

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

**АРТЕМЬЕВА МАЙЯ ВЛАДИМИРОВНА**  
обучающийся 2 курса 201 группы

**ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ УСТРАНЕНИЯ  
ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ  
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

по специальности: 32.04.01 Общественное здравоохранение,  
направленность Управление медицинской организацией

Руководитель: Ахмадуллин Т.Х.   
Выполнила: Артемьева М.В. 

Уфа 2024

Выпускная квалификационная работа выполнена на кафедре общественного здоровья и управления здравоохранением

Научный руководитель:

АХМАДУЛЛИНА ГУЛЬНУР ХАЙДАРЬЯНОВНА, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением

Рецензенты:

НАЗМИЕВА ЛЮЦИЯ РАФИЛОВНА, начальник управления кадров ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения

ЕВСЮКОВ АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ, Главный врач ГКУЗ РБ РКБ №2, д.м.н.

Оценка \_\_\_\_\_

Дата защиты \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Протокол № \_\_\_\_\_

Председатель по защите ВКР \_\_\_\_\_

## Содержание

Введение.....	4
Глава 1. Анализ проблемы дефицита медицинских кадров в сельской местности Республики Башкортостан.	
1.1. Социально - демографическая ситуация, актуальные проблемы общественного здравоохранения, вопросы эффективного улучшения качества медицинских услуг в сельских районах Республики Башкортостан.....	9
1.2. Стратегия государства в вопросах кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации.....	18
1.3. Федеральная и региональная политика по ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении, для улучшения качества медицинских услуг жителей сельской местности Республики Башкортостан.....	21
Глава 2. Существующие методы ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении Республики Башкортостан, регионах Российской Федерации, зарубежный опыт.	
2.1. Кадровая политика в здравоохранении и сравнительный анализ по предоставлению мер социальной поддержки на примере Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Удмуртской Республики и Пермского края.....	30
2.2. Изучение зарубежного опыта по ликвидации нехватки медицинского персонала в районах, находящихся в удалении от городов.....	41
2.3. Задачи, возможности и варианты развития целевого приема в медицинские вузы.....	47

2.4. Федеральные программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер», как один из способов ликвидации проблемы кадрового дефицита.....	54
2.5. Мероприятия по закреплению молодых врачей, работающих в сельской местности Республики Башкортостан.....	61
Глава 3. Предложения по решению проблемы нехватки медицинских кадров и улучшению качества оказания медицинской помощи в селах Республики Башкортостан.	
3.1. Предложения по участию в программе «Земский доктор» и «Земский фельдшер».....	67
3.2. Предложения по работе с абитуриентами, студентами и выпускниками медицинских вузов.....	68
3.3. Анализ и предложения по привлечению в медицинские организации иностранных обучающихся и выпускников российских вузов из числа иностранцев с целью устранения дефицита медицинских кадров.....	74
Заключение.....	79
Список используемой литературы.....	83
Приложения.....	90

## **Введение**

### **Актуальность исследования.**

Реализация конституционного права каждого гражданина на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь [2] невыполнима без участия квалифицированных медицинских кадров. Современные научные достижения и технологические инновации в области здравоохранения, несмотря на их значимость, не способны самостоятельно обеспечить надлежащий уровень здоровья населения при недостатке профессионально подготовленных медицинских работников [61].

В последнее время глобальной проблемой, привлекающей все большее внимание, становится нехватка медицинского персонала [23].

Вопрос изучения дефицита медицинских кадров является насущным как для международного сообщества, так и для Российской Федерации, включая ее регионы, такие как Республика Башкортостан.

Одной из ключевых проблем современного здравоохранения является вопрос кадров. В докладе "A Universal Truth: No health without a workforce" ("Всеобщая истина: нет здоровья без рабочей силы") отражены ключевые причины дефицита медицинских работников [32]. Среди них:

- Уход на пенсию и старение медицинских работников;
- Переход специалистов на более высокооплачиваемые должности;
- Отсутствие новых специалистов, готовых занять освободившиеся места;
- Недостаточное количество молодых людей, желающих получить профессию врача или уже получивших её, но не желающих работать по специальности;
- Рост числа населения, подверженного риску неинфекционных заболеваний;
- Внутренняя и международная миграция медицинских работников.

Согласно результатам социологического исследования, проведенного в пяти регионах по поручению Министерства здравоохранения Российской Федерации и при содействии Национальной медицинской палаты, одной из главных причин дефицита кадров в здравоохранении является недостаточная привлекательность данной профессии. Только 14% опрошенных медицинских работников заявили о своем моральном и материальном удовлетворении от работы, в то время как 17% выразили желание сменить место работы. Особую группу риска составляют выпускники медицинских вузов и колледжей. Ежегодно эти учебные заведения выпускают более 30 тысяч врачей, однако, согласно опросам, 11% студентов еще во время учебы не планируют работать в медицине после окончания вуза, 25% мечтают работать в коммерческих медицинских учреждениях, 22% хотят продолжить свое образование за границей, причем половина из них планирует остаться там работать [33].

Объект исследования - система управления человеческими ресурсами в сфере здравоохранения, предмет исследования - кадровая политика по устранению дефицита медицинских работников в сельской местности Республики Башкортостан.

Цель исследования – проанализировать потребность в медицинских кадрах, выявить существующие проблемы, сформулировать рекомендации по их ликвидации.

Основные задачи исследования:

1. Определить текущие проблемы и необходимость улучшения качества и доступности медицинской помощи в сельских районах Республики Башкортостан.
2. Проанализировать государственную политику, направленную на устранение дефицита медицинских кадров.
3. Оценить текущее состояние медицинских кадров в сельских районах Республики Башкортостан.

4. Проанализировать меры, принимаемые для привлечения и удержания медицинских кадров в сельских районах РБ.
5. Провести экспертное исследование среди студентов выпускных курсов и ординаторов Башкирского государственного медицинского университета, используя анкетирование, чтобы определить основные факторы, стимулирующие трудовую деятельность.
6. Провести экспертное исследование среди иностранных обучающихся с целью выявления у них заинтересованности трудоустройства на территории Российской Федерации.
7. Разработать предложения по улучшению мер, направленных на привлечение медицинских кадров в сельские районы РБ.

**Методология исследования** включает использование метода сравнительного анализа, изучение нормативных актов, проведение анкетирования среди студентов выпускных курсов и ординаторов Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ), а также среди сотрудников медицинских организаций. Анкеты были разработаны специально для данного исследования.

Теоретическая база исследования основана на работах отечественных авторов, таких как С.В. Макаров, Е.А. Тарасенко, В.Н. Филатов, а также зарубежных исследователей - Р. Фаллар, К. Чекленд, М. Вейнен-Мейер.

В качестве эмпирической базы применялись следующие методы исследования:

1. Кабинетные исследования: глубинный анализ федеральных законов РФ, а также региональных законов и постановлений Республики Башкортостан, законодательных и нормативно-правовых актов; анализ официальных данных Федеральной и Региональной службы государственной статистики; анализ кадрового состояния 4 регионов РФ на основе статистических данных.

2. Авторское исследование, проводимое с использованием анкетирования. Всего опрошено 780 респондентов (студенты выпускных курсов и ординаторы Башкирского государственного медицинского университета, в том числе 317 иностранных обучающихся с первого по шестой курс). Республика Башкортостан, март 2023г.- апрель 2024г.

В качестве гипотез данной работы выступают следующие предположения:

Гипотеза 1. Существующая на сегодняшний день практика ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях недостаточно эффективна, так как программы устранения кадрового голода недостаточно проработаны.

Гипотеза 2. Большая часть выпускников медицинских университетов и колледжей не готова начать трудовую деятельность в сельской местности из-за опасения отсутствия возможностей для профессионального роста.

Данная магистерская диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

В начале работы подчеркивается значимость рассматриваемой темы, определена конечная цель и конкретные задачи исследования, обозначаются объект и предмет изучения, описываются теоретические и практические основания, а также методики, применяемые в ходе исследования.

Первая глава посвящена анализу проблемы устранения дефицита медицинских кадров в сельских районах Республики Башкортостан. Рассмотрены теоретические аспекты данной проблемы, изучена государственная и региональная политика, направленная на ликвидацию кадрового дефицита в целях повышения доступности медицинской помощи для сельского населения Республики Башкортостан.

Во второй главе проводится сравнительный анализ мер региональной поддержки на примере Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Удмуртской Республики, Пермского края, уделяется внимание изучению

зарубежного опыта по устранению дефицита медицинских кадров в сельской местности. Рассматриваются аспекты целевого приема в медицинские вузы, федеральные программы: «Земский доктор» и «Земский фельдшер», а также мероприятия по закреплению молодых специалистов, приступивших к работе в сельской местности. Представлены результаты анкетирования, проведенного среди студентов выпускных курсов и ординаторов Башкирского государственного медицинского университета. Цель данной работы – изучить отношение практикующих врачей к проблеме кадрового дефицита, выявить основные стимулирующие рычаги, а также изучить преимущества и недостатки работы в сельских районах республики.

В третьей главе представлены рекомендации, направленные на устранение дефицита медицинских кадров для отдельных групп: абитуриенты, студенты и выпускники медицинских вузов и колледжей, а также предложения по привлечению в медицинские организации сельских районов Республики Башкортостан иностранных обучающихся и выпускников иностранных государств.

В заключительной части магистерской диссертации подведены итоги и проведен анализ результатов проведенной исследовательской работы.

## Глава 1. Анализ проблемы дефицита медицинских кадров в сельской местности Республики Башкортостан.

### 1.1 Социально - демографическая ситуация, актуальные проблемы общественного здравоохранения, вопросы эффективного улучшения качества медицинских услуг в сельских районах Республики Башкортостан.

Качество жизни, её продолжительность, увеличение рождаемости и снижение смертности напрямую зависят от текущего состояния системы здравоохранения.

По информации, предоставленной Федеральной службой государственной статистики, на 1 января 2024 года население Республики Башкортостан составляло 4 038 151 человека [35]. Если рассмотреть динамику изменений с 2015 года, можно заметить постепенное сокращение численности населения. Особенно заметен спад в 2019-2021 годах. Тем не менее, в 2022 году наблюдался небольшой рост, который, однако, сменился снижением с 2023 года, и к началу 2024 года численность населения упала до уровня 2020 года (Рис.1).



Рисунок 1 - Численность населения Республики Башкортостан, тыс.чел.

С 2017 года уровень рождаемости начал отставать от уровня заболеваемости и смертности [31]. Если в 2015 и 2016 годах рождаемость была выше смертности, то в 2017 году эти показатели стали почти равными, и с тех пор тенденция стала отрицательной. Максимальное падение естественного прироста населения произошло в 2021 году (-27 033 человека). К октябрю 2023 года отрицательное значение естественного прироста населения составило -9 696 человек (Рис.2).

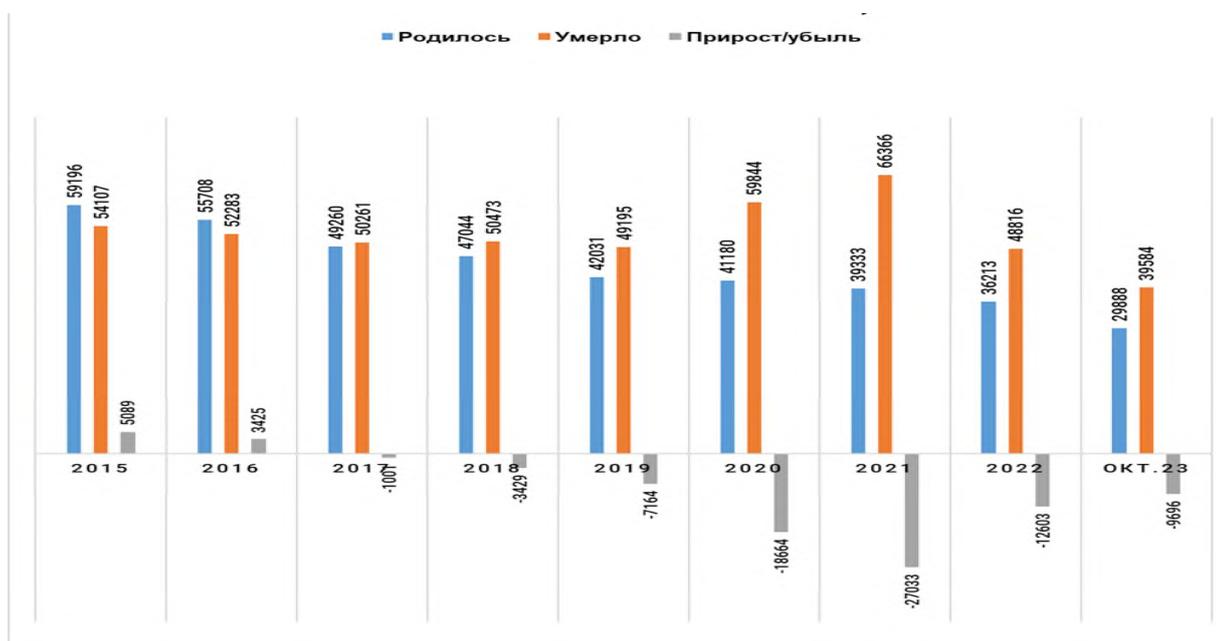


Рисунок 2 - Естественный прирост/убыль населения в Республике Башкортостан, чел.

Несмотря на это, отмечается положительная тенденция в увеличении продолжительности жизни населения [27] (Рис.3). За период с 2015 по 2022 год средняя продолжительность жизни увеличилась на 2,88 лет (с 70,1 до 72,98 лет), у мужчин этот показатель увеличился на 3,45 года (с 64,31 до 67,76 лет), у женщин на 2,22 года (с 76,03 до 78,25 лет).



Рисунок 3 - Продолжительность жизни, лет

Главными причинами смертности населения в Республике Башкортостан (Рис.4) являются заболевания сердечно-сосудистой системы, которые составляют 51% от общего числа случаев, 18% смертей связаны с новообразованиями, 11% случаев приходится на внешние факторы, такие как несчастные случаи, убийства, самоубийства, 10% - с заболеваниями органов дыхания, 8% смертей обусловлены болезнями системы пищеварения, 2% - инфекционными и паразитарными болезнями [36].



Рисунок 4 - Причины смертности населения в Республике Башкортостан

По официальным данным федеральной службы государственной статистики на 01.01.2023г. численность населения РФ составила 146 447 424 человек [35], по официальным данным Башкортостанстат на 01.01.2024г. численность населения Республики Башкортостан составила 4 038 151 человек [Башкортостанстат]. Соотношение городского и сельского населения в Республике Башкортостан составляет 62,3% и 37,7%, в Российской Федерации 74,9% и 25,1%. Это свидетельствует о том, что в Республике Башкортостан по сравнению с Российской Федерацией в целом, ещё довольно высокий процент сельского населения (почти 40%) (Рис.5).

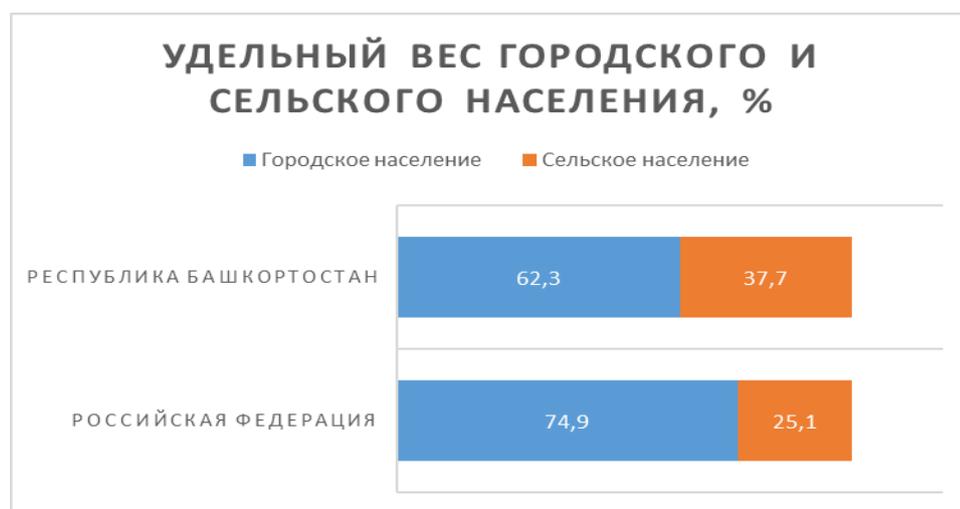


Рисунок 5 - Удельный вес городского и сельского населения, в %

Исследуя данные Всероссийской переписи населения, начиная с 1959 и по 2023 год, представленные на рис.6, можно выделить тенденцию к увеличению городского населения. Все больше людей переезжает из сельской местности в города, стремясь улучшить свои условия жизни, найти более высокооплачиваемую работу и получить качественное образование. Города становятся центрами экономического роста, инноваций и культурной активности.

