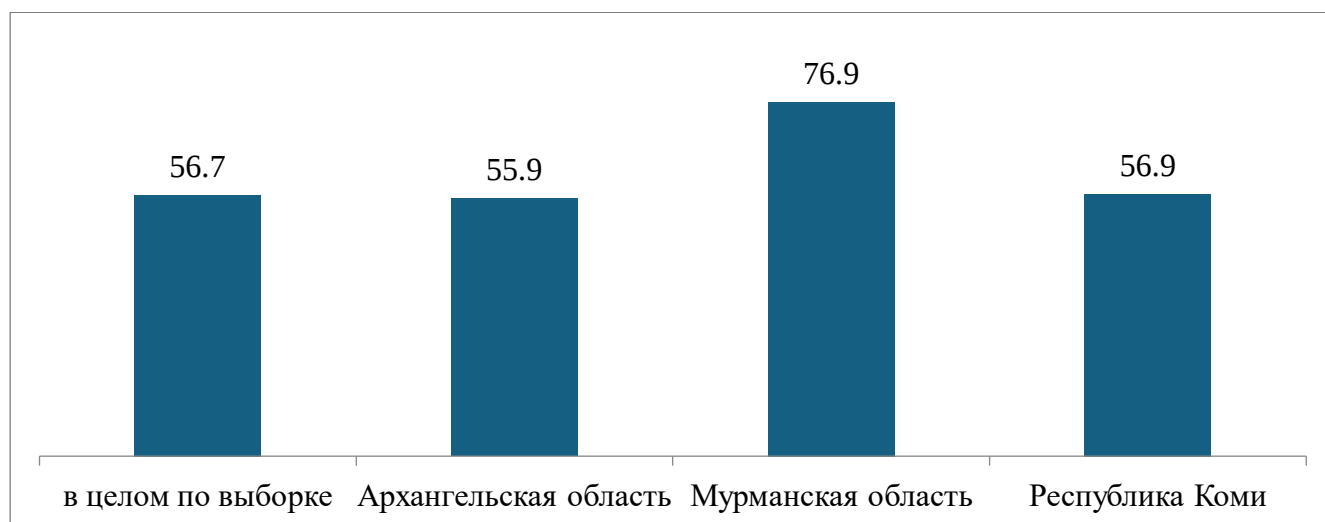


Рисунок 4-24. Удельный вес респондентов, готовых к переезду и смене места жительства для участия в программе «Земский доктор», %

Подавляющее большинство (92,9%) довольны своим участием в программе (рисунок 4-25), а 33% – абсолютно удовлетворены.

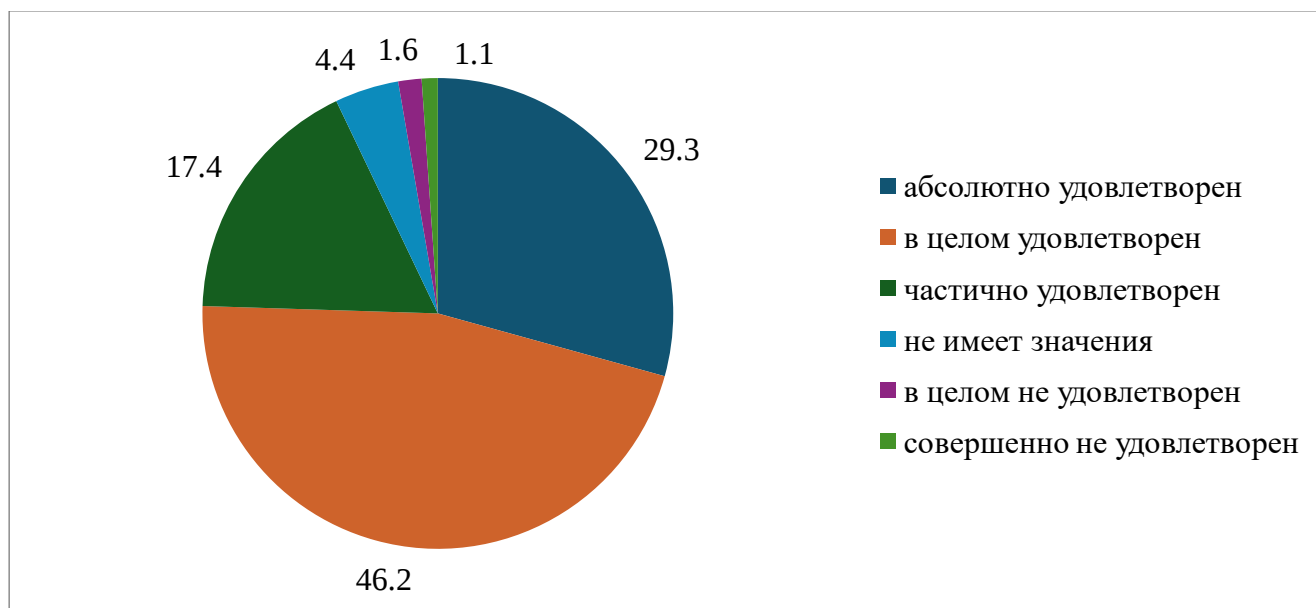


Рисунок 4-25. Удовлетворенность участием в программе «Земский доктор», %

Лишь 2,7% респондентов заявляют о недовольстве, причём статистически значимо больше негативных отзывов среди респондентов из Республики Коми (рисунок 4-26).

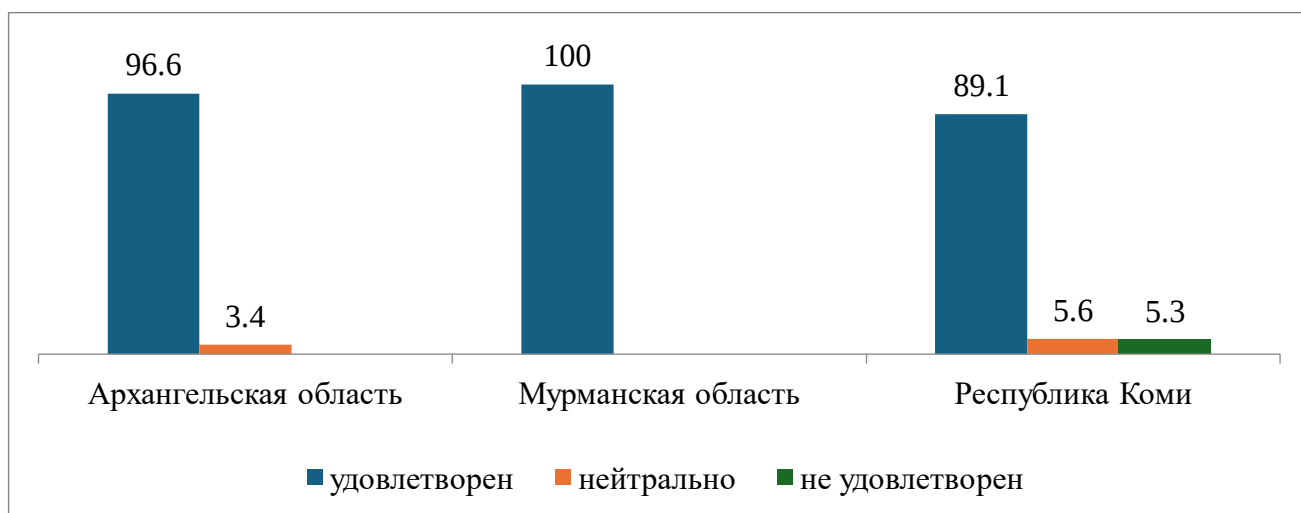


Рисунок 4-26. Удовлетворенность участием в программе «Земский доктор» респондентов из различных регионов, %

Гендерные и возрастные различия не столь выражены, но отмечается, что мужчины и врачи старше 40 лет чуть чаще оказываются в группе неудовлетворённых (таблица 4-15).

Таблица 4-15. Удовлетворенность участием в программе «Земский доктор» респондентов из различных социальных групп, %

Степень	пол		возраст, лет			целевое обучение		факультет		
	муж.	жен.	20-29	30-39	40+	да	нет	леч.	пед.	стом.
абсолютно удовлетворен	22,9	15,3	18,5	14,4	22,2	18,4	16,6	19,2	12,5	12,8
в целом удовлетворен	26,6	32,1	28,6	34,3	27,8	30,5	30,3	29,8	33,8	28,2
частично удовлетворен	38,5	43,1	43,3	41,1	36,1	40,2	42,7	41,3	46,3	38,4
не имеет значения	8,3	6,9	8,4	4,8	8,4	6,9	7,6	7,5	5,0	10,3
в целом не удовлетворен	0,9	1,7	0,7	2,1	5,5	2,9	1,4	1,1	1,2	5,1
совершенно не удовлетворен	2,8	0,9	0,5	3,3	/	1,1	1,4	1,1	1,2	5,1

Респондентам было предложено оценить важность различных факторов удовлетворённости участием в программе «Земский доктор»: финансовый, бытовой, социальный, условия труда и профессиональные возможности (таблица 4-16; рисунок 4-27).

Таблица 4-16. Удовлетворенность отдельными составляющими программы, %

Степень	финансовый фактор	бытовые условия	социальные условия	условия труда	профессиональный фактор
абсолютно удовлетворен	18,7	13,5	7,8	13,8	14,5
в целом удовлетворен	49,9	44,7	36,4	46,2	47,6
частично удовлетворен	24,4	23,7	31,2	26,7	21,8
не имеет значения	1,0	7,8	10,9	3,6	6,8
в целом не удовлетворен	3,9	5,4	8,6	6,8	5,7
совершенно не удовлетворен	2,1	4,9	5,1	2,9	3,6

Наиболее высокий уровень абсолютной удовлетворённости был отмечен по финансовым (18,7%) и профессиональным (14,5%) факторам, тогда как наименьший – по социальным условиям (7,8%). При обобщении уровней удовлетворённости (удовлетворён, не удовлетворён, не имеет значения) также выделяются финансовый (индекс 88 баллов), профессиональный (81,4 балла) и условия труда (80,6 балла). Напротив, бытовые и социальные условия вызвали наибольший уровень неудовлетворённости среди участников.

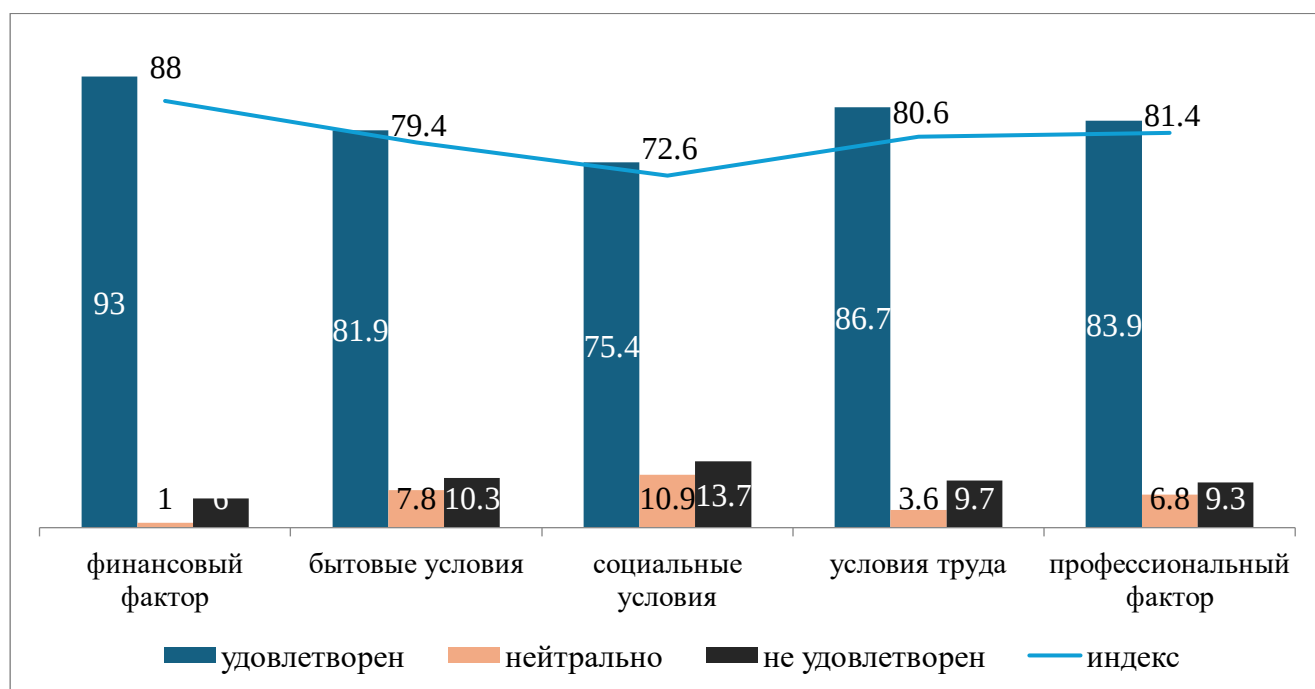


Рисунок 4-27. Удовлетворенность отдельными составляющими программы, %

Данные о значимости факторов подтверждаются результатами их ранжирования участниками исследования, где наиболее важными были названы финансовый и профессиональный факторы, за которыми следуют условия труда (рисунок 4-28).

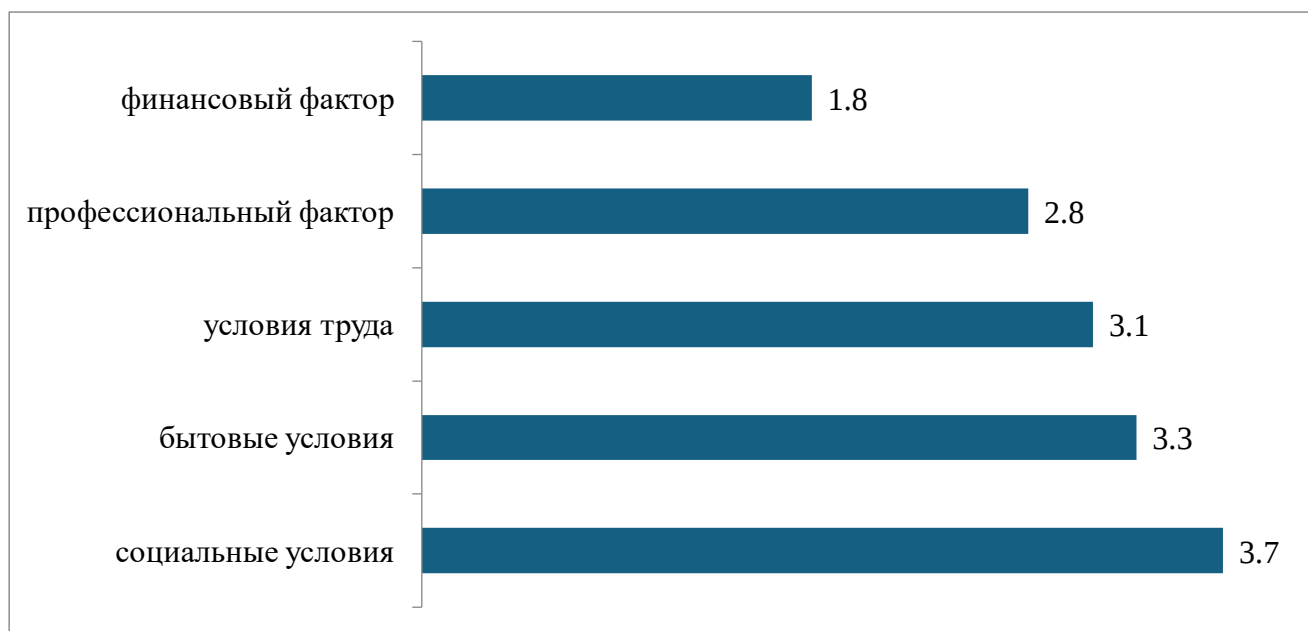


Рисунок 4-28. Ранжирование факторов удовлетворенности, где 1 – важнейший, 5 – наименее важный, средний балл

Логичным подтверждением высокой оценки условий труда является факт выполнения условий договора со стороны медицинских организаций для большинства участников программы (92,5%) (рисунок 4-29). Тем не менее, 5,2% респондентов указали на нарушение условий договора, что важно учитывать, поскольку данный фактор существенно повышает вероятность ухода врачей.

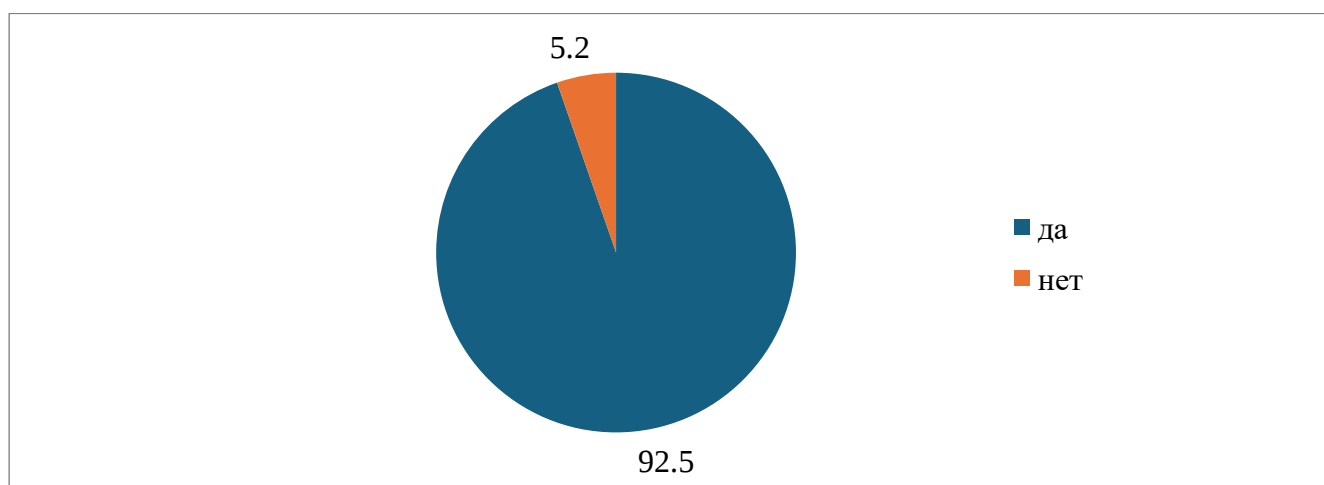


Рисунок 4-29. Выполнение организациями условий договора, %

Особое внимание следует уделить профессиональному росту, где 75% врачей подтвердили, что им предоставлялись возможности для повышения квалификации. Это подчеркивает значимость инвестиций медицинских

учреждений в профессиональное развитие врачей, как фактора удержания кадров (рисунок 4-30).

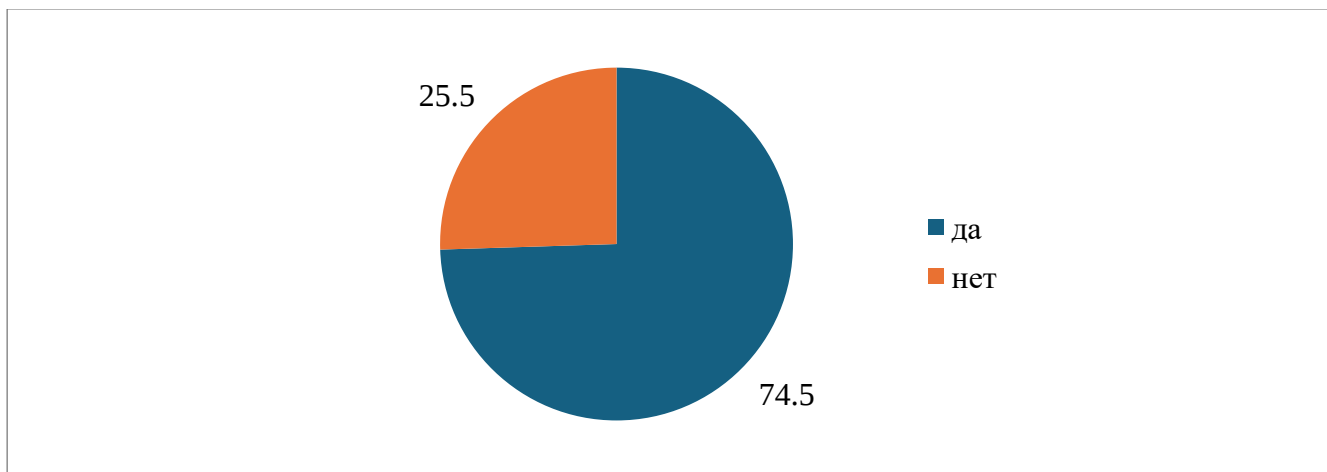


Рисунок 4-30. Предоставление возможностей повышения профессиональных навыков, %

Ключевым показателем успешности программы является намерение врачей продолжать работу в медицинских учреждениях после завершения её срока (рисунок 4-31). На данный момент 53% участников выразили готовность остаться, 36% сомневаются, а 11% категорически не готовы.

