

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»

(наименование)

40.04.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки)

Правовое обеспечение государственного управления и местного самоуправления

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему «Кадровая политика Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Проблемы и пути решения»

Студент

Е.С. Сафронова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

к.э.н., доцент, В.Ю. Моисеева

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Государственно-правовое регулирование кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации	9
1.1 История формирования кадровой политики в российской системе здравоохранения.....	9
1.2 Организационно-правовые основы государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения	14
Глава 2 Основные направления кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации.....	23
2.1 Формирование и использование резерва управленческих кадров в сфере здравоохранения.....	23
2.2 Совершенствование системы подготовки специалистов	31
2.3 Формирование и расширение системы материальных и моральных стимулов медицинских работников.....	38
Глава 3 Проблемы формирования региональной кадровой политики в здравоохранении	47
3.1 Общие положения региональной кадровой политики системы здравоохранения и основные организационные технологии управления кадрами	47
3.2 Основные направления оптимизации кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации.....	61
Заключение.....	72
Список используемой литературы и используемых источников	79

Введение

Актуальность исследования.

Реализация конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (часть 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации) немыслима без медицинских кадров. При этом, никакие передовые технологии и научные достижения в области медицины не смогут обеспечить здоровье населения в отсутствие медицинских работников и должного уровня их профессиональной подготовки [79].

Однако в настоящее время кадровый вопрос является одним из проблемных в современной системе здравоохранения. В целом можно обозначить ряд следующих проблем.

Во-первых, недостаток и сокращение как высококвалифицированных специалистов с медицинским образованием, так и среднего медицинского персонала, что напрямую отрицательно сказывается на доступности и эффективности оказываемой медицинской помощи населению. За последние десять лет численность медицинского персонала снизилась на 4,2 %, т.е. с 49,6 человек на 10 тысяч населения до 47,5 человек на 10 тысяч населения [57, с. 75]. В 2018 году на 10 тысяч населения приходилось всего 37 врачей [56, с. 77]. Причиной такого положения является не только проводимая до недавнего времени политика «оптимизации» кадрового состава медицинских организаций, но и низкая мотивация и стимулирование медицинской деятельности.

Во-вторых, актуальной остается проблема профессиональной подготовки и рационального использования кадрового состава. Недостаток профессиональной подготовки явно проявляется в условиях широкого внедрения в систему здравоохранения современных инновационных технологий, использование в медицинских организациях высокотехнологичного оборудования, что отрицательно сказывается на результативности и качестве оказания медицинской помощи. Кроме того,

негативной тенденцией профессиональной подготовки медицинских специалистов является дисбаланс между различными врачебными специальностями, когда преобладает количество отдельных специалистов (урологов, гинекологов, гематологов и др.) и нехватка других (пульмонологов, педиатров, специалистов общей хирургии). Такое состояние в сфере здравоохранения связано с развитием персонифицированных услуг, осуществляемых узкопрофильно.

Особенно остро обнажились проблемы кадрового состава системы здравоохранения в современных условиях пандемии COVID-19, когда обнаружилось не только нехватка стационарных коек, но и медицинского персонала, на плечи которого легла борьба с эпидемией ценою собственного здоровья и жизни. Несмотря на то, что в настоящее время действуют соответствующие программы федерального и регионального уровней по вопросам кадровой политики в сфере здравоохранения, данные программы нуждаются в существенном пересмотре с учетом сложившейся непростой эпидемиологической ситуации не только в нашей стране, но и во всем мире. Сегодня как никогда требуются структурные изменения и инвестирование повышения профессионального уровня медицинских работников, совершенствование системы управления системой здравоохранения, увеличение мер стимулирующего характера и повышение их уровня.

Все выше изложенное лишний раз доказывает насущность и своевременность обращения к проблеме кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации посредством настоящего магистерского исследования.

Степень разработанности темы. Вопросы кадровой политики в системы здравоохранения является предметом исследования специалистов в области здравоохранения и экономики [6; 19; 20; 25; 55; 74]. Среди зарубежных исследователей также рассматриваются вопросы обеспеченности медицинским персоналом [75; 76], укрепление кадровыми ресурсами здравоохранение [77; 78]. Однако вопросы кадровой политики остаются без должного научно-

правового осмысления со стороны представителей юридической науки, что еще раз актуализирует необходимость проведения правового анализа темы настоящей магистерской диссертации.

Цель исследования – провести комплексный теоретико-правовой анализ кадровой политики Министерства здравоохранения РФ, выявить проблемы государственной кадровой политики в системе здравоохранения и наметить пути их решения.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) рассмотреть историю формирования кадровой политики в российской системе здравоохранения;
- 2) исследовать организационно-правовые основы кадровой политики в системе российского здравоохранения;
- 3) проанализировать особенности формирования и использования резерва управленческих кадров в сфере здравоохранения;
- 4) проанализировать проблему совершенствования системы подготовки медицинских специалистов;
- 5) выявить проблемы, возникающие при формировании и расширении системы материальных и моральных стимулов медицинским работникам;
- 6) наметить общие положения федеральной региональной кадровой политики системы здравоохранения и основные организационные технологии управления кадрами;
- 7) определить основные направления оптимизации кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации.

Объект исследования – общественные отношения, возникающие в сфере кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации.

Предмет исследования – нормы действующего законодательства, государственные и региональные программы, направленные на развитие кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации.

Научная новизна исследования отражена в целях и задачах магистерской диссертации, а также в положениях, выносимых на защиту. Магистерская диссертация представляет собой попытку комплексного исследования современного состояния кадровой политики Министерства здравоохранения РФ, выявление проблем и предложение путей их решения.

Положения, выносимые на защиту:

- основная цель кадровой политики на ближайшую перспективу в различных регионах страны фактически едина. Она состоит в повышении профессионализма медицинских работников, престижности их работы и уровня социальной защиты. В современных условиях особенно актуально положение о том, что от качества работы медицинских кадров, подготовки управленческого звена во многом зависит эффективность деятельности всей системы здравоохранения;
- стратегия кадровой политики в регионе должна строиться с учетом особенностей состояния здоровья населения и развития здравоохранения в конкретном регионе, использования оптимальных мер по управлению персоналом, накопленного опыта, а также изучения того опыта работы с медицинскими кадрами;
- в условиях модернизации здравоохранения и реализации национального проекта в здравоохранении в формировании кадровой политики в регионе методически обоснованно выделить ряд целевых ориентиров кадровой политики. В соответствии с задачами реализации национального приоритетного проекта предполагается достижение следующих целевых ориентиров кадровой политики:
- восстановление престижа и общественной значимости профессии врача;
- повышение доходов работников здравоохранения в реальном выражении не менее чем в 1,5 раза;

- разработка и совместная реализация общей программы действий - единой для федерального, регионального и местного уровней;
- изменение количества врачей, в том числе врачей - специалистов на 10 000 населения с учетом уровня здоровья населения в конкретном регионе;
- изменение соотношения врачей, работающих в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, при организациях до 30%.
- изменение соотношения врачей и медицинских сестер в соотношении 1 к 5;
- повышение уровня социальной защищенности медицинских работников в сельской местности, льготы при получении и оплате жилья, проезде на транспорте, лекарственном и санаторно-курортном обеспечении и др.

Теоретическую основу исследования составили труды следующих ученых: О.Ю. Александрова, Е.А. Войтенко, О.А. Воропаевой, М.Г. Гусева, Т.В. Ерохина, М. Зариповой, П.И. Калью, Н.А. Капитоненко, А.А. Костина, В.М. Курочкина, А.В. Мельцер, Т.И. Расторгуевой и др.

Практическая значимость магистерской диссертации. Сделанные в магистерской диссертации выводы и предложения возможно использовать в учебно-методических целях при чтении курсов «Административное право», «Конституционное право Российской Федерации», а также в практической деятельности при разработке государственных и региональных программ совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения.

Нормативная база исследования основывается на Конституции Российской Федерации, Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года (утвержденная Указом Президента РФ от 6 июня 2019 года № 254), Государственной программе «Развитие здравоохранения» (утвержденная Постановлением Правительства

РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640) и других нормативных правовых актов, регулирующих вопросы кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации.

Методология и методы. При написании магистерской диссертации применялись системный и информационный подходы, методы диалектики, моделирования, межатраслевых исследований и другие.

Структура магистерской диссертации: введение, три главы, семь параграфов, заключение и список используемой литературы и используемых источников.

Глава 1 Государственно-правовое регулирование кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации

1.1 История формирования кадровой политики в российской системе здравоохранения

Исследование кадровой политики Министерства здравоохранения РФ необходимо начать с ее истории, которая непосредственно связана со становлением и развитием системы здравоохранения в целом.

В социологическом аспекта система здравоохранения представляет собой «искусственную динамическую социотехническую систему с элементами самоорганизации, использующую строго определенные ресурсы и существующую в определенной внешней среде» [30, с. 63]. Систему здравоохранения можно определить и в управленческом значении, как комплекс институтов здравоохранения, т.е. «сложную общественную, динамическую, функциональную систему, которую человеческое общество на каждом этапе экономического и социального развития и в полном соответствии с достигнутым уровнем этого развития создает и использует для осуществления комплекса мероприятий» [14, с. 59].

Действующее законодательство Российской Федерации не содержит понятие «система здравоохранения». Однако, исходя из содержания ч. 2 ст. 41 Конституции Российской Федерации [16], можно сделать вывод о том, что в зависимости от формы собственности медицинских организаций, действующая система здравоохранения представлена государственной, муниципальной и частным секторами, которые «обеспечивает определенное единство здравоохранения в России» [3, с. 12-16].

Начало образования системы здравоохранения ведут с момента создания Аптекарского приказа. Однако историки по-разному определяют дату создания Аптекарского приказа. К примеру, А.С. Акопян начало государственной медицины исчисляет с 1581 года, когда в Москву прибыли английские медики

и была основана царская аптека [2, с. 66]. Однако есть исследователи, которые утверждают, что Аптекарская изба была основана в 1560-х гг., по мнению других, – в начале XVII в. [10, с. 28]

С 1721 по 1762 гг. действовала Медицинская канцелярия, подчинявшаяся непосредственно императору [22, с. 139-140]. Кадровая политика в области развития отечественной медицины при Петре I была направлена на подготовку отечественных медицинских работников. Кроме того, вводилась штатная дифференциация медицинских работников в зависимости от их квалификации, были унифицированы требования к их квалификации [4, с. 60]. При Анне Иоановне продолжается политика максимального расширения государственного влияния на данную сферу общественных отношений.

В 1763 году указом Екатерины II была учреждена Медицинская коллегия, просуществовавшая до 1803 года. Медицинская коллегия являлась органом государственного управления, осуществляющая наблюдение за медицинской и лекарственной помощью населению, руководство подготовкой медицинских кадров, рассматривала и оценивала научные труды в сфере медицины [10, с. 28]. В 1764 году соответствующим указом регулировалась аттестация медицинских работников без привлечения иностранных учебных заведений [63].

В 1775 году возникает приказная медицина, создаются приказы общественного презрения, осуществляющие управление гражданской медициной, а также учреждаются должности уездных врачей.

В 1803 году Медицинская коллегия была ликвидирована, а ее функции переданы Министерству внутренних дел, в котором был создан Медицинский департамент. При этом за подготовку кадров отвечало Министерство просвещения [17, с. 15].

В середине XIX в. возникает земская, фабрично-заводская и городская медицина. Формируются ведомственные медицинские службы при путях сообщения, пограничной охране, тюремном ведомстве и др.

Особое внимание следует уделить земскому здравоохранению, которое развивалось благодаря проводимой кадровой политики, направленной не только на увеличение численного состава врачей и фельдшеров, но и на повышение квалификации медицинских работников, создание ряда социальных гарантий.

Так, в результате земской реформы увеличилось количество врачей. К примеру, в Самарской губернии количество врачей увеличилось в 6 раз и всего насчитывалось порядка 300, тогда как в Пензенской и Симбирской губерниях – 190 врачей [23, с. 112].

Политика повышения квалификации земских врачей предполагала возможность прохождения стажировки, как в научных центрах страны, так и в пределах губернии. Фельдшера также могли повысить уровень своих знаний в государственных школах, либо при уездных земских больницах. Позже, в начале XX в., были созданы специальные земские фельдшерские школы, школы сельских повитух, повивальные школы.

С целью уменьшения текучести медицинских кадров, земства увеличивали оклады врачам и фельдшерам, принимали меры, направленные на улучшение их бытовых условий, работы и отдыха. В середине 1880-х годов врачи стали получать отпуск с периодичностью один раз в 3-5 лет сроком на 2-4 месяца.