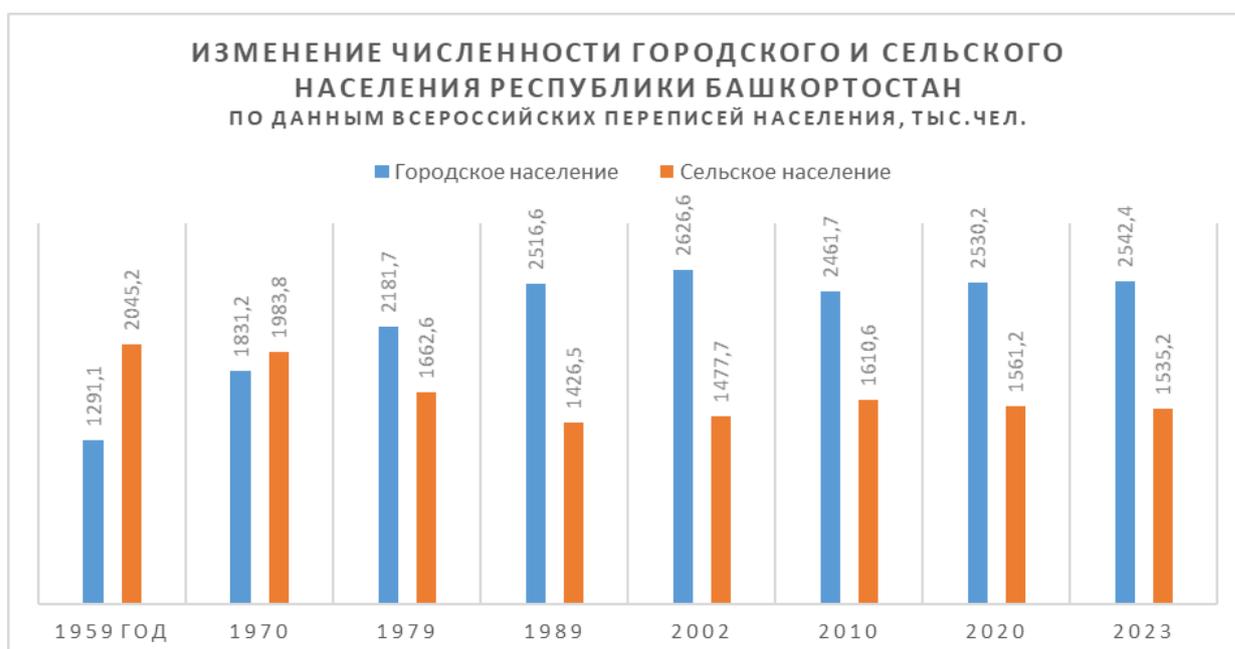


Рисунок 6 - Изменение численности городского и сельского населения Республики Башкортостан, тыс.чел.

Увеличение количества городских жителей связано со следующими факторами:

- 1) Развитие экономики: города предоставляют больше возможностей для трудоустройства и ведения бизнеса, что привлекает людей из сельской местности.
- 2) Улучшение жизненных условий: города, как правило, обладают более развитой инфраструктурой, доступом к образованию, здравоохранению и другим социальным услугам.
- 3) Миграция: люди переселяются в города из-за конфликтов, нищеты или других обстоятельств, связанных с жизнью в сельской местности.

Однако, количество жителей в сельской местности уменьшается. Многие сельские районы сталкиваются с проблемой оттока населения, особенно молодежи, в города. Это негативно сказывается на экономическом развитии и социальных условиях в сельской местности.

Сокращение численности сельского населения обусловлено следующими факторами:

- 1) Ограниченные возможности для трудоустройства и ведения бизнеса: в сельской местности может быть меньше рабочих мест и возможностей для предпринимательства.
- 2) Ограниченный доступ к социальным услугам: некоторые услуги, такие как образование и здравоохранение, могут быть менее доступны в сельской местности.
- 3) Ограниченный выбор культурных и развлекательных мероприятий

Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности включают в себя ряд факторов, таких как недостаточное количество медицинских учреждений, сложность доступа к ним из-за транспортных проблем, особенности расселения и старение населения. Это делает реформы в области здравоохранения в сельской местности более сложными и требующими большего времени по сравнению с городами. Отдаленность от медицинских

учреждений может привести к задержкам в получении медицинской помощи, особенно в случаях хронических заболеваний или экстренных ситуаций [21].

Современная практика диагностики и лечения населения, проживающего в сельской местности, является дорогостоящей как для системы здравоохранения в целом, так и для каждого пациента в отдельности. Одной из основных проблем является нехватка узких специалистов в районных больницах. После обращения пациента к врачу-терапевту и постановки диагноза разрабатывается стратегия лечения. Если требуется уточнение диагноза или корректировка лечения, особенно при тяжелом течении заболевания, врач-терапевт направляет пациента в муниципальный центр для дополнительных обследований. Если требуется высокоспециализированная медицинская помощь, пациент продолжает лечение в республиканском медицинском центре.

В медицинских учреждениях сельских районов часто не хватает современного медицинского оборудования, а уровень подготовки специалистов в сфере здравоохранения в селах обычно ниже, чем в городах. Количество обращений за медицинской помощью со стороны жителей сельских районов обычно меньше, чем в городах, поскольку сельским жителям требуется больше времени и денег, чтобы добраться до медицинского учреждения. Если медицинская организация находится далеко от места жительства, сельские жители реже обращаются за медицинской помощью. Основная часть медицинской помощи оказывается врачами-терапевтами или фельдшерами.

Система оказания медицинской помощи жителям сельских районов включает не только средства обязательного медицинского страхования, которые используются для диагностики и лечения заболеваний, но и личные средства граждан, включая транспортные расходы.

Сельские жители до сих пор испытывают острую необходимость в получении специализированной медицинской помощи. Это во многом связано с тем, что центральные районные больницы не имеют в своем арсенале в достаточном количестве специалистов узкого профиля, таких как хирурги, акушеры-гинекологи, эндокринологи, врачи ультразвуковой диагностики и прочие.

Улучшить показатели системы здравоохранения в сельских районах, сократив разрыв с городскими стандартами, можно, обеспечив кадрами сельские медицинские учреждения, укрепив их материально-техническую базу, внедрив мобильные и дистанционные формы медицинского обслуживания, а также приняв меры по профилактике заболеваний и регулярному прохождению диспансеризации.

Улучшить социально-демографическую ситуацию, а именно: увеличить рождаемость, снизить смертность, продлить продолжительность жизни и одновременно устранить дефицит кадров и оптимизировать работу медицинских организаций, можно путем повышения доступности и качества медицинской помощи.

Доступность медицинской помощи — это сложное понятие, которое включает в себя различные аспекты, связанные с ресурсным обеспечением и возможностями страны. Это включает в себя такие факторы, как наличие квалифицированных кадров, достаточное финансирование, удобство транспортной доступности, право на выбор медицинского учреждения, качество предоставляемых услуг, наличие необходимого технического оборудования и другие. В целом, доступность означает возможность получения необходимой медицинской помощи без препятствий.

Качество медицинской помощи определяется совокупностью характеристик, которые отражают своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения

и реабилитации при оказании медицинской помощи, а также степень достижения желаемого результата [5].

Важность предоставления населению доступной и качественной медицинской помощи подчеркивали в своих научных работах многие исследователи: Стародубов В.И, Коробкова О.К, Гажева А.В., Маев И.В., Купеева И.А.

Одним из ключевых показателей, отражающих эффективность реализации национального проекта «Здравоохранение», является доступность и качество медицинской помощи. Этот проект, паспорт которого был утвержден 24 декабря 2018 года, имеет две основные цели: во-первых, обеспечить стабильный рост численности населения, во-вторых, увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 78 лет к 2024 году и до 80 лет к 2030 году. Общий объем финансирования этого проекта до 2024 года составит 1,726 трлн рублей, из которых 1,4 трлн рублей будут выделены из федерального бюджета.

## **1.2. Стратегия государства в вопросах кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации.**

Целью кадровой политики является «обеспечение оптимального баланса в процессе обновления и воспроизводства кадров в соответствии с потребностями системы здравоохранения на соответствующем уровне и состоянием рынка труда» [15].

Законодательство, регулирующее работу системы здравоохранения, постоянно улучшается и модернизируется.

В современной ситуации правильно проведенная кадровая политика является основой эффективного управления персоналом, которая опирается на анализ текущей ситуации и прогнозирование будущего [19].

Основными законами, регулирующими работу системы здравоохранения в постсоветский период, являются Конституция Российской Федерации [1], а также законы: "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" [6], "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" [7], "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [5]. Эти документы содержат информацию о кадровой политике, методах улучшения медицинской помощи, оказываемой гражданам. Грамотная кадровая политика со стороны государственных органов играет важную роль в функционировании системы здравоохранения.

В тоже время деятельность в области здравоохранения также регулируется ФЗ № 326-ФЗ от 29.11.2010 "Об обязательном медицинском страховании". В рамках этого федерального закона реализуются программы "Земский доктор" и "Земский фельдшер". Закон определяет основные цели, порядок и условия получения материальной помощи медицинскими работниками, которые переехали в сельскую местность для работы.

С самого начала основной акцент в управлении кадрами был сделан на принятии "Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ" в 2002 году [3]. В этой концепции подробно рассматривается содержание кадровой политики в здравоохранении и выделяются основные проблемы:

1. различия в структуре и численности кадров медицинских учреждений и комплекса мероприятий, задач и направлений реформирования системы здравоохранения;
2. несоответствие в структуре медицинского персонала; недостатки в нормативно-правовой базе развития кадров в профессиональном плане;
3. недостаточный уровень подготовки специалистов медицинского профиля для нужд практического здравоохранения, а также отсутствие научно-обоснованных методов планирования медицинских кадров в лечебных учреждениях;
4. отсутствие у врачей заинтересованности в достижении пациентами ожидаемых результатов лечения.

Концептуальная основа была сформирована на основе положений Конституции РФ, федеральных законов и других нормативных документов. Был изучен и применен отечественный и зарубежный опыт, а также положительный опыт предыдущих преобразований.

В Концепции выявлены ключевые проблемы в управлении кадровым ресурсом: низкая заработная плата, отсутствие престижа профессии, недостаточная социальная защита, несовершенство системы непрерывного обучения, снижение качества преподавания, качество подготовки руководящих кадров в здравоохранении требует улучшения, также отмечается низкий уровень профессионализма.

Одним из ключевых направлений государственной политики в области здравоохранения является повышение качества и доступности медицинской

помощи, что тесно связано с эффективным осуществлением кадровой политики в сфере здравоохранения [14].

Для решения проблем кадрового обеспечения в здравоохранении на федеральном и региональном уровнях внедрен Национальный проект «Здоровье», в рамках которого проводится работа по совершенствованию нормативно-правовой базы.

Для стабилизации и достижения качественных изменений показателя обеспеченности медицинскими кадрами необходимо наряду с использованием уже имеющегося опыта, искать новые эффективные способы решения всё еще актуальной на сегодняшний день проблемы нехватки кадров.

Для успешного проведения кадровой политики следует решить следующие задачи:

1. При планировании кадрового резерва необходимо учитывать потребности системы здравоохранения в целом и эффективно распределять кадровые ресурсы по регионам.
2. Повысить уровень профессиональной подготовки специалистов через реформирование системы непрерывного образования и улучшение образовательных стандартов.
3. Улучшить качество жизни специалистов в области здравоохранения путем совершенствования системы оплаты труда и с учетом сложности выполняемой работы.
4. Обеспечить правовую и социальную защиту медицинских работников, а также эффективную охрану труда.
5. Модернизировать кадровую службу медицинских организаций, применяя современные принципы и методы управления.

### **1.3 Федеральная и региональная политика по ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении, для улучшения качества медицинских услуг жителей сельской местности Республики Башкортостан.**

Сохранение здоровья граждан является приоритетом для любого государства, поэтому эта область строго контролируется властями. Политика государства представляет собой набор целей и задач, разрабатываемых совместно с общественными организациями.

Ключевыми целями государственной политики являются решение существующих проблем в определенной области и достижение стратегически значимых целей, которые определяют направление развития государства и общества в целом [24]. При выполнении задач в разных сферах государство опирается на свои ресурсы (экономические, административные).

Что касается сферы здравоохранения основами государственной политики являются следующие положения:

Основные принципы государственной политики в области здравоохранения включают следующее:

1. Здоровье населения признается ключевым элементом укрепления национальной безопасности.
2. Финансирование здравоохранения является приоритетным направлением.
3. Граждане Российской Федерации должны иметь гарантированный доступ к высококачественной медицинской помощи.
4. Интересы граждан и государства в сфере здравоохранения совпадают и направлены на их реализацию.
5. Если гражданин теряет работоспособность, государство берет на себя обязательства по его социальной защите.

б. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается путем профилактики заболеваний.

Вопросы улучшения и обновления сферы здравоохранения остаются актуальными [25].

В настоящее время в России проводятся различные мероприятия под контролем государства для устранения нехватки медицинских кадров в сельских и отдаленных районах на федеральном, региональном и муниципальном уровнях [18]. Анализ этих мер необходим для оценки их экономической и практической эффективности, а также уровня удовлетворенности ими со стороны медицинских организаций.

Один из ключевых принципов предоставления медицинской помощи населению - это единство и последовательность. Однако, так как этот принцип не всегда соблюдается в полной мере, проблема доступа сельских жителей к медицинским услугам остается актуальной [20].

В документе, подготовленном авторитетной международной организацией, занимающейся вопросами здравоохранения, определены ключевые векторы работы по предоставлению медицинской поддержки обитателям удаленных территорий:

- преобразования в социальной сфере, ориентированные на обеспечение всеобщего доступа к качественным медицинским услугам;
- изменения в системе здравоохранения, учитывающие пожелания и потребности людей, с целью увеличения социальной ценности медицинских услуг;
- преобразования, сочетающие первичную медицинскую помощь и некоторые виды деятельности в области общественного здравоохранения.

Согласно закону ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», государство обязано обеспечивать своим гражданам охрану жизни и здоровья вне зависимости от места жительства последних и других различных факторов [26].

Защита здоровья граждан включает в себя качество и доступность медицинских услуг, государственные гарантии и запрет на отказ в медицинской помощи. Интересы пациентов и социальная защита в случае потери трудоспособности являются приоритетными.

При рассмотрении данного вопроса нужно принимать во внимание множество разнообразных факторов, включая: уровень жизни, плотность населения, состояние транспортной инфраструктуры, географическую разрозненность населенных пунктов, социально-экономические проблемы, а также специфические медицинские аспекты, такие как квалификация и профессионализм медицинского персонала, материально-техническое оснащение медицинских учреждений и многое другое [17].

При предоставлении медицинской помощи жителям сельских районов важно соблюдать последовательность действий.

На первом этапе гражданин получает первичную помощь в фельдшерско-акушерском пункте — структурном подразделении лечебно-профилактического учреждения, осуществляющем доврачебную первичную медико-санитарную помощь.

Далее следует этап центральных районных больниц, которые предлагают специализированные медицинские услуги.

На последнем, третьем этапе медицинская помощь оказывается региональными учреждениями здравоохранения: городскими и республиканскими больницами. Здесь гражданину предоставляют высокотехнологичную, специализированную помощь широкого спектра [22].

В последние годы ведется активная работа по решению проблем и поиску путей устранения нехватки медицинских кадров. В рамках Национального проекта «Здравоохранение» осуществляется Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», главная цель которого - ликвидировать кадровый дефицит. С 2012 года действует федеральная программа «Земский доктор», а с 2015 года - региональная программа «Земский фельдшер», цель которых - привлечь кадры в медицинские организации сельской местности [4]. В рамках этих программ предусмотрено предоставление единовременного подъемного пособия в размере 1 миллиона рублей врачам и 500 тысяч рублей среднему медицинскому персоналу для приобретения или строительства собственного жилья. Для получения компенсации специалист должен подписать договор, согласно которому он обязуется работать в сельской местности не менее 5 лет.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования" с 1 января 2023 г. установлены специальные социальные выплаты следующим категориям медицинских работников:

а) врачи центральных районных, районных и участковых больниц - 18500 рублей;

б) врачи, к которым обращаются граждане по поводу заболеваний с профилактической целью, работающие в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу - 14500 рублей;

в) врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, осуществляющие гистологические и цитологические исследования - 11500 рублей;

г) врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи - 11500 рублей;

д) специалисты со средним медицинским образованием центральных районных, районных и участковых больниц - 8000 рублей;

е) специалисты со средним медицинским образованием, работающие с врачами, а также оказывающие первичную медико-санитарную помощь по поводу заболеваний, включая проведение исследований, по территориально-участковому принципу прикрепленному населению и (или) осуществляющие диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию - 6500 рублей;

ж) фельдшеры и медицинские сестры станций (отделений) скорой медицинской помощи - 7000 рублей;

з) младший медицинский персонал центральных районных, районных и участковых больниц - 4500 рублей. [9]

21 марта 2024 года на официальном сайте Правительства России было размещено постановление № 343 от 20 марта 2024 года, которое предусматривает увеличение ежемесячных социальных выплат для медицинских работников. Уже с 1 марта 2024 года сотрудники здравоохранения начали получать дополнительные выплаты к своей зарплате. Инициатива о повышении материального обеспечения сотрудников лечебных учреждений, расположенных в малонаселенных местностях, принадлежит Президенту Российской Федерации, который поручил Правительству рассмотреть данный вопрос.

Согласно постановлению, для врачей районных и участковых больниц, поликлиник и других медицинских учреждений первичного звена, расположенных в населенных пунктах, где проживает не более 50 тыс. человек

размер социальной выплаты будет увеличен до 50 тыс. рублей, для среднего медицинского персонала до 30 тыс. рублей.

Для врачей, которые работают в населенных пунктах, где проживают от 50 до 100 тыс. человек, выплата составит 29 тыс. рублей. Для среднего медицинского персонала 13 тыс. рублей (Табл.1).

Согласно новому Постановлению, доходы более 200 тысяч медицинских работников улучшатся. Программа специальных социальных выплат для определенных категорий сотрудников больниц и поликлиник началась в 2023 году, а в 2024 году суммы были увеличены [37].

Табл.1

**Размер социальной доплаты в зависимости от численности  
населенного пункта.**

Лечебное заведение	Численность жителей в населенном пункте (чел.)	Соц. доплата врачам (руб.)	Соц. доплата среднему медперсоналу (руб.)
РБ, ЦРБ, МСЧ	От 100 000	До 18 500	До 8 000
РБ, ЦРБ, МСЧ	50 000 – 100 000	До 29 500	До 13 000
РБ, ЦРБ, МСЧ	Менее 50 000	До 50 000	До 30 000

В Республике Башкортостан, в соответствии с Постановлением правительства от 15 декабря 2020 года № 762, была утверждена региональная программа "Модернизация первичного звена здравоохранения Республики Башкортостан". Основной целью программы являются: доступность и качество первичной медико-санитарной помощи, приоритет интересов пациента и соблюдение его прав, а также важность профилактики.