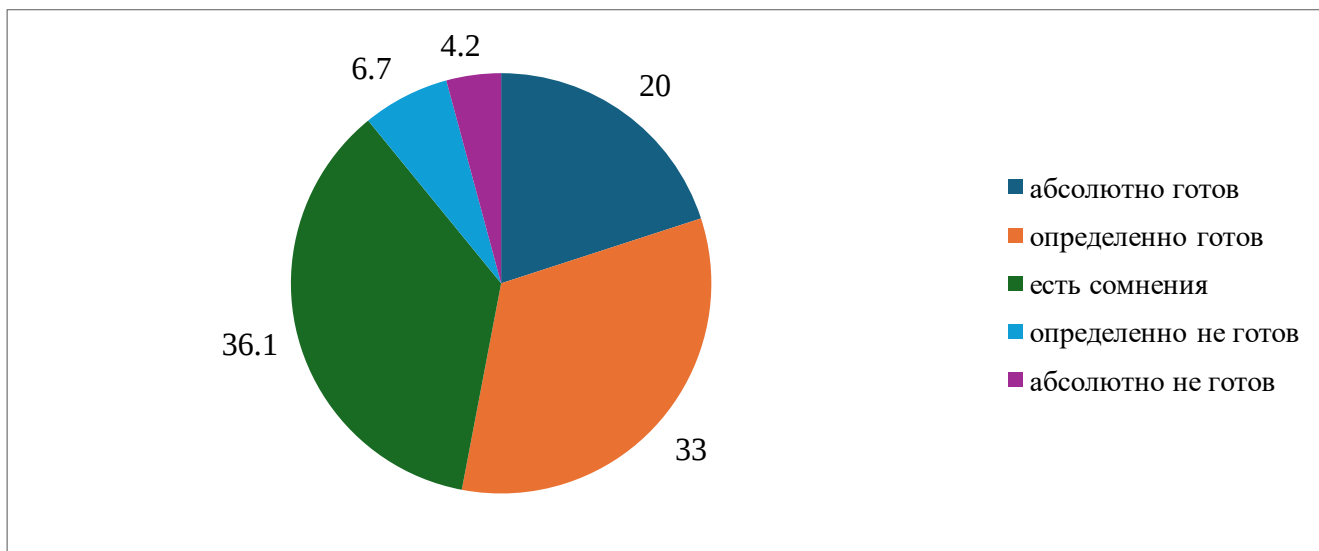


Рисунок 4-31. Распределение группы респондентов в зависимости от готовности продолжить работу в медицинской организации после окончания программы «Земский доктор», %

Важно отметить, что доля категорически отказывающихся от дальнейшей работы выше в Архангельской области (рисунок 4-32), что указывает на необходимость регионально-специфического подхода.

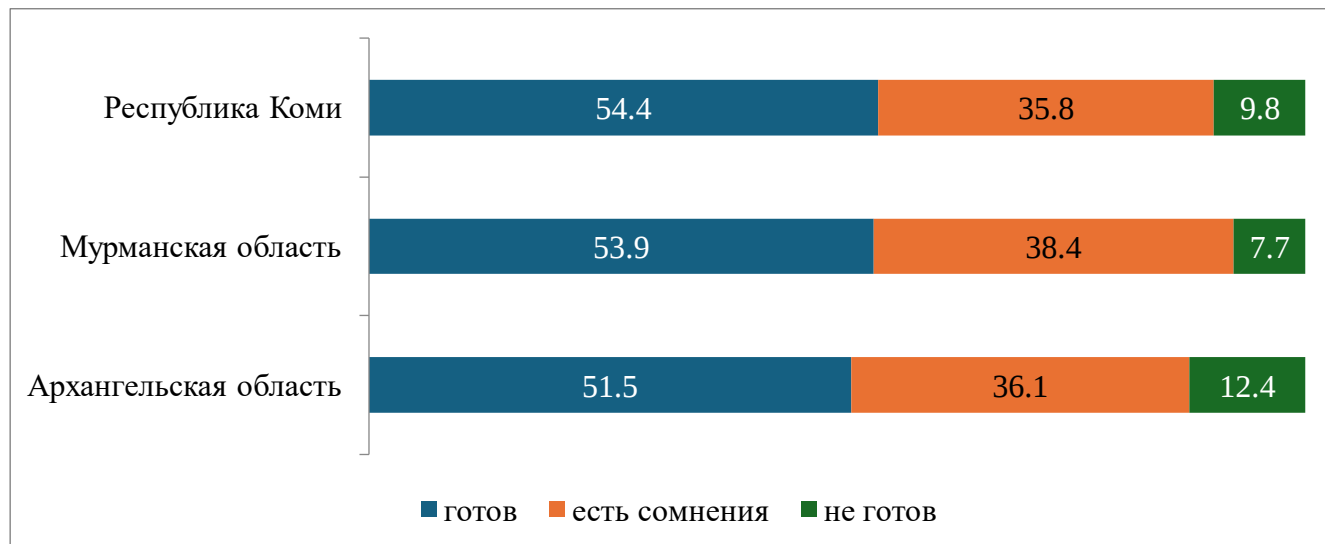


Рисунок 4-32. Распределение группы респондентов, проживающих в северных регионах, в зависимости от готовности продолжить работу в медицинской организации после окончания программы «Земский доктор», %

Готовность продолжать работу варьируется в зависимости от демографических групп: наиболее настроены остаться мужчины и лица в возрасте 30-39 лет, особенно выпускники лечебного факультета (таблица 4-17).

Таблица 4-17. Готовность продолжить работу в учреждении после окончания программы врачей из различных социальных групп, %

Готовность продолжить работу	пол		возраст			целевое обучение		факультет		
	муж	жен	20-29 лет	30-39 лет	40+ лет	да	нет	леч.	пед.	стом.
Абсолютно готов	23,8	18,6	16,3	24,7	22,2	18,4	21,3	23,3	15,0	10,3
определенно готов	31,2	33,2	32,6	29,4	50,0	30,4	35,1	30,6	40,0	38,5
есть сомнения	31,2	38,3	39,8	34,3	24,0	36,2	36,1	35,7	32,5	38,3
определенно не готов	9,2	5,8	5,1	8,9	3,8	7,5	6,2	5,8	8,8	10,3
абсолютно не готов	4,6	4,1	6,2	2,7	-	7,5	1,3	4,6	3,7	2,6

Доля сомневающихся практически одинакова во всех группах (около трети), хотя среди врачей старше 40 лет эта доля несколько ниже, что говорит о большей стабильности данной возрастной категории.

Анализ сопряженности удовлетворенности программой и желания продолжить работу демонстрирует её общую эффективность (таблица 4-18): 52% участников одновременно удовлетворены программой и готовы продолжать работу. При этом всего лишь 1,2% респондентов одновременно не удовлетворены условиями программы и категорически не хотят остаться в учреждении. Эти результаты подтверждают привлекательность программы «Земский доктор» для большинства её участников, однако выявляют области, требующие дополнительных мер по улучшению социально-бытовых условий и исполнению договорных обязательств медицинскими организациями.

Таблица 4-18. Доли респондентов, удовлетворенных участием в программе и готовых продолжать работать, %

	абсолютно готов	определен но готов	есть сомнения	определен но не готов	абсолютно не готов	итого
абсолютно удовлетворен	13,3	9,9	5,2	0,3	0,5	29,2
в целом удовлетворен	3,7	20,4	19,1	2,3	0,7	46,2
частично удовлетворен	2,1	2,6	8,1	3,4	1,3	17,5
не имеет значения	0,8	0,0	2,3	0,2	1,0	4,3
в целом не удовлетворен	0,0	0,0	0,8	0,3	0,6	1,7
совершенно не удовлетворен	0,2	0,3	0,3	0,3	0,0	1,1
всего	20,1	33,2	35,8	6,8	4,1	100,0

Таким образом, в изучаемой выборке участников программы «Земский доктор» 53,3% врачей (204 человека) выразили готовность продолжить работу в том же учреждении после завершения текущих обязательств, тогда как 46,7% (179 человек) либо не готовы, либо сомневаются в дальнейшем участии. Анализ этих двух групп позволил выявить целый ряд закономерностей, отражающих решение о закреплении или уходе из сельского медицинского учреждения (таблица 4-19).

Таблица 4-19. Характеристика участников программы «Земский доктор», готовых и неготовых/сомневающих продолжать работать в учреждении после окончания программы, N (%)

Характеристики	Готовность продолжить работу в учреждении после окончания программы		
	Готов	Не готов или есть сомнения	P**
Женский пол	204 (53,3%)	179 (46,7%)	
Мужской пол	60 (29,7%)	49 (27,4%)	0,616
Возрастная группа			
Младше 30 лет	87 (45,3%)	89 (53,6%)	0,044
30–39 лет	79 (41,1%)	67 (40,4%)	
Старше 40 лет	26 (13,5%)	10 (6,0%)	
Наличие детей	124 (67,4%)	106 (67,5%)	0,980
Стаж до 5 лет	104 (52,3%)	95 (55,2%)	0,567
Численность НП* ≤3000 чел.	33 (17,1%)	36 (21,4%)	0,297
Удовлетворены факторами:			
Финансовый	198 (97,1%)	162 (90,5%)	0,007
Бытовые условия	192 (95,0%)	147 (83,1%)	<0,001
Социальные условия	194 (95,6%)	134 (75,3%)	<0,001
Условия труда	193 (94,6%)	153 (85,5%)	0,003
Профессиональный	200 (98,0%)	147 (82,1%)	<0,001
Общение с коллегами	201 (98,5%)	168 (93,9%)	0,015
Общение с администрацией	197 (96,6%)	154 (86,0%)	<0,001
Возможность повышения квалификации	165 (81,3%)	122 (68,2%)	0,009
Выполнение условий трудового договора	201 (99,0%)	155 (89,1%)	<0,001
Обстановка в коллективе			<0,001
Хорошая	175 (85,8%)	117 (65,4%)	
Средняя	20 (9,8%)	41 (22,9%)	
Плохая	9 (4,4%)	21 (11,7%)	
Качество жизни			<0,001
Хорошее	185 (90,7%)	129 (72,1%)	
Среднее	19 (9,3%)	45 (25,1%)	
Плохое	0 (0,0%)	5 (2,8%)	

Продолжение Таблицы 4-19.

Оценка здоровья			<0,001
Хорошее	166 (81,4%)	111 (62,0%)	
Среднее	37 (18,1%)	61 (34,1%)	
Плохое	1 (0,5%)	7 (3,9%)	

Примечание. * — населенный пункт, ** — χ^2 Пирсона.

Сравнение социальных характеристик не выявило влияния пола на готовность продолжать работу: доля мужчин в обеих группах примерно одинакова (29,7% среди готовых и 27,4% среди сомневающих), а статистические различия ($p=0,616$) отсутствуют. Возрастные различия оказались более значимыми. У врачей младше 30 лет чаще встречаются сомнения и нежелание продолжать, тогда как среди тех, кто остаётся, значительно выше доля специалистов старше 40 лет (13,5% против 6,0%; $p=0,044$). Подобный сдвиг предполагает, что врачи старших возрастных групп более осознанно выбирают программу или обладают меньшим числом альтернатив, тогда как молодые специалисты, несмотря на начальный энтузиазм, могут быстрее столкнуться с неудобствами и конфликтами (или просто обнаружить альтернативную работу) и задуматься об уходе. При этом семейное положение, наличие детей, стаж (особенно в промежутке до 5 лет) и формальные показатели типа размера населённого пункта не дали статистически значимых различий, что намекает на более сложный комплекс личных и организационных факторов в принятии решения.

Решающую роль для разделения респондентов на «готовых продолжать» и «сомневающих/неготовых» сыграла удовлетворённость основными факторами: финансами, бытовыми и социальными условиями, параметрами труда и профессиональными перспективами. В группе готовых продолжать почти все показатели по этим направлениям оказались очень высокими. Например, 97,1% удовлетворены материальными условиями, 95,0%–95,6% довольны бытом и социальными возможностями, 94,6% положительно оценивают условия труда и 98,0% — свой профессиональный статус. Среди неготовых и сомневающих ценность каждой из этих позиций снижается на 8–20 процентных пунктов

(финансовая удовлетворённость 90,5%, бытовая 83,1%, социальная 75,3%, условия труда 85,5%, профессиональная 82,1%). Такая разница статистически достоверна (p от 0,007 до $<0,001$) и указывает на комплексную природу удержания кадров: врача мотивируют не только подъёмные и зарплата, но и совокупный комфорт жизни и работы.

Дополнительное значение имеют социально-психологические аспекты. В группе готовых продолжать 98,5% заявляют о благоприятном взаимодействии с коллегами и 96,6% – с администрацией, а среди сомневающихся эти показатели чуть ниже, особенно в отношении администрации (86,0%). Парадокс может заключаться в том, что коллеги и администрация – разные уровни коммуникации: незначительное недопонимание с коллегами ещё не заставляет врача уволиться, но конфликты с руководством, напротив, сильнее усугубляют ситуацию. Похожая закономерность видна в рубрике «обстановка в коллективе»: 85,8% «готовых» сочли её хорошей, тогда как в другой группе этот показатель 65,4%. Качество жизни в самом населённом пункте, по самооценке, оказалось заметно выше среди врачей, не планирующих уходить (90,7% против 72,1%), что подчёркивает прямую связь удовлетворённости жизненной средой и стремления остаться. Субъективно хорошее здоровье также чаще встречается в «лояльной» группе (81,4% против 62,0%), при этом разница в $p < 0,001$, что важно для понимания, как организация первичной помощи может воздействовать не только на состояние пациентов, но и на состояние здоровья самих врачей.

Уточнить взаимосвязи между факторами и потенциальным оттоком из медицинской организации помог множественный логистический регрессионный анализ. Результаты двух серий процедур множественного логистического регрессионного анализа представлены в виде скорректированных ОШ в сопоставлении с группой сравнения (ГС) с указанием 95%ДИ (таблица 4-20). Зависимые переменные были разделены на две категории: «есть сомнения» (40,1% выборки) и «неготовность продолжать работу» (17,1%).

Таблица 4-20. Факторы, определяющие сомнение и неготовность продолжать работу в том же учреждении после завершения программы «Земский доктор» по результатам множественного логистического регрессионного анализа.

Характеристики	Есть сомнения продолжать	<i>P</i>	Не готов продолжать работу	<i>P</i>
N (%)	137 (40,1%)		42 (17,1%)	
	ОШ (95%ДИ)		ОШ (95%ДИ)	
Возрастная группа				
Младше 30 лет	ГС	—	ГС	—
30–39 лет	0,72 (0,42; 1,25)	0,245	1,89 (0,64; 5,57)	0,247
Старше 40 лет	0,35 (0,13; 0,91)	0,032	0,04 (0,00; 1,61)	0,087
Финансовый фактор				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	1,24 (0,35; 4,38)	0,736	0,13 (0,01; 2,08)	0,150
Бытовые условия				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	2,67 (1,01; 7,04)	0,047	6,69 (1,44; 31,1)	0,016
Социальные условия				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	3,95 (1,60; 9,73)	0,003	4,31 (0,89; 20,9)	0,070
Условия труда				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	0,43 (0,13; 1,39)	0,160	0,93 (0,10; 8,45)	0,948
Профессиональный фактор				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	2,25 (0,59; 8,67)	0,238	16,4 (1,94; 138)	0,010
Общение с коллегами				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	3,8 (0,31; 46,3)	0,296	7,87 (0,01; 905)	0,566
Общение с администрацией				
Удовлетворен	ГС	—	ГС	—
Не удовлетворен	0,93 (0,2; 4,3)	0,926	2,16 (0,19; 25,1)	0,539
Повышение квалификации				
Есть возможности	ГС	—	ГС	—

Продолжение Таблицы 4-20.

Нет возможностей	0,94 (0,49; 1,8)	0,842	2,44 (0,72; 8,25)	0,152
Условия трудового договора				
Выполняются	ГС	—	ГС	—
Не выполняются	7,88 (1,33; 46,7)	0,023	24,5 (1,42; 422)	0,028
Обстановка в коллективе				
Хорошая	ГС	—	ГС	—
Средняя	2,69 (1,27; 5,71)	0,010	3,71 (0,99; 13,8)	0,051
Плохая	2,63 (0,87; 7,91)	0,086	0,02 (0,00; 0,78)	0,037
Оценка здоровья				
Хорошее	ГС	—	ГС	—
Среднее	2,07 (1,13; 3,79)	0,018	1,43 (0,41; 4,9)	0,578
Плохое	1,28 (0,09; 17,7)	0,855	2,66 (0,10; 71,9)	0,560
Примечание. ГС: группа сравнения				

Для сомневающих существенно снижается шанс при более старшем возрасте: врачи старше 40 лет имели на 65% ниже шансы испытывать сомнения (ОШ=0,35). Зато неудовлетворённость бытовыми и социальными условиями повышает шансы сомнений в 2,67 и 3,95 раза соответственно ($p=0,047$ и $0,003$). Дополнительно интересен фактор невыполнения трудового договора, повышающий шансы сомнения в 7,88 раза ($p=0,023$), и состояние здоровья (врачи со средним самочувствием сомневаются в 2,07 раза чаще, чем те, кто считает здоровье хорошим). Напротив, неудовлетворённость условиями труда, профессиональным ростом, финансовым обеспечением, хотя и важна при простом сравнении, в многофакторной модели не дала статистически значимых результатов для категории «сомневающиеся», вероятно потому, что эти параметры коррелируют с другими, более критичными для первого этапа колебаний.

Когда речь заходит о полной неготовности продолжать работу в той же медицинской организации (17,1%), решающее значение приобретают иные составляющие. Самым сильным предиктором становится невыполнение условий трудового договора, увеличивающее шансы отказа в 24,5 раза ($p=0,028$), что подчёркивает огромный урон доверию к программе при невыполненных

обещаниях: задержках выплат, невыделении жилья или невыполнении других обязательств. Следующим мощным фактором выступает неудовлетворённость профессиональным ростом, которая повышает шансы на готовность уйти в 16,4 раза ($p=0,010$). Если врач видит, что в местной больнице он не сможет развивать навыки и сталкивается с ограниченным числом клинических случаев, слишком узкой базой оснащения или отсутствием возможности повышения квалификации, то склоняется к уходу, даже если его устраивает финансовая составляющая. Бытовые проблемы, хоть и более характерны для «сомнений», всё же тоже сильно влияют на шансы готовности категорического ухода ($OШ=6,69$; $p=0,016$). Фактор социальной инфраструктуры ($OШ=4,31$; $p=0,070$) и обстановка в коллективе ($OШ=3,71$ для «средней» атмосферы; $p=0,051$) демонстрируют тенденцию к статистической значимости, но при текущем объёме выборки лишь приближаются к порогам. Любопытна ситуация с «плохой» атмосферой ($OШ=0,02$; $p=0,037$), где, вероятно, сказалось малое число наблюдений, поскольку столь низкое значение математически указывает на то, что один или два случая могли радикально исказить картину.

Итог анализа сводится к тому, что при вступлении в программу «Земский доктор» первичным стимулом выступает денежная составляющая, но переход на уровень стабильного закрепления врачей в сельской местности обеспечивается куда более широким спектром условий. Люди сомневаются, когда не видят гарантированного бытового и социального комфорта, а уходят в основном там, где нарушены договорные обязательства или отсутствуют перспективы профессионального развития. При этом возрастная структура вносит свою лепту: более молодые респонденты оказываются мобильнее, эмоциональнее реагируют на неблагоприятные аспекты, в то время как старшие специалисты проявляют большую лояльность и реже высказывают сомнения, если изначально приняли решение работать в конкретном учреждении. Такая совокупность факторов указывает на комплексную природу удержания специалистов в сельском здравоохранении: требуются не только деньги, но и чёткая управленческая дисциплина со стороны работодателя, реальное обеспечение обещанных льгот,

забота о базе для профессионального роста и поддержание инфраструктуры, от которой напрямую зависит повседневное благополучие врача. Всё это приобретает особое значение для общественного здравоохранения, поскольку полноценный и мотивированный медицинский персонал в сельских районах обеспечивает доступность и качество медицинской помощи, влияет на раннюю диагностику и профилактику заболеваний, а также на качество взаимодействия с населением, что в конечном счёте сказывается на общих показателях здоровья в регионе.

4.3 Комплексная оценка готовности к участию и удовлетворенности участием в программе «Земский доктор» обучающихся медицинского вуза и медицинских работников

В совокупности проведённые опросы охватили две группы: студентов – потенциальный резерв для программы «Земский доктор» – и практикующих врачей, уже вовлечённых в реализацию данной инициативы на местах. Студенты преимущественно находятся в возрасте 19–35 лет, со средним значением 22,9 года, а у врачей разброс шире (21–52 года). В обоих исследованиях преобладают женщины (70% и 71,2% соответственно). При этом среди студентов обычно не возникает столь острой потребности в детсадах и школах, тогда как практикующие врачи (67% с детьми, зачастую в возрасте до 40 лет) сильнее зависят от инфраструктуры для семейной жизни и полноценной профессиональной адаптации. Сопоставление этих групп отражает, как базовые мотивации и ожидания (у студентов) соотносятся с реальными факторами продолжения или отказа от участия (у врачей).

Для студентов и врачей решающим «входным билетом» к участию в программе служит единовременная материальная поддержка (1-2 млн рублей). Наряду с этим большинство студентов не имеют собственного жилья и видят в программе путь к решению жилищных вопросов. Однако логистический анализ результатов опроса практикующих специалистов показывает, что невыполненные договорные обещания (например, задержка выплат, несоответствие реальной

суммы ожиданиям) крайне подрывают доверие: шансы неготовности продолжать работу в том же медицинском учреждении вырастает почти в 25 раз, а сомнений – в 8 раз.