Результатом, проводимой кадровой политики земствами, стало увеличение медицинского персонала в губерниях, улучшилось качество оказываемых медицинских услуг.

В 1857 году принимается Устав врачебный, регулирующий врачебную деятельность. В редакции 1905 года данный Устав урегулировал вопросы управления здравоохранением на трех уровнях: государственном (ст. 1), местном (ст.ст. 2-3, 38-42) и губернском (ст.ст. 4-37). В Уставе были закреплены обязанности медицинских работников, основания их отстранения от практики. Особое место в Уставе было отведено аттестации лиц, претендовавших на

получение ученой степени или звания (ст.ст. 595-618), а также подготовке специалистов [61, с. 20-21].

В 1904 году упраздняется Медицинский департамент, функции которого передаются Управлению главного врачебного инспектора и Отделу народного здоровья и общественного призрения, которые также входили в состав Министерства внутренних дел Российской империи. Кроме того, в составе МВД России был создан Медицинский совет, представляющий собой высший врачебно-ученый орган, рассматривающий вопросы охраны «народного здоровья» и лечения и проведения судебно-медицинской экспертизы [62, с. 35].

В 1916 году создается Главное управление государственного здравоохранения как единого управляющего органа в сфере здравоохранения [4, с. 62].

Произошедшие в 1917 году изменения в государственном строе и создание Советской республики, отразились, не только на кадровой политики в отношении медицинских работников, и на всей системе здравоохранения в целом.

Прежде всего, в 1917 году создается Медико-санитарный отдел при Военно-революционном комитете Петроградского совета рабочих и солдатских депутатов с целью оказания медицинской помощи рабочим и солдатам [29, с. 16].

В 1918 году создается Народный комиссариат здравоохранения РСФСР [8], как высший медицинский орган.

Основы государственной политики в сфере здравоохранения было озвучены на Всероссийском съезде медико-санитарных отделов Советов в 1918 году. В частности, поднимался вопрос о необходимости повышения качества медицинской помощи, оказываемой на принципах общедоступности и бесплатности [58, с. 134].

Политика Народного комиссариата здравоохранения проводило также политику единства науки и практики, для чего, в качестве совещательного органа был создан Ученый медицинский совет. Особое внимание уделялось

работе по подготовке квалифицированных медицинских кадров. Создавались медицинские учебные заведения, и уже в 1930 году насчитывалось 40 медицинских вузов [29, с. 19].

В конце 20-х годов были сформулированы цели и задачи кадровой политики в сфере здравоохранения, в числе которых было обозначено следующее:

- «плановость и централизация здравоохранения;
- координация регулирования кадровых процессов в здравоохранении;
- формирование кадровых отношений, в т.ч. медицинских работников с государством» [30, с. 69].

По справедливому замечанию П.И. Калью, «в кадровой политике особое значение уделялось соблюдению принципов централизованного управления, номенклатурного подхода при назначении кадров, планового распределения ресурсов и единоначалия управления, которое осуществлялось на трех основных уровнях: стратегическом, тактическом и оперативном» [13, с. 75].

В послевоенное время, также полностью государственное управление и распределение кадрового потенциала позволило обеспечить гарантированную медицинскую помощь населению.

Однако чрезмерная централизация управления, отклонение от принципов кадровой политики и отсутствие мероприятий по мотивированию специалистов в 80-х гг. XX столетия привело к тому, что система здравоохранения начала давать сбои. И уже в начале 90-х годов прошлого столетия возникают предпосылки государственного регулирования здравоохранения и в частности, осуществление государственного управления кадровой политикой. Прежде всего, формируются субъект-объектные кадровые отношения для решения отраслевых задач.

Однако результаты проводимой кадровой политики не стали утешительными, причинами чего была слабая мотивация молодых специалистов к работе в труднодоступных территориях страны, а также слабый

контроль региональных органов государственной власти и органов местного самоуправления за кадровым обеспечением здравоохранения.

Более того, улучшение материально-технической базы медицинских организаций, введение в эксплуатацию высоких медицинских технологий выявляет проблему дефицита специально подготовленных кадров. Кроме того, тенденцией последнего времени является диспропорция распределения врачей внутри системы оказания медицинской помощи, где наблюдается либо их переизбыток, либо нехватка или полное отсутствие специалистов.

Таким образом, обнажаются кадровые проблемы, связанные с дисбалансом кадрового обеспечения и качеством профессиональной подготовки специалистов. На решение данных проблем направлена современная кадровая политика Министерства здравоохранения РФ организационно-правовые основы которой будут рассмотрены в следующей части настоящей магистерской диссертации.

1.2 Организационно-правовые основы государственной кадровой политики в системе российского здравоохранения

Прежде чем приступить к непосредственному исследованию государственной кадровой политики в системе здравоохранения, необходимо отметить, что под таковой понимается стратегия государства сферой здравоохранения по отношению к формированию, развитию и востребованию профессиональных возможностей и компетентности кадров, обеспечивающих достижение соответствующих целей.

Правовыми основами государственной кадровой политики являются, прежде всего, Конституция РФ, которая в ч. 2 ст. 7 провозгласила охрану здоровья людей как часть государственной социальной политики, в ст. 41 – право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, в ст. 72 – определено совместное ведение РФ и ее субъектов части вопросов здравоохранения, по которым в силу ч. 2 ст. 76 издаются федеральные законы и

принимаемые в соответствии с ними законы и иные нормативные правовые акты субъектов РФ.

Следует обратить внимание на то, что исходя из содержания ст. 41 Конституции РФ, в Российской Федерации действуют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) [70] регулирует отношения в сфере охраны здоровья граждан и определяет права и обязанности медицинских и медицинских работников. Что касается непосредственно кадровой политики в сфере здравоохранения, то данный Федеральный закон этот вопрос оставил без должного внимания, в отличие от его предшественника - Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [26]. В частности, Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан к ведению республик в составе РФ относили организацию и координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан, установление этим кадрам льгот дополнительно к принятым на федеральном уровне (п. 13 ст. 6).

В ст. 2 ныне действующего Федерального закона № 323-ФЗ законодатель сформулировал понятие «охрана здоровья», под которой понимается система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых федеральными и региональными органами государственной власти, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Приведенное определение охраны здоровья позволяет выделить следующие структурные элементы государственной политики в сфере охраны здоровья населения: «1) организация системы здравоохранения, управления ею,

включая финансовые вопросы; 2) профилактика заболеваний; 3) предоставление медицинской помощи; 4) контроль качества медицинской помощи; 5) биологическая безопасность; 6) кадровые ресурсы здравоохранения; 7) медицинские продукты, вакцины и технологии; 8) информатизация здравоохранения; 9) лекарственное обеспечение» [11, с. 16].

Как можно заметить, одной из составляющих государственной политики в сфере здравоохранения, являются кадровые ресурсы, что подтверждается и соответствующими программными документами.

Так, в утвержденной Правительством РФ государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [39] в качестве отдельной подпрограммы выделена подпрограмма «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении», целью которой, является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях.

В Паспорте национального проекта «Здравоохранение», утвержденного президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол 24 декабря 2018 года № 16 (далее национальный проект «Здравоохранение») [27] обозначен Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». Целью данного Федерального проекта является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В данном документе приводятся данные на 31 декабря 2019 года, согласно которым, численность врачей и средних медицинских работников в медицинских организациях составляет не менее 557 тыс. и 1 276 тыс. специалистов соответственно, не менее 190 тыс. специалистов допущено к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации специалистов.

За время реализации проекта планируется увеличить численность врачей по сравнению с 2017 годом на 9,0% до 598 тыс. специалистов, а средних медицинских работников, соответственно, на 10,2% до 1 396 тыс. специалистов. Указанные задачи планируется решить как за счет дополнительной подготовки

специалистов, так и путем совершенствования механизмов закрепления специалистов в отрасли. Одновременно мероприятия проекта направлены и на повышение профессионального уровня специалистов отрасли, который к 2024 году будет осуществляться посредством системы непрерывного медицинского образования. Кроме того, ожидается внедрение к 2024 году процедуры аккредитации специалистов.

Таким образом, реализация федерального проекта носит системный характер и, учитывая, что вопрос кадрового обеспечения оказывает влияние на достижение всех целей и целевых показателей национального проекта «Здравоохранение», способствует достижению целей других федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение».

В утвержденной Президентом РФ Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года [66] одной из приоритетных задач развития здравоохранения названо совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения за счет постоянного повышения их профессионального уровня и расширения квалификации. Важными направлениями кадровой политики в Стратегии названы устранение дисбаланса между наличием медицинских работников определенных специальностей и потребностью в таких работниках на практике, а также усиление мер социальной поддержки медицинских работников и обеспечение их жильем.

Приказом Минздрава России утверждена ведомственная целевая программы «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения» [45], направленная на повышение доли специалистов, получивших доступ к современным образовательным программам дополнительного профессионального образования, разработанных с учетом достижений науки и технологий, клинических рекомендаций. Достижение поставленной цели предполагается достигнуть посредством решения ряда задач, в числе которых не только обеспечение непрерывного совершенствования и приобретения

знаний специалистами, но и также государственная поддержка отдельных категорий специалистов, повышение престижа медицинских специальностей.

В целях реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» Министерство здравоохранения РФ утвердило методику расчета потребности во врачебных кадрах [47].

Согласно публичной декларации в числе приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения РФ на 2020 года обозначены повышение запаса прочности системы здравоохранения с учетом кадровых ресурсов медицинских организаций для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией. На реализацию мероприятий национального проекта «Здравоохранение» по планам на 2020 год предусмотрен комплекс мер, направленный на обеспечение медицинскими кадрами, совершенствование системы медицинского образования, внедрение новых образовательных технологий [50].

Наряду с федеральными программами на уровне субъектов также принимаются соответствующие программные документы, направленные на устранение кадрового дефицита медицинских работников и развитие системы непрерывного медицинского образования. Кроме того, особое внимание в региональных документах уделяется повышению престижа профессии медицинского работника, повышению уровня их заработных плат.

Так, в Самарской области принята государственная программа «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014-2022 годы» [41], в рамках которой действует подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Самарской области» на 2014-2022 годы» и целью которой является обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами.

Организационные основы кадровой политики реализуются, созданным при Министерстве здравоохранения РФ Департаментом медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении [48].

Структурно данный Департамент включает следующие отделы:

- среднего и высшего профессионального образования;
- послевузовского и дополнительного профессионального образования;
- кадровой политики в здравоохранении;
- охраны труда;
- трудовых отношений и профессиональных стандартов;
- оплаты труда в сфере здравоохранения.

Основными задачами Департамента являются:

- 1) обеспечение реализации функций по выработке основных направлений государственной политики, нормативно-правовому регулированию в сфере деятельности Министерства здравоохранения по вопросам кадрового обеспечения, регулирования труда медицинских работников, организации медицинского образования;
- 2) организация работы по непрерывному образованию медицинских работников;
- 3) координация образовательной деятельности образовательных и научных организаций;
- 4) разработка стратегии единой кадровой политики в системе здравоохранения.

Кроме того, при Министерстве здравоохранения создан Координационный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации по кадровой политике (далее - Координационный совет) [44] с целью организации взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, научных, образовательных и иных организаций при рассмотрении вопросов, связанных с формированием эффективной кадровой политики в здравоохранении.

Координационный совет выполняет следующие основные функции:

- определяет приоритетные направления кадровой политики в сфере охраны здоровья;
- рассматривает предложения федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, общественных, научных, образовательных и других организаций о разработке проектов нормативных правовых актов по вопросам кадрового обеспечения в сфере охраны здоровья, проекты программ субъектов Российской Федерации, касающихся вопросов кадрового обеспечения системы здравоохранения;
- выборочно рассматривает результаты реализации в субъектах Российской Федерации программ;
- заслушивает отчеты главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РФ по вопросам кадрового обеспечения по отдельным специальностям и профилям медицинской помощи;
- создает рабочие группы, в том числе из лиц, не являющихся членами Координационного совета, для углубленной проработки вопросов, отнесенных к компетенции Координационного совета, состав которых утверждается на заседании Координационного совета.

Деятельность Координационного совета направлена на решение вопросов кадровой политики. Однако, решения данного Совета носят рекомендательный характер, что ослабляет его влияние на реальные процессы в системе кадрового обеспечения.

Проведенный анализ организационно-правовой основы кадровой политики в сфере здравоохранения, позволяет сделать вывод о возрастающей роли кадровой политики, что находит отражение в соответствующих программных документах стратегического характера, в создании специализированных органов по разработке кадровой политики. Однако решение кадрового вопроса невозможно без научно обоснованной модели,

которая должна учитывать как практику зарубежных стран, так и национальную специфику.