Финансовые параметры реализации региональной программы: общий бюджет составляет 18834944,0 тыс. рублей, из которых:

- средства федерального бюджета - 14111788,9 тыс. рублей;

- средства бюджета Республики Башкортостан - 3354890,6 тыс. рублей».

Сроки реализации данной программы 2021-2025г.

[38]

Согласно Постановлению Правительства Республики Башкортостан от 6 мая 2020 года N 285 «О предоставлении мер государственной поддержки врачам дефицитных специальностей при приеме на работу в медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Башкортостан», врачи дефицитных специальностей при приеме на работу будут получать по 1 миллиону рублей.

Врачи дефицитных специальностей в государственных медицинских учреждениях республики могут рассчитывать на получение единовременной выплаты в размере одного миллиона рублей. Ответственность за реализацию этой программы возложена на региональное министерство здравоохранения.

В список дефицитных специальностей вошли шестнадцать медицинских профессий, включая врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, детского кардиолога, детского онколога, детского уролога-андролога, детского хирурга, детского эндокринолога, нейрохирурга, неонатолога, онколога, офтальмолога, детского психиатра, детского стоматолога, травматолога-ортопеда, врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, врача скорой медицинской помощи.

Согласно условиям этой программы, врач обязан будет проработать в медицинском учреждении не менее пяти лет, что будет отражено в его трудовом договоре. Если же медицинский работник решит расторгнуть договор, то полученные средства должны быть возвращены в бюджет.

С 2023 года в Башкирии стартовала новая программа «Врачи для малых медицинских организаций», в рамках которой молодые специалисты могут получить три миллиона рублей, если после получения диплома приступят к

работе в населенных пунктах численностью не более 25 тысяч человек. Этому критерию в республике соответствуют 24 центральные районные больницы. В программе могут участвовать терапевты, педиатры, врачи общей практики, отучившиеся не по целевым направлениям. Заинтересованные лица должны впервые участвовать в программах господдержки. Заключивший договор врач, должен отработать по выбранной специальности непрерывно в течение пяти лет с момента заключения договора. Три миллиона будут выплачивать не единовременно, а в течение трех лет по миллиону рублей.

«В случае увольнения до истечения пятилетнего срока, работник обязан вернуть в бюджет республики часть компенсационной выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду» [10].

Выводы по главе 1.

Современная система здравоохранения во многом определяется качеством и доступностью медицинской помощи, а также обеспеченностью медицинскими специалистами. Оценка состояния здравоохранения может быть проведена на основе демографических показателей, таких как рождаемость, продолжительность жизни, уровень заболеваемости и смертности населения.

Для эффективной работы системы здравоохранения важно уделить внимание вопросам кадровой политики, особенно в контексте дефицита медицинских кадров. Причинами этой проблемы являются низкий уровень заработной платы, высокая нагрузка, большая ответственность и другие факторы.

Регулирование деятельности в области здравоохранения осуществляется на основе постоянно совершенствующейся правовой базы. В настоящее время ключевыми законами являются Конституция РФ, Федеральный закон "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" (ред. от 18.10.2007), Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об

обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Федеральный закон РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Эти законы уделяют внимание качеству и доступности медицинской помощи, а также механизмам реализации эффективных мер в области здравоохранения.

Уровень здоровья населения является важнейшим экономическим ресурсом для страны, поэтому совершенствование сферы здравоохранения и системы управления ею является актуальной задачей.

## **Глава 2. Существующие методы ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении Республики Башкортостан, регионах Российской Федерации, зарубежный опыт.**

### **2.1. Кадровая политика в здравоохранении и сравнительный анализ по предоставлению мер социальной поддержки на примере Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Удмуртской Республики и Пермского края**

Проблема нехватки медицинских кадров в сельских и отдаленных районах продолжает оставаться актуальной для всех регионов России.

Для иллюстрации были выбраны 4 региона, каждый из которых применяет свой индивидуальный набор мер в области управления медицинскими кадрами.

В настоящее время вопрос увеличения доступности и качества медицинской помощи для жителей сельских и отдаленных районов продолжает быть весьма значимым.

Для выявления основных направлений мероприятий, проводимых в разных регионах, мы сгруппировали их на основе показателей, характеризующих нагрузку на медицинских работников [30].

В рамках проведенного исследования были рассмотрены следующие регионы: Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Удмуртская Республика и Пермский край (Таб.2).

**Основные показатели нагрузки на работников сферы  
здравоохранения регионов РФ за 2023 год**

Регионы	Численность врачей (человек на 10 тыс. населения)	Нагрузка на одного врача, чел.	Численность средних медицинских работников, (человек на 10 тыс. населения)	Нагрузка на одного среднего медицинского работника, чел.
Республика Башкортостан	38,9	257	96	104,2
Республика Татарстан	35,4	282,5	94,8	105,5
Удмуртская Республика	47,1	212,3	95,7	104,5
Пермский край	39,4	253,8	81,7	122,4

Группировка была проведена на основе следующих критериев. Нагрузка на одного врача: высокая - более 230 пациентов, низкая - менее 230 пациентов. Нагрузка на одного представителя среднего медицинского персонала: высокая - более 95 пациентов, низкая - менее 95 пациентов. В результате анализа данных можно выделить 4 основных типа регионов.

I тип - регионы с высокими показателями численности населения, приходящейся и на одного врача, и на одного сотрудника среднего медицинского персонала. Это указывает на недостаточно развитую сферу здравоохранения в регионе, где здравоохранение сосредоточено в региональных центрах и слабо развито в периферийных районах. Эти регионы

нуждаются в увеличении как врачебного, так и среднего медицинского персонала.

II тип - регионы, характеризующиеся высоким показателем численности населения на одного врача, но низкой численностью населения на одного работника среднего медицинского персонала. В них отмечается большой удельный вес сельского населения и преобладание среднего медицинского персонала. Сюда необходимо привлекать дополнительный врачебный персонал.

III тип отличается низкой нагрузкой на одного врача и высокой на одного сотрудника среднего медицинского персонала. В таких регионах необходимо внедрить комплекс мероприятий, направленных на привлечение и закрепление среднего медицинского персонала.

IV тип характеризуется низким показателем численности населения на одного врача и на одного сотрудника среднего медицинского персонала. В таких регионах следует перераспределить количество врачебных кадров из городов в сельскую местность.

Исследование динамики численности врачей и среднего медицинского персонала показало, что в трех регионах не наблюдается значительного увеличения этих показателей. В некоторых случаях отмечается снижение или незначительный рост около 1-2%, либо стабильное состояние. Аналогичная ситуация наблюдается и при анализе динамики нагрузки на одного врача и на одного сотрудника среднего медицинского персонала. Здесь также отмечается стабильное значение показателя или его незначительное снижение на уровне 2-3%. Исключением является Республика Удмуртия, где наблюдается стабильный рост численности врачей на 10 тыс. населения, что приводит к снижению показателя нагрузки на одного врача. (см. Приложение 1)

При анализе и сравнении мер социальной поддержки в четырех регионах можно заметить, что все они используют схожие методы для решения проблемы нехватки кадров.

### Меры социальной поддержки молодым специалистам в Республике Башкортостан.

Несмотря на то, что целью нашего исследования является изучение проблемы устранения дефицита медицинских кадров в сельской местности, нам было интересно, какие меры социальной поддержки региональные власти предпринимают в городах и какие в конкретных медицинских организациях для привлечения молодых специалистов.

Так в городской клинической больнице №8 г. Уфа начинающим специалистам, которые только начинают свою карьеру после окончания учебного заведения, предусмотрены дополнительные меры поддержки в течение первых трех лет работы надбавка в размере до 20% к окладу, осуществляется единовременная выплата для врачей дефицитных специальностей (реализация Постановления Правительства РБ от 6 мая 2020 года N 285) в размере 1 000 000 руб. – эта мера реализуется во всех медицинских организациях республики.

Поликлиника 46 г.Уфа предлагает молодым специалистам следующие меры социальной поддержки:

- соблюдение всех социальных гарантий
- надбавка молодым специалистам в размере 5%, надбавка за стаж работы в медицинских учреждениях, увеличивающий коэффициент к окладной части за уровень профессионализма
- дополнительные выплаты в размере 10 000 рублей врачам-терапевтам, ведущим приём на участке, и 5 000 рублей медицинским сёстрам, работающим на том же участке
- возможность прохождения обучения, тренингов за счет средств учреждения

- ходатайство в администрацию района о внеочередном предоставлении мест в дошкольные учреждения

- членам первичной профсоюзной организации: бесплатные билеты детям на новогодние представления, скидки в театр, кино.

В г. Салават (147 296 жителей):

1. Врачам предоставляется ежемесячная компенсация за съем жилья (до 10.000 тыс. рублей).

2. Разработана программа социальных выплат для студентов 5-6 курсов высших учебных заведений Министерства здравоохранения Российской Федерации, которая предусматривает стипендию в размере 10 000 рублей.

3. Администрацией городского округа город Салават и благотворительным фондом «Юрматы» была разработана программа, направленная на привлечение молодых специалистов в первичное звено городской больницы. Постановлением Администрации городского округа город Салават Республики Башкортостан от 08.08.2019 г. № 2236-п было утверждено положение о выплате надбавки к заработной плате молодым специалистам в учреждениях здравоохранения и медицинских организациях городского округа город Салават РБ. В рамках программы «Охрана здоровья населения городского округа город Салават РБ» на 2019-2024 годы была утверждена надбавка к заработной плате в размере 28 тыс. рублей в месяц на протяжении 3 лет.

4. Врачам предоставляется детский сад для ребенка без очереди.

5. Надбавка молодым специалистам в размере 10%.

Город Мелеуз (55 676 жителей):

1. Выплата денежных средств ежемесячно в течение первых трех лет работы в размере 80% к окладу.

2. Предоставление жилья.

3. Компенсация коммунальных расходов найма жилого помещения.

4. Возможность профессиональной переподготовки по врачебным специальностям.

В г. Октябрьский (116 282 жителей):

1. Предоставляется возможность проживания в служебном жилом помещении на время работы в учреждении.

2. Возмещение затрат на аренду жилья в размере 8000 рублей, если нет свободного жилого помещения.

3. Студентам медицинских вузов, обучающимся по программе специалитета, предоставляются следующие льготы:

- компенсация 50% стоимости обучения на 5 и 6 курсах при платном обучении;
- студентам, обучающимся по программе ординатуры:
- компенсация полной стоимости обучения по программе ординатуры при платном обучении;
- ежемесячная выплата в размере 5000 рублей для студентов, обучающихся на бюджетной основе.

Социальная поддержка в сельской местности Республики Башкортостан.

Минздрав РБ начал реализацию новой региональной программы, которая позволит привлечь высококвалифицированные кадры в небольшие медицинские учреждения [10]. Так, специалисты в качестве компенсационной выплаты смогут получить 3 млн. рублей при устройстве на работу в медицинскую организацию, к которой прикреплено не более 25 тысяч человек.

На денежную выплату по новой программе могут рассчитывать терапевты и педиатры (в том числе участковые), а также врачи общей практики. Для того чтобы получить компенсацию, необходимо соответствовать определенным критериям, таким как наличие российского гражданства и отсутствие невыполненных обязательств по договору о целевом обучении. Также компенсационные выплаты положены тем медикам, кто ранее не реализовал свое право на пособие от Минздрава Башкирии. Денежные средства будут выплачиваться в течение трех лет с момента

заключения договора. Врач, заключивший договор на выплату, должен отработать в медучреждении непрерывно в течение пяти лет с момента заключения договора.

Архангельская ЦРБ (16 847 жителей):

1. Компенсация расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг;
2. Предоставление жилых помещений по договору социального найма. Предоставляются благоустроенные квартиры в многоквартирном доме в центре с.Архангельское.;
3. Доступ к программе «Земский доктор», «Земский фельдшер» с возможностью получения единовременных компенсационных выплат: 1,5 млн рублей для врачей и 750 тыс. рублей для фельдшеров.
4. Выплаты в размере 25% от оклада за работу в сельской местности;
5. Выплаты в размере 5% молодым специалистам.
6. Ежемесячные выплаты по Постановлению Правительства № 2568 от 31.12.2022 г. врачам, среднему медицинскому персоналу.
7. Выплаты по Постановлению Правительства № 44 от 06.02.2023 года в размере 3 млн рублей для врачей определенных специальностей: «врач-терапевт», «врач-терапевт участковый», «врач-педиатр», «врач-педиатр участковый» и «врач общей практики».
8. Предоставление внеочередных мест в детские дошкольные учреждения.
9. Возможность участия в жилищных программах района.

Меры социальной поддержки молодым специалистам в Республике Татарстан.

Студенты и ординаторы медицинских вузов, обучающиеся по договорам о целевом обучении, получают ежемесячную стипендию в размере 5 000 рублей [11].

Город (КАЗАНЬ 1 314 685 чел.)

С 2020 года по решению Президента РТ Рустама Минниханова медицинским работникам по целевой квоте ежегодно выделяется по 100 квартир в строящихся соципотечных домах от Госжилфонда.

В январе 2023 года в микрорайоне М-14 Казани был торжественно заселен 255-квартирный соципотечный дом по улице Белые Росы, 15. 96 квартир в нем получили врачи из различных медицинских учреждений столицы республики.

Только в 2022 году в Татарстане в рамках программы соципотеки квартиры от Госжилфонда получили 439 врачей. Из них 102 врачам была оказана дополнительная поддержка от Правительства РТ в виде целевого жилищного гранта.

Эти гранты выдаются врачам с 2014 года также по решению Президента РТ. Они помогают привлекать в города и районы республики высококвалифицированных медицинских работников, а также повышать доступность медицинской помощи на местах.

В 2023 году размер Гранта правительства РТ составляет 1 миллион рублей, с правом приобретения собственного жилья.

Социальная поддержка в сельской местности Татарстана.

- 1) Участие в программах «Земский доктор», «Земский фельдшер» с выплатами: 1,5 млн рублей врачам и 750 тыс. рублей фельдшерам.
- 2) Предоставление Гранта правительства РТ в размере 1 миллион рублей, с правом приобретения собственного жилья.
- 3) 200 тыс. рублей за рождение ребенка.
- 4) «Подъемные» молодым специалистам.
- 5) Средняя заработная плата врачей 78 тыс. рублей.
- 6) Ежемесячное премирование врачебного персонала. Годовая премия.
- 7) Система наставничества. Работа Совета молодых специалистов.

8) Возможность переобучения и получения новой специальности. Карьерный рост.

9) Приоритетность в получении мест в детских садах и школах.

10) Предоставление профсоюзной организацией путевок на оздоровление сотрудников и летние лагеря для детей сотрудников.

#### Меры социальной поддержки молодым специалистам в Удмуртской Республике.

Город (для всех городов Удмуртии)

1. Субсидирование процентной ставки по ипотеке для тех, кто приехал из других регионов и компенсация арендного жилья, в том числе служебное жилье, чтобы человек семь лет отработал, а потом мог приватизировать это жилье.

Город Камбарка (10 112 жителей)

1. Предоставляется благоустроенная квартира.

2. Действует программа "Земский доктор".

Меры социальной поддержки в сельской местности Удмуртской республики.

1. Компенсация оплаты коммунальных услуг и платы за жилье;

2. Программа «Земский доктор» и "Земский фельдшер" предусматривает единовременные выплаты, которые учитывают региональные районные коэффициенты.

3. Соблюдение всех социальных гарантий.

#### Пермский край.

С 2022 года на территории Пермского края реализуется программа «Медицинские кадры Прикамья», утвержденная постановлением Правительства Пермского края от 20.04.2022 г. № 326-п., предусматривающая предоставление мер поддержки медицинским работникам – предоставление единовременных компенсационных выплат и компенсацию затрат на аренду жилого помещения.

По итогам 2022 года единовременные компенсационные выплаты были предоставлены врачам и фельдшерам в размере от 1 до 2 млн. рублей (общий объем выплаченных средств составил 160 млн. рублей) [12].

Согласно Постановлению Правительства Пермского края от 10.05.2018 г. № 249-п, в Пермском крае в 2023 году продолжает действовать программа «Земский доктор/Земский фельдшер», которая предусматривает предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим на работу в сельские населенные пункты, рабочие поселки, поселки городского типа или города с населением до 50 тыс. человек.

Таблица 3

**Мероприятия, проводимые в субъектах выборки**

Регионы	Программы							Софинансирование обучения (*)
	Целевой прием	«Земский доктор»	«Земский фельдшер»	Единовременные выплаты	Повышение квалификации	Компенсация жилья	Социальные льготы	
Республика Башкортостан	+	+	+	+	+	+	+	+
Республика Татарстан	+	+	+	+	+	+	+	+
Удмуртская Республика	+	+	+	+	+	+	+	-
Пермский край	+	+	+	+	+	+	+	+

В таблице 3 представлены мероприятия, проводимые в субъектах выборки. \*Программы софинансирования, при их наличии, могут отличаться, как размером финансирования, так и категориями обучающихся, а также сроком начала действия программы и условиями выполнения обязательств.

Так, в Республике Башкортостан, они работают не повсеместно, но во многих муниципальных образованиях, таких как г. Октябрьский, о чём сообщалось ранее, г. Салават, где студентам 5-6 курсов выплачивается стипендия по 10 000 рублей в месяц, при условии, что они после завершения

обучения в университете приедут в г. Салават и отработают в больнице в течение 1 года. Средства на выплату стипендий выделяются из муниципального бюджета, составляется четырехсторонний договор, участниками которого являются: обучающийся, образовательная организация, администрация города Салават и городская больница города Салават.

В Пермском крае такая программа начнет функционировать с 2024 года: Студенты 4-6 курсов ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера смогут завершить обучение за счет средств краевого бюджета.

Возместить затраты смогут учащиеся на контрактной основе при условии заключения целевого договора с краевым Минздравом. На эти цели вузу с 2024 по 2026 год выделяют субсидию на общую сумму 18,3 млн рублей: 3,5 млн в 2024 году и по 7,4 млн — в 2025-26 [39].