Согласно опросу практикующих врачей, неудовлетворённость бытом повышает шансы сомнений почти в 3 раза и неготовности остаться в 7 раз, неудовлетворённость социальной инфраструктурой – примерно в 4 раза. Эти факторы становятся тем «спусковым крючком», который подталкивает многих к разочарованию: из числа неготовых/сомневающихся значительная доля указывает на проблемы с жильём, дорогами, отсутствием культурно-досуговых мест или цифровой связи. У студентов, не имеющих практического опыта жизни в удалённых районах, подобные нюансы выражаются в том, что 20,7% категорически отказываются даже рассматривать работу в селе «при любых условиях», а ещё 30% «не определились». Так, бытовая и социальная среда объясняет, почему интерес к программе быстро угасает: без комплексной инфраструктуры специалисты (включая молодых врачей) испытывают дискомфорт и видят мало причин оставаться.

Для студентов значимым стимулом является возможность наработать клинические навыки. Стоматологи особенно ориентированы на практику, а педиатры и лечебники – на расширение умений в поликлинике или стационаре соответственно. Анализ показывает, что неудовлетворённость перспективами профессионального роста увеличивает шансы отказа от продолжения остаться в 16,4 раза. Факт, что только половина врачей планирует оставаться, во многом объясняется отсутствием ожидаемых возможностей. Вероятно, многие изначально рассчитывали на интенсивную практику и карьерное продвижение, но столкнулись с монотонной нагрузкой и слабой материально-технической базой. Студенты ещё не почувствовали конкретных сложностей, но при рассмотрении работы на селе 73% из них предпочли бы работать в районной больнице, а не в ФАПе или амбулатории, желая широкого спектра клинических ситуаций. Стремление к профессиональной самореализации соединяет обе группы, но именно действующие врачи особенно резко реагируют на ограниченные

возможности совершенствования, что может приводить к оттоку опытных специалистов.

Среди студентов именно университетская среда и ближайшее окружение формируют первичные впечатления о программе. Этот этап может привести к изначальному энтузиазму, но в случае врачей решающее значение приобретают реальные отношения с коллегами и администрацией: 96% врачей довольны общением с руководством в группе «готовых продолжать» и только 86% – среди «сомневающих». Конфликты на уровне управления, неудовлетворённость выполнением условий договора, а также «средняя» или «плохая» обстановка в коллективе приводят к росту сомнений и потенциальных отказов от участия. У студентов подобные проблемы пока не проявлены, но у 10% имеется полное неведение о существовании программы, а у 30% – неуверенность или нежелание участвовать, что косвенно указывает на важность более открытых и прозрачных форм информирования и взаимодействия до момента трудоустройства.

Если студенты показывают высокую мобильность ввиду отсутствия жилья, то врачи в группе до 30 лет чаще испытывают сомнения (53,6% против 45,3% у «готовых»). Обратная картина видна у лиц старше 40 лет: они реже сомневаются, но, если сталкиваются с серьёзными проблемами (например, невыполнением договора или отсутствием развития), могут покинуть учреждение даже после нескольких лет работы. Это показывает, что примерно половина участников могут остаться надолго лишь при сочетании ряда положительных факторов. Срывы договорных обязательств, плохие бытовые условия и неспособность администрации урегулировать конфликты на фоне слабой социальной инфраструктуры приводят к результату, когда 17% твёрдо намерены уйти из медицинской организации, а 40% неопределённо сомневаются.

Хотя обе выборки указывают на закономерность: деньги приводят людей в программу, но именно целостная среда (быт, социальная сфера, управление, профессиональные перспективы) решает вопрос об их долгосрочном закреплении. Среди уже работающих врачей ровно половина сохраняет готовность продолжать участие, что свидетельствует о позитивных примерах, где сельская больница

обеспечена кадрами, а условия соответствуют обещаниям. Эту группу объединяют удачно сложившиеся бытовые условия, адекватная социальная среда (хорошая команда и отсутствующие конфликты с руководством), своевременная материальная компенсация, возможность профессионально расти и наличие реального интереса к клинической практике в сравнительно «отдалённых» районах.

Напротив, вторая половина врачей (46,7%) испытывает готовность к уходу или к сомнениям продолжать участие в программе. Основные причины такого расклада: несоответствие ожиданий и реальности по бытовым и социальным аспектам, нарушения договоров, ограничение профессионального роста, конфликты с администрацией. Отмечены и территориальные различия (в Республике Коми выше процент неудовлетворённых), указывающие на управленческие проблемы отдельных ЦРБ.

В итоге программа эффективно решает задачу первичного привлечения, но не устраняет целиком риск оттока из-за низкого уровня инфраструктуры и пробелов в организации и обеспечении. С позиции общественного здоровья этот факт важен потому, что даже при хороших «входных» условиях без долговременного удержания кадров не произойдёт стабилизации медицинской помощи в сельских территориях, а значит сохранятся проблемы поздней диагностики, профилактики и лечения на селе.

Резюме.

Проведённое в рамках исследования социологическое анкетирование среди студентов-медиков и врачей — участников «Земского доктора» выявило, что материальная составляющая действительно является важнейшим стимулом на первоначальном этапе, однако, по результатам анализов, лишь чуть более половины специалистов готовы оставаться в той же организации после завершения программы. Причиной этому служат более молодой возраст участников, нарушения трудового договора, неудовлетворённость бытовыми условиями, слабая социальная среда (отсутствие качественных дорог, дефицит

магазинов, досуговых и культурных центров, проблемы с детскими садами) и отсутствие перспектив профессионального роста.

Проведенное анкетирование позволило выявить «точки несоответствия» между ожиданиями будущих специалистов и тем, что реально предлагают регионы.

Полученные результаты указывают на несколько общих закономерностей. Материальные факторы (денежные выплаты, жильё) действительно являются ведущими при принятии решения о трудоустройстве, однако на длительную перспективу они не гарантируют закрепления специалиста. Критически важными оказываются соблюдение условий договора, а также бытовые и социальные условия, наличие или отсутствие элементарных инфраструктурных благ и услуг: дорог, интернета, детских садов, культурных центров. У врачей, особенно начинающих, высока ценность профессионального становления: возможность «набить руку» на широкой практике, осваивать современное оборудование, участвовать в телемедицинских консультациях и конференциях. Если этого не происходит, даже щедрые подъёмные не удерживают специалистов в сельской местности. Как показывает практика, региональные программы, как правило, недооценивают роль информирования: будущие выпускники узнают о мерах поддержки лишь в общих чертах, что снижает их доверие и интерес к переезду в село.

Результаты исследований, представленных в данной главе, опубликованы в статье: Флеглер, Н.А. Социально-демографический портрет участника программы «Земский доктор» на северных территориях Российской Федерации / Н. А. Флеглер, Л. И. Меньшикова, Н. В. Цихончик, И. М. Сон, В. Р. Лосев // Профилактическая медицина. – 2024. Т. 27, № 9. - С. 16–24. - DOI: 10.17116/profmed20242709116[186].

ГЛАВА 5 КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ И ЗАКРЕПЛЕНИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.1 Обоснование мероприятий по привлечению и закреплению специалистов в системе здравоохранения

Одним из основных механизмов, как указывалось ранее, по привлечению и закреплению специалистов в сфере здравоохранения, является разработка и внедрение в жизнь нормативно-правовых актов на всех уровнях регулирования, начиная с законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации и до органов местного самоуправления [186, 187]. Особую важность имеет разработка подзаконных нормативно-правовых актов для работы с территориями, в которых потребность в специалистах высокая, в частности в сельской местности, и обеспечение медицинских работников мерами социальной поддержки.

Нами были проанализированы существующие меры по созданию условий для оказания медицинской помощи на территориях трех субъектов Российской Федерации, относящихся к арктическим и приарктическим территориям (Архангельская область, Мурманская область, НАО и Республика Коми), проведен сбор и анализ перечня НПА, содержащих меры социальной поддержки для специалистов в сфере здравоохранения.

Ниже приводятся обобщённые итоги этого анализа, а также предлагается комплексный взгляд на то, как можно совершенствовать действующие механизмы привлечения персонала в медицинскую сферу при сложных внешних условиях (значительной удалённости, климатической жёсткости, ограниченности инфраструктуры и т. д.).

В рамках исследования выявлено, что каждый регион применяет собственные подпрограммы, внесённые в общие государственные программы развития здравоохранения. В Архангельской области это постановление правительства №462-пп от 12 октября 2012 года «Об утверждении

государственной программы Архангельской области "Развитие здравоохранения Архангельской области"» (в редакции и с изменениями, последними на апрель 2023 года). Только за период с 2021 года по настоящий момент нами проанализировано 25 изменений (от 19.02.2021 N 80-пп; от 23.03.2021 N 137-пп; от 02.04.2021 N 164-пп; от 26.04.2021 N 213-пп; от 08.06.2021 N 290-пп; от 21.07.2021 N 370-пп; от 15.09.2021 N 484-пп; от 12.10.2021 N 565-пп; от 27.10.2021 N 606-пп; от 08.12.2021 N 699-пп; от 28.12.2021 N 782-пп; от 14.03.2022 N 131-пп; от 14.04.2022 N 229-пп; от 29.04.2022 N 279-пп; от 19.05.2022 N 327-пп; от 09.08.2022 N 585-пп; от 12.09.2022 N 678-пп; от 10.10.2022 N 801-пп; от 28.10.2022 N 872-пп; от 11.11.2022 N 909-пп; от 14.11.2022 N 915-пп; от 15.12.2022 N 1061-пп; от 09.01.2023 N 18-пп; от 24.03.2023 N 274-пп; от 20.04.2023 N 364-пп), связанных в том числе с мерами социальной поддержки медицинских работников. Масштаб и частота этих корректировок говорят о гибкости нормативно-правовой среды и потребности оперативно реагировать на кадровые проблемы, однако также указывают на определённые сложности в долгосрочном планировании (потребовалось неоднократно вносить изменения, чтобы учесть актуальную кадровую ситуацию, масштабы оттока специалистов, финансовые ограничения и т. д.).

Сходный подход наблюдается в Мурманской области, где приняты постановление правительства от 30 сентября 2013 года N 551-ПП «Об утверждении государственной программы Мурманской области "Развитие здравоохранения"» с последними изменениями от 17 февраля 2021 года N 85-ПП. В документе содержатся меры социальной поддержки медицинских работников, предусмотренных в подпрограмме 5 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы Мурманской области «Развитие здравоохранения», которая включает: мероприятия по совершенствованию планирования и использования кадровых ресурсов; планирование подготовки и повышения квалификации медицинских работников; мероприятия по социальной поддержке медицинских работников; мероприятия по повышению престижа профессии медицинского работника.

Пример третьего региона – Республика Коми, где базовым документом стало постановление правительства Республики Коми от 28 сентября 2012 г. N 420 «Об утверждении государственной программы Республики Коми "Развитие здравоохранения"» с последними изменениями от 20 февраля 2020 года). Данный документ утратил силу с 1 апреля 2020 года на основании Постановления Правительства Республики Коми от 31.10.2019 N 519, в котором далее указываются меры социальной поддержки (с последними изменениями от 29.03.2023 № 154).

Многоуровневое регулирование (федеральное, региональное, муниципальное) создаёт правовую основу для реализации программ привлечения кадров. Но при отсутствии чёткого взаимодействия между этими уровнями, а также при недостаточном учёте местных особенностей каждая из мер может оказаться малоэффективной. Поэтому важную роль играет анализ конкретных примеров и практик, что было сделано для Архангельской области, Мурманской области и Республики Коми.

Практические примеры регионального регулирования: стипендии, подьёмные и другие меры

Одним из показательных примеров является опыт Мурманской области по стимулированию «ординаторов-целевиков». Согласно Закону Мурманской области №2168-01-ЗМО от 11.10.2017, с сентября 2017 года лица, обучающиеся в ординатуре по целевому приёму, получают ежемесячную стипендию в 5000 рублей. Ранее аналогичную форму поддержки применяли к интернам, и высокие проценты трудоустройства (93% в 2016 году, 97% в 2017-м) показали, что материальное стимулирование в период обучения действительно влияет на выбор будущего места работы. Кроме того, в соответствии с Законом Мурманской области от 19.12.2014 № 1820-01-ЗМО, студентам вузов, обучающимся по договору о целевом обучении, предусмотрена выплата стипендии в размере 3000 рублей в месяц, интернам региональная стипендия выплачивалась в размере 5000 рублей в месяц. С позиции общественного здоровья этот инструмент можно считать весьма результативным, поскольку позволяет «готовить» специалистов

под запрос конкретных учреждений или регионов, закрывая дефицит кадров в проблемных районах. Подобные механизмы могут использоваться и в других субъектах при условии достаточного финансирования.

Другим шагом в Мурманской области, связанным с удержанием уже привлечённых медицинских работников, стало принятие Закона №2020-01-ЗМО от 27.05.2016 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий медицинских работников», где предусмотрены ступенчатые выплаты в размере 270 тысяч рублей для сотрудников, работавших в муниципальной системе здравоохранения города Мурманска (с учётом передачи полномочий в сфере здравоохранения на региональный уровень). Данная норма позволяет избежать ситуации, когда, завершив отработку по «целевому» договору, врач уезжает, не увидев дальнейших перспектив.

Другим шагом в Мурманской области, связанным с удержанием уже привлечённых медицинских работников, стало принятие Закона №2020-01-ЗМО от 27.05.2016 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий медицинских работников», где предусмотрены ступенчатые выплаты в размере 270 тысяч рублей для сотрудников, работавших в муниципальной системе здравоохранения города Мурманска (с учётом передачи полномочий в сфере здравоохранения на региональный уровень). Данная норма позволяет избежать ситуации, когда, завершив отработку по «целевому» договору, врач уезжает, не увидев дальнейших перспектив. Установление дополнительных мер поддержки (например, компенсации жилья, ежеквартальные надбавки) помогает снизить текучесть кадров.

Для привлечения врачей-специалистов для работы в отрасли, создания условий для повышения качества жизни медицинских работников с 2012 года в Мурманской области действует Закон Мурманской области от 25.12.2012 №1572-01-ЗМО. Он предусматривает единовременные денежные выплаты медицинским работникам в возрасте до 55 лет в размере 200 тысяч рублей и ежеквартальные денежные выплаты в размере 10 тысяч рублей на оплату жилья и коммунальных услуг в течение первого года работы. Это позволяло в течение последних лет

уравновешивать отток врачей из региона и поддерживать численность врачебных кадров. Однако практика показала, что в сравнении с другими механизмами (такими как «Земский доктор», «Арктический доктор») эта сумма оказалась неконкурентоспособной, и в 2017 году было решено увеличить размеры выплат до 500 тысяч рублей врачам, 300 тысяч рублей фельдшерам и до 15 тысяч рублей ежеквартально на жилье (Закон Мурманской области от 10.11.2017 № 2188-01-ЗМО). Подобные корректировки величины выплат отражают постоянную «конкуренцию» между субъектами Федерации за врачебные кадры: если в соседнем регионе предложат более выгодные условия (особенно при прочих равных), специалист может переехать туда.

Комплекс мер социальной и профессиональной поддержки: обобщённые примеры по территориям

На разных территориях Российской Федерации и в разных муниципалитетах комплекс мер имеет свои отличия. В совокупности, в качестве основных проводимых мер было отмечено:

1. Предоставление жилья или компенсация расходов на его аренду.
2. Единовременные выплаты («подъёмные», «стартовые») при прибытии специалиста в отдалённую местность.
3. Региональные надбавки к окладу, либо доплаты за работу в труднодоступных районах, «северные коэффициенты», стимулирующие молодых врачей к переезду.
4. Меры, аналогичные программам «Земский доктор» / «Земский фельдшер» / «Арктический доктор» и т. д., предполагающие выделение существенной суммы (1–2 млн рублей) и обязательство отработать несколько лет.
5. Поддержка при покупке жилья (субсидирование части ипотечных платежей или предоставление земельных участков).
6. Компенсация стоимости обучения, дополнительные стипендии студентам-медикам по целевому набору.
7. Расширенное покрытие социальных услуг для семьи врача: внеочередные места в детсаду, льготы на отдых, санаторно-курортное лечение.

Каждая из этих мер вносит свой вклад, но эффективность повышается, когда они используются в комплексе. Например, если регион только анонсирует «подъёмные» 200 тысяч рублей, но не решает вопрос арендного жилья или отсутствуют места в детских садах, врач изначально может приехать, но через год-два (после минимального срока отработки) уехать в другой, более благополучный регион.

Можно выделить три целевые группы в фокусе мер поддержки. Анализ, проведённый на примере Архангельской, Мурманской областей, НАО, Республики Коми, показывает, что система мер должна одновременно охватывать три контингента: (1) школьники старших классов, которые планируют продолжить обучение в медицине; (2) студенты медицинских образовательных учреждений; (3) готовые специалисты.

Ниже представлены меры поддержки для всех трёх групп:

1. Блок мер, направленных на совершенствование системы по работе со школьниками (рисунок 5-1). Комплексная работа органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, министерств образования регионов, органов местного самоуправления, администрации медицинских организаций и общеобразовательных организаций должна быть направлена на решение следующих задач:

1.1. разработка нормативно-правовых актов, включающих комплекс льгот при поступлении в медицинские образовательные учреждения для школьников с высокими показателями успеваемости;

1.2. разработка программ профессиональной ориентации школьников по основным направлениям в профессии;

1.3. увеличение количества профильных классов с медицинским уклоном на базе общеобразовательных организаций с разработанным комплексом учебных пособий;

1.4. уклон по направлениям в профильных классах исходя из анализа кадровой ситуации в регионе и потребностях в тех или иных специалистах;

1.5. работа со СМИ по повышению престижа медицинских специальностей (врача и среднего медицинского работника);

1.6. «целевое» направление отобранных кандидатов на обучение в медицинские образовательные учреждения на льготных условиях;

1.7. создание комфортных условий для открытия и функционирования профильных классов в общеобразовательных учреждениях, в том числе подготовка необходимой материально-технической базы;

1.8. информирование школьников (в том числе их родителей) об особенностях работы в сфере здравоохранения в современном мире, специфике работы врача и среднего медицинского персонала, проводимых программах по трудоустройству, нюансах учебы в медицинских образовательных организациях путем привлечения СМИ и разработанных методических материалов;

1.9. проведение «Дней открытых дверей» в медицинских образовательных учреждениях и медицинских организациях;

1.10. проведение региональных и федеральных олимпиад среди школьников профильных классов по медицинским направлениям, организация научных, игровых, творческих конкурсов и мероприятий по профильным направлениям (биология, химия, медицина и т.д.);

1.11. выявление школьников старших классов, определившихся с профессией в сфере здравоохранения и более подробное их информирование и будущей профессии;

1.12. разработка программных обеспечений, квестов и компьютерных игр «симуляторов» работы медицинского персонала (врачей и среднего медицинского персонала);

1.13. создание на базе медицинских образовательных учреждений классов по подготовке к поступлению школьников и более детальному рассмотрению актуальных вопросов дальнейшего обучения, путем привлечения практикующих специалистов сферы здравоохранения, профессорско-преподавательского состава и руководителей медицинских организаций;

1.14. привлечение школьников к волонтерской деятельности в рамках здравоохранения с регулярным посещением медицинских организаций;

1.15. проведение мастер-классов с использованием раздаточного материала и методических пособий по оказанию первой помощи;



Рисунок 5-1. Меры по привлечению и закреплению кадров в системе здравоохранения, направленные на работу со школьниками.

1.16. проводить встречи с известными людьми региона и других субъектов Российской Федерации из сферы здравоохранения, практикующими врачами с целью рассказа о профессии, о жизненном пути, о том, как они пришли в профессию и чего они достигли;

1.17. создание на площадке Российского движения школьников профильного направления по медицине с целью повышения интереса к профессии.

2. Блок мер, направленных на совершенствование системы по работе со студентами медицинских образовательных учреждений (рисунок 5-2). Данный блок мер также распространяется на взаимодействие различных структур,

заинтересованных в развитие кадрового обеспечения здравоохранения, между собой:

2.1. разработка нормативно-правовых актов, включающих комплекс мер социальной поддержки для студентов с высокими показателями успеваемости и студентов, обучающихся по «целевому» направлению;

2.2. разработка, принятие и контроль за реализацией подзаконных нормативно-правовых актов, направленных на обеспечение мер социальной поддержки студентов медицинских образовательных организаций;

2.3. межведомственное взаимодействие с целью формирования и поддержки мотиваций студентов к профессиональной деятельности;



Рисунок 5-2. Меры по привлечению и закреплению кадров в системе здравоохранения, направленные на работу со студентами.