Кроме того, решение ряда проблем невозможно без пересмотра фундаментальных ценностных и идеологических установок, в рамках которых должно осуществляться государственное управление системой здравоохранения.

В связи с изложенным, актуальными задачами реализации кадровой политики в здравоохранении целесообразно выделить:

1. Обеспечение развития комплексной системы планирования кадровых ресурсов отрасли с учетом структуры потребности системы здравоохранения, их рационального размещения и эффективного использования на территории страны.
2. Повышение профессионального уровня врачебного персонала, работников здравоохранения на основе модернизации системы непрерывного образования, совершенствования федеральных образовательных стандартов.
3. Повышение уровня жизни работников здравоохранения, приведение системы оплаты труда врачей в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи.
4. Обеспечение правовой и социальной защиты медицинского персонала, развитие государственного и социального страхования, повышение эффективности мероприятий по охране труда.
5. Проведение реформы кадровых служб лечебно-профилактических учреждений в соответствии с принципами и требованиями современной теории научного управления человеческими ресурсами.

Проведенный в первой главе магистерской диссертации анализ государственно-правового регулирования кадровой политики Министерства здравоохранения РФ, позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, на всем протяжении истории формирования кадровой политики с самого начала образования системы здравоохранения, поднимаются

вопросы количественного состава медицинского персонала и его профессиональной подготовки, а также меры морального и материального стимулирования их деятельности. Наиболее конструктивной следует признать кадровую политику, проводимую в результате земской реформы второй половины XIX столетия, которая хотя и не решила всех проблем, но имела ряд положительных моментов.

Во-вторых, современная кадровая политика в системе здравоохранения направлена на комплексное решение проблем, связанных с увеличением количества медицинских работников, обеспечением их непрерывного повышения квалификации и профессиональной подготовки, ликвидации дисбаланса между наличием медицинских работников определенных специальностей и категорий и потребностью в таких работниках, усиление их мер социальной поддержки. Все это требует разработки комплексной научно обоснованной модели, учитывающей практику зарубежных стран и национальную специфику. Кроме того, важным является и пересмотр фундаментальных ценностных и идеологических установок, в рамках которых должно осуществляться государственное управление системой здравоохранения.

Глава 2 Основные направления кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации

2.1 Формирование и использование резерва управленческих кадров в сфере здравоохранения

Одним из основных направлений кадровой политики в сфере здравоохранения, является решение вопроса управленческих кадров.

Резервы управленческих кадров всех уровней (федерального, регионального и муниципального) формируются на основе определяемых Концепцией формирования и использования резервов управленческих кадров в Российской Федерации [24] целей, задач, принципов и единых подходов. Для организации конкурсов на замещение вакантных должностей органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций можно использовать соответствующую методику [46].

В настоящее время основными нормативно-правовыми актами и методическими документами в области формирования резерва управленческих кадров являются:

- Общая концепция формирования и использования резервов управленческих кадров в Российской Федерации (одобрена Комиссией при Президенте РФ по вопросам государственной службы и резерва управленческих кадров, Протокол от 29.11.2017 г. № 5);
- Положение о кадровом резерве федерального государственного органа [64];
- Единая методика проведения конкурсов на замещение вакантных должностей государственной гражданской службы Российской Федерации и включение в кадровый резерв государственных органов [40];
- Методические рекомендации по работе с резервом управленческих кадров [21].

На основе этих документов в субъектах РФ и муниципальных образованиях разрабатываются Положения по формированию управленческих кадров, в том числе в сфере здравоохранения.

Под резервами управленческих кадров понимают сформированные в установленном порядке группы граждан РФ, обладающих необходимыми профессиональными и личностными качествами для назначения на целевые управленческие должности в системе государственного управления и местного самоуправления, включая организации федерального, регионального и местного подчинения [18, с. 33].

Совокупность всех резервов управленческих кадров образуют соответствующую единую систему, на основе сопоставимых результатов оценки личностно-профессиональных ресурсов.

Выделяют несколько уровней резервов управленческих кадров:

- резерв управленческих кадров, находящихся под патронажем Президента РФ;
- федеральный резерв управленческих кадров;
- резервы управленческих кадров субъектов РФ;
- муниципальные резервы управленческих кадров.

Формируют и используют резервы управленческих кадров органы власти, обладающие соответствующими полномочиями.

Из резерва управленческих кадров назначаются на целевые управленческие должности, которые связаны с выполнением стратегической функцией, функцией планирования, административно-организационной функция и контрольной функцией.

Перечень должностей, для замещения которых формируется резерв управленческих кадров, назначение на которые осуществляется в зависимости от уровня резерва управленческих кадров образует номенклатуру должностей.

Кроме того, информация о кандидатах и лицах, включенных в резервы управленческих кадров содержится в соответствующей электронной базе данных.

Список кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров составляется по результатам изучения и оценки их личностно-профессиональных ресурсов с присвоением рейтингового балла, который отражает уровень личностной и профессионально-управленческой готовности.

Резервы управленческих кадров в здравоохранении формируются с целью:

- осуществление деятельности по подбору и расстановке кадров для замещения должностей руководителей в здравоохранении;
- своевременное удовлетворение потребности в кадрах для замещения должностей руководителей в здравоохранении;
- повышение мотивации лиц к замещению должностей руководителей в здравоохранении и их профессиональному росту (п. 3 Методических рекомендаций по работе с кадровым резервом управленческих кадров в здравоохранении).

Для достижения указанной цели решаются следующие задачи:

- обеспечивается подбор претендентов на должности, для замещения которых формируются резервы управленческих кадров, из числа руководителей, обладающих наиболее высоким управленческим потенциалом;
- осуществляется планомерная подготовка и профессиональное развитие управленческих кадров;
- создаются условия для развития кадрового потенциала системы государственного управления и местного самоуправления в стратегической перспективе [18, с. 34].

Резервы управленческих кадров формируются на основе определяемых Концепцией формирования и использования резервов управленческих кадров в РФ целей, задач, принципов и единых подходов. Сформированные резервы управленческих кадров входят в единую систему резервов управленческих кадров Российской Федерации.

С целью регламентации работы с резервами управленческих кадров субъектом формирования резерва управленческих кадров утверждается порядок формирования и использования резерва управленческих кадров. В целях уточнения содержания работы с резервом управленческих кадров разрабатываются Методические рекомендации по работе с резервом управленческих кадров.

Субъектами формирования резервов управленческих кадров устанавливается Перечень целевых должностей, замещение которых происходит из соответствующих резервов управленческих кадров.

В зависимости от уровня резерва управленческих кадров и специфики целевых должностей, к кандидатам, претендующим на включение в резерв управленческих кадров, предъявляются требования к уровню образования, стажу и опыту работы на соответствующих должностях, возрасту, а также другие необходимые требования, устанавливаемые субъектами формирования резервов управленческих кадров.

По результатам формирования и использования резерва осуществляется оценка эффективности и результативности проводимой работы. Для каждого уровня резервов управленческих кадров определяется перечень целевых должностей, замещение которых планируется преимущественно из резерва управленческих кадров.

Численность резерва управленческих кадров определяется исходя из текущей и перспективной потребности каждым субъектом формирования резерва управленческих кадров.

Формирование и обновление резервов управленческих кадров осуществляется в сроки, установленные субъектами формирования резервов управленческих кадров.

Резерв управленческих кадров может формироваться с учетом участия кандидатов в специальных программах, проектах и мероприятиях, реализуемых на федеральном, региональном или местном уровнях с целью выявления и личностно-профессионального развития перспективных руководителей.

Результаты участия в таких программах, проектах и мероприятиях могут учитываться в итоговой оценке кандидатов.

По результатам оценки соответствия установленным требованиям, проведения анализа личностно-профессиональных и управленческих ресурсов кандидаты для включения в резерв управленческих кадров, получившие наиболее высокие результаты, включаются в резерв управленческих кадров соответствующего уровня на срок, не превышающий трех лет.

В целях всестороннего, объективного и комплексного учета личностно-профессиональных и управленческих ресурсов кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров, осуществляется их оценка, которая основывается на единой системе показателей, позволяющей сделать сопоставимыми результаты оценки личностно-профессиональных ресурсов кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров.

Субъектами формирования резервов управленческих кадров могут использоваться разные методики оценки кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров. Оценка кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров, включает сбор и анализ показателей, характеризующих уровень развития личностно-профессиональных и управленческих ресурсов, на основе изучения профессионального опыта и особенностей карьерных траекторий, тестирования, решения кейсов, оценки результатов деятельности, оценки объективных показателей участия лиц, включенных в резерв управленческих кадров и кандидатов в резерв управленческих кадров в программах, проектах и мероприятиях по личностно-профессиональному развитию, учета других наиболее значимых профессиональных достижений.

При проведении оценки кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров, учитывается оценка их непосредственных руководителей. Результаты соответствующей оценки кандидатов и лиц, влияют на решение о рекомендуемых программах подготовки, а также отражают уровень личностно-профессионального развития оцениваемых лиц.

Для организации и проведения оценки кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров, могут привлекаться научные, образовательные и иные организации в соответствии с действующим законодательством.

Порядок получения, хранения и использования результатов личностно-профессиональной оценки и иных персональных данных кандидатов и лиц, включенных в резерв управленческих кадров, определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных [72] и иными требованиями, которые устанавливаются с учетом конфиденциальности полученной информации.

По результатам изучения и оценки личностно-профессиональных ресурсов лиц, включенных в резерв управленческих кадров, разрабатываются соответствующие программы подготовки и личностно-профессионального развития. Основное содержание, направления и способы подготовки лиц, включенных в резерв управленческих кадров, отражаются в индивидуальных планах профессионального развития.

Подготовка и личностно-профессиональное развитие лиц, включенных в резервы управленческих кадров, осуществляются в следующих формах: участие в специальных программах подготовки, включая образовательные программы, стажировки; планируемые должностные перемещения; участие в конференциях, форумах; участие в проектной и экспертной деятельности; индивидуальное и групповое консультирование; участие в наставнической деятельности; самоподготовка и другие формы подготовки.

Приоритет участия в программах подготовки и образовательных мероприятиях отдается лицам, планируемым для выдвижения на вышестоящую должность, вновь назначенным на должность в порядке должностного роста и продолжающим оставаться в резерве управленческих кадров этого же или более высокого уровня. При определении очередности направления на образовательную программу учитывается период с момента последнего прохождения соответствующей подготовки.

Личностно-профессиональное развитие лиц, включенных в резерв управленческих кадров, может осуществляться в управленческой, экспертно-профессиональной и иных областях компетентности, прогресс в каждой из которых должен подлежать измерению и учитываться в индивидуальных планах профессионального развития.

Показателями личностно-профессионального развития лица, включенного в резерв управленческих кадров, и уровня его готовности к замещению вышестоящей должности признаются:

- высокая эффективность и результативность деятельности;
- получение дополнительного профессионального образования;
- перемещения как между государственными органами, так и в самом государственном органе;
- участие в проектах и мероприятиях по совершенствованию реализации государственной политики в различных сферах деятельности.

Планирование, разработка и реализация программ профессионального развития осуществляется с учетом подготовки к целевым должностям и индивидуальных карьерных планов лиц, включенных в резерв управленческих кадров. Программы профессионального развития могут реализовываться в форме проектов подготовки управленческих кадров на основе принципов целевого набора для решения конкретных задач в сфере кадрового обеспечения системы государственного управления.

Можно выделить следующие основные направления использования резерва управленческих кадров:

- назначения на вакантные вышестоящие должности;
- реализация с привлечением лиц, включенных в резерв управленческих кадров, наиболее значимых проектов и мероприятий, направленных на совершенствование государственной политики в различных сферах жизнедеятельности государства и общества;

- привлечение лиц, включенных в резерв управленческих кадров, для подготовки резервов управленческих кадров иных уровней.

В случае появления вакантных должностей из числа должностей, являющихся целевыми при формировании резерва управленческих кадров, назначение на эти должности осуществляется преимущественно из резерва управленческих кадров.

Исключение из резерва управленческих кадров осуществляется в случаях:

- достижения предельного возраста пребывания в резерве управленческих кадров;
- предоставления кандидатом недостоверных сведений при включении его в резерв управленческих кадров;
- собственное желание лица об исключении его из резерва управленческих кадров;
- назначения на вышестоящую целевую управленческую должность;
- по прочим обстоятельствам, делающим пребывание в резерве управленческих кадров или назначение из резерва управленческих кадров невозможным;
- по иным основаниям, предусмотренным порядком формирования и работы с резервом управленческих кадров соответствующего уровня.