Мероприятия, проводимые в рассматриваемых регионах России с целью устранения нехватки медицинских кадров в сельских и отдаленных районах, уже демонстрируют положительные результаты. Необходимо усовершенствовать методы работы в этих регионах для привлечения и удержания специалистов, изучить успешный опыт соседних регионов и применить его на практике.

## **2.2. Изучение зарубежного опыта по устранению дефицита медицинских кадров в сельской местности.**

Проблема нехватки медицинских кадров актуальна не только для России, но и для всего мира. Всемирная организация здравоохранения отмечает дефицит врачей, особенно в сельских и отдаленных районах. Это важно для здоровья населения. Причинами нехватки врачей являются старение населения и рост его численности, а также новые проблемы со здоровьем. Раньше общая практика была популярным выбором профессии для студентов-медиков, но сейчас она стала менее популярной, чем работа в стационарах. У медицинских специалистов часто возникает выгорание и стресс из-за большой нагрузки. В результате, многие врачи хотят оставить работу с пациентами в ближайшие пять лет. Некоторые развитые страны пытались решить эту проблему, набирая выпускников из других стран, но этот подход не решает все проблемы с нехваткой врачей. [49, 62, 56, 44, 46, 51, 48]

Существуют международные подходы к решению проблемы нехватки врачей в первичном звене здравоохранения. В Англии был выделен бюджет в размере 10 миллионов фунтов стерлингов для реализации стратегического плана по увеличению числа медицинских кадров. Этот план включал в себя три основных направления: набор, сохранение и поддержка врачей. Были предприняты маркетинговые меры для привлечения персонала, проведены тренинги для стажеров, а также предложены стимулы для опытных врачей продолжать свою карьеру. Рассматривались и инновационные подходы к распределению рабочей нагрузки, включая использование врачей других специальностей и медицинских сестер. [45, 54, 60, 55]

Существуют и другие подходы к решению проблемы нехватки медицинских кадров, изучение которых является целью данной работы. Вот некоторые из них.

В Соединенных Штатах Америки было проведено множество исследований в данной области, включая следующие организационные технологии:

1. Погашение ссуды: до 50 000 долларов США для погашения студенческих ссуд медицинских работников выдается в обмен на двухлетнее обязательство работать в районе с высокими потребностями во врачах.

2. Выплата стипендий, оплата за обучение, покрытие других расходов на образование в обмен на обязательство отработать не менее 2-х лет в предлагаемой организации, в которой имеется нехватка врачей. Стипендия может быть присуждена на срок до 4 лет. Погашение ссуды по программе «Учащиеся для работы» студентам-медикам в последнем учебном году до 120 000 долларов США в обмен на обязательство оказывать первичную медико-санитарную помощь полный рабочий день в течение по крайней мере 3 лет. Изучение эффективности данных технологий показало, что 82% участников программы продолжали практиковать в краткосрочной перспективе, а 55 % врачей продолжали практиковать в той же местности не менее 10 лет после завершения их обязательств по отработке.

1991 года в Западной Вирджинии действуют программы финансового стимулирования, аналогичные представленным:

1. Программа общественных стипендий (средняя стипендия составляет 42 500 долларов США для учащихся из территорий, где не хватает медицинских работников, которые обязуются вернуться и отработать 1 год за каждый год, в течение которого они получали финансовую поддержку).

2. Программа стипендий для студентов-медиков четвертого курса, которым предлагается единовременное вознаграждение в размере 20 000 долларов США за работу в течение минимум 2 лет в районе, где не хватает врачебных кадров.

3. Общественный проект по набору и сохранению врачей на территориях: для медицинских работников доступно до 20 000 долларов в год на срок до 6 лет (один год работы за каждый год финансирования).

4. Государственная программа погашения кредитов для врачей с максимальной суммой в 40 000 долларов за 2 года работы (может быть продлена еще на 2 года при возмещении кредитов по 25 000 долларов в год). Оценка эффективности этой программы показала, что только 42% врачей прекратили свою практику, в то время как в других сельских районах, где эта программа не работала, процент "отказников" был значительно выше - 82% группы сравнения.

Программы, предоставляющие финансирование студентам-медикам и аспирантам, обучающимся по специальностям, где наблюдается нехватка врачей, существуют под управлением Мемориального университета Ньюфаундленда. Участники этих программ обязуются отработать определенный срок в Ньюфаундленде в обмен на полученные средства. Анализ показал, что только 19% выпускников, прошедших через эти программы, покинули работу в сельских районах, в то время как среди других выпускников этот показатель составил 42%.

Летние программы для студентов второго курса предлагают обучение в сельской местности. Участвующие больницы или клиники спонсируют студентов и предоставляют им стипендию в размере от 1000 до 2000 долларов США. Цель программы - расширение знаний о сельской медицине и улучшение клинических навыков. 57,4% студентов, участвовавших в программе, выбрали сельскую местность в качестве своего первого места работы.

В США для поддержки медицинских работников применяются финансовые стимулы, включающие прямые (заработная плата, компенсация оплаты за обучение) и косвенные (например, "подъемные" - двойная зарплата,

компенсация проезда к месту работы, служебный автомобиль) меры. К социальным мерам относятся возможность постоянного профессионального развития, увеличение отпуска. [50] Внешние стимулы включают стажировку в медицинской школе. 58% участников программы остались в сельской местности на максимальный срок - 6 лет.

С 1988 года в Австралии действует программа Cadetship, которая предоставляет стипендии студентам-медикам из штата Новый Южный Уэльс в течение последних двух лет обучения. После окончания программы 77% врачей общей практики продолжают работать в сельской местности.

В Японии существует программа, которая требует от выпускников медицинских университетов отработать 9 обязательных лет, из которых 6 лет они должны работать исключительно в сельской местности в своей префектуре. Взамен, участники этой программы освобождаются от оплаты за обучение на медицинском факультете.

Изученные зарубежные программы, направленные на обеспечение медицинскими кадрами сельских районов, можно разделить на несколько групп: временное удержание врачей в сельской местности, повторный прием врачей в сельскую местность, поддержка профессионального развития или исследований, использование профессиональных рекрутеров, набор студентов из сельских районов, обучение студентов или ординаторов из сельской местности, маркетинговые программы, прием на работу выпускников из-за рубежа, финансовые стимулы. [59]



Наиболее убедительные доказательства эффективности были связаны с финансовыми стимулами. А именно, финансовые стимулы в обмен на обязательство работать в сельской местности. Исследование пяти программ, использующих финансовые стимулы, показало, что процент врачей, продолживших работу в сельской местности, был статистически значимо выше среди участников программ, чем среди врачей, не имеющих обязательств по отработке в районах с дефицитом кадров [57]. В ряде программ у врачей было в 3,2 раза меньше шансов покинуть сельские территории с дефицитом врачебных кадров, если они отрабатывали полученное финансирование во время обучения в медицинском вузе или во время обучения в аспирантуре [53].

Набор студентов из сельских районов также показал свою эффективность. [58].

Международный рекрутинг. Исследования показали, что большинство врачей, набранных из-за рубежа, не остались работать в сельской местности

(73%) или не отработали необходимый обязательный период времени (30%) [47].

Стажировка студентов в сельской местности показала, что больший процент выпускников, прошедших обучение или практику в сельской местности, продолжили там работу по сравнению с теми, кто не имел такого опыта (26% против 7%) [16].

### **2.3. Задачи, возможности и варианты развития целевого приема в медицинские вузы.**

Целевое обучение в медицинских образовательных учреждениях направлено на привлечение студентов непосредственно после окончания обучения в сельскую местность.

Программа целевого обучения предоставляет абитуриентам возможность бесплатного обучения в медицинском вузе или колледже по направлению в рамках договора с будущим работодателем. В рамках этой программы абитуриенты могут поступить и обучаться по программам бакалавриата, специалитета или ординатуры, с последующим трудоустройством в государственные учреждения здравоохранения согласно договору. Абитуриент заключает договор о целевом обучении с федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем. Обучение абитуриента оплачивается из средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации или местного бюджета. В свою очередь, обучающийся обязуется отработать в указанном учреждении не менее трех лет и несет ответственность в случае невыполнения договора [13].

Для того, чтобы абитуриент мог претендовать на обучение по целевому направлению, он должен соответствовать определенным критериям: иметь документ, подтверждающий окончание среднего образования, обучаться на бюджетной основе впервые и набрать наибольшее количество баллов среди всех претендентов на целевое место [8].

Для привлечения студентов к работе в сельской местности и небольших городах после окончания обучения используются программы софинансирования образования. Эти программы, как и программы целевого

обучения, основаны на соглашениях, которые муниципалитет заключает со студентами, обычно выпускных курсов.

Гражданин заключает соглашение с медицинским учреждением о совместном финансировании обучения. По окончании обучения он обязуется работать в этом учреждении от одного года до пяти лет.

Целевое обучение имеет свои преимущества и недостатки, с точки зрения обучающегося. К преимуществам можно отнести, во-первых, упрощенный процесс поступления. Во-вторых, обучение на бюджетной основе с предоставлением различных мер социальной поддержки, таких как: дополнительная стипендия, оплата проживания, питания, компенсацию транспортных расходов и др. В-третьих, обучающийся имеет гарантированное трудоустройство после окончания обучения.

Но у целевого обучения имеются и свои недостатки и самый главный – отсутствие возможности самостоятельного выбора места работы. Например, обучаясь в крупном городе при появлении в нем перспектив трудоустройства в престижную медицинскую организацию, студент будет вынужден вернуться в свой населенный пункт согласно договора.

Исследование доктора экономических наук Юрия Эзроха, основанное на анализе баллов поступающих в 56 ведущих вузах, включая 13 медицинских по профилям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Фармация», показало, что большинство вузов приняли студентов с низкими баллами. Разница между целевиками с наименьшим баллом и поступившими по общему конкурсу в медицинских вузах в 2020 году в некоторых крупных университетах Москвы достигла 111 баллов. По некоторым данным, до 10% целевиков были отчислены из-за неуспеваемости. В Дальневосточном государственном медицинском университете отсеив среди них на первом-втором курсе составлял более 20% [40].

Еще одним недостатком является невозможность смены специальности, если в процессе обучения студент решит, что его не устраивает его текущая специализация или будущая профессия. В конечном итоге всегда существует риск необходимости возврата денежных средств.

В процессе исследования студентам и ординаторам был задан вопрос: «Где бы Вы хотели продолжить обучение / приступить к работе после окончания обучения в университете?» (Рис.7)

63% респондентов планируют продолжить обучение, либо начать трудовую деятельность в своем регионе и только 37% - за его пределами.

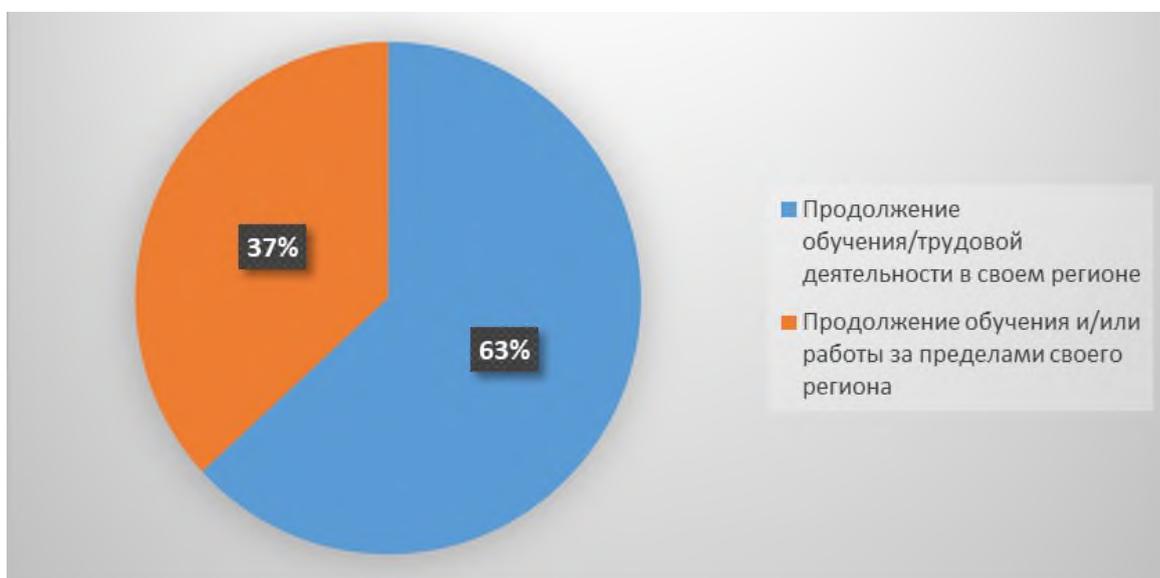


Рисунок 7 - Диаграмма предпочтения построения трудовой карьеры в регионе проживания

В марте 2023 года нами проводился похожий опрос, только вопрос звучал иначе: «Хотели бы Вы строить карьерный трек в своем регионе?». В этом опросе приняло участие 407 респондентов из числа студентов и ординаторов. 291 человек (71,5%) твердо ответили – «Да», 101 человек (24,8%) – ответили «Нет», и 15 (3,7%) – ответили «Возможно» (Рис.8).



Рисунок 8 - Диаграмма построения карьерного трека в своем регионе

Анализируя ответы, можно сделать выводы, что значительная часть выпускников планирует приступить к трудовой деятельности в своей республике.

Доказательством этому могут послужить цифры, представленные цифровой карьерной платформой Факультетус. Основываясь на данные платформы нам удалось отследить миграцию выпускников Башкирского государственного медицинского университета, результаты которой представлены в таблице 4 и на графике (Рис.9)

Таблица 4

#### Миграция трудоустройства выпускников БГМУ

	2020г.,%	2021г.,%	2022г.,%	2023г.,%
Республика Башкортостан	77	80	83	85
Москва	6,5	7	4	5
Республика Татарстан	4,7	2,4	3	2
С-Петербург	2	-	2	4
Челябинская область	1,4	2	2	0,6
ЯНАО	-	1	-	-
ХМАО	1,4	1	2	0,4
Остальные регионы	7	6,6	4	3

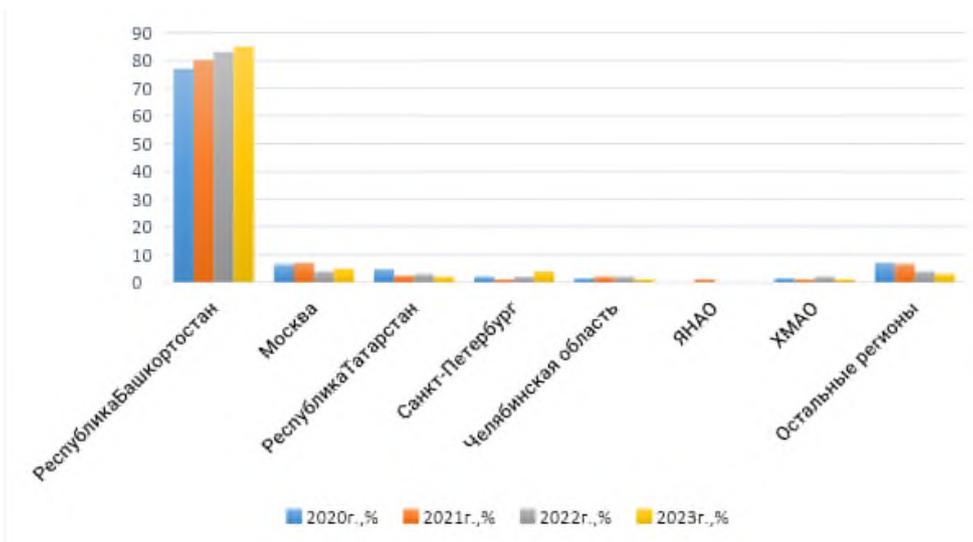


Рисунок 9 - Миграция трудоустройства выпускников

В процессе проводимого исследования мы спросили у респондентов: «Что могло бы для Вас послужить отказом от работы по выбранной специальности?» Большинство опрошиваемых 61,4% отметили неудовлетворенность уровнем оплаты труда, 47,4% - отметили высокую интенсивность работы, профессиональное выгорание, 28,1% - отметили неудовлетворенность условиями работы, 26,3% - выразили свою готовность работать по специальности, 14% - отметили отсутствие условий для профессионального развития (Рис.10).

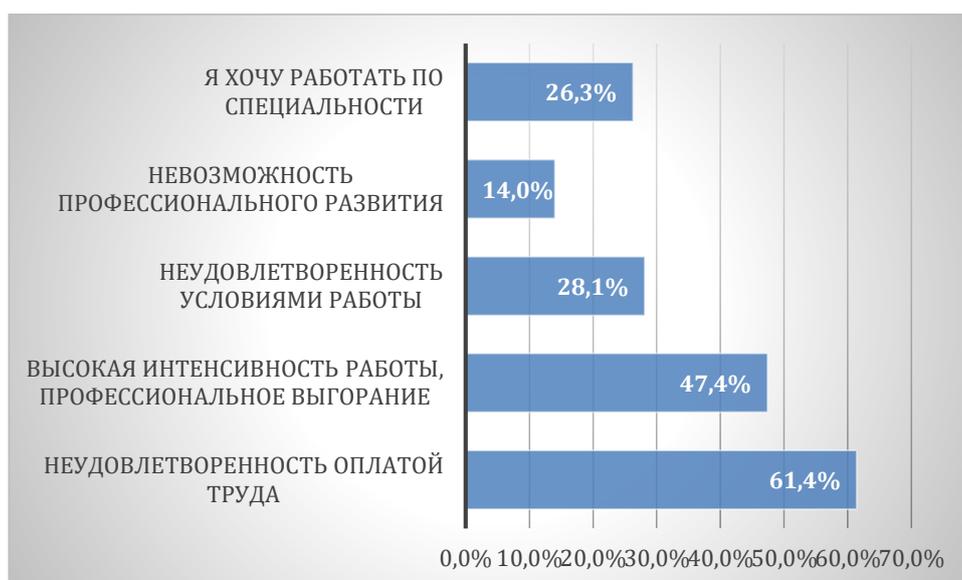


Рисунок 10 - Диаграмма, отображающая причины нежелания работать по специальности

Престижной и уважаемой свою будущую профессию считают 63% опрошенных, 32% - не считают её престижной и 5% затруднились ответить (Рис.11).