2.4. активное информирование студентов о мерах социальной поддержки в медицинских организациях при трудоустройстве и существующих программах по привлечению и закреплению кадров в здравоохранении;

2.5. проведение анкетирования студентов на разных годах обучения о мотивациях к профессиональной деятельности и анализ полученных результатов с целью дальнейшего принятия мер по стимулированию к профессиональной деятельности;

2.6. привлечение к волонтерской деятельности студентов в сфере здравоохранения и регулярным посещением медицинских организаций;

2.7. разработка мер по эффективному отбору абитуриентов при поступлении в медицинские образовательные организации;

2.8. помощь в выборе абитуриентом базовой специальности и факультета путем детального информирования о специфике направления (вторичное профессиональное ориентирование);

2.9. помощь с выбором постдипломного образования (третичное профессиональное ориентирование) путем разработки комплекса мер;

2.10. активное участие студентов в лечебно-диагностических процессах и применении практических навыков с целью повышения заинтересованности студентов в учебном процессе;

2.11. активизация работы студенческих научных обществ по привлечению студентов с высокими показателями успеваемости к исследовательской деятельности;

2.12. создание студенческих кружков и советов по профильным направлениям, а также эффективное взаимодействие администрации медицинских учреждений, деканатов и кафедр со студентами;

2.13. активное вовлечение студентов в деятельность профессиональных медицинских сообществ региона;

2.14. направление студентов с высокими результатами успеваемости на студенческие региональные и федеральные форумы по профилю в сфере здравоохранения с целью расширения кругозора, повышения интереса к будущей профессии, обмена опытом и общения со студентами других регионов;

2.15. организация проведение региональных форумов для студентов медицинских образовательных учреждений;

2.16. помощь в трудоустройстве выпускников и его дальнейших мониторинг (куда и по какой специальности устроился на работу);

2.17. проведение «Ярмарки вакансий» со специальными условиями участия для медицинских организаций с дефицитом кадров;

2.18. разработка комплекса льгот для дальнейшего обучения в ординатуре студентов с высокими результатами успеваемости.

3. Блок мер, направленных на создание условий к привлечению и закреплению готовых специалистов в медицинские организации(рисунок5-3). Большая часть задач в рамках третьего блока относится к деятельности медицинских организаций и органов местного самоуправления. Основными из которых для медицинских организаций являются различные меры материального стимулирования. Большая же часть работы органов местного самоуправления направлена на создание благоприятных условий проживания для специалистов.

Рассмотрим основные задачи, стоящие перед организационными структурами в рамках третьего блока:

3.1. разработка и принятие органами законодательной и исполнительной власти субъекта Российской Федерации нормативно-правовых актов, направленных на социальную поддержку медицинских кадров, работающих в регионах;

3.2. разработка и реализация подзаконных нормативно-правовых актов по созданию отдельного комплекса мер по стимулированию работы в сельской местности, а также на территориях с высокой потребностью в специалистах;

3.3. разработка нормативных правовых актов по совершенствованию действующей системы оплаты труда медицинских кадров;

3.4. создание единого информационного ресурса сферы здравоохранения в регионе, как одной из мер по привлечению кадров (рекомендовано использовать пример, предложенный в рамках настоящего исследования);

3.5. балловая оценка медицинских организаций по работе с кадрами и создание конкуренции с целью их стимулирования по привлечению и закреплению кадров на территориях;

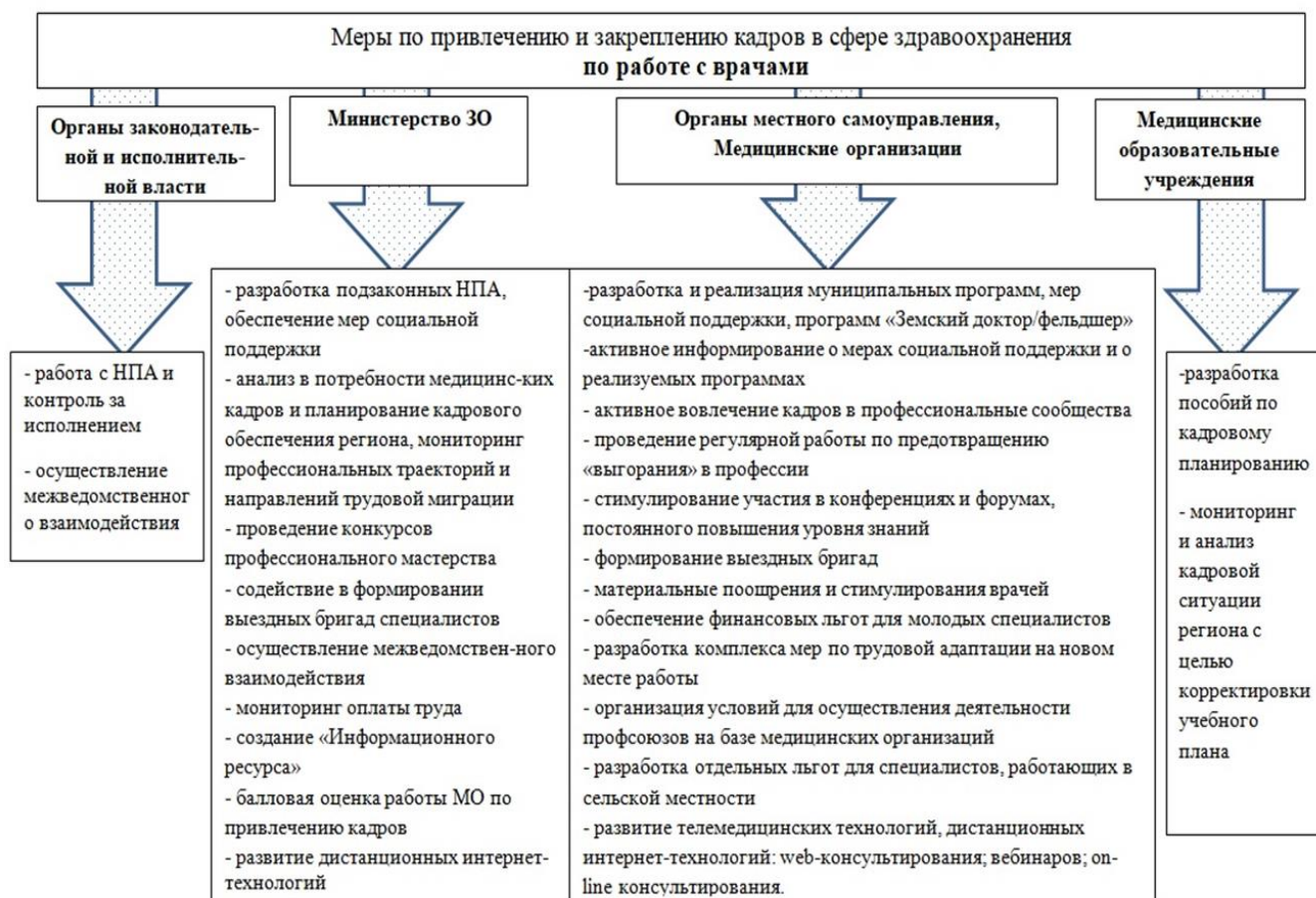


Рисунок 5-3. Меры по привлечению и закреплению кадров в системе здравоохранения, направленные на работу с врачами.

3.6. анализ потребности в кадрах с целью усиления работы по этим направлениям в медицинских образовательных учреждениях и общеобразовательных учреждениях региона и планированием необходимой численности и структуры кадров с учетом мероприятий по улучшению доступности медицинской помощи и маршрутизации пациентов;

3.7. мониторинг оплаты труда кадров и условий работы в сфере здравоохранения в других регионах Российской Федерации и установление взаимосвязи с миграцией специалистов;

3.8. конкурсы профессионального мастерства на уровне региона с последующим выдвижением на федеральный уровень с вознаграждением победителей и расширения возможностей профессионального роста;

3.9. активное привлечение медицинских кадров с профессиональные сообщества региона;

3.10. стимулирования для участия в региональных и федеральных конференциях, профильных форумов с целью повышения профессионального мастерства, расширения кругозора, актуализации знаний и умений, а также поддержания интереса к профессии.

3.11. проведение регулярной работы по предотвращению «выгорания» в профессии;

3.12. формирование специальных выездных бригад со специалистами и оборудованным транспортом для работы на отдаленных, труднодоступных и с высокой потребностью в специалистах территориях (вахтовый метод предполагает работу на отдаленных труднодоступных территориях в разрезе нескольких месяцев с оплатой, превышающей среднюю заработную плату на постоянном месте работы врача специалиста);

3.13. курирование хорошо укомплектованными медицинскими организациями организаций с высокой потребностью в специалистах и отсутствием эффективных механизмов их привлечения;

3.14. принятие и контроль в реализации нормативно-правовых актов по работе органов местного самоуправления в рамках действующего Федерального закона №323 от 21. 11. 2011 г., а именно п. 7, ст. 17 «Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья» в части создания благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников для работы в медицинских организациях.

3.15. разработка и реализация муниципальных программ, которые предусматривают меры социальной поддержки, в особенности для молодых специалистов;

3.16. разработка высшими медицинскими учреждениями здравоохранения методических рекомендаций по планированию потребностей в кадрах (с охватами вопросов по оплате труда специалистов; мерам адаптации молодых специалистов в медицинских организациях; системой тьюторства и наставничества специалистов; материальным стимулированием и другими проблемами);

3.17. материальные поощрения и стимулирования врачей, прибывших на работу в медицинские организации при условиях выполнения показателей работы;

3.18. материальные поощрения за эффективность трудовой деятельности (выполнение показателей, отсутствие грубых дефектов ведения документации, соответствие проводимого лечения клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи, отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов, наличие благодарностей, отсутствие осложнений проводимого лечения и т.д.), за победы в профессиональных конкурсах («Лучший врач года» и т.д.);

3.19. обеспечение финансовых льгот для молодых специалистов (помощь в найме жилья, помощь в приобретении жилья, компенсация расходов на отдых, «подъёмные», единовременные денежные выплаты и т. д.);

3.20. дополнительные меры поддержки при возвращении специалиста с учебы по «целевому направлению»;

3.21. стимулирование к профессиональному росту и развитию путем активного обучения и возможности участия в региональных и федеральных конференциях (с компенсацией затрат на обучение, проезд и проживание);

3.22. поддержание интереса к научно-исследовательской деятельности по профилю специальности;

3.23. содействие повышению качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров;

3.24. разработка комплекса мер по трудовой адаптации на новом месте работы (временное понижение норм нагрузки на специалиста; закрепление куратора за специалистом; помощь в ведении документации и т.д.);

3.25. организация условий для осуществления деятельности профсоюзов на базе медицинских организаций;

3.26. реализация мер социальной поддержки за счет бюджетных ассигнований бюджета регионов, в том числе обеспечение жильем, единовременными выплатами при заключении трудового договора, безвозмездным предоставлением земельных участков для строительства жилья,

компенсацией расходов на оплату жилья, внеочередным предоставлением места в дошкольных образовательных организациях детям специалистов;

3.27. продолжение реализации программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер»;

3.28. разработка отдельных льгот для специалистов, работающих в сельской местности (компенсация затрат по оплате санаторно-курортного лечения; оплате детского отдыха и оздоровительной компании; переход служебного жилья в собственность после отработки определенного времени согласно договору и т.д.);

3.29. рассмотрение и, при принятии, внесение правок в нормативно-правовые акты по возможности замены воинской службы в армии работой специалистов на отдаленных труднодоступных территориях, в том числе сельской местности;

3.30. развитие телемедицинских технологий, интернет-технологий: вебинаров, онлайн консультирования и др.

Резюмируя, можно сказать, что нормативно-правовые акты, разработанные на уровне субъектов Российской Федерации и муниципалитетов, играют ключевую роль в создании дорожной карты по привлечению и закреплению кадров в здравоохранении. Проанализированные примеры (Архангельская, Мурманская области, Республика Коми) свидетельствуют о важности регулярного обновления и адаптации программ к меняющимся условиям, будь то увеличение объёма выплат, уточнение возрастных критериев, расширение категорий должностей (врачи, фельдшеры скорой помощи, акушерки и т. д.). Не менее значимы «мягкие» компоненты – меры по повышению престижа профессии среди школьников и студентов, упрощение целевого набора, развитие наставничества, обеспечение комфорта для семейных специалистов. Все эти меры могут оказаться малоэффективны по отдельности, но при комплексном подходе, с учётом взаимодействия различных организационных структур (рисунок 5-4), они дают синергетический эффект и позволяют преодолевать кадровый дефицит даже в

арктических и приарктических районах, где исторически сложились неблагоприятные условия для ведения медицинской практики.

Именно сочетание чёткого нормативного обоснования, реальной финансовой поддержкой (конкурентными выплатами), «человекоцентричного» подхода (решение бытовых и социальных вопросов), а также грамотного планирования (учёт потребностей в специалистах, создание базы для развития телемедицинских технологий) формирует фундамент для устойчивого улучшения кадровой обеспеченности. В итоге эти меры напрямую сказываются на показателях общественного здоровья, поскольку доступность медицины в северных территориях оказывает влияние на заболеваемость населения, своевременность диагностики и качества жизни местных жителей.



Рисунок 5-4. Комплексный подход организационных структур к формированию эффективной кадровой политики в регионе

На рисунке 5-5 схематично представлен вклад программы «Земский доктор» в улучшение обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций.

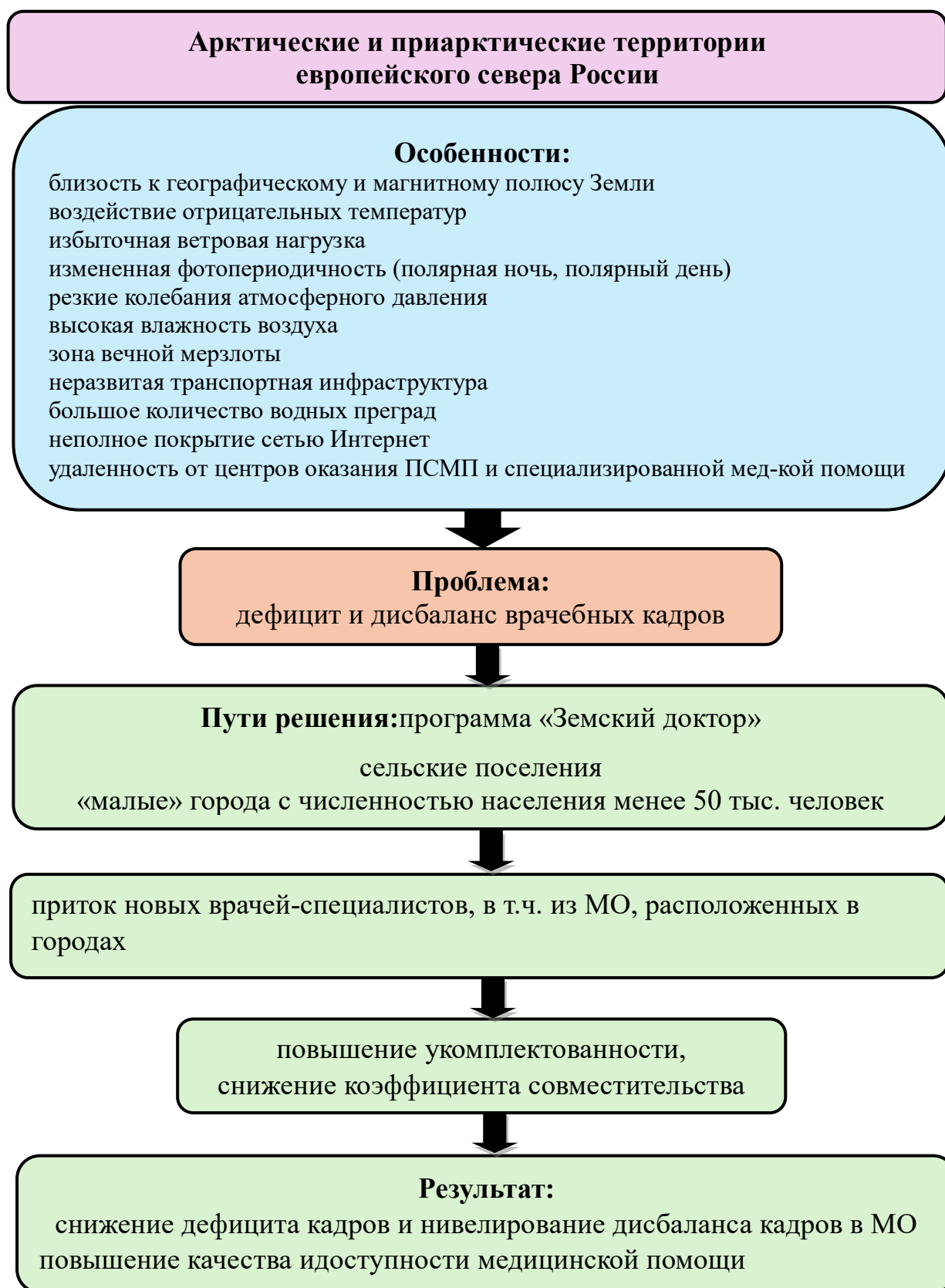


Рисунок 5-5. Роль программы «Земский доктор» в улучшении обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций, расположенных на арктических и приарктических территориях европейского севера России

Предложенный комплекс мер по привлечению и закреплению кадров в здравоохранении, ориентированный на школы, вузы и уже готовых специалистов, полностью согласуется с выявленными нормами региональных правовых актов и социальными программами. Его реализация, как показывает анализ, нужна именно в формате межуровневого взаимодействия, когда федеральная политика (программы вроде «Земского доктора», «Арктического доктора») дополняется региональными и муниципальными инициативами (корректировка выплат, обеспечение жильём, подготовка и поддержка целевиков, укрепление материально-технической базы больниц, стимулирование управленческих решений по предотвращению оттока). Всё это создаёт предпосылки для более эффективного функционирования системы здравоохранения на арктических и приарктических территориях европейского севера России.

Результаты исследований, представленных в данной подглаве, опубликованы в статье: Флеглер, Н.А. Роль органов местного самоуправления в решении проблем обеспечения медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения / Н. А. Флеглер, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, А. Ш. Сененко, Л. В. Руголь // Менеджер здравоохранения. - 2021. - №1. – С . 54 - 63. - DOI: 10.21045/1811-0185-2021-1-54-63 [186].

5.2 Проект «Информационный ресурс сферы здравоохранения» (на примере Архангельской области) как одна из мер по привлечению кадров

Во многих субъектах Российской Федерации уже существуют сайты и порталы для поиска работы: федеральные (например, порталы «Работа в России», hh.ru, SuperJob и т. д.) либо региональные. Однако на них, как правило, указывается лишь базовая информация о вакансиях (уровень заработной платы, требования к опыту), а более детальные сведения о жилищных условиях, мер социальной поддержки или уникальных преимуществах конкретного района фактически отсутствуют. Для северных территорий, где человек зачастую сталкивается с особыми климатическими условиями и ограниченной инфраструктурой, такая стандартная форма объявления может оказаться недостаточной. Соискателям важно понимать, что в конкретном населённом

пункте есть (или нет) возможность размещения детей в детский сад, какого качества интернет и мобильная связь, какие предоставляются доплаты или компенсации за аренду жилья. Работодатели же нуждаются в эффективном механизме, чтобы рекламировать эти возможности и тем самым повысить привлекательность своих вакансий.

Опыт ряда регионов, в том числе Архангельской области, продемонстрировал, что при использовании классических интернет-порталов соискатели зачастую не видят отличий между разными местными больницами или районными амбулаториями: уровень зарплаты кажется сопоставимым, но дополнительных стимулов (например, льготы на ипотеку, компенсация коммунальных платежей, достойное служебное жильё) не видно. В результате поиск нужных специалистов затягивается, а больницы с благоприятными условиями остаются «в тени».

В предыдущем разделе было показано, что полноценное решение проблемы кадрового дефицита в здравоохранении арктических и приарктических регионов не сводится только к финансовым или нормативно-правовым мерам. Крайне важен доступ к целостной и прозрачной информации, которая позволяла бы соискателям на врачебные и фельдшерские должности, а также студентам и органам местного самоуправления, видеть реальные возможности трудоустройства, социальные льготы, инфраструктуру конкретных населённых пунктов и актуальные вакансии. В этой связи был разработан специальный цифровой инструмент – «Информационный ресурс сферы здравоохранения» (далее – «информационный ресурс»). Ниже рассматриваются концепция этого ресурса, его потенциальные преимущества с точки зрения привлечения кадров в систему здравоохранения, а также риски и факторы, влияющие на успешность его внедрения.

Концепция «Информационного ресурса сферы здравоохранения»

Информационный ресурс интегрирует актуальную, достоверную информацию о сфере здравоохранения в Архангельской области. Пользователям, в том числе соискателям вакансий, на «информационном ресурсе» доступна

достоверная информация не только о вакансиях и условиях труда в медицинских учреждениях региона, но и социальной инфраструктуре населенных пунктов, где расположены места работы, описание уникальности места жительства, возможностей для жизни и организации содержательного досуга. На данный момент аналогов данного ресурса в Архангельской области не зафиксировано.

Информационный ресурс помогает работодателям привлечь профильные кадры, обладающие необходимыми компетенциями. Благодаря простому и комфортному интерфейсу, актуальной наполненности информацией «Информационный ресурс» удобен в использовании для потенциальных специалистов, желающих трудоустроиться в сфере здравоохранения, а также работодателей, органов местного самоуправления, органов исполнительной и законодательной власти всех уровней. Консолидация информации от всех источников, заинтересованных в развитии кадрового обеспечения здравоохранения, построена на исключительно электронном межведомственном взаимодействии участников.

Важной особенностью становится не просто перечисление «заработная плата и квалификационные требования», а комплексное описание социального окружения. Ресурс наполнен видео- и фотоматериалами, характеризующими возможное место работы, с описанием инфраструктуры и социальных мер поддержки от муниципалитетов. Соискатель, знакомясь с вакансиями, фактически видит «портрет» места, в котором ему предстоит жить и работать, может сопоставить несколько вариантов, а не действовать наобум. Такой подход позволяет использовать «преимущество уникальности» небольших населённых пунктов: живописная природа, свободные земельные участки под строительство, дополнительные льготы со стороны местной администрации. Всё это в итоге повышает шансы, что молодой специалист выберет именно эту локацию.