По результатам работы с резервом управленческих кадров не реже одного раза в год, а также нарастающим итогом за два и три года осуществляется оценка эффективности такой работы.

С учетом специфики резервов управленческих кадров различных уровней в обязательном порядке определяются показатели и механизмы оценки эффективности такой работы.

Эффективность работы с резервами управленческих кадров определяется исходя из целей и задач их формирования и использования, а также по отдельным этапам.

Основными показателями эффективности работы с резервом управленческих кадров являются:

- доля лиц, назначенных из резерва управленческих кадров, по отношению к общему количеству лиц, включенных в резерв управленческих кадров;
- доля целевых должностей, на которые назначены лица из резерва управленческих кадров;
- доля назначений из резерва управленческих кадров по отношению к общему количеству назначений на управленческие должности.

К дополнительным показателям эффективности работы с резервом управленческих кадров могут быть отнесены:

- показатели эффективности привлечения и отбора в резерв управленческих кадров;
- показатели личностно-профессионального развития и обучения лиц, включенных в резерв управленческих кадров;
- иные показатели, установленные субъектами формирования резервов управленческих кадров.

Для каждого из показателей определяются индикаторы (критерии) его достижения с учетом накопленной кадровой статистики и сравнения текущего состояния работы с резервом управленческих кадров с предшествующими периодами, а также с состоянием аналогичных показателей по другим уровням резерва управленческих кадров. Уточнение содержания показателей и индикаторов (критериев) эффективности работы с резервом управленческих кадров осуществляется по мере накопления данных кадровой статистики, анализа и обобщения практики работы с резервом управленческих кадров.

2.2 Совершенствование системы подготовки специалистов

Никакие передовые технологии и научные достижения в области медицины не смогут положительно повлиять на здоровье населения при отсутствии надлежащим образом подготовленных медицинских работников [79].

Указ Президента РФ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее – Указ) [67] предусматривает ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Достижение указанной цели планируется за счет увеличения численности врачей до 598 тыс. и средних медицинских работников до 1 396 тыс. к концу 2024 года. Достижение поставленных целей достигается посредством формирования контрольных цифр приема на подготовку специалистов с учетом реальной потребности в медицинских кадрах. Кроме того, разрабатываются актуальные федеральные государственные образовательные стандарты и примерные основные и дополнительные образовательные программы, развивается система целевого обучения [73].

Определение потребности во врачах и специалистах со средним медицинским образованием, осуществляется с учетом региональных объемов медицинской помощи программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, региональных особенностей системы здравоохранения, а также с учетом необходимости кадрового обеспечения профильными специалистами для достижения установленных результатов, предусмотренных мероприятиями Национального проекта «Здравоохранение» по развитию системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитию детского здравоохранения, снижению смертности от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Формирование объемов, структуры контрольных цифр приема по программам высшего образования по профессиям, специальностям и направлениям подготовки и (или) укрупненным группам профессий, специальностей и направлений подготовки, области образования «Здравоохранение и медицинские науки» и государственного задания по программам среднего профессионального образования осуществляется с учетом потребности конкретных медицинских организаций в конкретных специалистах.

Разработка федеральных государственных образовательных стандартов (далее – ФГОС) осуществляется по мере инновационного технического развития отрасли и в соответствии с приоритетами государственной политики.

Лица, прошедшие обучение по ФГОС и в рамках дополнительного профессионального образования, допускаются к профессиональной деятельности через процедуру первичной, первичной специализированной и периодической аккредитации специалистов.

При проведении процедуры аккредитации специалистов используется единая федеральная база фонда оценочных средств, разрабатываемого методическим центром аккредитации специалистов с привлечением экспертов и методологов.

Проведение аккредитации специалистов осуществляется на площадках образовательных и научных организаций аккредитационными комиссиями, формируемыми Минздравом России с участием профессиональных некоммерческих организаций.

Лица, успешно прошедшие процедуру первичной аккредитации специалистов по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», допускаются к осуществлению профессиональной деятельности на врачебных должностях «первичного звена»: «Врач-терапевт участковый» и «Врач-педиатр участковый».

Проведение первичной и первичной специализированной аккредитации специалистов осуществляется в аккредитационно-симуляционных центрах, созданных на площадках образовательных организаций различной ведомственной принадлежности и научных организаций Минздрава России.

Для проведения на регулярной основе периодической аккредитации специалистов потребуется дополнительно создание 17 независимых аккредитационных центров (по 1 в каждом федеральном округе Российской Федерации, а также 9 в городах с населением более 1 млн. человек).

На регулярной основе осуществляется проведение периодической аккредитации специалистов на площадках 17 независимых аккредитационных центров.

Повышение уровня квалификации специалистов осуществляется в рамках системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, посредством модернизированного портала непрерывного медицинского образования и размещенных интерактивных образовательных модулей, разработанных на основе порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательственной медицины.

Одновременно с этим, в рамках повышения квалификации специалистами осуществляется отработка практических навыков на базе дооснащенных симуляционных центров образовательных и научных организаций Минздрава России.

Оценка квалификации медицинских работников, полученной в рамках непрерывного медицинского образования, осуществляется в ходе проведения процедуры периодической аккредитации специалистов.

Отрасль здравоохранения обеспечивается квалифицированными специалистами, получившими высшее и среднее медицинское образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, прошедшими процедуру аккредитации специалистов и постоянно повышающими свою квалификацию в рамках непрерывного медицинского образования.

Ряд документов Минздрава РФ [42] регулируют сроки и этапы проведения аккредитации, а также отменяют мораторий на выдачу сертификатов и свидетельств об аккредитации специалиста.

Процедуру аккредитации специалистов будут проходить выпускники вузов, окончившие после 1 января ординатуру по образовательным программам «Здравоохранение и медицинские науки», и получившие после 1 января 2020

года дополнительное образование по программам профессиональной переподготовки на базе высшего образования.

В письме Минздрава уточняется, что в 2020 году аккредитации подлежат «лица, получившие высшее образование (уровень специалитета, уровень ординатуры) или среднее профессиональное образование» и «лица, получившие дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки (для лиц, имеющих высшее образование)». После 1 января 2021 года аккредитацию будут проходить все, кто не прошел процедуру ранее.

Приказ № 890н отменил запрет на выдачу сертификатов и свидетельств об аккредитации специалиста с 29 сентября 2020 года. И снятие моратория позволяет образовательным и (или) научным организациям возобновить проведение аккредитации и сертификационных экзаменов.

Вместе с тем продолжает действовать пункт 1 приказа № 327н [43], согласно которому специалисты могут быть допущены к осуществлению медицинской и (или) фармацевтической деятельности без сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста. И пункт 3 приказа № 327н, согласно которому срок действия сертификатов специалиста продлевается на 12 месяцев при истечении срока их действия в период действия постановления Правительства Российской Федерации «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году» [36].

Таким образом, лица, не прошедшие аккредитацию специалиста / сертификационный экзамен, в 2020 году могут быть допущены к осуществлению профессиональной деятельности в течение всего 2020 года.

Приказ №891н установил особенности проведения аккредитации специалиста в 2020 году: в условиях распространения COVID-19 в случае возникновения чрезвычайной ситуации в регионе проводить первый этап аккредитации (тестирование) в дистанционном формате, а также переносить сроки проведения аккредитации или ее отдельных этапов.

Так же в письме говорится, что для председателей аккредитационных комиссий (подкомиссий) и руководителей организаций по проведению аккредитации специалистов в 2020 году разработаны рекомендации, которые размещены на официальном сайте Методического центра аккредитации специалистов Первого МГМУ им. И. М. Сеченова www.fmza.ru. [31].

Определенными особенностями отличается аккредитация работников среднего медицинского персонала, которые должны постоянно пополнять имеющиеся знания и повышать свою квалификацию.

Сегодня у каждого руководителя медицинской организации и у каждого специалиста есть возможность оценить профессиональный уровень как сотрудника, так и свой собственный. В этом помогают системы непрерывного медицинского образования и аккредитации.

Первичную аккредитацию проходят впервые завершившие обучение в средних специальных медицинских учебных заведениях. Специализированную аккредитацию проходят те, кто прошел программы повышения квалификации, либо же программу по профпереподготовке. Периодическую аккредитацию медики проходят каждые пять лет, если в течении этого времени они находятся на одной должности [1].

Процесс аккредитации проводят в два этапа:

- первый этап – оценивается портфолио медработника;
- второй этап – тестирование профессиональных навыков.

Портфолио должно показать уровень квалификации среднего медицинского работника и соответствовать требованиям, предъявляемым к профессии. Оно должно быть структурированным, полным и подготавливается самостоятельно. В нем содержатся:

- сведения об индивидуальных профессиональных достижениях,
- сведения об освоении программ повышения квалификации (например, обучение на портале НМО).

Все данные, указанные в портфолио, должны подтверждаться копиями документов: свидетельствами, дипломами, удостоверениями, сертификатами и пр.

Кроме того, сдаются тестовые задания в специальном аккредитационном центре. Тесты создаются персонально из 60 заданий Единой базы оценочных средств Методического центра аккредитации специалистов. Результат сформируют автоматически: «сдано» – при 70 % или более правильных ответов, или «не сдано» при 69 % или менее правильных ответов.

Дальше оцениваются практические навыки (умения) в неких ситуационных условиях. Это может быть работа на симуляционном оборудовании (тренажер и (или) манекен), а иногда привлекают пациентов. Комиссия оценивает не менее 5 практических заданий, которые также комплектуются с использованием информационных систем из Единой базы оценочных средств. На выполнение одного задания отводится 10 минут.

И в завершении решаются ситуационные задачи. Аккредитуемый отвечает на 5 вопросов, содержащихся в 3 ситуационных задачах, которые так же комплектуются автоматически. На основании ответов три члена комиссии выносят вердикт в оценочный лист:

«сдано» (при 10 правильных ответах или более)

«не сдано» (при 9 правильных ответах или менее).

Так проходит процедура аккредитация среднего медицинского персонала, на которой оценивают его профессионализм и возможность продолжать работу по своей специальности.

Таким образом, профессиональный уровень медицинских работников, который должен находиться в состоянии постоянного повышения, является одним из основных показателей качества оказываемой медицинской помощи. В связи с чем, необходимо и дальше осуществлять работу совершенствованию системы подготовки медицинских специалистов.

2.3 Формирование и расширение системы материальных и моральных стимулов медицинских работников

В ст. 2 Федерального закона № 343-ФЗ среди социальных прав медицинских работников указано их право на:

- стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
- страхование риска своей профессиональной ответственности.

Однако текучесть кадров в здравоохранении объясняется и слабыми мерами материального и морального стимулирования. Среди проблем социальной обеспеченности медицинских работников можно назвать, прежде всего, низкую заработную плату, необеспеченность жильем [7, с. 39].

Так, что касается оплаты труда, то в 2018 году среднемесячная заработная плата врачей составила 75,0 тыс. рублей, среднего медицинского персонала – 37,0 тыс. рублей, младшего медицинского персонала – 34,3 тыс. рублей [9].

В 2018 году были проведены хронометражные исследования работы врачей-аллергологов, врачей-гастроэнтерологов, врачей-гематологов, врачей-инфекционистов, врачей-профпатологов, врачей-ревматологов, врачей-кардиологов детских, на основе которых разработан проект приказа Минздрава России по утверждению отраслевых норм времени для этих врачебных специальностей.

Особое внимание в данной части магистерской диссертации следует уделить стимулирующим выплатам медицинским работникам в условиях пандемии.

Так, за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения этой инфекцией, полагаются выплаты стимулирующего характера. Размер и порядок осуществления таких выплат установлен Постановлением Правительства РФ от

02.04.2020 г. № 415 (далее - Правила № 415) [35]. Этот документ распространяется на правоотношения, которые возникли с 30 января 2020 года. В 2020 году на эти цели из федерального бюджета Минздраву России было выделено 10 223,4 млрд руб. в форме иных межбюджетных трансфертов, предоставленных бюджетам субъектам РФ [54]. Распоряжением Правительства РФ от 02.04.2020 г. № 852-р [51] эти средства были распределены между субъектами РФ.

Исполнительный орган субъекта РФ обязан был направить эти средства в подведомственные медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь гражданам с коронавирусной инфекцией.

Выплаты за особые условия труда и дополнительную нагрузку предназначены для тех медицинских работников, которые оказывают медицинскую помощь заболевшим коронавирусной инфекцией и лицам из группы риска заражения этой инфекцией. Речь идет о врачах, среднем и младшем медицинском персонале, которые оказывают скорую, первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь указанным лицам.