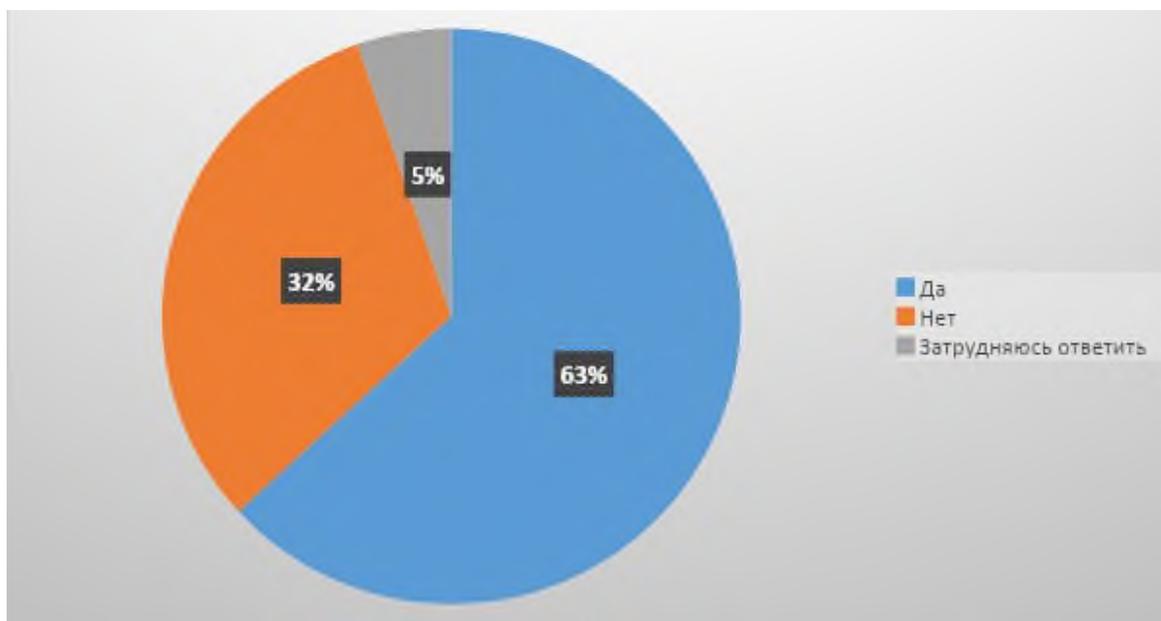


Рисунок 11 – Диаграмма престижности профессии врача

Согласно данным опроса представленном на (Рис. 12) только 3% респондентов считают заработную плату врача высокой, 25% считают уровень заработной платы средним и 72% - низким.



Рисунок 12 – Диаграмма оценки уровня оплаты труда

Резюмируя всё вышесказанное, напрашивается вывод, что целевое обучение на сегодняшний день для многих абитуриентов является хорошим подспорьем, а для кого-то единственным шансом получить высшее медицинское образование, и что немаловажно - гарантированное место работы после окончания учебного заведения.

#### **2.4. Федеральные программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер», как один из способов ликвидации проблемы кадрового дефицита.**

Для привлечения выпускников медицинских вузов и специалистов здравоохранения, готовящихся к переезду в сельские и отдаленные районы, разработаны программы "Земский доктор" и "Земский фельдшер". Они направлены на устранение дефицита врачей в удаленных районах и улучшение доступности медицинской помощи.

Программа "Земский доктор" успешно функционирует в России с 2012 года [34] и представляет собой компенсационную выплату специалистам-медикам, независимо от возраста, которые решили работать в сельских медицинских организациях. С 2019 года вступило в силу Постановление Правительства РФ, которое отменило возрастные ограничения для участников программы. Размер выплаты составляет один миллион рублей, а в удаленных районах - до 2 миллионов рублей. Эта сумма не облагается налогом и может быть использована для покупки или строительства жилья.

Помимо привлечения в сельскую местность медперсонала с высшим образованием, государство заинтересовано и в кадрах среднего медицинского звена. Для этих целей с 2015 года введена программа "Земский фельдшер" [28], которая в настоящее время применяется наряду с проектом "Земский доктор".

Единовременная компенсационная выплата по программе "Земский фельдшер" составляет - 500 тыс. руб. Фельдшеры, акушерки и медсестры на удалённых и труднодоступных территориях получают выплату в размере 750 тыс. рублей. Для Дальнего Востока, Крайнего Севера и регионов Арктической зоны выплата составляет 1 млн рублей.

С 2013 по 2015 год выплаты производились выплаты в равных долях из средств бюджета фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) и бюджетов субъектов Российской Федерации. С 2016 года и по настоящее

время для снижения нагрузки 60% средств поступают из ФОМС, а оставшиеся 40% - из средств регионального бюджета.

С мая 2022 года Правительством Российской Федерации были внесены изменения в программу «Земский доктор/Земский фельдшер» [41]:

- 1) Основным изменением стало введение возможности получения единовременных компенсационных выплат медицинскими работниками, которые после получения высшего образования вернулись в место их проживания с целью трудоустройства в медицинскую организацию.
- 2) В программе могут принять участие специалисты, завершившие обучение в медицинской образовательной организации высшего образования или в медицинской профессиональной образовательной организации, включая тех, кто обучался на основании договора о целевом обучении, при условии заключения ими трудового договора с медицинской организацией, укомплектованность штата которой составляет менее 60 процентов.
- 3) Для получения выплат медицинские работники должны проживать в сельском населенном пункте, рабочем поселке, поселке городского типа или в городе с населением до 50 тыс. человек.

Правительство РФ регулярно анализирует результаты программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» и их влияние на качество медицинского обслуживания в сельской местности. Согласно статистическим данным, финансирование этих программ увеличивается с каждым годом. Например, в 2013 году оно составляло 2,8 млрд рублей, в 2016 году — 3,2 млрд рублей, а в 2017 году — 4 млрд рублей. В 2023 году в федеральном бюджете на выплаты медработникам в рамках этих программ было предусмотрено около 6 млрд рублей. [42] С 2012 по 2022 год в сельские местности и малые города по этим программам пришло работать более 51 тыс. медицинских работников, включая более 45 тыс. врачей. Большинство субъектов РФ

приняли участие в реализации этих программ, некоторые из них полностью обеспечили население квалифицированными медицинскими сотрудниками.

Для оценки уровня осведомленности студентов о программах «Земский доктор» и «Земский фельдшер» было проведено анкетирование среди выпускников Башкирского государственного университета. В опросе приняли участие 57 человек. Вопросы анкеты представлены в Приложении № 2.

Большинство опрошенных (79%) хорошо осведомлены о федеральных программах «Земский доктор» и «Земский фельдшер». 19% респондентов имеют недостаточно информации об этих программах, и только 2% участников опроса никогда не слышали о них (Рис.13).

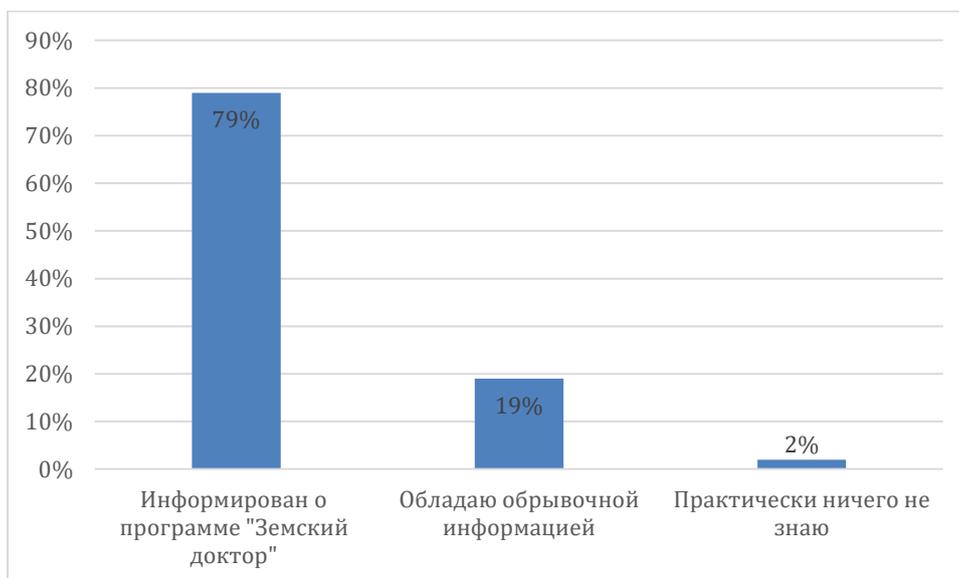


Рисунок 13 – Диаграмма информированности о программах "Земский доктор" и "Земский фельдшер"

Согласно опросу, 41% респондентов выразили свою заинтересованность в реализации программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». В то же время для 40% опрошенных программа не является актуальной, а 19% затруднились дать определенный ответ на вопрос о своей заинтересованности (Рис.14).

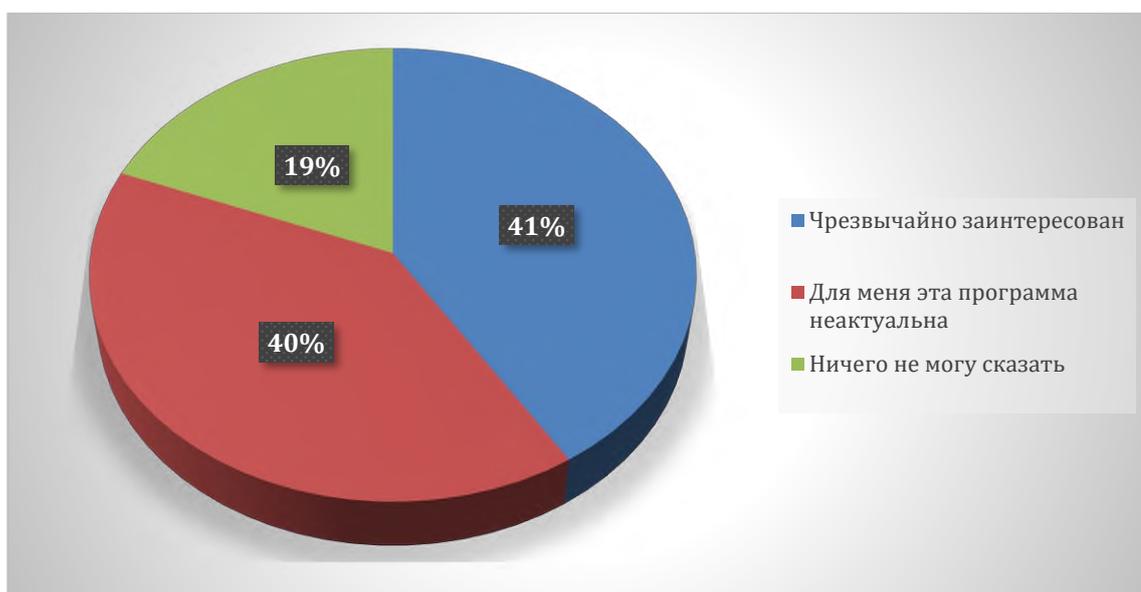


Рисунок 14 – Диаграмма, отражающая заинтересованность респондентов в программах "Земский доктор" и "Земский фельдшер"

На вопрос: «Что смогло бы мотивировать Вас работать в сельской местности?» респонденты отвечали: «Участие в программе "Земский доктор"», «Высокая заработная плата, хорошие условия труда», «Хорошее оснащение материалами и рабочего места», «Мотивирует только целевой договор», «Высокая заработная плата, льготы, дом», «Ничего, но если рассмотреть данный вопрос в условиях отсутствия выбора, то привлекла бы горная местность, пейзажи, возможность выезжать на природу, туристическая сельская местность», «Доступность моей профессии для программы "Земский доктор" (ответ студента специалитета по программе «Медико-профилактическое дело»).

Всем респондентам был задан вопрос «Рассматриваете ли Вы возможность работы в сельских районах Республики Башкортостан?» Положительно высказались 19% респондентов, 44% ранее не задумывались, но в принципе не против переезда и 37% категорически не видят для себя такой перспективы (Рис.15).

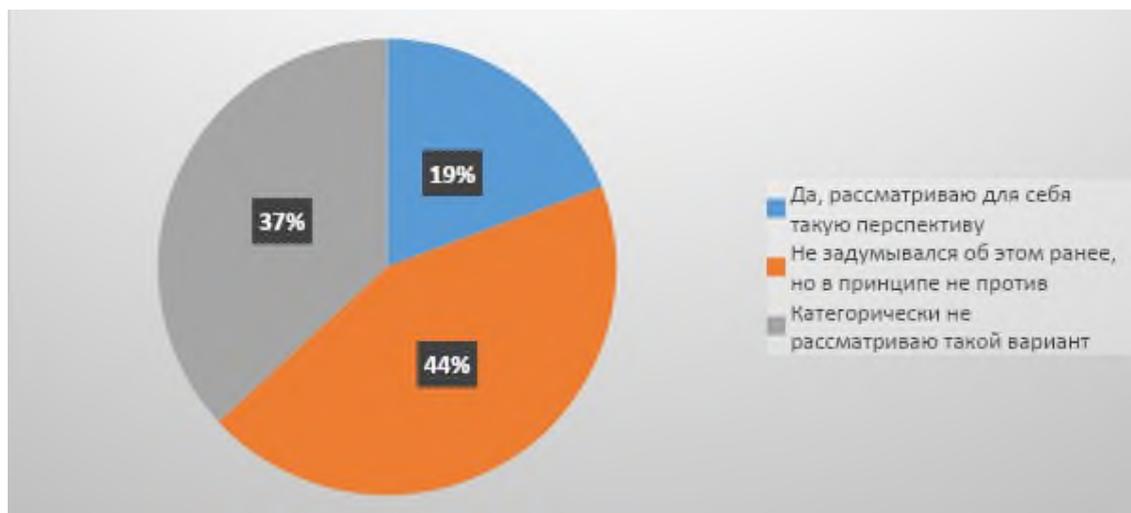


Рисунок 15 - Диаграмма, показывающая готовность респондентов работать в сельских районах Республики Башкортостан

В ходе исследования были выявлены основные преимущества работы в сельских и отдаленных районах, по мнению респондентов. Главным преимуществом является возможность получения профессионального опыта (77,2%), затем следует высокая заинтересованность в специалистах со стороны работодателя (36,8%). Также были отмечены такие преимущества, как вероятность повышения благосостояния семьи (22,8%) (Рис.16).

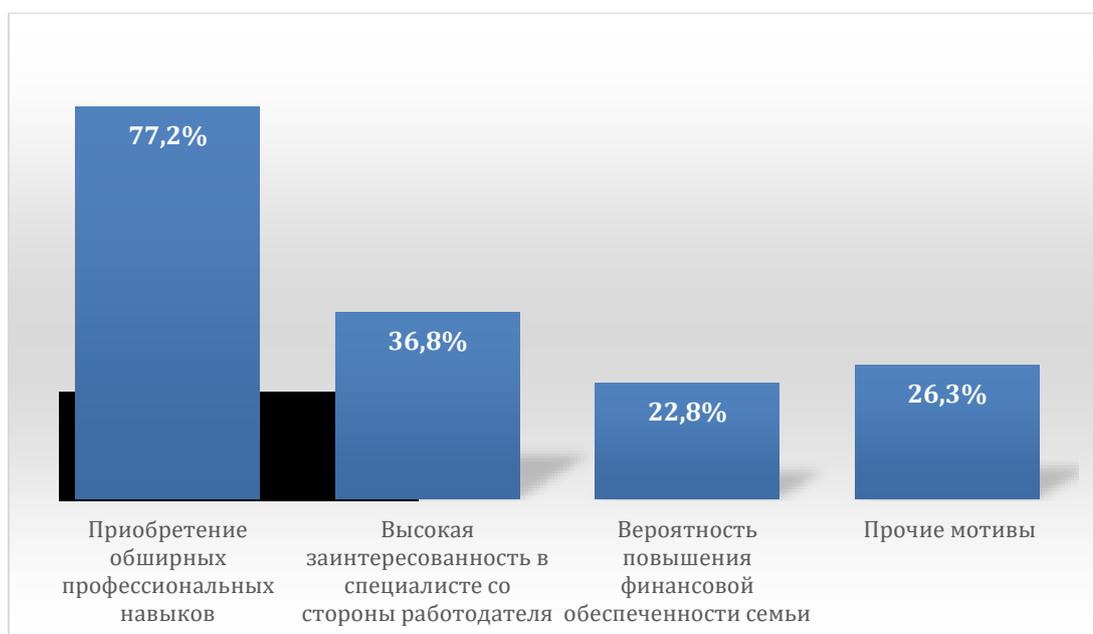


Рисунок 16 – Диаграмма мотивации работы в сельской местности

По мнению респондентов, наиболее эффективными мерами привлечения кадров в сельские районы являются: меры социальной поддержки, направленные на решение жилищного вопроса (66,7%), материальная поддержка выпускников медицинских вузов (57,9%), программа "Земский доктор" и "Земский фельдшер" (52,6%), мероприятия, направленные на решение различного рода социальных вопросов, таких как предоставление внеочередного места в детских дошкольных учреждениях, льготное посещение физкультурно-оздоровительных комплексов, предоставление льготных путевок в санатории и дома отдыха (49,1%), возможность участия в послевузовской подготовке, программах повышения квалификации (40,4%). Наименее популярной мерой является целевой прием в медицинские вузы (28,5%) (Рис.17).



Рисунок 17 – Диаграмма приоритетного распределения мер по привлечению медицинских кадров в сельские районы

Нельзя не признать тот факт, что участие в программах "Земский доктор" и "Земский фельдшер" для многих выпускников являются определяющими при принятии ими решения начать свою трудовую деятельность в сельской местности. А чтобы они укрепились в своем желании

остаться и продолжить работать на селе, важно уделить пристальное внимание оснащённости новым технологичным оборудованием центральных районных больниц и повсеместно внедрять современные телемедицинские технологии. Эти меры позволят молодым специалистам возможность получать консультации более опытных коллег, находящихся на удалении в крупных городах, что придаст им уверенность в постановке более точного диагноза, а жителям малых городов и сел будет оказана качественная медицинская помощь.