Технологическая реализация «Информационного ресурса сферы здравоохранения»

Ресурс имеет возможность авторизации через личный кабинет единого портал государственных услуг (ЕПГУ) или путем регистрации на портале ресурса,

используя мобильный телефон. На ресурсе есть возможность заполнить резюме и соотнести его по возможным квалификациям или вакансиям, которые предложены работодателями.

Информационный ресурс представляет собой интерактивную карту Архангельской области (рисунок 5-6), включающую информацию о муниципальных образованиях Архангельской области, содержащих информацию о:

- социальной инфраструктуре населенных пунктов (наличие и визуализация объектов социально-культурного назначения, жилищно-коммунального хозяйства, организаций системы здравоохранения, образования, дошкольного воспитания, общественного питания, сферы услуг, спортивно-оздоровительных учреждений, транспортной доступности, наличие мобильной связи и Интернета);

- региональных и муниципальных мерах поддержки специалистов сферы здравоохранения;

- вакансиях в медицинских учреждениях; - резюме соискателей;

- возможность целевого обучения;

- события культурной и общественной жизни муниципальных образований Архангельской области, туристические объекты, направления развития муниципального образования.

Наличие обратной связи с пользователями информационного ресурса предусмотрено. На сайте возможно подписаться на рассылку актуальных вакансий и резюме. Информационный ресурс имеет возможность проведения видео собеседования с планированием мероприятия и с предложением разного времени для встречи.

Структура информационного ресурса: ресурс состоит из трех слоев, в которые погружаешься постепенно.

1. Главная страница (1 слой): представляет собой сведения об информационном ресурсе, содержит краткую информацию о регионе, визуально выглядит в виде интерактивной карты Архангельской области с делением на

муниципальные образования. На карте присутствуют кнопки сведений об информационном ресурсе с краткой информацией.

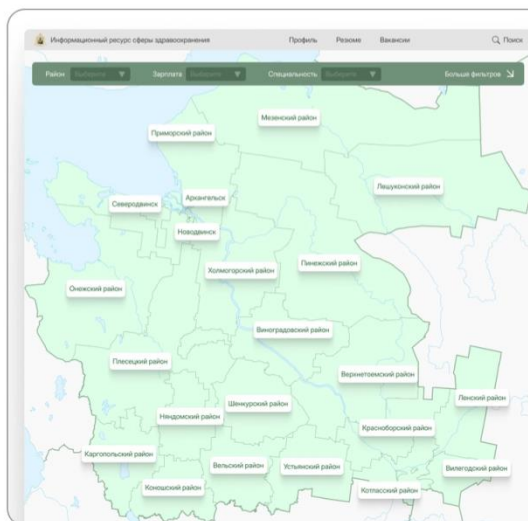
При наведении курсора на муниципальное образование появляется всплывающая краткая информация о вакансиях в сфере здравоохранения («ВАКАНСИИ: здравоохранение»), мерах поддержки (общих и с разделением), возможности целевого обучения. При выборе муниципального образования происходит переход на страницу (карту) выбранного муниципального образования. Кроме того, возможен переход по появившимся всплывающим кнопкам с краткой информацией. При нажатии кнопки отрасли здравоохранения отражается информация по выбранному направлению по всем районам о вакансиях, мерах поддержки, возможности целевого обучения. Наличие кнопки «Поиск» предусмотрено. Также предусмотрено наличие вкладки «Работодателю», которая включает резюме соискателей.

На информационном ресурсе формируется личный кабинет при регистрации, на котором предоставляется информация о пользователе (для гражданина – ФИО, дата рождения, семейное положение, образование, дополнительные сведения; для организации работодателя – наименование, адрес места расположения, отрасль деятельности, краткое описание). При выставлении вакансии или поиске работы формируется дополнительный блок информации (требуемое образование, опыт работы, планируемые должность и уровень заработной платы).

2. Вкладка «Муниципальное образование» (2 слой) содержит: общие сведения о муниципальном образовании (административный центр, географическое положение, краткая характеристика муниципального образования и социальной сферы (подробно сферы здравоохранения), достопримечательности, основные события, направления развития, фото и видео информация).

Информационный ресурс сферы здравоохранения

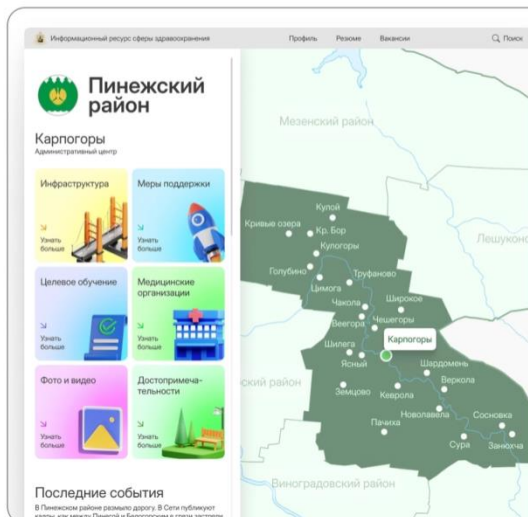
Концепция и структура



Слой 1. Главная страница

Карта Архангельской области с муниципалитетами

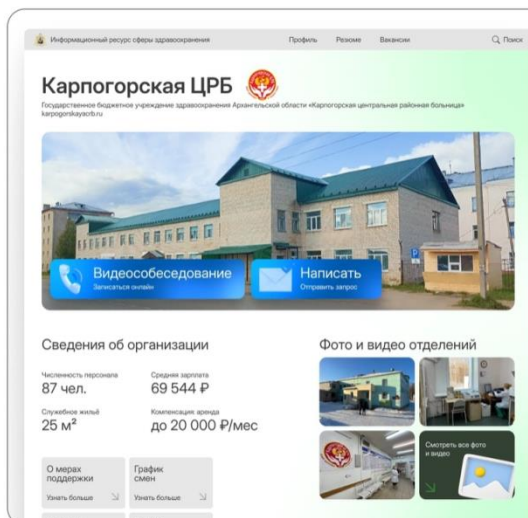
- Интерактивная карта с данными о вакансиях, мерах поддержки и целевом обучении
- Поиск вакансий по направлениям, зарплате и районам
- Личный кабинет: авторизация через ЕПГУ или по номеру телефона
- Профили граждан и работодателей с резюме и объявлениями
- Автоматическое сопоставление резюме с подходящими вакансиями



Слой 2. Муниципальное образование

Комплексная характеристика территории проживания

- Основная информация: административный центр, география, соцсфера
- Инфраструктура: медорганизации, школы, ЖКХ, транспорт, связь и интернет
- Меры поддержки медиков на региональном и муниципальном уровне
- Варианты целевого обучения по специальностям
- Фото- и видеоконтент, достопримечательности и ключевые события



Слой 3. Медицинская организация

Детализированная информация о месте работы

- Краткая информация о конкретной медицинской организации
- Ссылки на официальные ресурсы и социальные сети
- Фото и видеоматериалы рабочих мест организации
- Контактные данные и форма обратной связи
- Планирование и проведение видеосовещаний онлайн

Рисунок 5-6. Карта Архангельской области как макет «Информационного ресурса»

Также во вкладку «Муниципальное образование» (2 слой) входит информация о социальной инфраструктуре (наличие и визуализация объектов социально-культурного назначения, жилищно-коммунального хозяйства, организаций системы здравоохранения, образования, дошкольного воспитания, общественного питания, сферы услуг, спортивно-оздоровительных учреждений, транспортной доступности, наличие мобильной связи и Интернета); информация о мерах поддержки работников медицинских организаций; возможность целевого обучения (по каким специальностям, в каких организациях); вакансии в сфере здравоохранения.

3. Вкладка «Медицинские организации» (3 слой) переносит пользователя в выбранную медицинскую организацию и включает в себя следующую информацию: краткая информация о медицинских организациях; ссылки на официальный сайт организации, социальные сети; фото и видео информацию о медицинской организации; форму обратной связи; контактные данные организации.

Возможности и риски реализации проекта

С научной и практической точек зрения, у подобной платформы есть целый ряд позитивных эффектов:

- Упрощение процесса привлечения специалистов из других регионов Российской Федерации. Даже если человек живёт в южных областях и никогда не был на Севере, он может полноценно изучить вакансии, визуально представить условия проживания, узнать о подъёмных и бонусах.
- Сокращение дефицита информации для самих соискателей и студентов, мечтающих о трудоустройстве в рамках «Земского доктора» или аналогичных программ.
- Повышение «прозрачности» и точности набора кадров: работодатели чётко указывают, кого они ждут, а медицинские специалисты видят список должностей с учётом их квалификаций.
- Косвенная оптимизация конкуренции между муниципальными образованияами, подталкивающая их к развитию материальной и социальной

инфраструктуры, что критически важно для снижения уровня заболеваемости и обеспечения населения медицинской помощью.

- Интеграция с другими мероприятиями по привлечению кадров (льготные кредиты, служебное жильё, целевое обучение) и создание единого «инфоцентра», устраняющего необходимость собирать сведения из множества разнотипных источников.

Для общественного здоровья такие преимущества означают более быстрое закрытие вакантных должностей, регулярное обновление штатного состава (особенно при уходе специалистов на пенсию), а также улучшение качества профилактических программ в удалённых районах. Если врачи и фельдшеры приезжают туда, зная об адекватном уровне комфорта, они могут эффективнее оказывать медпомощь. Информационный ресурс может выступить не только как HR-инструмент, но и средство влияния на ключевые индикаторы здоровья населения.

При создании «Информационного ресурса сферы здравоохранения» существуют две основные группы рисков (рисунок 5-7):

Риски (1) стратегические и (2) операционные. Источниками рисков могут стать министерство финансов, органы исполнительной власти, органы местного самоуправления муниципальных образований, медицинские учреждения, а также соискатели (пользователи).

Решить эти проблемы можно путём чёткой регламентации обязанностей всех участников (министерств, муниципалитетов, руководителей медицинских организаций), обеспечения межведомственного взаимодействия и регулярного мониторинга достоверности данных. Немаловажна и обратная связь от пользователей: система должна позволять сообщать о выявленных неточностях или устаревших вакансиях, давать возможность оценивать описанные условия.

Создание «Информационного ресурса сферы здравоохранения» может выступать органичным элементом общего комплекса мер, озвученных в предыдущих разделах: от нормативно-правовых актов, регламентирующих

программу «Земский доктор», до дополнительных региональных выплат и целевого обучения студентов.

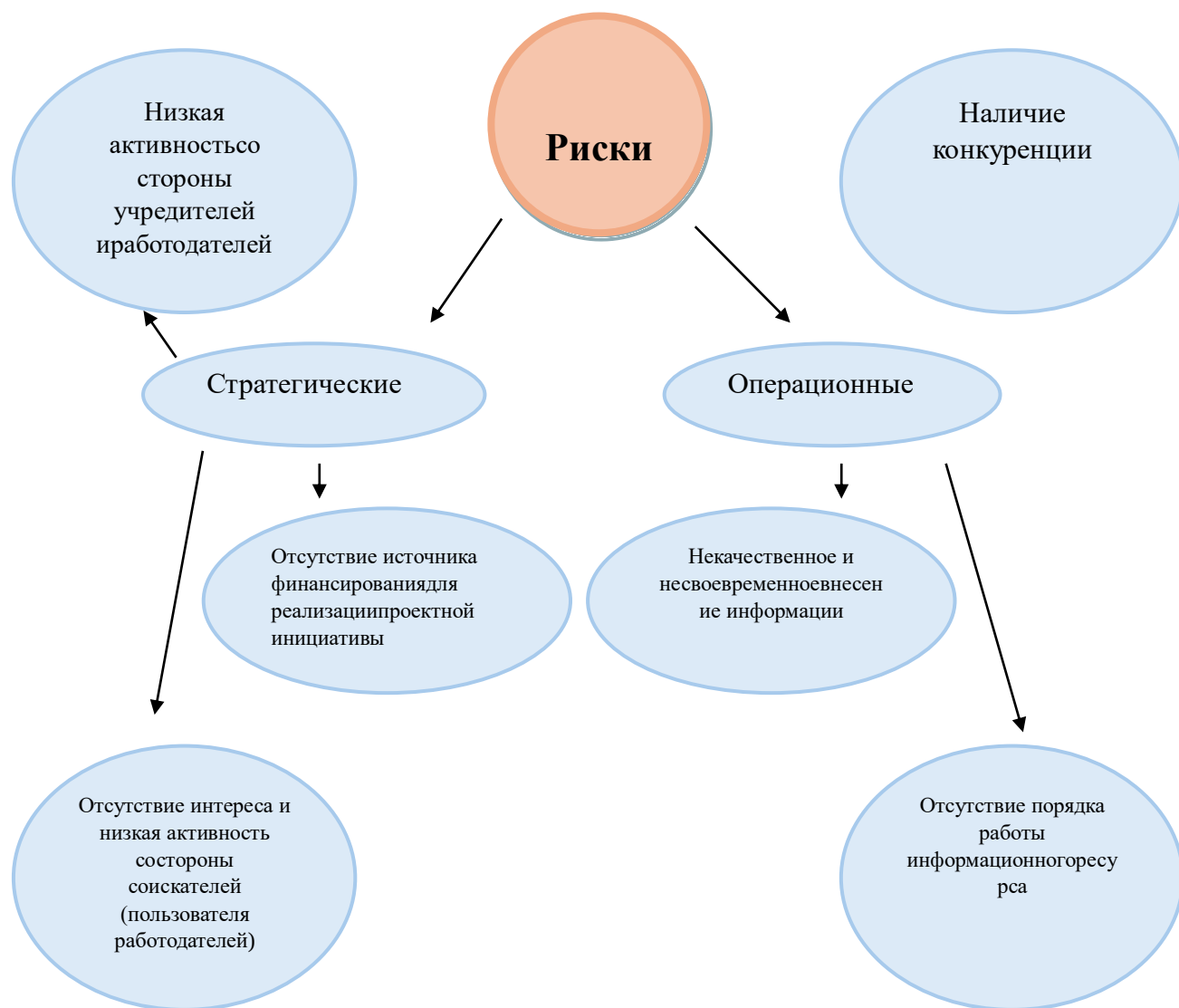


Рисунок 5-7. Риски реализации проекта «Информационный ресурс»

По сути, такой портал связывает все типы поддержек (муниципальные, региональные, федеральные) в единую цифровую среду. Для специалистов, размышляющих о переезде на север, это повышает прозрачность и облегчает принятие решения. Для местных органов власти и медицинских организаций ресурс создаёт мотив обновлять данные, вкладываться в жилищные проекты, развивать инфраструктуру, чтобы выиграть конкуренцию за специалиста.

В конечном счёте, если внедрить подобную систему в сочетании с прочими шагами (финансовая мотивация, улучшение нормативной базы, межведомственное взаимодействие), можно достичь более равномерной

укомплектованности штатов, укрепить первичное звено и тем самым улучшить здоровье населения отдалённых территорий. Усиление кадрового потенциала ведёт к повышению доступности медицинской помощи, снижается напряжённость среди местных жителей, возрастает оперативность выявления и лечения острых заболеваний. Кроме того, серьёзное внимание к условиям быта и профессиональной самореализации врачей способствует росту престижа медицинской профессии, закрепляет специалистов в регионе дольше, чем это было ранее. Тем самым ресурс позволяет сделать шаг к тому, чтобы сместить вектор от краткосрочного набора кадров к долгосрочному удержанию и развитию системы здравоохранения, особенно на удалённых территориях.

Резюме.

Проведённый сравнительный анализ муниципалитетов, региональных ведомств и образовательных учреждений свидетельствует, что без чёткого межведомственного взаимодействия, распределения полномочий и долгосрочного планирования ни одна программа не даёт желаемого результата. Требуется учёт специфики каждого звена. Во-первых, работа со школьниками, которая должна формировать положительный образ медицины и открывать преференции для способных абитуриентов (профильные классы, волонтёрские проекты, целевая подготовка). Во-вторых, поддержка студентов медицинских вузов с помощью дополнительного финансирования, целевого набора и информирования о возможностях трудоустройства в северных районах (ведь часть выпускников просто не знают о мерах, действующих в конкретном районе или сельской больнице). В-третьих, полноценное сопровождение уже практикующих врачей — от предоставления жилья и социальных льгот до внедрения IT-решений (например, «Информационный ресурс сферы здравоохранения»), помогающих соискателям находить подходящие вакансии и сравнивать условия.

С практической точки зрения, данный подход универсален, но его результативность в наибольшей мере проявляется в условиях, схожих с арктическими регионами: при удалённости, низкой плотности населения и акценте на сельскую медицину. Там, где транспортная доступность и климат не

столь сложны, часть мер (особенно финансовых) может быть применена в урезанной форме. Однако ценность предлагаемого комплекса мероприятий в том, что он сочетает единоразовые стимулы с улучшением социальной среды и постоянным обучением, формируя гарантии для молодого специалиста. Такой комплексный подход позволяет избежать фрагментарности, когда муниципалитеты не знают о потребностях выпускников, а вузы не знакомы с возможностями конкретных больниц.

Результаты исследований, представленных в данной главе, опубликованы в статье: Роль органов местного самоуправления в решении проблем обеспеченности медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения / И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, Н. А. Флеглер [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 54–63 [187].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кадровое обеспечение здравоохранения в арктических и приарктических регионах европейского Севера России играет определяющую роль для развития системы медицинской помощи, поскольку именно здесь удалённость, суровые климатические условия, недостаточность инфраструктуры и низкая плотность населения наиболее остро выявляют последствия дефицита специалистов. Результаты проведённого исследования показывают, что в большинстве муниципалитетов этих территорий наблюдается устойчивая тенденция к сокращению числа медицинских организаций (по данным 2015–2023 гг.), увеличению обеспеченности врачами и значительному уменьшению состава среднего медперсонала. Так, в Архангельской области обеспеченность врачами на 10 тыс. населения за указанный период выросла на 9,5%, в Мурманской области — на 4,1%, в Республике Коми — на 2,7%, в Республике Коми — на 10,8%. За тот же период обеспеченность средним медперсоналом в указанных территориях сократилась на 9,7%, 10,9%, 5,4%, 13,5%, соответственно. Средний показатель по Российской Федерации показал рост обеспеченности врачами на 1,08% и падение обеспеченности средним медперсоналом на 14,3% за то же время. Параллельно коэффициент совместительства сократился на 7–11%, но до сих превышает порог 1,25, что свидетельствует о «скрытом» дефиците и возрастании нагрузки на оставшихся специалистов.

Обобщение статистических данных, а также глубокий анализ нормативно-правовой базы и мер социальной поддержки показывают, что существующие программы (включая «Земский доктор», «Земский фельдшер», «Арктический доктор», дополнительные подъёмные и т. д.) не всегда учитывают комплекс факторов, критически важных для долгосрочного удержания специалистов. Они часто ориентированы лишь на единоразовые выплаты или частичное субсидирование жилья, тогда как молодые врачи и медсёстры при выборе места работы смотрят на более широкий спектр условий: наличие благоустроенного жилья, доступность интернета, возможность для профессионального роста,

целостную социальную инфраструктуру (детские сады, школы, учреждения культуры и спорта). Нехватка одного или двух таких компонентов способна перечеркнуть привлекательность даже относительно высоких единовременных выплат.

Проведённое в рамках исследования социологическое анкетирование среди студентов-медиков и врачей — участников «Земского доктора» выявило, что материальная составляющая действительно является важнейшим стимулом на первоначальном этапе, однако, по результатам анализов, лишь чуть более половины специалистов готовы оставаться в той же организации после завершения программы. Причиной этому служат более молодой возраст участников, нарушения трудового договора, неудовлетворённость бытовыми условиями, слабая социальная среда (отсутствие качественных дорог, дефицит магазинов, досуговых и культурных центров, проблемы с детскими садами) и отсутствие перспектив профессионального роста.

Проведённый сравнительный анализ муниципалитетов, региональных ведомств и образовательных учреждений свидетельствует, что без чёткого межведомственного взаимодействия, распределения полномочий и долгосрочного планирования ни одна программа не даёт желаемого результата. Требуется учёт специфики каждого звена. Во-первых, работа со школьниками, которая должна формировать положительный образ медицины и открывать преференции для способных абитуриентов (профильные классы, волонтёрские проекты, целевая подготовка). Во-вторых, поддержка студентов медицинских вузов с помощью дополнительного финансирования, целевого набора и информирования о возможностях трудоустройства в северных районах (ведь часть выпускников просто не знают о мерах, действующих в конкретном районе или сельской больнице). В-третьих, полноценное сопровождение уже практикующих врачей — от предоставления жилья и социальных льгот до внедрения IT-решений (например, «Информационный ресурс сферы здравоохранения»), помогающих соискателям находить подходящие вакансии и сравнивать условия.

С практической точки зрения, данный подход универсален, но его результативность в наибольшей мере проявляется в условиях, схожих с арктическими регионами: при удалённости, низкой плотности населения и акценте на сельскую медицину. Там, где транспортная доступность и климат не столь сложны, часть мер (особенно финансовых) может быть применена в урезанной форме. Однако ценность предлагаемого комплекса мероприятий в том, что он сочетает единоразовые стимулы с улучшением социальной среды и постоянным обучением, формируя гарантии для молодого специалиста. Такой комплексный подход позволяет избежать фрагментарности, когда муниципалитеты не знают о потребностях выпускников, а вузы не знакомы с возможностями конкретных больниц.