Сумма выплаты рассчитывается медицинской организацией самостоятельно исходя из среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ. Выплата осуществляется исходя из фактически отработанного медиком времени.

Для получения средств из бюджета субъекта РФ на выплаты стимулирующего характера необходимо разработать и утвердить локальный нормативный акт (п. 11 Правил № 415). Это может быть положение о выплатах или правила расчета выплат стимулирующего характера. Данный локальный нормативный акт должен быть согласован с исполнительным органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья.

Аналогичные выплаты за счет средств федерального бюджета установлены и для работников медицинских организаций, которые входят в состав Федерального медико-биологического агентства. Порядок и условия

осуществления таких выплат утвержден Приказом ФМБА России от 13.04.2020 г. № 106 [49].

21 января 2020 года ФМБА выведено из подчинения Минздрава России. В настоящее время руководство деятельностью агентства осуществляет непосредственно Правительство РФ [68].

ФМБА самостоятельно определяет перечень медицинских организаций, которые участвуют в ликвидации коронавирусной инфекции, работа в которой дает право на установление стимулирующих выплат (п. 4 Порядка № 106). Организации, попавшие в этот список, должны принять локальный нормативный акт, в него необходимо включить ту же информацию, о которой мы писали выше.

Помимо врачей, среднего и младшего медицинского персонала выплаты стимулирующего характера полагаются медицинским и иным работникам центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России.

Указанным работникам выплаты стимулирующего характера полагаются в следующем размере:

- врачам, а также иному персоналу, обеспечивающему условия для предоставления медицинских услуг, - до 80%;
- среднему медицинскому персоналу - до 40%;
- младшему медицинскому персоналу - до 20%.

Президент РФ поручил Правительству РФ принять решение о выделении средств из федерального бюджета на стимулирующие выплаты медикам в связи с пандемией [28].

В целях выполнения поручения Президента РФ Правительство РФ выделило из своего резервного фонда бюджетные ассигнования в виде иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов РФ в размере 41 773,67 млн руб. (Распоряжение Правительства РФ от 12.04.2020 г. № 976-р [52]). В приложении к указанному Распоряжению приведено распределение иных межбюджетных трансфертов по регионам.

Постановлением от 12.04.2020 г. № 484 [37] Правительство РФ установило порядок осуществления выплат стимулирующего характера, согласно которому, регионы получают из федерального бюджета средства, необходимые для осуществления таких выплат.

Особенности начисления стимулирующих выплат изложены в письмах Минздрава России от 17.05.2020 г. № 16-3/И/1-3061 [34] и от 06.05.2020 г. № 16-3/И/2-5951 [32] (применяются в части, не противоречащей новой редакции Порядка осуществления выплат).

Выплаты стимулирующего характера осуществляются медицинским и иным работникам медицинских организаций, которые непосредственно работают с гражданами, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19. К ним, в частности, относятся те работники, которые оказывают:

- скорую медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Стимулирующая выплата полагается врачам скорой помощи, которые работают в составе специализированных выездных бригад (п. 10 Порядка). При этом перечень конкретных врачей-специалистов не ограничен. Поэтому при профилизации бригады скорой помощи стимулирующая выплата может устанавливаться также врачам осуществляющим такую медицинскую деятельность (письмо от 06.05.2020 г. № 16-3/И/2-5951).

Выплаты производятся медикам, обслуживающим больных коронавирусом, в апреле, мае и июне.

Стимулирующая выплата должна выплачиваться медработникам в полном размере вне зависимости от времени, фактически отработанного. Такие изменения внесены в Порядок осуществления выплаты стимулирующего характера Постановлением Правительства РФ от 15.05.2020 № 678. Они распространяют свое действие на весь период действия Порядка, в том числе и до момента внесения в них изменений (письмо № 16-3/И/1-3061).

Стимулирующие выплаты за выполнение особо важных работ являются единовременными, выплачиваются за риск работы с больными с новой коронавирусной инфекцией в полном размере, если медработник отработал в соответствии с установленным графиком независимо от количества смен и/или часов.

Кроме того, к выплатам стимулирующего характера медработников нужно применить районные коэффициенты, установленные на соответствующей территории Крайнего Севера и в приравненных к нему местностях, и процентные надбавки за стаж работы в местностях с особыми климатическими условиями (письмо № 16-3/И/2-5951) [5, с. 50].

Специалисты Минздрава обращают внимание на то, что комплектовать отделения, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с COVID-19, необходимо таким образом, чтобы в их состав входили все необходимые специалисты, занятые на полную ставку с учетом специфики работы в указанных отделениях.

При этом, учитывая особые условия и необходимость повышения эффективности борьбы с новой коронавирусной инфекцией, целесообразно скорректировать график отпусков медработников.

Если медицинская организация работает с гражданами, у которых выявлена инфекция COVID-19, ей необходимо принять локальный нормативный акт (п. 12 Порядка № 484), в соответствии с которым она будет производить стимулирующие выплаты своим работникам. Например, Положение о стимулирующих выплатах в период пандемии или Порядок осуществления стимулирующих выплат в связи с COVID-19. Данный локальный нормативный акт, утвержденный организацией, необходимо согласовать с исполнительным органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. Средства федерального бюджета, выделенные на стимулирующие выплаты медикам, власти субъектов РФ направляют медицинским организациям в виде субсидий (п. 4 Порядка № 484).

Медицинская организация должна осуществлять стимулирующие выплаты в те сроки, которые установлены в организации для выплаты заработной платы (письмо Минздрава № 16-3/И/1-3061).

По мнению чиновников, стимулирующая выплата за апрель должна быть выплачена медработникам, которые имеют право на эти выплаты, не позднее 18 мая 2020 года [33].

Выплаты стимулирующего характера являются частью системы заработной платы. Поэтому они должны учитываться при расчете среднего заработка, сохраняемого за работником на время ежегодного отпуска и в других случаях, предусмотренных ТК РФ (письмо № 16-3/И/2-5951). Речь идет о расчете среднего заработка, установленного Положением об особенностях порядка исчисления средней заработной платы (утверждено Постановлением Правительства РФ от 24.12.2007 г. № 922).

Что касается страховых взносов, то на выплаты стимулирующего характера медицинская организация должна начислить страховые взносы в общеустановленном порядке. Это значит, что при начислении страховых взносов медицинская организация использует те же тарифы, что и при начислении страховых взносов на заработную плату ее работников [60].

Следует также обратить внимание на то, что медицинским работникам и водителям автомобилей скорой помощи предоставлены дополнительные страховые гарантии на случай заражения коронавирусной инфекцией при исполнении должностных обязанностей, повлекшего ущерб для жизни и здоровья [12, с. 24].

В случае временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, вызванным лабораторно подтвержденным коронавирусом COVID-19, включенным в Перечень, утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации № 1272-р от 15.05.2020 [53], медики получают единовременную страховую выплату в размере 68811 рублей. Среди таких заболеваний – острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, вирусные пневмонии и ряд других.

Для обеспечения гарантированного получения медиками страховых выплат, в случае заболевания коронавирусом на работе, принято постановление Правительства РФ от 16 мая 2020 г. № 695, согласно которому при установлении работнику диагноза заболевания, включенного в Перечень заболеваний или осложнений, вызванных подтвержденной лабораторными методами (COVID-19, медицинская организация, установившая случай заболевания работника, обязана незамедлительно уведомить Фонд социального страхования Российской Федерации (ФСС) и руководителя организации, в которой работает медик.

Работодатель обязан незамедлительно создать врачебную комиссию по расследованию обстоятельств заражения с привлечением специалистов ФСС. Работа комиссии должна продолжаться не более суток.

Решение о наступлении страхового случая и предоставлении выплат должно приниматься после проведения расследования в отношении случая заболевания медицинского работника новой коронавирусной инфекцией в результате инфицирования при исполнении трудовых обязанностей и не может быть ограничено его специальностью или должностью. Кроме того, выплаты осуществляются вне зависимости от того, установлена ли вина работника или работодателя в возникновении страхового случая.

В частности, соответствующие выплаты при наступлении страховых случаев могут быть осуществлены медицинским сотрудникам, непосредственно участвующим в проведении лабораторных и патологоанатомических исследований у пациентов, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19, и пациентов с подозрением на эту инфекцию.

Комиссиями при расследовании случаев, связанных с инфицированием COVID-19 медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с коронавирусной инфекцией или подозрением на нее, при исполнении трудовых обязанностей, повлекшим неблагоприятные последствия для их жизни и здоровья, должны быть обеспечены прозрачность и объективность, а сомнения

при подведении его итогов должны трактоваться в пользу медицинского работника [59].

Данная комиссия призвана установить факт заражения медиком именно при исполнении обязанностей, а не при иных обстоятельствах.

При назначении страховых выплат нет привязки к перечню должностей или медицинских специальностей. Важен факт участия в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, в том числе работа водителей скорой помощи. Медицинские работники, непосредственно участвующие в проведении лабораторных и патологоанатомических исследований, имеют право на страховые выплаты. При назначении выплаты вина работника или работодателя не имеет значения. Для подтверждения диагноза могут использоваться оба метода: ПЦР (РНК вируса) и ИФА (наличие антител после перенесенного заболевания) [59].

Таким образом, все медицинские работники и водители автомобилей скорой помощи, непосредственно работающие с пациентами с подтвержденной коронавирусной инфекцией и подозрением на неё, застрахованы на случай инфицирования на рабочем месте, повлекшего за собой негативные последствия для жизни и здоровья.

Страховые выплаты уже производятся Фондом социального страхования. Указом Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 года № 313 [65] были установлены дополнительные страховые гарантии медицинским работникам и водителям автомобилей скорой помощи, непосредственно работающим с пациентами с подтвержденной коронавирусной инфекцией или подозрением на нее.

Указанные единовременные выплаты производятся сверх выплат, предусмотренных Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» [71].

Проведенный анализ основных направлений кадровой политики Министерства здравоохранения РФ, позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, одним из основных направлений кадровой политики в сфере здравоохранения, является решение вопроса управленческих кадров. Резервы управленческих кадров в здравоохранении формируются с целью осуществления деятельности по подбору и расстановке кадров для замещения должностей руководителей в здравоохранении; своевременного удовлетворения потребности в кадрах для замещения должностей руководителей в здравоохранении; повышения мотивации лиц к замещению должностей руководителей в здравоохранении и их профессиональному росту.

Во-вторых, никакие передовые технологии и научные достижения в области медицины не смогут положительно повлиять на здоровье населения при отсутствии надлежащим образом подготовленных медицинских работников.

Лица, прошедшие обучение по ФГОС и в рамках дополнительного профессионального образования, допускаются к профессиональной деятельности через процедуру первичной, первичной специализированной и периодической аккредитации специалистов. Ряд документов Минздрава РФ регулируют сроки и этапы проведения аккредитации, а также отменяют мораторий на выдачу сертификатов и свидетельств об аккредитации специалиста.

В-третьих, текучесть кадров в здравоохранении объясняется и слабыми мерами материального и морального стимулирования. Среди проблем социальной обеспеченности медицинских работников можно назвать, прежде всего, низкую заработную плату, необеспеченность жильем.

Выплаты стимулирующего характера осуществляются медицинским и иным работникам медицинских организаций, которые непосредственно работают с гражданами, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19. **Медицинским работникам и водителям автомобилей скорой помощи предоставлены дополнительные страховые гарантии на случай заражения коронавирусной инфекцией при исполнении должностных обязанностей, повлекшего ущерб для жизни и здоровья.**

Глава 3 Проблемы формирования региональной кадровой политики в здравоохранении

3.1 Общие положения региональной кадровой политики системы здравоохранения и основные организационные технологии управления кадрами

Рассмотренная в предыдущих частях настоящей магистерской диссертации кадровая политика в области здравоохранения, проводимая Министерством здравоохранения РФ, также осуществляется и на уровне субъектов Российской Федерации.

Так, как уже отмечалось, в Самарской области принята государственная программа «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014 - 2022 годы» [41]. В данной Программе указано на проблему нехватку медицинских кадров. В целом, укомплектованность врачами в учреждениях здравоохранения Самарской области составляла 54% врачами и средними медицинскими работниками - 62,7%. Кроме того, в Самарской области наблюдается проблема диспропорции в соотношении врачей и средних медицинских работников, составляющая 1:1,95, тогда Всемирной организацией здравоохранения данный показатель должен составлять (1:4).

Очень остро стоит проблема текучести кадров, причинами которой являются неудовлетворенность заработной платой, отсутствие жилья и, как следствие, отсутствие мотивации у медицинских специалистов к работе в бюджетных учреждениях области, снижение престижа профессии.