## **2.5. Мероприятия по закреплению молодых специалистов, работающих в сельской местности Республики Башкортостан.**

Для удержания специалистов в сельских и отдаленных районах Республики Башкортостан применяются различные меры социальной поддержки, включая всевозможные выплаты. Размер, условия и периодичность таких выплат могут варьироваться в зависимости от муниципалитета. Так специалисты в качестве компенсационной выплаты смогут получить 3 млн рублей при устройстве на работу в медицинскую организацию, к которой прикреплено не более 25 тысяч человек.

На денежную выплату по новой программе могут рассчитывать терапевты и педиатры (в том числе участковые), а также врачи общей практики. Однако, чтобы получить компенсацию, необходимо соответствовать ряду условий – быть гражданином России, и что немаловажно, не иметь неисполненных обязательств по договору о целевом обучении. Также компенсационные выплаты положены тем медикам, кто ранее не реализовал свое право на пособие от Минздрава Башкирии. Финансирование будет осуществляться на протяжении трех лет с момента подписания договора.

Врач, подписавший договор о выплате, обязан непрерывно работать в медицинском учреждении в течение пяти лет с момента подписания договора.

Единовременная выплата в размере 200 тысяч рублей (для новых врачей) производится в Учалинском районе, также предоставляется оплата аренды жилья на испытательный срок в течение шести месяцев, не превышающая 20 тысяч рублей в месяц.

Для укрепления позиций медицинских сотрудников и привлечения нового персонала используются такие меры, как повышение квалификации и дополнительная послевузовская подготовка, финансируемые из регионального бюджета РБ. В Республике Башкортостан активно разрабатываются и реализуются комплексные программы, направленные на

обеспечение кадрами. Эти программы рассчитаны на поэтапное устранение кадрового дефицита.

При анализе проблем кадрового обеспечения был задан вопрос: "Вас привлекает работа врача?" (Рис.18). Положительный ответ дали 63% респондентов, отрицательный - 11%, а 26% опрошенных затруднились ответить.

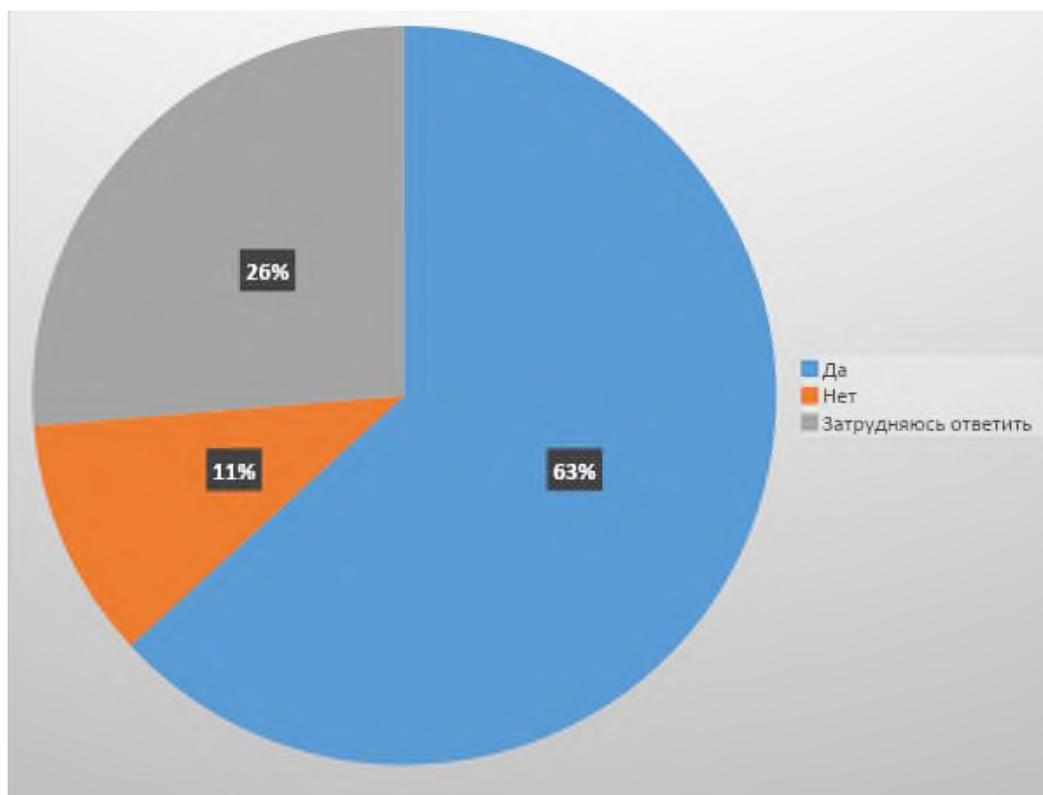


Рисунок 18 - Диаграмма привлекательности работы врача

Мы поинтересовались у наших респондентов: «Как Вы считаете, что больше всего мотивирует врача в его работе?». На первое место участники опроса поставили заработную плату и премии, уверенное второе место – возможность профессионального роста, желание помогать людям в их выздоровлении – оказалось на третьем месте, как распределились оставшиеся меры, являющиеся стимулом для успешной работы врача наглядно отображено на рис. 19.

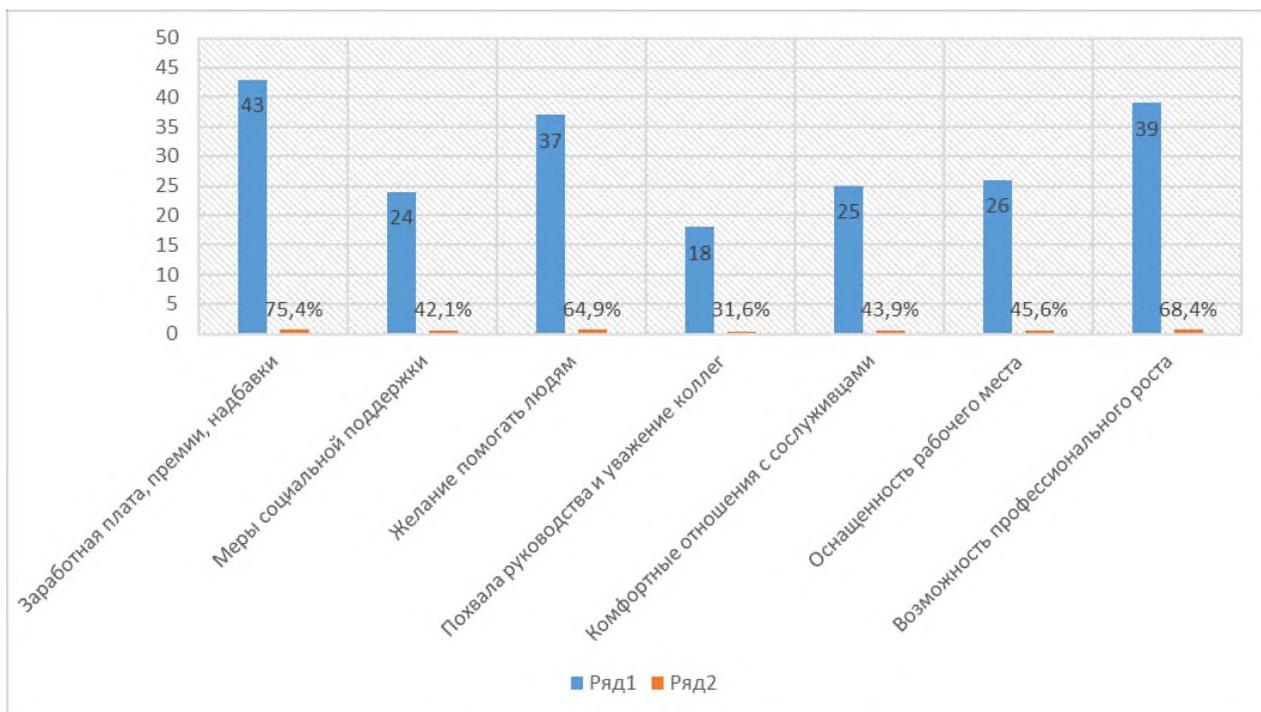


Рисунок 19 – Мероприятия, мотивирующие работу врача

Следующая диаграмма (Рис.20) наглядно показывает предпочтение респондентов к мерам социальной гарантий.

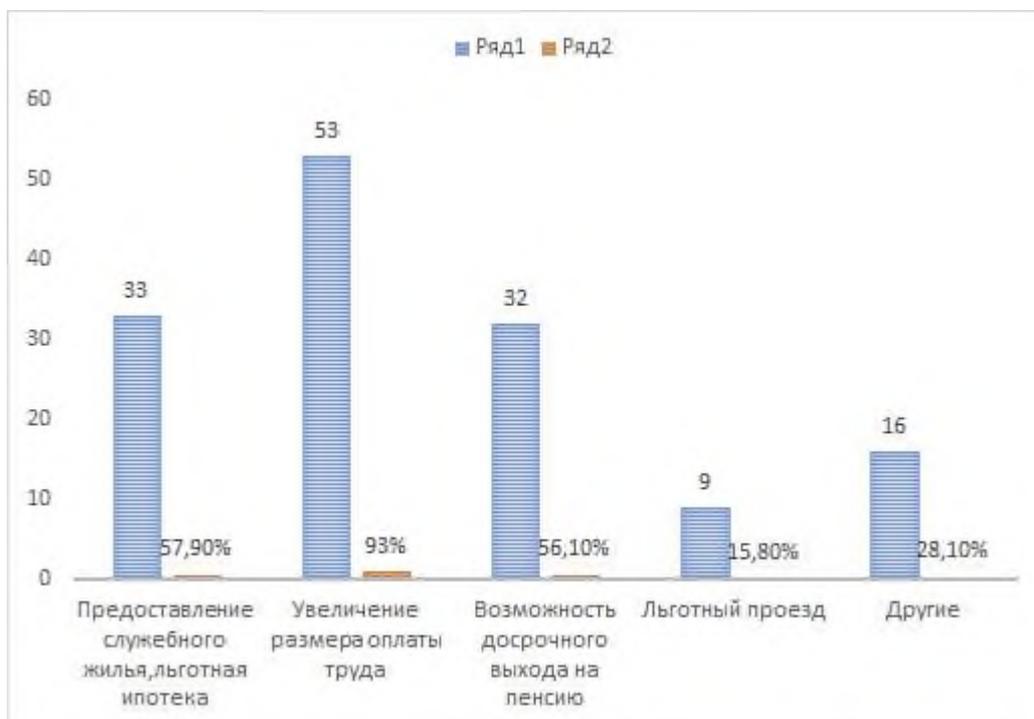


Рисунок 20 – Предпочтение к мерам социальных гарантий

Заинтересованность молодых медицинских кадров в сельских и отдаленных районах зависит, конечно же, не только от качества условий труда,

но в первую очередь от условий и уровня жизни в сельской местности, от наличия рабочих мест и развитой инфраструктуры.

По данным источника РБК Минсельхоз Башкирии разработал проект госпрограммы комплексного развития сельских территорий на 2024-2030 годы. Документ размещен для обсуждения и экспертизы. Общий объем финансирования программы за семь лет составит 13,8 млрд руб.

Программа будет финансироваться из республиканского бюджета, включая трансферты из федеральной казны, и внебюджетных источников. В 2024 году на эти мероприятия направят 1,5 млрд руб., в последующие годы — по 2,05 млрд руб.

По программе планируется построить (приобрести) 9,2 тыс. кв. м жилья за счет предоставления социальных выплат гражданам, проживающим в селах и нуждающимся в улучшении жилищных условий, а также жилья, предоставленного по договору найма работающим на селе.

В рамках регионального проекта «Благоустройство сельских территорий» планируется реализовать 684 общественно значимых проекта. По проекту «Современный облик сельских территорий» — шесть проектов комплексного развития. По региональному проекту «Развитие транспортной инфраструктуры» построят, реконструируют и отремонтируют не менее 50,3 км дорог общего пользования. В рамках подпрограммы «Развитие рынка труда» планируется обучить сельскохозяйственным профессиям по программам высшего и среднего образования 452 местных жителя и привлечь на работу на сельских территориях 840 человек, окончивших вузы, ссузы и дополнительные курсы молодых специалистов.

В мероприятиях региональной программы предусмотрено благоустройство сельских территорий, где должны появиться зоны отдыха, спортивные и детские игровые площадки, создание архитектурной подсветки зданий, тротуаров, аллей, велосипедных дорожек, парковок и других объектов.

Если программы финансирования обучения и единовременной поддержки, как «Земский доктор» и другие носят временный характер

привлечения специалистов в сельскую местность и имеют ограниченный срок до 5 лет, то программы по закреплению кадров позволят уменьшить утечку молодых кадров из сельских медицинских учреждений в результате трудовой миграции.

## **Выводы по главе 2.**

В настоящее время проблема обеспечения системы здравоохранения в сельской местности кадрами остается актуальной. Это связано с недостаточной укомплектованностью штатов медицинских учреждений, неравномерным распределением и снижением численности кадров. После изучения мероприятий, проведенных в четырех регионах, и анализа динамики численности кадровых ресурсов и показателей нагрузки, можно сделать вывод о необходимости дальнейшего совершенствования действующих мер. Для привлечения и закрепления медицинских кадров применяются различные меры для каждого из подразделений кадрового рынка.

Для привлечения выпускников вузов и специалистов к работе в сельской местности реализуются федеральные программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Исследование показало, что существует заинтересованность в этих программах и достаточная информированность о них. Выявлены основные преимущества работы и готовность к переезду. Однако, на практике, привлечение специалиста к переезду благодаря программам социальной поддержки — это одно, а создание условий для его закрепления в сельской местности - совсем другое.



Для привлечения абитуриентов и студентов разработаны такие меры, как целевой прием и софинансирование обучения. Опрошенные студенты выразили свою заинтересованность в этих программах, но отметили, что их реализация должна сопровождаться другими инструментами. Для закрепления медицинских кадров в сельских районах предлагаются меры социальной поддержки. Однако, студенты выразили неудовлетворенность уровнем оплаты труда, хотя считают свою будущую работу престижной.

Таким образом, для привлечения и закрепления медицинских специалистов в сельской местности необходимо проводить регулярные мероприятия, начиная с момента поступления в медицинский вуз и до начала работы молодого специалиста. Здесь важна поддержка не только самому врачу, и — что не менее важно — членам его семьи. Это оплата билетов и провоза багажа до места нового жительства, стартовые гранты для адаптации, единовременное пособие, помощь в устройстве детей в сады и школы, помощь в трудоустройстве супруга.

### **Глава 3. Предложения по ликвидации дефицита медицинских кадров в сельских районах Республики Башкортостан, повышении качества и доступности медицинской помощи.**

#### **3.1. Предложения по участию в программе «Земский доктор».**

Федеральная программа «Земский доктор» реализуется более 11 лет, начиная с 2012 г. повсеместно во всех регионах России. Целью программы является ликвидация дефицита медицинских кадров в сельской местности, поселках городского типа и городах с населением меньше 50 тыс. человек. С 2021 г. врачам, перебравшимся на работу в сельскую местность и приступившим к работе на условиях полного рабочего дня сроком на 5 лет, единовременно выплачивается 1 млн рублей (1,5 млн рублей для населенных пунктов, расположенных на удаленных и труднодоступных территориях, 2 млн рублей для территорий крайнего севера и Дальнего Востока). Выплаты по программе «Земский доктор» являются нецелевыми финансовыми мерами поддержки – государство не контролирует, на что они будут израсходованы. Это делает программу привлекательной для участников. Программа имеет ряд ограничений: возрастной – претендент не должен быть старше 50 лет, гражданство - должен являться гражданином РФ, а также не должен иметь невыполненных обязательств по целевому договору, за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60%. Должность участника программы должна была быть зафиксирована в перечне должностей, утверждаемом на региональном уровне в зависимости от потребностей. Условия участия в Программе постоянно изменяются. Так, первоначально возрастная граница составляла 35 лет, в 2016 г. была увеличена до 50 лет, сейчас активно обсуждается вопрос о её отмене, и уже в некоторых районах России этот критерий не соблюдается.

Однако, несмотря на то, что Программа «Земский доктор» имеет явные преимущества, проблема кадрового дефицита в здравоохранении в сельских районах, сохраняется: высока доля выхода из участия в Программе и

возвращения средств, многие врачи, отработав необходимые 5 лет уезжают из районов, происходит перераспределение специалистов между дефицитными территориями вместо привлечения новых кадров.

Изучение литературных источников по реализации программы «Земский доктор» [29]. показало, что наиболее подходящей группой с точки зрения реальности отработки пятилетнего срока по договору и дальнейшего закрепления в регионе являются выпускники, отучившиеся по целевым направлениям. Это объясняется тем, что: 1) эта группа знакома с проживанием в данном конкретном населенном пункте, финансовые средства Программы расходуются на приобретение жилья в том же населенном пункте, где находится медицинское учреждение, 2) данная группа приспособлена к жизни в данном населенном пункте и имеет налаженные социальные связи (семью, родителей, друзей). А получение средств играет важную роль в закреплении специалистов и дает возможность улучшить жилищные условия, обосноваться в родном населённом пункте, получив материальную поддержку со стороны государства в качестве приятного бонуса. Однако, руководители медицинских организаций и региональных органов власти зачастую считают, что целевые студенты уже получили свою меру поддержки в виде бесплатного обучения. Но, как показывает практика, чтобы удержать выпускника - целевика на работе и сохранить мотивацию этого недостаточно. Ведь получается, что для молодых специалистов, получивших образование по договору о целевом обучении, переезд даже в «родной» населенный пункт несет определенные потери, а именно смену места жительства с более крупного населенного пункта на меньший, поиск отдельного от родителей жилья, обустройство быта. Следовательно, для них получение финансовой поддержки по программе «Земский доктор» является важным дополнительным стимулом для закрепления в родном районе.