С точки зрения научного вклада, разработанная стратегия, включающая трёхуровневую модель (профориентация школьников, поддержка студентов, стимулирование и удержание уже практикующих врачей), даёт более системный охват кадрового цикла в медицине. Опора на детальные социологические данные обосновывает структурные и регуляторные решения не в отвлечённой форме, а в привязке к реальным барьерам и ожиданиям профессионалов. Результаты показывают: ключ к успешному преодолению дефицита кадров — разумная совокупность материальных факторов и «инфраструктурного комфорта», в том числе доступа к современным средствам связи и культурно-социальной инфраструктуре.

Тем самым сформулированные в исследовании предложения можно рассматривать в качестве импульса для дополнительных пилотных проектов. Необходимо организовать последующий мониторинг их реализации, оценивать динамику показателей укомплектованности врачами и средним медперсоналом, а также проводить новые опросы специалистов через несколько лет после внедрения комплекса мер. Такой подход позволит верифицировать, где именно пакет мер сработал максимально эффективно (какие дополнительные льготы стоит расширять), а какие механизмы требуют дальнейшей корректировки.

Таким образом, разработанный в работе комплекс мер для арктических и приарктических территорий европейского Севера России соединяет вопросы финансового стимулирования, социально-бытовой инфраструктуры, непрерывного профессионального роста, профориентации и создания цифровых механизмов информирования. Наличие подобных многосторонних мер особенно важно для тех регионов, где важны не точечные улучшения, а системное укрепление кадрового потенциала, отражающееся на показателях общественного здоровья и общем качестве жизни населения.

В Российской Федерации дефицит кадров вызван в первую очередь недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов, что обусловлено, прежде всего, низким уровнем привлекательности работы в сфере здравоохранения. Данная проблема стоит наиболее остро на арктических и приарктических территориях европейского севера России в связи с суровыми факторами, недостаточным развитием транспортно-логистической инфраструктуры, низкой плотностью населения, выраженным дефицитом медицинских кадров в сельской местности. Проведённый анализ результатов опросов и мер социальной поддержки и государственных программ (от «Земского доктора» до региональных инициатив вроде «Арктического доктора», единовременных выплат, субсидий на жильё, компенсации аренды и т. п.) подтвердил, что эффективность подобных мер зависит не только от величины финансовых стимулов, но и от наличия комплексной среды, учитывающей потребности молодых специалистов и их семей. Студентам и врачам требуются не только подъёмные, но и доступность школ, детсадов, объектов культуры, возможность профессионального роста (квалификация, практический опыт), а также прозрачные условия трудоустройства по окончании обучения.

Реальные кадровые потери прослеживаются по всему «пути» формирования профессионала: часть школьников с хорошими способностями не рассматривают медицину как перспективную профессию; некоторые студенты после поступления в медицинские вузы не видят чётких карьерных перспектив или возможности вернуться в северные регионы на привлекательных условиях; выпускники,

отважившиеся переехать в удалённые районы Севера, сталкиваются с недостаточными материальными и организационными гарантиями и часто уезжают после истечения обязательного срока работы. В результате существенная часть молодёжи делает выбор в пользу крупных городов и более стабильных условий труда.

Чтобы дать научно обоснованный ответ на эти вызовы, нами была проведена исследовательская работа. Во-первых, мы изучили количественные показатели и динамику медицинских организаций, а также врачебного и среднего медицинского персонала в четырёх регионах европейского Севера России: Архангельской области, Мурманской области, НАО и Республике Коми. Количество медицинских организаций и медработников на территории Архангельской области, Мурманской области и Республики Коми с 2017 по 2021 годы уменьшилось. Соотношение врач/средний медицинский работник также снизилось, причем в городах это соотношение остаётся ниже, чем в сельской местности. Во-вторых, сопоставили формальные программы привлечения и закрепления, отражённые в нормативно-правовых актах, с практикой их реализации, обнаружив, что значительная часть мер распространена преимущественно в «более благополучных» городских территориях и не решает корневые проблемы глубинки. В-третьих, мы провели социологические исследования: анкетировали студентов-медиков и врачей, участвующих в программе «Земский доктор». Такой подход позволил выявить «точки несоответствия» между ожиданиями будущих специалистов и тем, что реально предлагают регионы.

Полученные результаты указывают на несколько общих закономерностей. Материальные факторы (денежные выплаты, жильё) действительно являются ведущими при принятии решения о трудоустройстве, однако на длительную перспективу они не гарантируют закрепления специалиста. Критически важными оказываются соблюдение условий договора, а также бытовые и социальные условия, наличие или отсутствие элементарных инфраструктурных благ и услуг: дорог, интернета, детских садов, культурных центров. У врачей, особенно

начинающих, высока ценность профессионального становления: возможность «набить руку» на широкой практике, осваивать современное оборудование, участвовать в телемедицинских консультациях и конференциях. Если этого не происходит, даже щедрые подъёмные не удерживают специалистов в сельской местности. В-четвертых, региональные программы, как правило, недооценивают роль информирования: будущие выпускники узнают о мерах поддержки лишь в общих чертах, что снижает их доверие и интерес к переезду в село.

Для решения подобных проблем необходим комплекс мероприятий, базирующийся на трёх векторах: работе со школьниками (профориентация, профильные классы, волонтёрские проекты), усилении поддержки студентов (целевой набор с чёткими гарантиями и дополнительными стипендиями, практика в сельских больницах, информационная прозрачность) и интегрированном подходе к уже готовым специалистам (жильё, льготы, наставничество, «Информационный ресурс сферы здравоохранения», где представлены все вакансии и меры поддержки для каждой территории). Практика свидетельствует, что лишь при условии включения всех звеньев власти (от муниципального до регионального и федерального), а также образовательных организаций и самих медицинских учреждений, можно наметить долгосрочные позитивные изменения.

ВЫВОДЫ

1. Анализ кадрового обеспечения здравоохранения арктических и приарктических территорий европейского севера России за период с 2015 по 2023 гг. свидетельствует о преимущественно отрицательной динамике численности медицинских кадров в Архангельской области, Мурманской области, Республике Коми и Ненецком автономном округе. В Республике Коми, Мурманской и Архангельской областях наблюдается существенное сокращение численности врачей на 12,8%, 9,9% и 6,6% соответственно, что значительно превышает среднероссийский показатель (+1,0%) и показатель по Северо-Западному федеральному округу (+6,0%), тогда как в Ненецком автономном округе наблюдался рост на 4,6%. В этот же период численность среднего медицинского персонала продемонстрировала еще более критическое снижение, что ещё больше усугубляет дисбаланс «врач/средний медицинский персонал». Указанные тенденции отражают общую проблему оттока кадров из северных регионов и снижают эффективность оказания медицинской помощи, особенно на отдалённых территориях.

2. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения увеличился в Архангельской области (+9,5%), НАО (+10,8%), Республике Коми (+2,7%) и Мурманской области (+4,1%), что связано с сокращением численности населения, в то время как в целом по Российской Федерации и СЗФО наблюдалось увеличение на 1,1% и 5,9% соответственно. Обеспеченность средним медперсоналом уменьшилась на 9,7% в Архангельской области, 10,8% в Мурманской области, 13,5% в Ненецком автономном округе и 5,4% в Республике Коми, совпадая по направленности с общероссийским трендом (–14,3%), что отражает продолжение оттока кадров и усиление дисбаланса в первичном звене здравоохранения северных регионов.

3. Показатель укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами в Российской Федерации с 2015 по 2023 гг. повысился на 6,5%. Те же тенденции зафиксированы в Архангельской области (на 9,4%),

Республике Коми (на 5,9%), Мурманской области (13,6%) и Ненецком автономном округе (5,3%). В то же время показатель укомплектованности должностей среднего медицинского персонала показал меньший рост (1,5–2,6%) в тех же субъектах. Коэффициент совместительства врачей, превышающий уровень 1,25, свидетельствует о повышенной нагрузке на специалистов, сдерживая видимый дефицит, но фактически ухудшая доступность и качество медицинской помощи.

4. Анализ мотивации студентов старших курсов медицинского вуза показывает, что определяющими стимулами по потенциальному участию в программе «Земский доктор» являются денежные выплаты и гарантированное жильё, а также возможность приобрести широкий опыт и практические навыки по специальности. При этом роль материальных факторов не отменяет высокой значимости развитой социальной инфраструктуры (наличие детских образовательных учреждений, транспортной сети, культурных центров) и повсеместного доступа к интернету: около 93% опрошенных студентов указывали на необходимость цифровой доступности в современных условиях. Аналогичные факторы являются существенными и для закрепления специалистов в малых городах и сельской местности. Социальный портрет участника программы «Земский доктор» характеризуется следующими признаками: чаще всего это женщины в возрасте до 40 лет, выпускницы лечебных факультетов, причём 45% из них обучались по целевому договору, а 41% имеют стаж работы до 5 лет. Наиболее востребованными специальностями являются терапия, стоматология, педиатрия, психиатрия, анестезиология-реанимация, акушерство и гинекология.

5. Сопоставление мотивов студентов и действующих участников «Земского доктора» свидетельствует о почти полном совпадении ключевых стимулов: более половины респондентов (55,7% среди студентов и 76,5% среди практикующих врачей) называют единовременную выплату в 1 млн рублей решающей для вступления в программу. Вместе с тем 37,7% и 35,7% респондентов соответственно указывают на потребность в профессиональном опыте и практических умениях, что подчёркивает комплексный характер принятия решения. Большинство врачей (93%) в целом удовлетворены своим участием в

программе, особенно финансовыми аспектами и возможностью расширения профессиональных компетенций. Однако лишь 52% собираются продолжать работу в том же учреждении после окончания программы. На этапе сомнений ключевую роль играют невыполнение обязательств работодателем (ОШ=7,88; $p=0,023$), неудовлетворённость социальными (ОШ=3,95; $p=0,003$) и бытовыми условиями (ОШ=2,67; $p=0,047$), а также проблемы со здоровьем (ОШ=2,07, $p=0,034$). В случае полной неготовности продолжать работу решающими факторами становятся именно нарушения условий контракта (ОШ=24,5; $p=0,028$), отсутствие возможностей профессионального роста (ОШ=16,4; $p=0,010$) и плохие бытовые условия (ОШ=6,69; $p=0,016$).

6. Разработанный научно обоснованный комплекс мероприятий включал рационализацию межведомственного и межсекторального взаимодействия между органами исполнительной и законодательной власти, медицинскими и образовательными организациями, муниципалитетами; адресные программы для школьников (ранняя профориентация); дополнительные меры мотивации студентам расширенную поддержку молодых врачей. Реализация пилотного проекта «Информационный ресурс сферы здравоохранения Архангельской области» позволила повысить информированность студентов и врачей – потенциальных участников программы климатогеографических, социально-экономических характеристиках муниципальных образований, имеющихся вакансиях в медицинских организациях, условиях и дополнительных мерах социальной поддержки, что помогает сделать осознанный выбор по участию в программе «Земский доктор» и продолжению трудовой деятельности в данной медицинской организации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам законодательной власти субъектов Российской Федерации рекомендуется:

при подготовке и корректировке региональных нормативно-правовых актов, регулирующих меры социальной поддержки медицинских работников, использовать данные, полученных в ходе анкетирования студентов медицинских образовательных организаций высшего образования и врачей, участвующих в программах «Земский доктор»/«Земский фельдшер», с учетом социальных ожиданий и ключевых мотивов молодых специалистов для выстраивания более адаптивных и эффективных мер поддержки.

2. Органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации рекомендуется:

- включать предложенный в исследовании комплекс мер (ориентированный на профориентацию школьников, дополнительную поддержку студентов и расширенную социальную, материальную и профессиональную поддержку уже практикующих специалистов) в региональные кадровые программы;

- использовать целевую информацию о потребностях медицинских организаций и результатах анкетирования при планировании новой волны набора студентов «целевиков», а также при формировании дополнительных мер социальной поддержки (выплаты, компенсации аренды, транспортные льготы и т. п.) для обеспечения более точного совпадения между спросом на кадры и их фактическими возможностями и ожиданиями.

3. Руководителям медицинских образовательных организаций высшего образования целесообразно:

- включить в программу обучения (специалитета, ординатуры) специальные модули, раскрывающие специфику регионального здравоохранения, особенности арктических территорий, детали программ «Земский доктор»/«Земский фельдшер» и аналогичных инициатив по привлечению и удержанию медицинских кадров с целью повышения осведомлённости будущих специалистов о

возможностях сельской медицины и формирования более взвешенного отношения к перспективе работы на Севере.

4. Органам местного самоуправления и руководителям медицинских организаций на территориях рекомендуется:

- применять сформулированные в исследовании меры для привлечения специалистов, в первую очередь направленные на решение социальных и бытовых вопросов, а также на профессиональную адаптацию (наставничество, тьюторство). При внедрении дополнительных мер социальной поддержки (жильё, компенсация проезда, повышение зарплатных коэффициентов, обеспечение детей медицинских работников местами в дошкольных образовательных организациях) рекомендовано ориентироваться на данные социологического исследования, проведенного у студентов и врачей - молодых специалистов - участников программ «Земский доктор»/«Земский фельдшер».

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АО – автономный округ

АУ – амбулаторные условия

Вамфл – число врачей (физических лиц), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Здвам – число занятых врачебных должностей в подразделениях амбулаторной помощи

ИКБ – индекс кадрового благополучия

МО – медицинская организация

МП – медицинская помощь

НАО – Ненецкий автономный округ

НПА – нормативно-правовой акт

ОВам – обеспеченность врачами амбулаторной помощи на 10 000 населения

ОКСв_ам – обратный коэффициент совместительства врачей амбулаторной помощи

ОМСУ – органы местного самоуправления

ОУам – отношение обеспеченности врачами амбулаторной помощи к укомплектованности физическими лицами

РФ – Российская Федерация

СГМУ – Северный государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России

СЗФО – Северо-Западный федеральный округ

СМП – средний медицинский персонал

УВам – укомплектованность врачами амбулаторной помощи по занятым должностям

УВамфл – укомплектованность врачами (физическими лицами) амбулаторной помощи

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФО – федеральный округ

ФФСН № 30 – форма федерального статистического наблюдения № 30
«Сведения о медицинской организации»

Штдам – число штатных должностей врачей в подразделениях амбулаторной
помощи

ЧН – численность населения

ЭВМ – электронная вычислительная машина

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Изучение мнения выпускников медицинского ВУЗа о факторах, определяющих выбор места работы / И. А. Волчегорский, М. Г. Москвичева, О. А. Шумакова, М. М. Полинов // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 8. – С. 49–56.
2. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи жителям села / А. А. Калининская, Э. А. Бакирова, М. В. Кизеев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – №3. – С. 13–24.
3. Руголь Л. В. Обеспеченность медицинскими кадрами и меры по их закреплению в медицинских организациях государственной системы здравоохранения / Л. В. Руголь, Л. И. Меньшикова // Якутский медицинский журнал. – 2025. – № 4. – С. 44–49.
4. OECD . Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; (2021). 213 p.
5. Sheiman I.M. Health workforce policy in the Russian Federation: How to overcome a shortage of physicians? / I.M. Sheiman // Frontiers in Public Health. – 2022. – Vol. 10. – P. 1023845. – DOI: 10.3389/fpubh.2022.1023845.
6. Анализ врачебных кадров государственных медицинских организаций Иркутской области / Г. М. Гайдаров, С. В. Макаров, Н. Ю. Алексеева, И. В. Маевская // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 2. – С. 126–132.
7. Москвичева М. Г. Анализ обеспеченности врачебными кадрами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь городскому и сельскому населению Челябинской области / М. Г. Москвичева, М. М. Полинов // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 1 (184). – С. 5–10.
8. Руголь Л. В. Динамика кадрового обеспечения медицинских организаций в аспекте достижения целевых показателей реализации федерального проекта / Л. В. Руголь, М. Ю. Котловский // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69, № 1. – С. 9.
9. Комплексный подход к проблеме кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области /Т.В. Поздеева, Е.А.

- Кочкурова, О.А. Дощанникова, В. А. Носкова, А.С. Кочкуров // Профилактическая медицина. - 2020. Т. 23. - № 5. - С. 25-32.
10. Руголь Л. В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности / Л. В. Руголь, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 10.
 11. Семёнова Т. В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении / Т. В. Семенова // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 49–59.
 12. Делигирова О.А. Проблемы кадрового обеспечения и стимулирования персонала в учреждениях здравоохранения / О. А. Делигирова, Ю. Н. Никулина // Оренбургский государственный университет. – 2014. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://elib.osu.ru/handle/123456789/720> (дата обращения: 06.04.2025).
 13. Проблемы трудоустройства выпускников медицинских средних специальных учебных заведений / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров, Е. Н. Гончарук [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, № 1. – С. 12.
 14. Милехин С. М. Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей : автореф. дис. кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Милехин Сергей Михайлович; [Место защиты: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации]. — Тверь, 2021. — 24 с.
 15. К вопросу о наставничестве молодых специалистов в медицинских организациях / К. В. Архипов, М. Р. Шукуров, О. Е. Коновалов, В. И. Пак, В.Ю. Тегза // Вестник Медицинского стоматологического института. - 2024. № 1 (68). - С. 51-53.
 16. Анализ готовности молодых специалистов к самостоятельной работе в первичном звене здравоохранения / С. В. Макаров, Г.М. Гайдаров, И. В. Маевская, А.М.Торунова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 2. – С. 278–283.

17. Исследование мотивации будущих врачей к работе в сельской местности и малых городах / М. В. Кинчагулова, Н. С. Брынза, О. П. Горбунова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 9. – С. 112–120.
18. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров, Т. И. Алексеевская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 5. – С. 1207–1213.
19. Макаров С.В. Формирование организационных структур, осуществляющих координацию кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации / С.В. Макаров, Г. М. Гайдаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 4. – С. 633–638.
20. Шипова В. М. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений / В. М. Шипова; под редакцией академика РАН Р.У. Хабриева. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 [т. е. 2018]. — 86 с. ил., табл.; 21. — ISBN 978-5-9704-4808-3.
21. Маевская И. В. Научное обоснование совершенствования мер по привлечению и закреплению в системе здравоохранения будущих врачей и молодых специалистов : на примере Иркутской области : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Маевская Ирина Викторовна; [Место защиты: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко]. — Москва, 2021. — 24 с.
22. Оценка движения врачебных кадров государственных медицинских организаций в Иркутской области / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров, Т. И. Алексеевская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 531–536.
23. Москвичева М. Г. Анализ состояния первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на региональном уровне / М. Г. Москвичева, М. М. Полинов // Уральский медицинский журнал. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 50–57.
24. Шукуров М. Р. Удовлетворенность работой врачей терапевтического и хирургического профиля государственных и частных медицинских организаций /

- М. Р. Шукуров, О. Е. Коновалов, А. В. Шулаев// Вестник современной клинической медицины. – 2023. – Т. 16, вып. 4. – С. 132-137.
25. Кром И. Л. Оценка профессионального выгорания и качество жизни врачей региона / И. Л. Кром, Е. А. Андриянова, М. Г. Еремина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2024. - Т. 20. № 4. - С. 479-483.
26. Шукуров М. Р. Оценка врачами условий их профессиональной деятельности / М. Р. Шукуров, О. Е. Коновалов, О. С. Саурина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023.- Т. 31, № 5. – С. 960-964.
27. Решетникова Ю. С. Оценка менеджерских компетенций сотрудников медицинских организаций Тюменской области как механизм подготовки управленческих кадров / Ю. С. Решетникова, Н. С. Брынза, Н. Н. Княжева // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2017. – № 2 (8). – С. 47–48.
28. Дощанникова О. А. Социальный портрет современного сельского врача - реалии и перспективы / О. А. Дощанникова, Т. В. Поздеева, Ю. Н. Филиппов, А. Л. Хлапов, Д. А. Дощанников // Социальные аспекты здоровья населения. - 2020. - Т. 66. № 1. - С. 7.
29. Попова А. А. Научно обоснованные предложения по улучшению программы «Земский доктор» / А. А. Попова, М. А. Мешков, И. Б. Минулин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30 (5). – С. 870—875. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-870-875>.
30. Латышова А. А. Привлечение врачей в сельскую местность в рамках государственной программы: показатели результативности / А.А. Латышева, О.В. Ходакова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. -Т. 68.(4). – С. 261-266. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2024-68-4-261-266>. EDN: xmyamv
31. Шарепина Е. А. Программа «Земский доктор» как фактор миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа / Е. А. Шарепина //

Демографическое обозрение. – 2022. – Т. 9(4). – С. 104-125.
<https://doi.org/10.17323/demreview.v9i4.16745>.