В Самарской области принят ряд нормативных правовых актов, сохраняющих ранее установленные дополнительные денежные выплаты медицинским специалистам, однако это не решает в целом проблемы заработной платы медицинских работников, поэтому неудовлетворенность оплатой труда в отрасли по-прежнему остается.

Сегодня в Самарской области последовательно реализуется ряд мер, в том числе мер социальной поддержки, направленных на закрепление медицинских кадров в здравоохранении.

В частности, молодым врачам предоставляется единовременное пособие на обустройство в размере 165 996 рублей. По условиям заключенного договора специалист, получивший пособие, обязан отработать в учреждении по наиболее востребованной специальности в течение 3 лет.

Кроме того, осуществляются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с министерством договор.

Принятые меры социальной поддержки позволяют привлечь позволили привлечь специалистов, но кардинально решить кадровую проблему в отрасли не удастся. В связи с чем, требуются дополнительные меры по обеспечению привлечения молодых специалистов в сферу здравоохранения и сохранению имеющихся кадров.

Не менее актуальна сегодня проблема строительства жилья для медицинских работников или выделения им служебного жилья.

В Самарской области осуществляется государственная поддержка врачей в улучшении жилищных условий. В ряде муниципальных районов Самарской области действуют различные социальные программы по обеспечению жильем медицинских работников. Однако количество врачей, получивших жилье в рамках действующих на территории Самарской области программ, незначительно. В настоящее время разрабатывается комплекс мер по улучшению жилищных условий врачей на территории Самарской области, в том числе с использованием механизма льготного ипотечного кредитования.

В Самарской области совместно с государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства

здравоохранения РФ проводится целевая подготовка специалистов с высшим медицинским образованием. В данном образовательном учреждении осуществляется целевая послевузовская подготовка специалистов для системы здравоохранения Самарской области.

В целом, в регионе сложилась система непрерывного профессионального развития медицинских кадров. Опыт Самарской области изучается другими субъектами Российской Федерации.

Одной из мер, направленных на повышение престижа медицинской профессии, является проведение ежегодных конкурсов профессионального мастерства среди врачей и специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

В целом, как можно заметить, основная цель кадровой политики на ближайшую перспективу в различных регионах страны фактически едина. Она состоит в повышении профессионализма медицинских работников, престижности их работы и уровня социальной защиты. В современных условиях особенно актуально положение о том, что от качества работы медицинских кадров, подготовки управленческого звена во многом зависит эффективность деятельности всей системы здравоохранения.

Для достижения поставленной цели необходимо решение многих задач, включая такие из них, как рациональное планирование подготовки и трудоустройства кадров, использование современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов деятельности медицинских работников. Достижение этой цели подчинено тому, чтобы обеспечить органы и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской и лекарственной помощи населению.

Формирование цели и задач кадровой политики направлено на повышение роли медицинских кадров в охране и укреплении здоровья населения. Оно осуществляется также для того, чтобы их составляющие были положены в основу принятия управленческих решений. При этом важно решать

поставленные задачи не только с учетом имеющихся возможностей, но и ориентировать усилия органов власти на создание соответствующих условий для решения поставленных задач. Это обстоятельство, безусловно, направлено на повышение социальной роли здравоохранения и врача в обществе. В процессе этой работы необходимо изыскивать пути наилучшего взаимодействия врача и общества. Сам процесс разработки и принятия решений, направленных на достижение поставленных целей, должен быть ориентирован на позитивные сдвиги от принимаемых решений, как в ближайшей, так и в долгосрочной перспективе при максимальной эффективности управления с привлечением к этой работе не только управленческого, медицинского персонала, но и населения [15, с. 4].

Можно обозначить следующие подходы к анализу современного состояния кадровых ресурсов здравоохранения

Для проведения анализа кадрового потенциала региона используются данные официальной статистики, и, прежде всего, информация статистических отчетных форм «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и отчетных «Сведения о медицинских кадрах», «Дополнительные сведения о медицинских кадрах». Важно проанализировать имеющиеся данные в динамике. Как правило, учитывается динамика изменений за последние 5 лет, но не исключается сравнение данных в течение других временных интервалов.

На основе официальных данных анализируются:

- показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами на 10 тыс. населения. При этом следует учитывать обеспеченность населения медицинским персоналом, исходя из штатных, занятых должностей, число вакантных должностей;
- показатели укомплектованности медицинским персоналом;
- коэффициент совместительства;
- показатели структуры медицинского персонала, учитывающие соотношение врачей общей практики (участковых врачей) и врачей - специалистов;

- число средних медицинских работников на 1 врача и другие данные;
- показатели квалификации, которые оцениваются на основании данных о наличии сертификатов на право занятия медицинской деятельностью, наличии квалификационных категорий, ученых степеней, данных о повышении квалификации, а также учитывают жалобы, иски пациентов по вопросам оказания медицинской помощи.

Проведенная оценка позволяет составить представление о доступности медицинской помощи для населения, укомплектованности кадрами и имеющихся проблемах, которые особенно наглядно проявятся при анализе показателей здоровья населения, позволяет выявить нагрузку на медицинский персонал, его квалификацию, что в конечном итоге отражается на качестве оказываемой медицинской помощи населению.

Особое значение имеют организационные технологии в управлении персоналом здравоохранения. При этом, под организационными технологиями понимают одну из разновидностей технологий, непосредственно связанную не столько с техническими аспектами какого-либо вида деятельности, сколько с решением управленческих проблем и с организацией работы [15, с. 8].

Внутренняя структура организационной технологии – это цели, задачи; содержание технологии (используемые ею организационные приемы, инструменты и действия в их надлежащей последовательности и взаимосвязях); сфера применения технологии, масштабы и уровень ее влияния; средства правового, административного, кадрового, технического, финансового и прочего материального обеспечения; критерии эффективности; данные об эффективности (на основании доказательной медицины).

Оценка организационных технологий – это междисциплинарное мероприятие, опирающееся на результаты различных аналитических разработок.

Организационные технологии управления персоналом здравоохранения – это инструменты, обеспечивающие организацию и управление персоналом

здравоохранения и способствующие его эффективности и достижению качественных результатов.

Организационные технологии используются в управлении персоналом здравоохранения. Так, для развития кадров в здравоохранении можно предложить три блока организационных технологий.

Первый блок - планирование, охватывающее все виды: стратегическое, средне и долгосрочное, текущее, концептуальное.

Второй блок - развитие системы управления кадрами.

Третий блок - подготовка кадров здравоохранения.

Организационные технологии управления персоналом осуществляется посредством концепции кадровой политики в здравоохранении, которая служит для поиска основных конкретных задач, подходов и направлений деятельности по реализации поставленных целей. Она призвана иметь определяющее и по возможности долгосрочное значение для развития кадров здравоохранения. Обычно выдвигаемые в ней задачи и подходы, бывают рассчитаны на действие в течение довольно длительного периода, чаще всего это десятилетие, а порой и на более длительную перспективу порядка 15-20 лет.

Примером кадровой концепции является приказ Минздрава России «Об утверждении ведомственной целевой программы «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения».

Как правило, концепция разрабатывается и принимается на общегосударственном уровне. Однако, в настоящее время, в условиях децентрализации управления здравоохранением отдельные субъекты Российской Федерации самостоятельно разрабатывают свои концепции кадровой политики.

В кадровой стратегии, как правило, выделяется ряд ключевых областей деятельности и задач, решение которых имеет принципиальное, определяющее значение для достижения основных целей кадровой политики.

Стратегическое планирование развития кадров здравоохранения - анализ выявленных тенденций и возможностей, разработка прогноза и стратегических

задач; определение основных направлений деятельности. Применение стратегического планирования имеет и некоторые технические ограничения, связанные с нечеткостью прогнозирования.

В современный период, для которого характерны неустойчивость, неопределенность в развитии здравоохранения, стратегическое планирование перерастает в концептуальное, ориентированное не столько на количественные, сколько на качественные изменения.

Концептуальное планирование - это разработка системы подходов и последовательных мер, направленных на качественную трансформацию персонала здравоохранения в целом или его отдельных элементов в соответствии с изменением концепций, то есть переосмыслением трактовок и воззрений на основе новых научных знаний.

Важной особенностью концептуального планирования является то, что объект в нем, как правило, рассматривается как система во всем многообразии ее взаимосвязанных внутренних элементов и со всей совокупностью ее внешних связей.

Кадровые нормативы здравоохранения относятся к числу организационных технологий. Можно выделить несколько групп кадровых нормативов: экономические нормативы кадрового обеспечения здравоохранения, в том числе специалистами соответствующей квалификации; нормы затрат труда медицинского персонала.

Нормативы подразделяются на минимальные (обязательные и реально выполнимые), оптимальные (наиболее рациональные и обеспечивающие наивысшую эффективность), комплексные и частные.

Кадровые нормативы предполагают сбалансированное развитие медицинских кадров, эффективное использование кадров здравоохранения, становление профессиональных ролей, функций и обязанностей каждой категории работников здравоохранения, а также необходимых квалификаций. Кадровые нормативы разрабатывают квалификационные характеристики медицинских специалистов. Кроме того, кадровые нормативы закрепляют:

- межотраслевую координацию и взаимодействие с пациентами для интегрированного развития системы кадров здравоохранения;
- научные исследования для определения необходимого количества и методов их подготовки, для улучшения качества должностных инструкций, оценки их исполнения и руководства;
- научные исследования по кадрам здравоохранения и мониторинг полученных результатов научных исследований в процессе принятия решений;
- международное сотрудничество по вопросам взаимного признания квалификации и дипломов;
- систему итоговой государственной аттестации выпускников медицинских образовательных учреждений, а также аккредитацию специалистов отрасли;
- соотношение между количеством врачей и средних медицинских работников в сторону увеличения числа последних;
- целевые заказы на подготовку специалистов;
- систему оплаты труда работников здравоохранения с учетом его сложности, количества и качества оказания лечебно-профилактической помощи.

Подготовка кадров здравоохранения включает:

- управление программой стипендий;
- учебные ресурсы, включающие разработку учебно-методических материалов;
- модули межпрофессиональной подготовки в период основного обучения и усовершенствования;
- виды подготовки медицинских кадров: многопрофильного, проблемно-целевого;

- непрерывное повышение профессиональных знаний и навыков организаторов здравоохранения всех уровней в области управления и принятия решений;
- развитие учебных центров общественного здравоохранения [15, с. 12].

Организационные технологии управления кадрами включают следующее.

Во-первых, кадровое планирование. Концепции, стратегии и планы, в том числе долгосрочные, стратегические и комплексные. Прогностическая модель функционирования и развития системы здравоохранения может быть разработана с учетом одновременного действия двух различных факторов - плана как выражения волевой регулятивной деятельности центра и рынка как совокупного проявления между производителями и потребителями медицинских услуг.

Прогнозирование может носить поисковый характер, выявляя возможные проблемы и последствия действия тех или иных факторов или нововведений, и может преследовать цели определения нормативов на будущее. Результаты такого прогнозирования могут служить базой для разработки плана заказов на производство и поставку фармацевтических средств и медицинского оборудования с последующим размещением заказов на конкурсной основе.

На основе прогнозирования потребностей населения в медицинской помощи и ресурсных потребностей здравоохранения проектируются модели сети служб здравоохранения различных масштабов.

Региональная модель сети лечебно-профилактических учреждений – одна из важнейших организационных технологий управления здравоохранением. Современная методика построения региональной модели сети учреждений здравоохранения предусматривает выделение основных уровней медицинского обслуживания, исходя из численности обслуживаемого населения. Это местный или первичный уровень, охватывающий 5-10 тыс. человек; районный или основной – на 30-50 тыс. человек (на этом уровне оказываются повседневная доврачебная и врачебная помощь по месту жительства и общие виды стационарной помощи); зональный или специализированный уровень,

рассчитанный на обслуживание 200-350 тыс. человек (здесь амбулаторная специализированная помощь предоставляется в основном в виде консультативно-диагностических услуг); областной или клинический уровень на 1-1,5 млн. (узкоспециализированные виды медицинской помощи); региональный уровень на 3-4 млн. (специализированные дорогостоящие технологии оказания медицинской помощи эпизодического характера).

Во-вторых, развитие системы управления кадрами, которое включает, прежде всего, лицензирование медицинской деятельности. Порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации медицинскими и иными организациями, а также индивидуальными предпринимателями определяется Постановлением Правительства РФ «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» [38].