Ещё одна группа - участник программы «Земский доктор», которая имеет все шансы закрепиться в сельском районе на более продолжительный срок, чем 5 лет – это семьи с детьми дошкольного возраста, особенно, когда

оба супруга – врачи или работники медицинской сферы, так как это дает возможность получить двойную выплату на семью.

В основном, это семьи:

- переехавшие из северных, дальневосточных регионов России;
- из более бедных регионов в более социально-экономически развитые;
- из более маленьких населенных пунктов в более крупные;
- международные мигранты (при условии наличия или получения гражданства РФ).

И здесь, важно помочь таким семьям адаптироваться к жизни в новом населенном пункте или регионе. Как правило, шансы закрепиться на новом месте у них достаточно высокие, так как велико желание улучшить среду обитания, качество жизни для семьи и детей по сравнению предыдущим местом проживания. И здесь важная роль отводится руководителям муниципальных образований: главам администраций районов и их заместителям по социально-экономическим вопросам.

Хотелось бы выделить ещё одну группу - участника программы «Земский доктор», которая имеет хороший потенциал остаться в сельском районе на долгосрочную перспективу – это врачи, которые вынуждены уехать с предыдущего места проживания из-за семейных проблем и, как следствие, вынужденного освобождения жилплощади, а также по причине профессиональных конфликтов и невозможности продолжения работы на предыдущем месте. Чаще всего представителями данной группы являются одинокие мужчины среднего и предпенсионного возраста в разводе. Они отличаются высоким уровнем закрепления, часто создают новые семьи.

Резюмируя вышеизложенное, предлагаем следующие меры по совершенствованию реализации программы «Земский доктор»:

- сроки действия данной программы целесообразно продлить, как минимум, до 2030 года;

- предоставить возможность участия в программе выпускникам, отучившимся по целевым направлениям, независимо от степени укомплектованности медицинской организации;

- создать максимально комфортные условия для молодых семей, переехавших в сельскую местность, обеспечив их, до приобретения собственного, жильем и другими эффективными мерами социальной поддержки;

- отменить возрастную границу для участия в программе;

- рассмотреть возможность индексации суммы выплаты с учетом уровня инфляции.

### **3.2. Предложения по работе с абитуриентами, студентами и выпускниками.**

Согласно существующей на сегодняшний день нормативно-правовой базы и, проанализировав результаты проводимого нами анкетирования мы разработали ряд предложений:

1. Увеличить целевой прием абитуриентов в медицинские вузы для дальнейшего трудоустройства их в сельские районы республики. При этом необходимо произвести среднесрочный прогноз потребностей в медицинских кадрах по каждому конкретному району республики.

2. Разработать комплекс мер социальной поддержки в процессе обучения, например, именные стипендии для студентов, успешно осваивающих образовательную программу, участвующих в олимпиадах, конференциях и других научных, общественных и спортивных мероприятиях, а также имеющих научные публикации. Для реализации данной меры необходимо законодательно установить фиксированный размер стипендии и утвердить Положение о стипендиях студентам, обучающимся по договору о целевом обучении. В качестве меры социальной поддержки можно рассмотреть предоставление бесплатного проезда от места постоянного проживания до места учебы.

3. Дать возможность выпускникам, прошедшим обучение по целевому договору, участвовать в программе «Земский доктор».

4. Для продвижения имиджа и повышения престижа профессии необходимо проведение различных мероприятий для демонстрации достижений молодых медицинских кадров, таких как выступления по ТВ и радио, публикации в интернете, публикации в СМИ, а также проведение публичных мероприятий для популяризации профессии.

5. Организовать прохождение производственной практики студентов и профессиональной стажировки ординаторов в сельской местности под руководством опытных наставников. Необходимо разработать Положение о наставничестве и закрепить в коллективных договорах, предусмотрев

наставникам выплату дополнительно от 20 до 30% от должностного оклада. Данная мера послужит развитию профессиональной заинтересованности молодых специалистов в сельской местности, повысит уровень компетентности молодых врачей, даст импульс для дальнейшего развития сельского здравоохранения.

6. Обеспечить реализацию программы повышения квалификации молодых специалистов, предусмотреть их участие в различных региональных, федеральных и международных конференциях, тренингах, семинарах и других мероприятиях подобного рода. Участие сотрудников в таких мероприятиях можно учитывать при прохождении аттестации на присвоение категории или предоставлении стимулирующих выплат и надбавок.

7. Обеспечить оснащенность рабочего места современным компьютером и доступом к интернету, что позволит молодым специалистам медицинских учреждений иметь постоянный доступ к информационно-образовательным ресурсам и будет способствовать поддержанию профессиональной квалификации на должном уровне.

8. Комплекс мер социальной поддержки.

8.1 Решение жилищного вопроса.

Осуществление на уровне региона комплексной программы по решению жилищных проблем, в которую могут входить такие меры, как:

- компенсация аренды жилья в частичном или полном объеме;
- предоставление служебного жилья, с возможностью последующего выкупа;
- льготная ипотека с частичным или полным погашением процентов в зависимости от сроков отработанного времени (через 5 лет работы в сельской местности - 50%, через 10 лет – 1%);
- выделение земельного участка.

8.2 Оплата жилищно-коммунальных услуг.

8.3 Внеочередное предоставление мест в дошкольных учреждениях для детей медицинских работников.

8.4 Предоставление медицинским работникам и членам их семей возможности льготного посещения физкультурно-оздоровительных комплексов, бассейнов, а также льготных путевок в санатории, профилактории, детские оздоровительные лагеря.

В результате проведения комплекса мер социальной поддержки необходимо сформировать социальный пакет для медицинских работников, осуществляющих трудовую деятельность в сельской местности.

### **3.3. Анализ и предложения по привлечению в медицинские организации иностранных обучающихся и выпускников российских вузов из числа иностранцев с целью устранения дефицита медицинских кадров.**

Результатом реализации Федерального проекта «Экспорт образования» явился существенный приток иностранных обучающихся в Российскую Федерацию и, возможно, после получения специальности врача какая-то часть выпускников из числа иностранцев пожелает начать свою трудовую карьеру в нашей стране.

В Башкирском государственном медицинском университете обучаются более 5000 иностранных граждан из 64 стран мира.

С 2019 года и по 2023 год отслеживается положительная динамика поступивших в университет иностранных граждан: 2019 год – 296 человек, 2020 год – 656 человек, 2021 год – 813 человек, 2022 год – 1199 человек, 2023 год – 2970 человек. Наглядно это представлено на рис. 21.

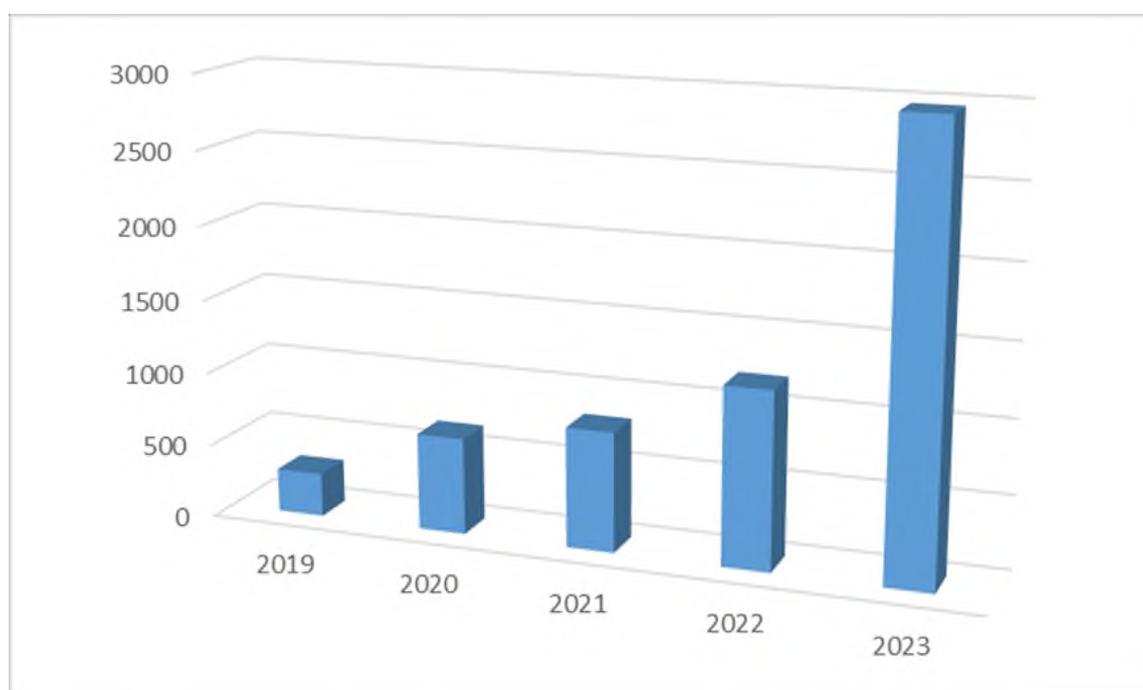


Рисунок 21 - Динамика поступления иностранных граждан

Нами было проведено исследование путем проведения анкетирования в формате онлайн. Опрос проводился среди иностранных обучающихся

Башкирского государственного медицинского университета с применением разработанной нами анкеты, оформленной в виде Google-формы.

В ходе проведения исследования, целью которого было выявить заинтересованность иностранных обучающихся в трудоустройстве на территории Российской Федерации, в том числе сельских и отдаленных районах Республики Башкортостан было опрошено 317 обучающихся иностранцев.

В результате проведения исследования мы получили ответы на самые интересующие нас вопросы, а именно:

1) Задумывались ли Вы о трудоустройстве в России после окончания обучения?

2) Сталкивались ли Вы с трудностями при трудоустройстве в России?

3) Почему Вы хотите остаться работать в России?

На первый вопрос «Задумывались ли Вы о трудоустройстве в России после окончания обучения?» 78% дали положительный ответ и только 22% опрошиваемых ответили отрицательно (Рис. 22).



Рисунок 22 - Желание респондентов работать в России после завершения обучения

С трудностями при трудоустройстве столкнулись 69% опрошенных иностранных обучающихся (Рис.23).



Рисунок 23 - Наличие трудностей при трудоустройстве на работу

Как выяснилось из опроса, самой большой проблемой является языковой барьер. Этот ответ выбрали 173 респондента (54,6%), на втором месте – «График работы несовместим с учебной» - 141 респондент (44,5%), на третьем месте был ответ – «Работодатели не хотят трудоустраивать иностранных граждан» - 102 (32,2%). Это объясняется тем, что при трудоустройстве иностранцев на сотрудника кадровой службы ложится дополнительная нагрузка, которая заключается в контроле всех его документов: миграционный учет – проверять сроки и легальность нахождения иностранца на территории РФ; разрешительные документы для работы и длительного проживания в России: патент, разрешение на работу, разрешение на временное проживание, вид на жительство и другие.

После проведения процедуры трудоустройства кадровик должен контролировать документы на постоянной основе, а именно разбираться в том, какие требования к какому иностранцу относятся, и в происходящих в законодательстве изменениях. У всех документов иностранного гражданина

есть сроки действия, которые могут измениться в процессе пока иностранец работает в компании. И задача кадрового специалиста – следить за сроками документов, чтобы не подвести свою компанию под штрафы, которые могут доходить до миллиона рублей [43].

На вопрос: «Почему Вы хотите остаться работать в России?». Ответы представлены в оригинальной редакции: «Мне понравилась Россия с точки зрения жизни и работы. Особенно работа здесь доступна, особенно для девушки, и зарплата хорошая», «Я вижу для себя хорошую жизнь в такой прекрасной стране и надеюсь остаться здесь, чтобы получить полный опыт», «По разным причинам, таким как богатое культурное наследие, растущая экономика, огромные возможности карьерного роста в различных отраслях, шанс выучить новый язык и культуру», «Это очень безопасная страна, в которой нет насилия на улицах», «Я выучил язык и не испытываю никаких трудностей в работе и общении с русскими, и мне нравится здешняя страна», «Хочу уменьшить финансовую нагрузку на своих родителей. И хочу быть независимым», «Опытные врачи и стабильная медицина», «Потому что мне нравятся русские народы, я хочу служить России врачом».

Анализируя ответы можно отметить высокую степень заинтересованности иностранных обучающихся в построении карьерной траектории в Российской Федерации. И, так как, высока вероятность что из года в год количество иностранных абитуриентов будет увеличиваться, к 2030 году можно ожидать прирост молодых специалистов иностранцев, получивших образование в Башкирском государственном медицинском университете. Так как Федеральный проект «Экспорт образования» реализуется повсеместно на территории Российской Федерации, то будет логично предположить, что приток специалистов иностранцев ожидается и в других регионах страны.

Подводя итоги данного исследования, можно сделать вывод, что трудоустройство иностранных обучающихся и выпускников иностранцев,

окончивших российские медицинские вузы, положительно повлияет на решение проблемы кадрового дефицита в здравоохранении Российской Федерации, однако, для достижения наилучшего результата необходимо уже сейчас разработать комплекс мероприятий по преодолению языкового барьера, а также разработать методические рекомендации по трудоустройству иностранцев для упрощения работы сотрудников кадровых служб.

## Заключение

В современном обществе вопросы качественного улучшения сферы здравоохранения являются приоритетными для нашего государства. И одной из главных задач является ликвидация кадрового дефицита, в особенности, в сельских районах.

Для эффективного решения кадрового вопроса разрабатывается и воплощается в жизнь комплекс мероприятий, как на государственном уровне, так и на уровне региональном.

В ходе проведенного нами исследования были изучены показатели загруженности медицинских работников в 4 регионах нашей страны, проанализированы мероприятия, проводимые с целью привлечения и закрепления медицинских кадров.

Нельзя не отметить тот факт, что проводимые меры имеют положительную динамику показателя обеспеченности врачебными кадрами. Так при беседе с главными врачами центральных районных больниц Республики Башкортостан, а именно Кушнаренковской и Верхнеяркеевской центральных районных больниц Республики Башкортостан отмечалось, что врачебный штат их медицинских организаций укомплектован на 97-100% врачебными кадрами. Такие показатели являются доказательством того, что меры, принимаемые на государственном и региональных уровнях эффективны, и принесут свой положительный результат. Однако, ещё не все районные больницы в республике и по стране решили кадровый вопрос положительно, более того многие продолжают испытывать острый дефицит, а, следовательно, ещё есть над чем работать в этом направлении.

Именно поэтому в нашей работе мы постарались разобраться по какой причине, по окончании учебного заведения молодые специалисты уходят из профессии на старте своей карьеры и какие меры помогли бы им остаться

работать по специальности, и, более того, послужили стимулом трудоустроиться на работу в сельской местности.

Несмотря на уже имеющиеся стимулирующие рычаги воздействия для решения вопроса ликвидации кадрового дефицита в сельских районах, необходимо детально проработать комплексный набор эффективных мероприятий, результатом которого станет создание благоприятных условий для работы на селе и приведет к здоровой конкуренции между врачами, работающими в городах и специалистами, реализующими свои профессиональные навыки в сельской местности:

1. Ввести доплаты в виде стипендий и других стимулирующих выплат, обучающимся по договорам о целевом обучении.

2. Продлить сроки действия программы «Земский доктор», допустив к участию в ней выпускников, обучавшихся по «целевым» договорам, которые имели бы возможность отработать в совокупности 5 лет. Суммы выплаты индексировать, учитывая уровень инфляции.

3. Продолжить программу «Земский фельдшер», с учетом ежегодной индексации суммы выплаты.

4. Продолжить практику дополнительных стимулирующих выплат по «дефицитным» специальностям в зависимости от востребованности последних.

5. Дать возможность специалистам, работающим в сельской местности проходить переподготовку, курсы повышения квалификации за счет средств медицинской организации, в которой они осуществляют свою трудовую деятельность. Иметь постоянный доступ к онлайн консультациям. Принимать участие на регулярной основе в мастер-классах и конференциях, проводимых в ведущих медицинских организациях республики, страны, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья для повышения своей

профессиональной грамотности и совершенствования прикладного мастерства.

6. Повсеместно сельские районы республики оснастить современным оборудованием, работающим с интегрированными сервисами на основе искусственного интеллекта, например, таким как аппаратно-программный комплекс мобильной диагностики «Цифровой ФАП».

Цифровой ФАП — это диагностическое оборудование, собранное в компактный кейс для безопасной транспортировки и хранения. С его помощью можно провести скрининг здоровья пациента: проверить уровень артериального давления, сделать ЭКГ, пульсоксиметрию, термометрию, исследование уровня сахара и холестерина в крови и др.

На сегодняшний день такой цифровой ФАП имеется в Языковской центральной районной больнице, которая первая в республике получила такое оборудование. С его помощью можно эффективно проводить первичный осмотр и плановую диспансеризацию населения.

7. Предоставить специалистам, прибывшим для трудоустройства в сельскую местность возможность участия в льготном приобретении жилья, используя субсидии, предоставляемые государством. Рассмотреть возможность предоставления дополнительных льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг.

8. В дополнение к вышеперечисленным мероприятиям необходимо добавить ряд социальных льгот, таких как: внеочередное предоставление мест в детских дошкольных учреждениях, возможность льготного посещения физкультурно-оздоровительных комплексов, санаторно-курортного отдыха для врачей и членов их семей.

9. Дать возможность иностранным обучающимся медицинских вузов беспрепятственно трудоустроиваться в медицинские учреждения в процессе

обучения и после окончания. Для этого необходимо разработать комплекс мероприятий по преодолению языкового барьера (летние и зимние языковые школы, языковые курсы), упростить процедуру получения гражданства, а также разработать методические рекомендации по трудоустройству иностранцев для облегчения работы сотрудников кадровых служб.

Мероприятия такого рода дадут возможность медицинским работникам, осуществляющих трудовую деятельность в сельских районах республики, почувствовать свою защищенность и значимость со стороны государства.