32. Дощанникова О. А. Роль региональных программ социально-экономического стимулирования в привлечении врачебных кадров в систему сельского здравоохранения / О. А. Дощанникова, Т. В. Поздеева, Ю. Н. Филиппов, А. Л. Хлапов // Здравоохранение РФ. - 2018. – Т. 62 №4. – С. 172-180. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-regionalnyh-programm-sotsialno-ekonomicheskogo-stimulirovaniya-v-privlechenii-vrachebnyh-kadrov-v-sistemu-selskogo> (дата обращения: 13.08.2025).
33. Еремина М. Г. Удовлетворенность врачей (в социальной роли пациентов) медицинской помощью в сельском здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. А. Григорьева, И. Л. Кром, М. В. Еругина // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2022. - Т. 18. № 1. - С. 63-67.
34. Кром И. Л. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2022. - Т. 18. № 2. - С. 256-260.
35. Поздеева Т. В. Комплексный подход к проблеме кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области / Т. В. Поздеева, Е. А. Кочкурова, О. А. Дощанникова [и др.] // Профилактическая медицина. - 2020. - Т. 23. № 5. - С. 25-32.
36. Кром И. Л. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения (обзор литературы) / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2022. - Т. 30. № 1. - С. 148-152.
37. The world health report 2006: working together for health / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2006. – 237 p.
38. Not enough here... too many there – Health workforce in India / World Health Organization. – New Delhi : WHO Country Office for India, 2007. – 108 p.

- 39.Nandan D. Human resources for health in India: urgent need for reforms / D. Nandan, D. Agarwal // Indian Journal of Community Medicine. – 2012. – Vol. 37, N 4. – P. 205–206. – DOI: 10.4103/0970-0218.103464.
- 40.Human resources for health in six healthcare arenas under stress: a qualitative study / J. Durham, E. Pavignani, M. Beesley, P. S. Hill // Human Resources for Health. – 2015. – Vol. 13. – P. 14. – DOI: 10.1186/s12960-015-0005-7.
- 41.Adhikari R. Global nursing workforce challenges: Time for a paradigm shift / R. Adhikari, P. Smith // Nurse Education in Practice. – 2023. – Vol. 69. – P. 103627. – DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103627.
- 42.Workload indicators of staffing need: user's manual / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2023. – 168 p.
- 43.Limb M. World will lack 18 million health workers by 2030 without adequate investment, warns UN / M. Limb // BMJ. – 2016. – Vol. 354. – P. i5169. – DOI: 10.1136/bmj.i5169.
44. Is COVID-19 a turning point for the health workforce? / F. Aith, M. Castilla Martinez, M. Cho [et al.] // RevistaPanamericana de Salud Publica. – 2020. – Vol. 44. – P. e102. – DOI: 10.26633/RPSP.2020.102.
- 45.Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030 / J. X. Liu, Y. Goryakin, A. Maeda [et al.] // Human Resources for Health. – 2017. – Vol. 15, N 1. – P. 11. – DOI: 10.1186/s12960-017-0187-2.
- 46.Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030-A Five-Year Check-In / M. McIsaac, J. Buchan, A. Abu-Agla [et al.] // Human Resources for Health. – 2024. – Vol. 22, N 1. – P. 68. – DOI: 10.1186/s12960-024-00940-x.
- 47.Global strategy on human resources for health: workforce 2030 / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2016. – 64 p.
- 48.Addressing health workforce shortages and maldistribution in Afghanistan / N. Safi, A. Naeem, M. Khalil [et al.] // Eastern Mediterranean Health Journal. – 2018. – Vol. 24, N 9. – P. 951–958.

49. Куделина О. В. Проблемы управления и развития кадровых ресурсов системы здравоохранения. Международный опыт / О. В. Куделина, Е. Ю. Киллякова // Экология человека. – 2018. – № 8. – С. 17–26.
50. Турзин П. С. Динамика соотношения численности «врач – средний медицинский персонал» / П. С. Турзин, Л. А. Ходырева, А. А. Дударева // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 1. – С. 22–27.
51. Innovative primary care delivery in rural Alaska: a review of patient encounters seen by community health aides / C. Golnick, E. Asay, E. Provost [et al.] // International Journal of Circumpolar Health. – 2012. – Vol. 71. – P. 18543. – DOI: 10.3402/ijch.v71i0.18543.
52. Medicine shortages and challenges with the procurement process among public sector hospitals in South Africa; findings and implications / C. Modisakeng, M. Matlala, B. Godman, J. C. Meyer // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, N 1. – P. 234. – DOI: 10.1186/s12913-020-05080-1.
53. National health workforce accounts: a handbook / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2023. – 142 p.
54. Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported burnout and associated financial burden: a case study / M. S. Hamidi, B. Bohman, C. Sandborg [et al.] // BMC Health Services Research. – 2018. – Vol. 18. – P. 851. – DOI: 10.1186/s12913-018-3663-0.
55. One health joint plan of action (2022-2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2022. – 48 p.
56. The Human Resources for Health Effort Index: a tool to assess and inform Strategic Health Workforce Investments / A. L. Fort, R. Deussom, R. Burlew [et al.] // Human Resources for Health. – 2017. – Vol. 15, N 1. – P. 47. – DOI: 10.1186/s12960-017-0223-2.
57. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? / M. Boniol, T. Kunjumen, T. S. Nair [et al.] // BMJ

- Global Health. – 2022. – Vol. 7, N 6. – P. e009316. – DOI: 10.1136/bmjgh-2022-009316.
58. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle / OECD Publishing. – Paris : OECD Publishing, 2024. – 248 p.
59. Addressing Health Worker Burnout: The US Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce / Office of the Surgeon General. – Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, 2022. – 76 p.
60. Buchan J. Recover to rebuild: Investing in the nursing workforce for health system effectiveness / J. Buchan, H. Catton. – Geneva, 2023. – 76 p.
61. Botezat A. Physicians' brain drain - a gravity model of migration flows / A. Botezat, R. Ramos // Globalization and Health. – 2020. – Vol. 16, N 1. – P. 7. – DOI: 10.1186/s12992-019-0536-0.
62. Bludau H. Global healthcare worker migration / H. Bludau // Oxford Research Encyclopedia of Anthropology. – Oxford, 2021. – DOI: 10.1093/acrefore/9780190854584.013.266.
63. Jurić T. Medical brain drain from southeastern Europe: using digital demography to forecast health worker emigration / T. Jurić // JMIRx Med. – 2021. – Vol. 2, N 4. – P. e30831. – DOI: 10.2196/30831.
64. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2021. – 89 p.
65. Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel / A. Siyam, P. Zurn, O. C. Ro [et al.] // Bulletin of the World Health Organization. – 2013. – Vol. 91, N 11. – P. 816–823. – DOI: 10.2471/BLT.13.118778.
66. Kirk J. M. Cuban medical internationalism: A radical alternative approach to medical 'aid' / J. M. Kirk // The Routledge Handbook of the Political Economy of Health and Healthcare / eds.: D. Primrose, C. Rush, A. Williams. – London, 2022. – P. 484–495.
67. Birn A.-E. Latin American social medicine across borders: South–South cooperation and the making of health solidarity / A.-E. Birn, C. Muntaner // Social Inequities and

- Contemporary Struggles for Collective Health in Latin America / eds.: E. Basile, M. Kessada. – New York, 2020. – P. 41–58.
68. Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities / T. Hone, T. Powell-Jackson, L. M. P. Santos [et al.] // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, N 1. – P. 873. – DOI: 10.1186/s12913-020-05716-2.
69. Aaraas I. J. National Centre of Rural Medicine in Norway: a bridge from rural practice to the academy / I. J. Aaraas, E. Swensen // Rural and Remote Health. – 2008. – Vol. 8, N 2. – P. 1–7.
70. Time to Act: The Personnel in a Sustainable Health and Care Service: NOU 2023: 4. – Oslo : Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2023. – 286 p.
71. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review / D. Russell, S. Mathew, M. Fitts [et al.] // Human Resources for Health. – 2021. – Vol. 19, N 1. – P. 103. – DOI: 10.1186/s12960-021-00643-7.
72. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review: web annex A: GRADE evidence profiles / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2020. – 162 p.
73. Community-based learning enhances doctor retention / P. Boonluksiri, H. Tumviriyakul, R. Arora [et al.] // Education for Health. – 2018. – Vol. 31, N 2. – P. 114–118. – DOI: 10.4103/efh.EfH_153_17.
74. MacDowell M. A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois / M. MacDowell, M. Glasser, M. Hunsaker // Academic Medicine. – 2013. – Vol. 88, N 12. – P. 1941–1947. – DOI: 10.1097/ACM.0000000000000031.
75. Norbye B. Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services / B. Norbye, M. W. Skaalvik // International Journal of Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72. – P. 22793. – DOI: 10.3402/ijch.v72i0.22793.

76. Alma Ata and primary healthcare: back to the future / Z. A. Bhutta, R. Atun, N. Ladher, K. Abbasi // *BMJ*. – 2018. – Vol. 363. – P. k4433. – DOI: 10.1136/bmj.k4433.
77. Using a human resource management approach to support community health workers: experiences from five African countries / J. Raven, P. Akweongo, A. Baba [et al.] // *Human Resources for Health*. – 2015. – Vol. 13. – P. 45. – DOI: 10.1186/s12960-015-0034-2.
78. Health extension program factors, frequency of household visits and being model households, improved utilization of basic health services in Ethiopia / M. Yitayal, Y. Berhane, A. Worku, Y. Kebede // *BMC Health Services Research*. – 2014. – Vol. 14. – P. 156. – DOI: 10.1186/1472-6963-14-156.
79. A community-based task shifting program in 25 remote indigenous communities in Nunavut, Canada / G. Toffner, D. Koff, A. Drossos [et al.] // *International Journal of Circumpolar Health*. – 2025. – Vol. 84, N 1. – P. 2439119. – DOI: 10.1080/22423982.2024.2439119.
80. Young T. K. Health care in the north: what Canada can learn from its circumpolar neighbours / T. K. Young, S. Chatwood // *Canadian Medical Association Journal*. – 2011. – Vol. 183, N 2. – P. 209–214. – DOI: 10.1503/cmaj.100948.
81. Baumann A. Innovative nursing employment initiatives to strengthen and sustain the health workforce in Canada / A. Baumann, V. Smith, M. Crea-Arsenio // *Healthcare Management Forum*. – 2024. – Vol. 37, N 4. – P. 251–257. – DOI: 10.1177/08404704241232668.
82. Perspectives of Patients and Providers on the Use of Telemedicine for Chronic Disease Specialty Care in the Alaska Tribal Health System / E. D. Ferucci, T. L. Choromanski, R. I. Arnold [et al.] // *Telemedicine and e-Health*. – 2022. – Vol. 28, N 4. – P. 535–543. – DOI: 10.1089/tmj.2021.0175.
83. Johnsen J. R. Health systems in transition: Norway / J. R. Johnsen, V. Bankauskaite // *European Observatory on Health Systems and Policies*. – 2006. – Vol. 8, N 1. – P. 1–187.
84. Health systems in transition: Sweden / A. H. Glenngård, F. Hjalte, M. Svensson [et al.] // *Health Systems in Transition*. – 2005. – Vol. 7, N 4. – P. 1–128.

85. Finland: Health System Review / I. Keskimäki, L. K. Tynkkynen, E. Reissell [et al.] // Health Systems in Transition. – 2019. – Vol. 21, N 2. – P. 1–166.
86. Gaski M. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas / M. Gaski, B. Abelsen // International Journal of Circumpolar Health. – 2017. – Vol. 76, N 1. – P. 1314415. – DOI: 10.1080/22423982.2017.1314415.
87. Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries / A. M. Rafferty, R. Busse, B. Zander-Jentsch [et al.]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2019. – 186 p.
88. Niclasen B. Health care and health care delivery in Greenland / B. Niclasen, G. Mulvad // International Journal of Circumpolar Health. – 2010. – Vol. 69, N 5. – P. 437–447. – DOI: 10.3402/ijch.v69i5.17691.
89. George A. S. Telemedicine: a new way to provide healthcare / A. S. George, A. H. George // Partners Universal International Innovation Journal. – 2023. – Vol. 1, N 3. – P. 98–129.
90. Butzner M. Telehealth Interventions and Outcomes Across Rural Communities in the United States: Narrative Review / M. Butzner, Y. Cuffee // Journal of Medical Internet Research. – 2021. – Vol. 23, N 8. – P. e29575. – DOI: 10.2196/29575.
91. Bienefeld N. AI Interventions to Alleviate Healthcare Shortages and Enhance Work Conditions in Critical Care: Qualitative Analysis / N. Bienefeld, E. Keller, G. Grote // Journal of Medical Internet Research. – 2025. – Vol. 27. – P. e50852. – DOI: 10.2196/50852.
92. Затравкин С. Н. Обеспеченность врачами населения Российской Империи в XIX-начале XX века / С. Н. Затравкин, В. О. Щепин, В. С. Олейникова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 236–239.
93. Всеподданнейший доклад министра народного просвещения графа Павла Игнатьева от 13 июня 1916 г. – М. : Госиздат, 1926. – 96 с.
94. 11 июля. Декрет об учреждении Народного комиссариата здравоохранения // Декреты Советской власти. Т. III. 11 июля – 9 ноября 1918 г. – М., 1964. – С. 3–5.

95. О профессиональной работе и правах медицинских работников. Декрет ВЦИК и СНК 1 декабря 1924 г. (СУ № 88, ст. 892) // [Хронологическое собрание законов, указов Президиума Верховного Совета и постановлений Правительства РСФСР. Т. 1. 1917–1928 гг. – М., 1959. – С. 92–100.](#)
96. Сорокина Т. С. Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века / Т. С. Сорокина, А. В. Морозов // История медицины. – 2017. – Т. 4, № 2. – С. 183–194.
97. Народное хозяйство СССР в 1967 г. : стат. ежегодник. – М. : Вениздат, 1982. – 726 с.
98. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне / Ю. И. Погодин, В. В. Кульбачинский, В. Р. Медведев, Ю. В. Тарасевич // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – Т. 5, № 1. – С. 8–15.
99. Багдасарьян С. М. Развитие здравоохранения в СССР / С. М. Багдасарьян. – М. : Знание, 1967. – 47 с.
100. Кучеренко В. З. Основные направления совершенствования подготовки врачебных кадров / В. З. Кучеренко, Н. В. Эккерт // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 4. – С. 11–15.
101. Каминский Г. Н. Задачи советского здравоохранения / Г. Н. Каминский. – Л. : Госполитиздат, 1934. – 46 с.
102. Lisitin Y. The system of public health services in the USSR / Y. Lisitin, O. Alekandrov. – М. : Ministry of Health of the USSR, 1967. – 98 p.
103. Затравкин С. Н. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960–1980-х годах / С. Н. Затравкин, Е. А. Вишленкова, В. В. Чалова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 153–160.
104. Барсуков М. И. Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти, 1917–1924 гг. : сб. документов и материалов / М. И. Барсуков, А. С. Дремов, А. П. Куропатов. – М. : Медицина, 1966. – 544 с.

105. Охрана здоровья в СССР : стат. сб. / ред. А. И. Краковский. – М. : Финансы и статистика, 1990. – 240 с.
106. Sibbald B. In Russia, medical profession plods toward 21st century / B. Sibbald // Canadian Medical Association Journal. – 2001. – Vol. 164, N 11. – P. 1608.
107. Field M. G. American and Soviet medical manpower: Growth and evolution, 1910–1970 / M. G. Field // International Journal of Health Services. – 1975. – Vol. 5, N 3. – P. 455–474.
108. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И. М. Шейман. – М. : Русь, 1998. – 336 с.
109. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации : Закон РФ от 28.06.1991 г. N 1499-1. – М., 1991. – 18 с.
110. О методологии управления профессиональным развитием кадров военного здравоохранения / В. А. Решетников, А. Д. Фесюн, М. Р. Булатов [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2011. – № 2. – С. 2–5.
111. Денисов И. Н. Основные направления совершенствования подготовки врачебных кадров / И. Н. Денисов // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 12–17.
112. Бойченко Ю. Я. Современные требования к профессиональной подготовке врачей / Ю. Я. Бойченко, Н. Г. Гончаров // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2013. – № 3. – С. 34–42.
113. Каспрук Л. И. К вопросу о профессиональной ориентации врачебных и сестринских медицинских кадров (на примере Оренбургской области) / Л. И. Каспрук, Д. М. Снасапова, Г. Т. Жакупова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 135–135.
114. Российский статистический ежегодник. – М. : Госкомстат России, 1996. – 1202 с.
115. Фурсов А. Л. Система профессиональной ориентации населения с позиций междисциплинарного и системного подходов / А. Л. Фурсов. – Саратов : Пресс-Лицей, 2015. – 170 с.
116. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: мифы, реальность, решения / Г. Э. Улумбекова // Экономист лечебного учреждения. – 2016. – № 5.

117. Солтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе / Р. Б. Солтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
118. Данилова Н. В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения / Н. В. Данилова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 3. – С. 20–24.
119. Данишевский К. Д. Как и почему медицинские кадры в России отличаются от медицинских кадров западных стран? / К. Д. Данишевский // Медицина. – 2016. – Т. 4, № 2. – С. 73–98.
120. Присяжная Н. В. Медицина и социология: общее поле деятельности / Н. В. Присяжная // Медицинское образование 2012 : сб. тез. – М., 2012. – С. 226–228.
121. Сибурина Т. А. Стратегический резерв руководящих кадров: результаты эмпирического анализа и рекомендации по формированию (на примере здравоохранения) / Т. А. Сибурина, А. А. Князев // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2013. – № 3. – С. 142–162.
122. Агафонова М. С. Формирование и развитие кадрового потенциала сферы здравоохранения / М. С. Агафонова, К. И. Лыкасов // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5-1. – С. 105–108.
123. Сафонов А. Л. Кадровый потенциал системы здравоохранения Российской Федерации: вопросы формирования и тенденции развития / А. Л. Сафонов, А. В. Рагозин, С. А. Глазунова // Социально-трудовые исследования. – 2022. – № 4 (49). – С. 89–100.
124. Мусафиров М. К. Перспективы взаимодействия медицинских вузов и образовательных организаций дополнительного образования детей по проблематике подготовки абитуриентов в контексте современных реалий и исторического опыта / М. К. Мусафиров // Оренбургский медицинский вестник. – 2018. – Т. 6, № S4 (24). – С. 50–55.
125. Козуля С. В. Недостаточная работа по профессиональной ориентации как причина кадрового «голода» в медицине / С. В. Козуля, В. А. Лахно, Д. М. Лахно // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – № 3 (35). – С. 36–42.

126. Cases in Healthcare Finance / L. C. Gapenski. – Chicago : Health Administration Press, 2006. – 344 p.
127. Довузовская профориентация в медицинском институте СВФУ / И. Ш. Малогулова, О. Н. Колосова, Н. В. Борисова [и др.] // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2017. – № 1 (6). – С. 106–111.
128. Маслевич Т. П. Инновационные методы привлечения абитуриентов (на примере исследования факторов мотивации) / Т. П. Маслевич, Н. Б. Сафронова, Н. Л. Минаева // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2018. – № 6 (218). – С. 52–60.
129. Литвинцева С. А. Выбор профессии врача в системе детерминирующих факторов / С. А. Литвинцева // Власть и управление на Востоке России. – 2018. – № 2 (83). – С. 72–80.
130. Методические рекомендации по сохранению кадров в системе здравоохранения [Электронный ресурс] : Письмо Минздрава Российской Федерации от 09.04.2013 г. N 16-5/10/2-2540. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/499061181?ysclid=mcxd4hgz5o601388798>.
131. Ясакова А. Р. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А. Р. Ясакова, Е. В. Шестакова // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – № 38 (120). – С. 26–30.
132. Шейман И. М., Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.
133. Виноградова Е. С. Анализ обеспеченности здравоохранения Архангельской области медицинскими кадрами / Е. С. Виноградова, А. С. Королькова // Научное обозрение, медицинские науки. – 2021. – № 6. – С. 54–59.
134. Плутницкий А. Н. Анализ кадровых ресурсов в повышении доступности и качества медицинской помощи в сельской местности / А. Н. Плутницкий, А. А.

Загоруйченко // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 3 (13). – С. 40–43.

135. Шебаев Г. А. Отношение врачей, прибывших на работу после интернатуры и ординатуры, к профессиональной деятельности / Г. А. Шебаев // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 8. – С. 23–28.
136. О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации [Электронный ресурс] : Приказ Минздрава РФ от 03.07.2002 г. N 210. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901823164>.
137. О кадровом обеспечении здравоохранения [Электронный ресурс] : Приказ Минздрава РФ от 31.12.2002 г. N 418. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901838646?ysclid=mcxe9ipr7d983385604>.
138. Кадровое обеспечение здравоохранения в условиях выполнения государственного задания на подготовку специалистов [Электронный ресурс] : Протокол Решения Коллегии Минздрава РФ от 17.12.2002 г. N 18. – Режим доступа: https://tkrfkod.ru/zakonodatelstvo/reshenie-kollegii-minzdrava-rf_4/?ysclid=mcxcl6ax6j269104974.
139. Юрьев В. К. Самооценка врачами различных специальностей своего социального положения и профессиональной деятельности / В. К. Юрьев, В. С. Тарханов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – С. 310.
140. Бердяева И. А. Медико-социальная характеристика врачей Амурской области : дис. ... канд. мед. наук / Бердяева Ирина Анатольевна. – Хабаровск, 2012. – 158 с.
141. Струкова Т. Более 50% врачей жалуются на то, что зарплата не покрывает базовые потребности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rtvi.com/news/bolee-50-vrachej-zhaluyutsya-na-to-chto-zarplata-ne-pokryvaet-bazovye-potrebnosti/> (дата обращения: 06.04.2025).
142. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями на 28 декабря 2024 года) [Электронный ресурс] : Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902312609>.