Лицензирование обязаны проходить все медицинские учреждения, как государственные, так и муниципальные, и частные. Предварительно они представляют комиссии данные относительно своей материально-технической базы, оснащения медицинским оборудованием, квалификационного уровня персонала, заключение органов государственного санитарного надзора, сведения о помещении и его эксплуатации, финансовый отчет, годовые отчеты о работе и другую информацию. По этим данным, а также по материалам, свидетельствующим об удовлетворенности населения получаемой медицинской помощью, комиссия оценивает работу учреждения здравоохранения и решает вопрос о выдаче ему лицензии. Наличие лицензии необходимо медицинскому учреждению для заключения договора со страховой организацией на обслуживание населения по программе обязательного или добровольного медицинского страхования.

Формирование конкурентной среды как организационная технология предполагает, прежде всего, утверждение принципа конкурсного размещения

заказов на оказание медицинской помощи и права потребителя медицинских услуг на выбор их поставщика - учреждения здравоохранения. Страховые и некие организации или территориальные фонды как обязательного, так и добровольного страхования проводят конкурсы для отбора тех ЛПУ, с которыми они заключают договоры. При этом заранее определяется конкретный алгоритм конкурсного размещения заказов.

Формирование конкурентной среды и последующий конкурсный отбор в регионах осуществляется на основе обобщения и анализа информации о кадровых и материальных возможностях, качестве работы и затратах отдельных ЛПУ на каждый вид медицинской помощи. Необходимой предпосылкой для эффективной реализации этой организационной технологии служит наличие надежной и достаточно широкой информационной базы данных о функционирующих на определенной территории ЛПУ и количественных и качественных характеристиках их работы.

В договоре между организацией или территориальным фондом медицинского страхования и ЛПУ определяются виды, объем и качество услуг, которые данное ЛПУ обязуется предоставлять застрахованным гражданам, порядок мониторинга и оценки выполнения договорных обязательств.

С введением медицинского страхования в российском здравоохранении возникли новые технологии финансирования служб здравоохранения, предусматривающие поступление ассигнований не только из государственного бюджета, но и из страховых фондов. Это породило возможности осуществить реальную связь между размерами оплаты и качеством труда медицинских работников.

Для осуществления вневедомственного контроля качества медицинской помощи в соответствии с рекомендациями вышестоящих органов разрабатываются соответствующие территориальные нормативы, используемые как объективные критерии при вневедомственной оценке качества медицинской помощи. Организации обязательного и добровольного медицинского страхования проводят экспертизы качества оказания

медицинской помощи не только в плановом порядке, но и по обращениям застрахованных лиц.

В-третьих, подготовка кадров здравоохранения, предполагает:

- целевые заказы на подготовку специалистов с заключением соответствующих договоров с учебными заведениями и абитуриентами;
- повышение привлекательности работы в сельской местности и районах, требующих кадрового обеспечения;
- единая система учета вакансий в учреждениях и организациях отрасли.

Организационные технологии управления персоналом здравоохранения касаются управленческих структур и процессов, действующих внутри отдельных медицинских организациях и в медицинских образовательных учреждениях. В современных условиях организационные технологии этого уровня приобретают особую важность в связи с расширением прав медицинских организаций на независимую деятельность.

Практическое осуществление этих прав призвано обеспечивать реальную конкуренцию среди медицинских организаций за привлечение пациентов и, следовательно, безусловную реализацию права пациента на выбор врача и медицинского учреждения, а также работу администрации с врачами не как с наемными служащими, а как с партнерами, что влечет за собой сужение функций главного врача до координации деятельности врачей и среднего медицинского и вспомогательного персонала и обеспечения качества медицинской помощи при обслуживании больных.

Эти технологии включают также кадровое планирование, развитие системы управления кадрами, институт независимых врачей общей практики, которые могут работать и на коммерческой основе.

Частичное фондодержание. Перевод врачей общей практики и участковых врачей на положение частичного фондодержания. Создание комитета по управлению ресурсами и качеством медицинской помощи,

который среди прочих вопросов занимается выявлением необоснованных случаев госпитализации, введением санкционирования направлений в стационар, внедрение в практику работы врачей стандартных методов лечения наиболее значимых заболеваний (протоколов), проведение обучения врачей использованию методов стационарной помощи в условиях поликлиники.

Поскольку в условиях частичного фондодержания на оплату услуг стационаров расходовалась часть финансовых средств, выделяемых для поликлиники по подушным нормативам, предпринимаемые меры приводят к снижению таких затрат. Частичное фондодержание способствует не только получению экономических выгод, но и повышению качества медицинского обслуживания.

Эксперимент в области управления персоналом. Эксперименты могут иметь различную направленность и осуществляться в разных масштабах, но в любом случае они выступают в качестве важной разновидности организационных технологий, неразрывно связанных с внедрением новшеств и усовершенствований в сложившуюся практику.

Бригадная форма организации и оплаты труда. Сутью этой организационной технологии служит ориентация управления лечебно-диагностическими и медико-технологическими процессами на бригады работников здравоохранения. Сюда входят своевременная подготовка и установление бригадам плановых заданий на текущий период и перспективу; организация учета результатов труда бригад и информация о ходе выполнения установленных показателей; обеспечение бригад необходимыми ресурсами в объемах и качестве, необходимых для выполнения установленных заданий.

Важным условием повышения эффективности работы бригад являются организация оплаты труда с учетом конечных результатов и распределение заработка между членами бригады в соответствии с коэффициентом трудового участия.

Отдельные бригады врачей специализируются на проведении определенных видов операций. Врачи каждой бригады по определенному

графику работают в стационаре и поликлинике. Больной в период обследования в поликлинике, во время лечения в стационаре и после выписки обслуживается врачами одной определенной бригады.

Децентрализованное регулирование должностных окладов направлено на стимулирование труда медицинских работников и основано на сметном порядке финансирования и является эффективным дополнением к централизованному регулированию должностных окладов и производится на основе периодических аттестаций персонала, проводимых на местах. Тот же принцип аттестации позволяет активно использовать в здравоохранении различные формы не только индивидуального, но и коллективного стимулирования.

В настоящее время разработано значительное количество специализированных АСУ, предназначенных для учреждений здравоохранения различных типов. Системы регулирования отношений врача и пациента: комплекс нормативно-правовых документов и организационных технологий, позволяющий эффективно регулировать отношения врача и пациента с целью полной реализации прав и обязанностей врача и пациента.

Право пациента на выбор врача и в целях этого проведение периодических перерегистраций пациентов, пользующихся услугами конкретных поликлиник и врачей.

Таким образом, основная цель кадровой политики состоит в повышении профессионализма медицинских работников, престижности их работы и уровня социальной защиты. В современных условиях особенно актуально положение о том, что от качества работы медицинских кадров, подготовки управленческого звена во многом зависит эффективность деятельности всей системы здравоохранения. Особое значение имеют организационные технологии в управлении персоналом здравоохранения, которые включают: планирование, охватывающее все виды: стратегическое, средне и долгосрочное, текущее, концептуальное; развитие системы управления кадрами; подготовку кадров здравоохранения.

3.2 Основные направления оптимизации кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации

Стратегия кадровой политики в регионе должна строиться с учетом особенностей состояния здоровья населения и развития здравоохранения в конкретном регионе, использования оптимальных мер по управлению персоналом, накопленного опыта, а также изучения того опыта работы с медицинскими кадрами, не основных принципов планирования и использования ресурсов в здравоохранении можно назвать следующие:

- включение кадровой политики в общую политику здравоохранения и страны в целом;
- укомплектование медицинскими кадрами ЛПУ, в первую очередь, расположенных в отдаленных и сельских районах области;
- соответствие обеспеченности населения врачами-специалистами рекомендуемым нормативам при их коррекции с учетом распространенной патологии среди населения региона;
- учет финансовых ресурсов;
- привлечение дополнительных ресурсов;
- учет обеспеченности населения медицинским персоналом (на 10 000 населения);
- учет соотношения врачей и среднего медицинского персонала;
- соблюдение требований закона и других нормативно-правовых актов в вопросах допуска к медицинской деятельности, наличии сертификатов, квалификационных категорий и других требований к квалификации медицинского работника;
- совершенствование номенклатуры специальностей и системы сертификации специалистов;
- непрерывное повышение квалификации в процессе всего профессионального цикла врачебной деятельности и деятельности

работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием;

- оценка эффективности затрат на повышение квалификации медицинского персонала;
- внедрение в работу медицинского персонала новых медицинских технологий с учетом безопасности этих технологий для пациента и врача;
- развитие различных форм общественно-медицинской и другой деятельности медицинских кадров, их участие в работе профессиональных медицинских организаций, управлении деятельностью ЛПУ и др.;
- организация надлежащего использования медицинского персонала;
- изучение и учет мотивационной составляющей деятельности медицинских кадров;
- усиление внимания к социально-психологическому климату в коллективе, направленность работы на предупреждение жалоб и исков пациентов;
- поддержка и поощрение врачей и других медицинских кадров при их стремлении к научным исследованиям, участию в работе научно - практических конференциях и другим формам научного роста;
- подготовка резерва руководящего состава медицинских кадров, усиление внимания к их правовому, экономическому, информационному образованию;
- документальность принятия решений о смене профессионального статуса медицинских кадров, формах их материального и морального поощрения;
- максимальное доведение всех планов и возможностей в области ресурсов до медицинских кадров;
- усиление внимания к образу жизни и состоянию здоровья медицинских кадров, мерам их оздоровления;

- направленность работы на повышение удовлетворенности медицинских кадров результатами своего труда;
- усиление взаимодействия с учреждениями, осуществляющими подготовку будущих врачей и других медицинских кадров, направленного на большее соответствие программ подготовки потребностям практического здравоохранения;
- развитие системы приема в высшие учебные заведения на основе целевых договоров;
- содействие проведению общественного мониторинга реализации и реализации реформ в здравоохранении, вопросов, связанных с наличием сертификатов и других документов по квалификации медицинских кадров [15, с. 18].

Кадровая политика должна включать три взаимосвязанных направления:

- планирование и оптимизация численности и структуры кадров;
- совершенствование подготовки кадров;
- управление человеческими ресурсами здравоохранения.

Совершенствованию планирования и использования кадровых ресурсов здравоохранения будут способствовать отраслевые программы содействия занятости работников здравоохранения. В условиях модернизации здравоохранения и реализации национального проекта в здравоохранении важно выстраивать бюджетную политику в области здравоохранения с учетом ее роли в повышении качества и доступности медицинской помощи, обеспечения роста доходов работников здравоохранения. При этом формирование межбюджетных отношений должно идти таким образом, чтобы субъекты Российской Федерации имели возможность повышать заработную плату в сфере здравоохранения опережающими темпами.

Стабилизация кадрового потенциала начинается от отбора абитуриентов из числа профессионально ориентированных выпускников школ. В связи с этим необходимо расширение сети лицеев, медицинских классов в общеобразовательных школах, введение альтернативных форм прохождения

военной службы и привлечение старшеклассников к работе во время каникул в учреждениях здравоохранения.

Методическую основу совершенствования системы непрерывного образования на всех уровнях в условиях реструктуризации отрасли должны составить отраслевые (государственные) квалификационные требования (стандарты) специалистов и руководителей здравоохранения.

По каждой специальности должны быть определены объемы необходимых знаний, включающих обоснованный набор теоретических вопросов и практических навыков.

В процессе обучения необходимо осуществлять профессиональную адаптацию, используя для этих целей прохождение производственных практик по месту будущей работы. Дальнейшее развитие должна получить система контроля качества подготовки специалистов на всех этапах непрерывного образования. Необходимо повысить роль дополнительных к стипендиям выплат в качестве стимулирующего фактора повышения успеваемости студентов.

Непрерывное образование предусматривает совершенствование системы самообучения, на развитие которого должны быть нацелены научные и исследовательские организации, готовящие соответствующие обучающие программы, экспертные системы и методические материалы, разрабатывающие современные системы передачи знаний, с использованием методов дистанционного образования и др.

Необходимо постоянно укреплять и обновлять материально-техническую базу образовательных учреждений. Особое внимание требуется к подготовке и повышению квалификации преподавательского состава.

В этих целях необходимо:

- совершенствование системы послевузовской подготовки в аспирантуре и докторантуре;
- дальнейшее становление и развитие научных школ по приоритетным направлениям медицины;

- интеграция научных учреждений и вузов в единых университетских комплексах;
- расширение оперативного обмена информацией об исследованиях в области медицинской науки и о внедрении в практику новых технологий.