Совокупность предложенных мероприятий приведет, в конечном итоге, к притоку не только молодых специалистов, но также профессионалов со стажем работы в сельские районы и, как следствие, будет способствовать решению проблемы устранения кадрового дефицита.

Мы с уверенностью можем утверждать, что справились с поставленными задачами, результатом выполнения которых является данная выпускная квалификационная работа.

## Список используемой литературы

- 1) Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) // Справочно-правовая система «Консультант плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».
- 2) Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020), статья 41, часть 1
- 3) Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
- 4) Федеральный закон РФ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", часть 12.1.
- 5) Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 6) Федеральный закон РФ от 18.10.2007 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.
- 7) Федеральный закон РФ от 02.04.1993 N 4741-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
- 8) Федеральный закон РФ от 03.08.2018 № 337-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования целевого обучения
- 9) Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо

территориальных программах обязательного медицинского страхования" Электронный ресурс, информационно-правовой портал Гарант.ру. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405984383/>

- 10) Постановление Правительства Республики Башкортостан от 6 февраля 2023 г. № 44 "О порядке предоставления компенсационных выплат врачам (по специальностям: "врач-терапевт", "врач-терапевт участковый", "врач-педиатр", "врач-педиатр участковый" и "врач общей практики"), принятым на работу в медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Республики Башкортостан, по которым численность прикрепленных застрахованных лиц составляет менее 25 тыс. человек"
- 11) Постановление Правительства РФ от 13 октября 2020 г. N 1681 "О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования" (с изменениями и дополнениями). Постановление Правительства РФ от 13 октября 2020 г. N 1681 "О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования", Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 15 июня 2022 г. N 563 "О ежемесячных выплатах в виде стипендий студентам, ординаторам образовательных организаций высшего образования, обучающимся по профессиональным образовательным программам медицинского, фармацевтического образования" (с изменениями и дополнениями)
- 12) Постановление Правительства Пермского края от 20.04.2022 N 326-п (ред. от 17.11.2022) "Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам и частичной компенсации арендной платы по договору аренды (найма) жилья медицинским работникам"
- 13) Постановление Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования

- 14) Андреева, И.Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения / И. Л. Андреева // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - №13. –С. 17 – 23.
- 15) Гайдаров, Г.М. Об опыте разработки концепции кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта Российской Федерации / Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров. — DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-1000-1005 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2020. — № 28(5). —С. 1000–1005. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-opyte-razrabotkikontseptsii-kadrovoy-politiki-v-zdravoohranenii-na-urovne-subekta-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения 22.03.2024).; 3 Макаров, С.В. Подготовка врачебных кадров на территории субъектов РФ, входящих в состав Сибирского федерального округа / Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров. — DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-5-11 // Социальные аспекты здоровья населения. — 2021. — № 5(67). — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1309/30/lang,ru/> (дата обращения 22.03.2024)
- 16) Койчужева С.М. Зарубежный опыт обеспечения медицинскими кадрами сельских районов // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т. 11. № 1 (37). С. 76-85.)
- 17) Коробкова, О.К. Организационно-экономические основы системы здравоохранения / О. К. Коробкова. - М.: Спутник+. - 2010. - 300 с.
- 18) Лазаренко, В.А. Региональные задачи реализации государственной кадровой политики в сфере здравоохранения / В. А. Лазаренко // Моделирование и прогнозирование развития отраслей социально-экономической сферы материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - 2016. - №11. - С. 8 – 11.
- 19) Магомадова Т. Л. К вопросу о реализации государственной кадровой политики в системе здравоохранения: отечественный и

- зарубежный опыт // Вестник ГГНТУ. Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2022. – № 4(30). – с. 20-28.
- 20) Медведская, Д.Р. Обеспечение медицинскими кадрами системы здравоохранения региона / Д. Р. Медведская, Е. В. Ползик // Образование и кадры. – 2014. - №3. – С. 55 – 59.
- 21) Панов, М. М. Трудовые ресурсы сельских территорий: состояние и проблемы / М. М. Панов // Вопросы территориального развития. – 2014. – № 5. – 11 с.
- 22) Попович, Л. Д. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л. Д. Попович, Е. Г. Потапчик, С. К. Салахутдинова, Е. В. Селезнева, И. М. Шейман, С. В. Шишкин; под ред. И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – М. : РАНХ, 2010. – 232 с.
- 23) Савинкина Л.А., Шепелова Т.С. ФГАОУ ВПО "Дальневосточный федеральный университет", Журнал Современные проблемы науки и образования, статья «Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения» – 2014. – № 6
- 24) Сулемов, В.А. Государственная кадровая политика в современной России: теория, история, новые реалии. Монография / В. А. Сулемов. - М.: РАГС, 2016 – 344 с.
- 25) Титова, Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения / Е. Я. Титова // Анализ риска здоровью. - 2017. - № 1. - С. 125 – 131.
- 26) Черепанов, В.В. Основы государственной службы и кадровой политики : учеб. пособие / В. В. Черепанов, В. П. Иванов.— М. : ЮНИТИ : Закон и право, 2007.— с.388.
- 27) Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Естественное движение населения [Электронный ресурс] / / Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (дата обращения 22.03.2024).

- 28) Программа «Земский фельдшер» [Электронный ресурс] // Госуслуги, документы. Режим доступа: <https://gogov.ru/services/zemsky-medicalassistant-program> (дата обращения 22.03.2024).
- 29) Программа «Земский доктор» как фактор миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа Екатерина Александровна Шарепина (eaandreeva@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия. Демографическое обозрение / Demographic Review 2022; 9(4)104-125 DOI:<https://doi.org/10.17323/demreview.v9i4.16745>
- 30) Регионы России. Социально-экономические показатели 2018 / Статистический сборник // Федеральная служба государственной статистики. Электронный ресурс. Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2018/region/reg-pok18.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/region/reg-pok18.pdf) (дата обращения 22.03.2024).
- 31) Рождаемость, смертность и естественный прирост. Естественное движение населения [Электронный ресурс] / / Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (дата обращения 22.03.2024).
- 32) Сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.who.int/>.
- 33) Сайт Правительства Российской Федерации [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://government.ru/>
- 34) Условия и правила программы «Земский доктор» [Электронный ресурс] // Госуслуги. Режим доступа: <https://gosuslugi-lichnyi-kabinet.ru/usloviya-i-pravila-programmy-171-zemskij-doktor-187/> (дата обращения 22.03.2024).
- 35) Численность населения. Демография [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа:

- [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (дата обращения 22.03.2024).
- 36) Число умерших по причинам смерти. Естественное движение населения [Электронный ресурс] / / Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (дата обращения 22.03.2024).
- 37) Электронный ресурс Бухгалтерский интернет журнал <https://buhguru.com/zp-i-kadri/novye-doplaty-med-rabotnikam-2024.html> (дата обращения 22.03.2024)
- 38) Электронный ресурс: Официальный интернет-портал правовой информации Республики Башкортостан <https://nra.bashkortostan.ru/30751/>
- 39) Электронный ресурс – Сайт губернатора и Правительства Пермского края).
- 40) Электронный ресурс – журнал «Медицинское и фармацевтическое образование» 25 сентября 2023
- 41) Электронный ресурс – Сайт министерства здравоохранениям РФ) (Постановление Правительства Российской Федерации от 22.04.2022 № 739 "О внесении изменений в приложение № 5 к государственной программе Российской Федерации "Развитие здравоохранения"
- 42) Электронный ресурс – Сайт правительства РФ
- 43) Электронный журнал «Миграционный эксперт» [Электронный ресурс]. – Режим доступа. – URL: <https://all-migration.com/journal/pomoshchnik-migratsionnogo-spetsialista/snizhaem-nagruzku-na-otdel-kadrov/?ysclid=ltrhxiu5sw8802242> (дата обращения 22.03.2024).
- 44) Abbt N, Alderson S., 2014; Fallar Robert, 2019
- 45) Allen T, 2017
- 46) British Medical Association., 2014

- 47) Crouse BJ, Munson RL., 2006; Robinson M, Slaney GM.,2013
- 48) Department of Health, 2009
- 49) Global Health Workforce Alliance, 2013
- 50) Guckian, J., 2020
- 51) Hann M, McDonald J, Checkland K., 2013
- 52) Jackson J, Shannon CK, Pathman DE, Mason E, Nemitz JW., 44 2003;  
Pathman DE, Konrad TR, King TS, et al., 2004; Matsumoto M., 2008;  
Matsumoto M, Inoue K, Kajii E., 2008; Mathews M, Heath SL, Neufeld SM,  
Samarasena A., 2013)
- 53) Mathews M, Heath SL, Neufeld SM, Samarasena A., 2013
- 54) NHS England..., 2015
- 55) NHS England..., 2015; Wijnen-Meijer, M., 2020
- 56) Patel M, 2016; Ahmady S., 2018
- 57) Pathman DE, Konrad TR, King TS, et al., 2004
- 58) Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Rabinowitz C., 2005;  
Mathews M, Rourke JT, Park A., 2008; Quinn KJ, Kane KY, Stevermer JJ,  
2011; Landry M, Schofield A, Bordage R, Belanger M., 2011
- 59) Roberts Gregory, 2010
- 60) Royal College..., 2015
- 61) Saltman R.B., Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of  
Current Strategies. WHO. 1997. 172 p.
- 62) World Health Report, 2008

## Приложения

Приложение 1

### Показатели численности населения и нагрузки на врачей и средний медицинский персонал

Таблица 5

#### Численность населения, тыс. чел.

	2018	2021	2022	2023
Республика Башкортостан	4063,3	4013,8	4091,6	4077,6
Республика Татарстан	3894,3	3894,1	3886,4	4001,6
Удмуртская Республика	1513	1493,4	1448,9	1442,3
Пермский край	2623,1	2532,4	2525,1	2508,4
Российская Федерация	146880,4	147182,1	146980	146447,4

Таблица 6

### Обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (человек, на 10 тыс. населения)

	2018	2021	2022	2023
Республика Башкортостан	34,9	37,7	38,5	38,9
Республика Татарстан	31,2	35,8	35,9	35,4
Удмуртская Республика	41,4	43,9	46,2	47,1
Пермский край	38,1	38,7	37,2	39,4
Российская Федерация	37,4	39,45	40	41,52

Таблица 7

#### Нагрузка на одного врача, чел.

	2018	2021	2022	2023
Республика Башкортостан	287	265	260	257
Республика Татарстан	320,5	279,3	278,6	282,5
Удмуртская Республика	241,5	227,8	216,5	212,3
Пермский край	262,5	258,4	268,8	253,8
Российская Федерация	267,4	253,5	250	240,8

Таблица 8

**Обеспеченность населения средними медицинскими работниками,  
работающими в государственных и муниципальных  
медицинских организациях  
(человек на 10 тыс. населения)**

	2018	2021	2022	2023
Республика Башкортостан		100,6	96,24	96
Республика Татарстан		90,28	95,5	94,8
Удмуртская Республика		95,8	97,85	95,7
Пермский край		81	77,51	81,7
Российская Федерация	86,3	87,1	87,2	88,2

Таблица 9

**Нагрузка на одного работника среднего медицинского персонала, чел**

	2018	2021	2022	2023
Республика Башкортостан		99,4	103,9	104,2
Республика Татарстан		110,8	96,2	105,5
Удмуртская Республика		104,4	102,2	104,5
Пермский край		123,5	129	122,4
Российская Федерация		114,8	114,7	113,4

**Вопросы для проведения исследования**

**1. “Вас привлекает работа врача?”**

- а) Да
- б) Нет
- в) Затрудняюсь ответить

**2. “Как Вам кажется, профессия врача является престижной и уважаемой?”**

- а) Да
- б) Нет
- в) Затрудняюсь ответить

**3. “Какая на Ваш взгляд заработная плата врача на сегодняшний день?”**

- а) Достаточно высокая
- б) Могла быть и выше
- в) Неоправданно маленькая

**4. “Как Вы считаете, что больше всего мотивирует врача в его работе в современных условиях?”**

- а) Зарботная плата, стимулирующие надбавки
- б) Меры социальной поддержки
- в) Желание помогать людям в их выздоровлении
- г) Похвала руководства и уважение коллег
- д) Комфортные взаимоотношения с сослуживцами
- е) Оснащенность рабочего места
- ж) Возможность профессионального роста

**5. “Выделите меры социальных гарантий, которые являются первостепенными с Вашей точки зрения”:**

- а) Предоставление служебного жилья, возможность получения льготной ипотеки
- б) Увеличение размера оплаты труда
- в) Возможность досрочного выхода на пенсию
- г) Льготный проезд
- д) Другие (льготное посещение физкультурно-оздоровительных комплексов, внеочередное место в детском дошкольном учреждении, оплата связи и прочие меры)

**6. “Известно ли Вам о программах “Земский доктор” и “Земский фельдшер”?”**

- а) Прекрасно осведомлен о программах “Земский доктор” и “Земский фельдшер”

- б) Обладаю обрывочной информацией
- в) Практически ничего не знаю

**7. “Насколько программы “Земский доктор” и “Земский фельдшер” представляют для Вас интерес?”**

- а) Чрезвычайно заинтересован
- б) Для меня эта программа не актуальна
- в) Ничего не могу сказать

**8. “Рассматриваете ли Вы возможность работы в сельских районах Республики Башкортостан?”**

- а) Я рассматриваю для себя такую перспективу
- б) Не задумывался об этом ранее, но в принципе не против
- в) Совершенно не готов

**9. “Какие мотивы могут стать стимулом для работы на селе с Вашей точки зрения?”**

- а) Приобретение обширных профессиональных навыков
- б) Высокая заинтересованность в специалисте со стороны работодателя
- в) Вероятность повышения финансовой обеспеченности семьи
- д) Прочие мотивы

**10. “Где бы Вы хотели продолжить обучение / приступить к работе после окончания обучения в университете?”**

- а) В своей республике
- б) За пределами республики

**11. “Что могло бы для Вас послужить отказом от работы по специальности?”**

- а) Неудовлетворенность оплатой труда
- б) Высокая интенсивность работы, профессиональное выгорание
- в) Неудовлетворенность условиями работы
- г) Невозможность профессионального развития
- д) Ничего, я хочу работать по специальности.

**12. “Какие меры по привлечению медицинских кадров в сельские районы Республики, по Вашему мнению, наиболее действенны?”**

- а) Целевой прием в медицинские вузы
- б) Программа “Земский доктор” и “Земский фельдшер”
- в) Меры материальной поддержки для выпускников медицинских вузов
- г) Возможность участия в послевузовской переподготовке, программах повышения квалификации

- д) Меры социальной поддержки, направленные на решение жилищного вопроса
- е) Мероприятия, направленные на решение различного рода социальных вопросов, таких как предоставление места в детских дошкольных учреждениях, льготное посещение физкультурно-оздоровительных комплексов, предоставление льготных путевок в санатории. дома отдыха.

### Приложение 3

#### **Вопросы для проведения исследования среди иностранных студентов**

**1. «Задумывались ли Вы о трудоустройстве в России после окончания обучения?»**

- а) Да
- б) Нет

**2. «Испытывали ли Вы трудности при трудоустройстве на работу в Российской Федерации?»**

- а) Да
- б) Нет

**3. «С какими трудностями Вы сталкивались при трудоустройстве на работу?»**

- а) Языковой барьер
- б) График работы несовместим с учебой
- в) Работодатели не хотят трудоустраивать иностранных граждан

**4. «Почему Вы хотите остаться работать в России?»**

Ответ в произвольной форме.



**АНТИПЛАГИАТ**  
ОБНАРУЖЕНИЕ ЗАИМСТВОВАНИЙ

## СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа  
на наличие заимствований

Башкирский государственный медицинский  
университет

ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ АНТИПЛАГИАТ.ВУЗ

Автор работы: Артемьева М. В.  
Самоцитирование  
рассчитано для: Артемьева М. В.  
Название работы: Проблемы и пути решения устранения дефицита медицинских кадров в сельской местности Республики Башкортостан  
Тип работы: Выпускная квалификационная работа  
Подразделение: Башкирский Государственный Медицинский Университет

### РЕЗУЛЬТАТЫ

■ ОТЧЕТ О ПРОВЕРКЕ КОРРЕКТИРОВАЛСЯ: НИЖЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ ДО КОРРЕКТИРОВКИ

СОВПАДЕНИЯ	19.01%	СОВПАДЕНИЯ	17.73%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ	79.43%	ОРИГИНАЛЬНОСТЬ	82.27%
ЦИТИРОВАНИЯ	1.56%	ЦИТИРОВАНИЯ	0%
САМОЦИТИРОВАНИЯ	0%	САМОЦИТИРОВАНИЯ	0%

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 17.05.2024

ДАТА И ВРЕМЯ КОРРЕКТИРОВКИ: 17.05.2024 14:00

Структура документа: Проверенные разделы: приложение с.87-91, библиография с.68-80, титульный лист с.1, содержание с.2-3, основная часть с.4-68, 81-86  
Модули поиска: Кольцо вузов (переводы и перефразирования); ИПС Адилет; Цитирование; Переводные заимствования\*; Шаблонные фразы; Диссертации НББ; Коллекция НБУ; Библиография; Перефразирования по коллекции IEEE; Перефразирования по коллекции издательства Wiley; Перефразирования по Интернету (EN); IEEE; СМИ России и СНГ; Переводные заимствования издательства Wiley; Переводные заимствования по Интернету (EnRu); Кольцо вузов; Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте; Переводные заимствования IEEE; СПС ГАРАНТ: аналитика; Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте; Издательство Wiley; Публикации eLIBRARY; Переводные заимствования по коллекции Гарант: аналитика; Публикации РГБ; Медицина;

Работу проверил: Банникова Ольга Сергеевна

ФИО проверяющего

Дата подписи:

17.05.2024

ФГБОУ ВО БГМУ  
Минздрава России  
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

Подпись проверяющего



Чтобы убедиться  
в подлинности справки, используйте QR-код,  
который содержит ссылку на отчет.

Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование  
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.  
Предоставленная информация не подлежит использованию  
в коммерческих целях.