143. О приоритетных национальных проектах в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21.11.2005 г. N 1789-р. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/54096/>.
144. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики [Электронный ресурс] : Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. N 597. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902345104>.
145. Об утверждении Программы поэтапного совершенствования оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг. [Электронный ресурс] : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 г. N 2190-р. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902383325>.
146. Об утверждении комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года [Электронный ресурс] : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 г. N 614-р. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/499014727>.
147. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года [Электронный ресурс] : Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. N 474. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/565341150?ysclid=mcxfa59it7735931304>.
148. О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан [Электронный ресурс] : Закон Архангельской области от 18.03.2013 г. N 629-38-ОЗ. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/462602100?ysclid=mcygssi2pw408740531>.
149. Представления о наиболее острых проблемах российского общества: январь 2025 [Электронный ресурс] / АНО «ЛЕВАДА-ЦЕНТР». – Режим доступа: <https://www.levada.ru/2025/02/07/predstavleniya-o-naibolee-ostryh-problemah-rossijskogo-obshhestva-yanvar-2025/> (дата обращения: 06.04.2025).
150. Минздрав сообщил о нехватке 63 тыс. медработников среднего звена [Электронный ресурс] / ТАСС. – Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/21060263> (дата обращения: 06.04.2025).

151. Кадровая болезнь: как дефицит российских врачей приходится закрывать африканскими специалистами [Электронный ресурс] / Forbes. – URL: <https://www.forbes.ru/biznes/515642-kadrovaa-bolezn-kak-deficit-rossijskih-vracej-prihoditsa-zakryvat-afrikanskimi> (дата обращения: 06.04.2025).
152. Проблемы медицины села : материалы II Всероссийского Форума по общественному здоровью с международным участием, г. Москва, 16-17 октября 2018 г. – М. : ЦНИИОиИЗ Минздрава России, 2018.
153. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения / Л. В. Руголь, И. М. Сон, В. И. Кириллов, С. Л. Гусева // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 2. – С. 26–34.
154. Исследование факторов мотивации участников программы «Земский доктор» в Тюменском муниципальном районе / Н. С. Брынза, О. П. Горбунова, Л. А. Сунгатуллина [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – Т. 18, № 1. – С. 88–91.
155. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018 : стат. сб. / Гос. ком. Рос. Федерации по статистике (Госкомстат России). 2018. – М. : Гос. ком. Рос. Федерации по статистике, 2018. – 1162 с.
156. Светличная Т. Г. Социальные барьеры доступа к медицинской помощи пожилых жителей села / Т. Г. Светличная, Л. И. Меньшикова // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 71–76.
157. Роль медицинского образования в реализации программы «Земский доктор» / А.А. Копытов, А.Б. Зудин, Е.И. Аксенова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 4. – С. 645–650.
158. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa / L. N. Xavier, G. L. de Oliveira, A. de Amorim Gomes [et al.] // SANARE-Revista de Políticas Públicas. – 2014. – Vol. 13, N 1. – P. 76–83.
159. Preclinical manifestations of students' eating disorders as an impact of the information and communication university environment / A. V. Tscymbalystov, A. A. Kopytov, O. A. Volkova [et al.] // International Journal of Advanced Biotechnology and Research. – 2018. – Vol. 9, N 1. – P. 1002–1007.

160. Activating Technologies Of Social Service As A Factor Of Improving Social Self-Personality Of Elderly And Disabled People In Russia / A. V. Tscymbalystov, O. A. Volkova, O. V. Besschetnova [et al.] // International Journal of Pharmaceutical Research. – 2018. – Vol. 10, N 4. – P. 313–317.
161. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изменениями на 27 декабря 2024 года) [Электронный ресурс] : Постановление Правительства Российской Федерации. от 26.12.2017 г. N 1640. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/556183184?ysclid=mcyk4x9vl1526132136>.
162. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (с изменениями на 29 октября 2024 года) [Электронный ресурс] : Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902247618?ysclid=mcykx2dke585996050>.
163. Тарасенко Е. А. Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях / Е. А. Тарасенко, О. Б. Хорева // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 117–142.
164. Красулина О. Ю. Арктическая зона Российской Федерации: особенности природно-экономических и демографических ресурсов / О. Ю. Красулина // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. – 2016. – № 4 (48). – С. 51–58.
165. Плисецкий Е.Е., Плисецкий Е.Л. Особенности современного этапа и проблемы пространственного развития арктических регионов России / Е. Е. Плисецкий, Е. Л. Плисецкий // Управленческие науки. – 2019. – № 4. – С. 32–43.
166. О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации» [Электронный ресурс] (с изменениями на 5 марта 2020 года) : Указ Президента Российской Федерации от 02.05.2014 г. N 296. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/499093267>.

167. Бондаренко Л. В. Развитие сельских территорий России: оценки, мнения, ожидания / Л. В. Бондаренко // Социологические исследования. – 2016. – № 3. – С. 76-82.
168. Совершенствование рейтинговой оценки как инструмент управления качеством медицинской помощи / Л. И. Меньшикова, О. А. Игнатова, М. Г. Дьячкова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 6. – С. 288–293.
169. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Республики Коми в 2016 году». – Сыктывкар, 2018. – 251 с.
170. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2015 год». – Архангельск, 2016. – 78 с.
171. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Мурманской области в 2013 году». – Мурманск, 2013. – 69 с.
172. Статистический ежегодник Архангельской области без Ненецкого автономного округа : стат. сб. / Федер. служба гос. статистики, Упр. Федер. службы гос. статистики по Арханг. обл. и Ненец. автоном. окр. (Архангельскстат); редкол.: И. Н. Козакова, О. Н. Вербицкая, И. А. Вешнякова. – Архангельск : Архангельскстат, 2024. – 168 с.
173. Деятельность и ресурсы медицинских организаций Архангельской области за 2022 год : стат. сб. / ГБУЗ АО «Медицинский информационно-аналитический центр». – Архангельск, 2023. – 78 с.
174. Основные показатели здоровья населения и состояния здравоохранения Республики Коми за 2022-2023 гг. : стат. сб. / ГБУЗ РК «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр». – Сыктывкар, 2024. – 208 с.
175. Мурманская область в цифрах : стат. сб. / Федер. служба гос. статистики, Территор. орган Федер. службы гос. статистики по Мурман. обл. (Мурманскстат); редкол.: Т. Е. Лапин, Л. Г. Васильева, В. А. Кудицкая [и др.]. – Мурманск : Мурманскстат, 2024 – 129 с.
176. Характеристика медико-демографической ситуации в Мурманской области / А. А. Ковшов, Ю. А. Новикова, В. Н. Федоров, Н. А. Тихонова // Здоровье – основа

- человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2020. – Т. 15, № 1. – С. 263–273.
177. Ненецкий автономный округ в цифрах : крат. стат. сб. / Федер. служба гос. статистики, Упр. Федер. службы гос. статистики по Арханг. обл.и Ненец. автоном. окр. (Архангельскстат) ; редкол.: А. И. Слудникова, О. Н. Вербицкая, И. А. Вешнякова [и др.]. – Архангельск : Архангельскстат, 2025. – 158 с.
 178. Статистический ежегодник Ненецкого автономного округа : стат. сб. / Федер. служба гос. статистики, Упр. Федер. службы гос. статистики по Арханг. обл. и Ненец. автоном. окр. (Архангельскстат); редкол.: И. Н. Козакова, О. Н. Вербицкая, И. А. Вешнякова [и др.]. – Архангельск : Архангельскстат, 2024. – 150 с.
 179. EUROHIS : Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / ред.: А. Носиков, К. Гудекс; ред. рус. изд. Т. М. Максимова. – М. : Права человека, 2005. – 193 с.
 180. Индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения: методические рекомендации / О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова, Л.И. Меньшикова, В.В. Люцко, М.Ю. Котловский, Д.С. Терентьева, О.О. Захарченко, И.В. Толмачев, Ю.Е. Сенотрусова, Н.А. Флеглер. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023.
 181. Индексный метод при расчете обеспеченности средним медицинским персоналом регионального здравоохранения: Методические рекомендации / Кобякова О.С., Деев И.А., Ходакова О.В., Меньшикова Л.И., Люцко В.В., Котловский М.Ю., Терентьева Д.С., Захарченко О.О., Толмачев И.В., Сенотрусова Ю.Е., Флеглер Н.А. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023.
 182. Возрастной состав врачебных кадров в Российской Федерации (2015-2020 гг.) / Л. И. Меньшикова, К. Н. Пелецкая, Е. В. Огрызко, Н. А. Флеглер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 507–523.
 183. Об утверждении Стратегии устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года (с изменениями на 13 января 2017

- года) [Электронный ресурс] : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 02.02.2015 г. N 151-р. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/420251273?ysclid=mcyk0dxq7y846684633>.
184. О мерах социальной поддержки, направленных на привлечение в Мурманскую область специалистов в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] : Закон Мурманской области от 08.06.2018 г. N 2268-01-ЗМО. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/543735675>.
185. Смолькин Е. Б. Оптимизация мониторингования врачебных кадров и трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа на региональном уровне с использованием компьютерных технологий : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Смолькин Евгений Борисович. – М., 2008. – 24 с.
186. Социально-демографический портрет участника программы «Земский доктор» на северных территориях Российской Федерации / Л. И. Меньшикова, Н. А. Флеглер, Н. В. Цихончик [и др.] // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, № 9. – С. 16–24.
187. Роль органов местного самоуправления в решении проблем обеспеченности медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения / И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, Н. А. Флеглер [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 54–63.

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение 1****АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

Уважаемый специалист!

Программа «Земский доктор» реализуется в России с 2012 г. для решения кадровых проблем медицинских учреждений, расположенных в сельских поселениях.

Сотрудники Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) проводят исследование среди участников программы «Земский доктор» с целью оценки степени удовлетворенности ее результатами. Результаты исследования будут использованы при разработке региональных программ развития сельского здравоохранения.

1. Пол

- А) мужской
- Б) женский

2. Ваш возраст (полных лет) _____**3. Ваше семейное положение**

- А) Холост/не замужем
- Б) Женат/замужем
- В) Сожительство

4. Количество детей _____**5. В населенном пункте, где находится Ваша медицинская организация**

- А) менее 300 человек
- Б) 300-1000 человек
- В) 1000-3000 человек
- Г) 3000-5000 человек
- Д) 5000-10000 человек
- Е) более 10000 человек

6. Вы обучались по целевому направлению в вузе/интернатуре/ординатуре?

А) Да

Б) Нет

7. Общий трудовой стаж (лет) _____

8. Стаж работы по специальности (лет) _____

9. Наименование медицинской организации, в которой Вы работаете (с указанием обособленного структурного подразделения):

10. Вы окончили

А) лечебный факультет

Б) педиатрический факультет

В) стоматологический факультет

11. Условия проживания в настоящее время

А) общежитие

Б) комната в коммунальной квартире

В) квартира с родителями

Г) собственная квартира

Д) собственный дом

12. Ваша специальность?

13. Из каких источников Вы узнали о программе «Земский доктор»:

А) печатные СМИ

Б) интернет

В) телевидение

Г) от участников программы

Д) от коллег

Е) от администрации

Ж) иное (укажите) _____

14.Ваша мотивация участия в программе «Земский доктор» (возможен один или несколько вариантов ответа)

- А) Желание жить в сельской местности
 - Б) Возможность получения служебного жилья / земельного участка под ИЖС
 - В) Возможность получения социальных льгот
 - Г) Возможность получения денежной выплаты
 - Д) Возможность получить опыт работы
 - Е) Семейные обстоятельства
 - Ж) Перспективы карьерного роста
 - З) Иные причины (укажите)
-
-

15.Что послужило основной причиной Вашего участия в Программе «Земский доктор»? (выберите один вариант ответа)

- А) Желание жить в сельской местности
 - Б) Возможность получения служебного жилья / земельного участка под ИЖС
 - Г) Возможность получения социальных льгот
 - Д) Возможность получения денежной выплаты
 - Е) Возможность получить опыт работы
 - Ж) Семейные обстоятельства
 - З) Перспективы карьерного роста
 - И) Иные причины (укажите):
-
-

16.Расположите возможные мотивы участия в программе «Земский доктор» по степени важности (1-важнейший, 7 – наименее важный)

- А) Возможность получения денежной выплаты
- Б) Желание жить в сельской местности

- В) Возможность получения служебного жилья / земельного участка
- Г) Возможность получения социальных льгот
- Д) Возможность получить опыт работы
- Е) Было целевое обучение в вузе/интернатуре/ординатуре
- Ж) Семейные обстоятельства

17. Укажите степень важности каждого из мотивов участия в программе «Земский доктор» для Вас

17.1. Возможность получения денежной выплаты

- А) критически важно
- Б) очень важно
- В) важно
- Г) нейтрально
- Д) маловажно
- Е) не играет роли

17.2 Желание жить в сельской местности

- А) критически важно
- Б) очень важно
- В) важно
- Г) нейтрально
- Д) маловажно
- Е) не играет роли

17.3 Возможность получения служебного жилья / земельного участка

- А) критически важно
- Б) очень важно
- В) важно
- Г) нейтрально

- Д) маловажно
- Е) не играет роли

17.4 Возможность получения социальных льгот

- А) критически важно
- Б) очень важно
- В) важно
- Г) нейтрально
- Д) маловажно
- Е) не играет роли

17.5 Возможность получить опыт работы

- А) критически важно
- Б) очень важно
- В) важно
- Г) нейтрально
- Д) маловажно
- Е) не играет роли

17.6 Семейные обстоятельства

- А) критически важно
- Б) очень важно
- В) важно
- Г) нейтрально
- Д) маловажно
- Е) не играет роли

18. Ваше участие в программе «Земский доктор» было связано со сменой места жительства / переездом?

- А) Да

Б) Нет

19. Вы удовлетворены своим выбором участвовать в программе «Земский доктор»?

А) абсолютно удовлетворен(-а)

Б) в целом, удовлетворен(-а)

В) частично удовлетворен(-а)

Г) не имеет значения

Д) в целом, не удовлетворен(-а)

Е) совершенно не удовлетворен(а)

20. Укажите степень важности каждого из факторов удовлетворенности участия в программе «Земский доктор» для Вас

20.1. Финансовый фактор (удовлетворенность величиной личных доходов)

А) абсолютно удовлетворен(-а)

Б) в целом, удовлетворен(-а)

В) частично удовлетворен(-а)

Г) не имеет значения

Д) в целом, не удовлетворен(-а)

Е) совершенно не удовлетворен(а)

20.2. Бытовые условия (качество жилья, наличие интернета, сотовой связи и проч.)

А) абсолютно удовлетворен(-а)

Б) в целом, удовлетворен(-а)

В) частично удовлетворен(-а)

Г) не имеет значения

Д) в целом, не удовлетворен(-а)

Е) совершенно не удовлетворен(а)

20.3. Социальные условия (качество досуга, сферы услуг, социальной сферы (в т.ч. наличие школьных / дошкольных учреждений и проч.))

А) абсолютно удовлетворен(-а)

Б) в целом, удовлетворен(-а)

В) частично удовлетворен(-а)

Г) не имеет значения

Д) в целом, не удовлетворен(-а)

Е) совершенно не удовлетворен(а)

20.4. Условия труда (график работы, врачебная нагрузка)

А) абсолютно удовлетворен(-а)

Б) в целом, удовлетворен(-а)

В) частично удовлетворен(-а)

Г) не имеет значения

Д) в целом, не удовлетворен(-а)

Е) совершенно не удовлетворен(а)

20.5. Профессиональный фактор (востребованность, возможность проф. роста, карьерного роста)

А) абсолютно удовлетворен(-а)

Б) в целом, удовлетворен(-а)

В) частично удовлетворен(-а)

Г) не имеет значения

Д) в целом, не удовлетворен(-а)

Е) совершенно не удовлетворен(а)

21. Расположите группы факторов удовлетворенности Вашего участия в программе «Земский доктор» по степени важности (1-важнейший, 5 – наименее важный)

- А) финансовый фактор
- Б) бытовые условия
- В) социальные условия
- Г) условия труда
- Д) профессиональный фактор

22. Оцените Вашу степень готовности продолжить работу в учреждении после окончания программы «Земский доктор»

- А) абсолютно готов
- Б) определенно готов
- В) есть сомнения
- Г) определенно не готов
- Д) абсолютно не готов

23. Участвуя в Программе «Земский доктор», Вам была предоставлена возможность повысить свои профессиональные навыки (дополнительные курсы, учеба, семинары и проч.) за счет медицинской организации?

- А) Да
- Б) Нет

24. Медицинская организация выполнила условия трудового договора (зарплата, условия труда)?:

- А) Да
- Б) Нет

25. Оцените качество ваших личных контактов с коллегами по работе

- А) абсолютно удовлетворен(-а)

- Б) в целом, удовлетворен(-а)
- В) частично удовлетворен(-а)
- Г) не имеет значения
- Д) в целом, не удовлетворен(-а)
- Е) совершенно не удовлетворен(а)

26. Оцените качество ваших личных контактов с администрацией учреждения

- А) абсолютно удовлетворен(-а)
- Б) в целом, удовлетворен(-а)
- В) частично удовлетворен(-а)
- Г) не имеет значения
- Д) в целом, не удовлетворен(-а)
- Е) совершенно не удовлетворен(а)

27. Оцените обстановку в рабочем коллективе в Вашем учреждении

- А) отличная
- Б) хорошая
- В) нейтральная
- Г) напряженная
- Д) невыносимая

28. Оцените качество своей жизни

- А) очень плохое
- Б) плохое
- В) ни плохое, ни хорошее
- Г) хорошее
- Д) очень хорошее

29. Оцените состояние своего здоровья

- А) отличное

Б) хорошее

В) удовлетворительное

Г) плохое

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

АНКЕТА ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Уважаемый студент!

Просим Вас принять участие в анкетировании о программе «Земский доктор». Программа «Земский доктор» реализуется в Российской Федерации с 2012 г., предусматривает единовременную денежную выплату в размере 1 миллиона рублей и обязательство отработать в сельской местности в течение 5 лет. В Архангельской области участниками программы стало более 170 человек. Результаты данного анкетирования будут учтены при реализации программы «Земский доктор». Благодарим!

1. Пол:

А) мужской; Б) женский.

2. Возраст (полных лет):

3. Семейное положение:

4. Количество детей:

5. Место проживания:

6. Условия проживания:

А) общежитие;

Б) комната в коммунальной квартире;

В) квартира с родителями;

Г) собственная квартира;

Д) собственный дом.

Ваш факультет:

А) лечебный; Б) педиатрический; В) стоматологический.

Из каких источников Вы узнали о реализации программы «Земский доктор»:

А) газеты и другие печатные СМИ;

- Б) интернет;
- В) телевидение;
- Г) от знакомых, друзей, преподавателей;
- Д) от участников программы;
- Е) из данной анкеты (ранее ничего не знал);
- Ж) иное: _____

Какова была бы Ваша мотивация для принятия решения об участии в программе «Земский доктор»:

- А) Возможность получения единовременной денежной выплаты в размере одного миллиона рублей;
- Б) Желание переехать на постоянное место жительства в сельскую местность;
- В) Возможность получения служебного жилья, земельного участка и иных социальных льгот, предусмотренных для врачей в сельской местности;
- Г) Возможность получения практических навыков, необходимых врачу;
- Д) Возможность начать самостоятельную жизнь;
- Г) Иные причины:

По какой специальности Вы бы пошли работать по программе «Земский доктор»:

11. Куда бы Вы поехали работать по программе «Земский доктор»

- А) Районная больница;
- Б) Участковая больница;
- В) Врачебная амбулатория;

Г) Иное _____

12. Радиус удаленности Вашего рабочего места от крупного населенного пункта, на который Вы согласились бы поехать работать по программе «Земский доктор»:

А) До 25 км; Б) До 50 км; В) До 75 км; Г) Свыше 75 км.

13. Является ли для Вас решающим фактором наличие доступа к «Интернет-ресурсам» при выборе места работы на селе:

А) Да; Б) Нет.

14. Какие обязательные условия являются решающими для того, чтобы Вы согласились работать в сельской местности (возможно несколько вариантов ответов):

А) асфальтовая дорога до районного центра;

Б) наличие центрального отопления, канализации;

В) детский сад, школа;

Г) школа искусств для детей (музыкальная школа, художественная школа и др.);

Д) интернет;

Е) сотовая связь;

Ж) ни при каких условиях не согласен на работу в сельской местности

З) иное:

15. Где бы вы предпочли работать (независимо от участия в программе «Земский доктор»):

А) в поликлинике;

Б) в стационаре;

В) в дневном стационаре;

Г) на станции скорой медицинской помощи;

Д) в отделении паллиативной помощи, хосписе;

- Е) в фармацевтической компании
 - Ж) в страховой компании
 - З) в органах управления здравоохранением
 - И) не собираюсь работать в медицине
 - К) иное:
-

16. Предпочтительным считаю место работы

- А) в государственном учреждении;
 - Б) в частной медицинской организации;
 - В) в дневном стационаре;
 - Г) на станции скорой медицинской помощи;
 - Д) в отделении паллиативной помощи, хосписе;
 - Е) в фармацевтической компании
 - Ж) в страховой компании
 - З) в органах управления здравоохранением
 - И) в образовательном учреждении (колледж, университет)
 - К) иное:
-

Дата анкетирования:

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!