В подготовке специалистов важно использовать стратегию интенсивного развития кадрового потенциала в здравоохранении на основе оптимизации системы медицинского и фармацевтического образования и переподготовки в соответствии с требованиями практического здравоохранения, медицинской науки и отраслевого управления. В настоящее время идет разработка новой методики образования в соответствии с подписанным Россией Болонским соглашением, реализация которого позволит сделать российские дипломы врачей действующими во всех Европейских странах. Это большая работа должна быть в поле зрения и регионов, так как новые принципы и методика образования будут едины для всех регионов страны. Внимание к обозначенным выше вопросам будет способствовать повышению качества профессиональной подготовки и переподготовки кадров здравоохранения как необходимого условия повышения качества практической работы врачей.

Особое значение имеет повышение уровня правовой и социальной защиты медицинских работников.

Одним из значимых является вопрос об оплате труда медицинских и фармацевтических работников. Следует отметить проблемы финансовой необеспеченности многих дотационных муниципальных образований, к ведению которых в соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» [69] относятся вопросы оказания медицинской помощи населению.

В их числе такие, как: организация оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в

амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Среди первоочередных задач поставлена задача содействия росту заработной платы. В рамках решения данной задачи Министерство здравоохранения РФ подготавливает предложения по повышению размера оплаты труда медицинских работников. Намеченные и реализуемые в соответствии с национальным приоритетным проектом в здравоохранении меры по повышению оплаты труда врачей первичного звена здравоохранения и намечаемые меры по повышению оплаты труда врачей - узких специалистов исключительно важны для успешного проведения кадровой политики и повышения престижа медицинской профессии.

Оптимизация кадрового обеспечения системы здравоохранения зависит и от совершенствования системы управления кадрами.

В накоплении проблем управления кадрами, что характерно для отрасли в целом, играют немалую роль организационно-управленческие причины: потеря вертикали управления; отсутствие генерального плана развития региональной системы здравоохранения, комплексного подхода к реформированию отдельных его звеньев (амбулаторно-поликлинического, стационарного, скорой помощи); дефекты в подготовке и переподготовке кадров для общей (семейной) практики – подготовка врачей без взаимосвязи с подготовкой среднего персонала и, как правило, только в условиях стационара; отсутствие должного методического сопровождения процесса внедрения всех структур службы общей врачебной практики и новых перспективных форм оказания медицинской помощи и др.

Чтобы удержать работников, особенно на административных должностях, необходимо продвижение по службе и предоставление возможности повышения квалификации на рабочем месте. Политика аккредитации и лицензирования врачебной деятельности используется для ограничения набора на курсы подготовки, для профилирования программ обучения, а также для установления минимальных требований к медицинским работникам. Политика

финансирования образования может использоваться с целью ограничения возможностей обучения для врачей и специалистов и расширения этих возможностей для среднего и младшего медицинского персонала, работников общественного здравоохранения и административных работников. Там, где избыточное предложение особенно велико, как, например, в случае врачей-специалистов, эффективным решением может стать определение квот на их подготовку или, по меньшей мере, квот на подготовку, субсидируемую государством.

В концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации обозначены нерешенные проблемы в области управления кадровыми ресурсами и определена необходимость разработки критериев оценки кадрового потенциала. Решение стратегических задач кадровой политики в здравоохранении зависит от организации управления трудовыми ресурсами отрасли. Решению этой задачи служит и разработанная квалификационная характеристика специалиста по общественному здоровью и управлению здравоохранением.

Система управления персоналом обязана учитывать и использовать интеллектуальный потенциал работника как наиболее ценное национальное достояние. Это потребует определенной свободы для руководителей учреждений здравоохранения в выборе и использовании форм оплаты труда, механизмов поощрения, в организации профессионального признания специалиста, обеспечении его карьерного роста.

Необходимо формировать действенный резерв руководящих работников, проводить специальную работу по развитию у руководителей организационных навыков, а также совершенствовать знания по экономике, финансам, праву, менеджменту. Следует способствовать получению руководителями второго образования, в том числе, путем экстерната, на базе ведущих российских и зарубежных вузов, регулярно проводить стажировку руководящих работников в ведущих отечественных и зарубежных центрах. В целях широкой практической подготовки резерва возможно использование методов текущей

ротации кадров руководителей на муниципальном, региональном и федеральном уровнях.

Отбор и назначение претендента на руководящую должность, а также сертификация и аттестация руководителей должны проводиться регулярно в жестко регламентированные сроки в строгом соответствии с едиными общегосударственными критериями и требованиями.

Целесообразно пересмотреть порядок согласования кандидатур, при назначении на должности руководителей. Следует укреплять взаимодействие кадровой службы с профсоюзными организациями, профессиональными ассоциациями, органами социальной защиты и др.

Современная ситуация в отрасли предполагает проведение неотложных и глубоких преобразований в области управления медицинскими кадрами на основе использования современных технологий. В их числе - создание системы непрерывного образования медицинского персонала; развитие института социальных гарантий деятельности медицинских кадров; должная оплата труда медицинского персонала; учет мотивации в процессе профессионального цикла медицинской деятельности как материального, так и морального характера; оценка эффективности труда с учетом его объема, качества, сложности, использования стандартов и т.д.; широкое использование информационных технологий (оснащение рабочего места, электронное ведение документации, дистанционное обучение) и др. Из накопившегося опыта управления кадрами должно быть взято все, что работает, что способствует повышению результативности труда медицинских кадров.

В условиях модернизации здравоохранения и реализации национального проекта в здравоохранении в формировании кадровой политики в регионе методически обоснованно выделить ряд целевых ориентиров кадровой политики. В соответствии с задачами реализации национального приоритетного проекта предполагается достижение следующих целевых ориентиров кадровой политики:

- восстановление престижа и общественной значимости профессии врача;
- повышение доходов работников здравоохранения в реальном выражении не менее чем в 1,5 раза;
- оснащение новым диагностическим оборудованием практически всех учреждений здравоохранения первичного звена, обновление автопарка «скорой помощи», обеспечение роста объемов высоких медицинских технологий в кардиохирургии, онкологии, травматологии, ряде других важнейших областей и, прежде всего, их использование при лечении детей;
- разработка и совместная реализация общей программы действий - единой для федерального, регионального и местного уровней;
- изменение количества врачей, в том числе врачей - специалистов на 10 000 населения с учетом уровня здоровья населения в конкретном регионе;
- изменение соотношения врачей, работающих в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, при организациях до 30 %.
- изменение соотношения врачей общей практики (участковых врачей) и врачей специалистов в соотношении (10 к 40);
- изменение соотношения врачей и медицинских сестер в соотношении 1 к 5;
- повышение уровня социальной защищенности медицинских работников в сельской местности, льготы при получении и оплате жилья, проезде на транспорте, лекарственном и санаторно-курортном обеспечении и др.;
- формирование правового обеспечения и информационной среды, способствующей оптимизации управления в здравоохранении;
- ежегодные доклады по кадровой политике с использованием социально-экономического анализа и моделирования с целью

разработки, совершенствования и мониторинга социально приемлемой и экономически доступной стратегии развития кадров здравоохранения.

Все государства-члены ВОЗ должны добиться того, чтобы работники здравоохранения и работники других секторов приобрели необходимые знания, навыки и умения в вопросах защиты и охраны здоровья.

Это предполагает:

- обеспечение обучения работников здравоохранения на основе принципов политики «Здоровье для всех» (ЗДВ) и их подготовку для оздоровительной, профилактической, лечебной и реабилитационной помощи хорошего качества и содействия сближению клинической практики и практики общественного здравоохранения;
- наличие во всех государствах-членах необходимого потенциала для специализированной подготовки в вопросах руководства, управления и практики общественного здравоохранения;
- включение в подготовку профессиональных работников в других секторах основных принципов политики ЗДВ с особым упором на то, каким образом их собственная профессиональная деятельность может воздействовать на детерминанты здоровья.

Как отмечается в документе ВОЗ, эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- включение в подготовку всех медико-санитарных работников соответствующих знаний, навыков и умений в отношении медико-санитарной помощи, включая вопросы обеспечения высокого качества предоставляемых услуг и основных аспектов экономических и социальных наук, взаимосвязанных с достижением здоровья для всех;
- постановка особого акцента в программах подготовки на вопросы семейной практики во всех образовательных учреждениях и университетах, где осуществляется подготовка врачей и медицинских сестер и других работников здравоохранения;

- подготовка медико-санитарных работников, для того чтобы выступать в качестве уполномоченных посредников и «адвокатов здоровья» во всех секторах и проводить работу с самыми разнообразными партнерами в обществе;
- подготовка профессиональных работников в других секторах помогает им признать значимость и тот вклад, которые несут с собой политика и действия того или иного сектора с точки зрения здоровья населения;
- наличие в образовательных учреждениях систем, которые обеспечивают непрерывную обратную связь на основе опыта, полученного на практике, а также за счет использования современных приемов и технологий обучения.

Таким образом, по результатам третьей главы магистерской диссертации, необходимо сделать следующие выводы.

Во-первых, основная цель кадровой политики состоит в повышении профессионализма медицинских работников, престижности их работы и уровня социальной защиты. Особое значение имеют организационные технологии в управлении персоналом здравоохранения, которые осуществляются посредством концепции кадровой политики в здравоохранении, которая служит для поиска основных конкретных задач, подходов и направлений деятельности по реализации поставленных целей.

Во-вторых, стратегия кадровой политики в регионе должна строиться с учетом особенностей состояния здоровья населения и развития здравоохранения в конкретном регионе, использования оптимальных мер по управлению персоналом, накопленного опыта, а также изучения того опыта работы с медицинскими кадрами. В условиях модернизации здравоохранения и реализации национального проекта в здравоохранении в формировании кадровой политики в регионе были выделены методически обоснованные целевые ориентиры кадровой политики.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы.

Во-первых, на всем протяжении истории формирования кадровой политики с самого начала образования системы здравоохранения, поднимаются вопросы количественного состава медицинского персонала и его профессиональной подготовки, а также меры морального и материального стимулирования их деятельности. Наиболее конструктивной следует признать кадровую политику, проводимую в результате земской реформы второй половины XIX столетия, которая хотя и не решила всех проблем, но имела ряд положительных моментов.

Во-вторых, современная кадровая политика в системе здравоохранения направлена на комплексное решение проблем, связанных с увеличением количества медицинских работников, обеспечением их непрерывного повышения квалификации и профессиональной подготовки, ликвидации дисбаланса между наличием медицинских работников определенных специальностей и категорий и потребностью в таких работниках, усиление их мер социальной поддержки. Все это требует разработки комплексной научно обоснованной модели, учитывающей практику зарубежных стран и национальную специфику. Кроме того, важным является и пересмотр фундаментальных ценностных и идеологических установок, в рамках которых должно осуществляться государственное управление системой здравоохранения.

В-третьих, одним из основных направлений кадровой политики в сфере здравоохранения, является решение вопроса управленческих кадров. Резервы управленческих кадров в здравоохранении формируются с целью осуществления деятельности по подбору и расстановке кадров для замещения должностей руководителей в здравоохранении, повышения мотивации лиц к

замещению должностей руководителей в здравоохранении и их профессиональному росту.

В зависимости от уровня резерва управленческих кадров и специфики целевых должностей, к кандидатам, претендующим на включение в резерв управленческих кадров, предъявляются требования к уровню образования, стажу и опыту работы на соответствующих должностях, возрасту, а также другие необходимые требования, устанавливаемые субъектами формирования резервов управленческих кадров. По результатам формирования и использования резерва осуществляется оценка эффективности и результативности проводимой работы. Для каждого уровня резервов управленческих кадров определяется перечень целевых должностей, замещение которых планируется преимущественно из резерва управленческих кадров.

В-четвертых, никакие передовые технологии и научные достижения в области медицины не смогут положительно повлиять на здоровье населения при отсутствии надлежащим образом подготовленных медицинских работников.

Формирование объемов, структуры контрольных цифр приема по программам высшего образования по профессиям, специальностям и направлениям подготовки и (или) укрупненным группам профессий, специальностей и направлений подготовки, области образования «Здравоохранение и медицинские науки» и государственного задания по программам среднего профессионального образования осуществляется с учетом потребности конкретных медицинских организаций в конкретных специалистах.

Ряд документов Минздрава РФ регулируют сроки и этапы проведения аккредитации, а также отменяют мораторий на выдачу сертификатов и свидетельств об аккредитации специалиста. Аккредитации подлежат лица, получившие высшее образование (уровень специалитета, уровень ординатуры) или среднее профессиональное образование» и «лица, получившие

дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки (для лиц, имеющих высшее образование).

В целом, профессиональный уровень медицинских работников, который должен находиться в состоянии постоянного повышения, является одним из основных показателей качества оказываемой медицинской помощи. В связи с чем, необходимо и дальше осуществлять работу по совершенствованию системы подготовки медицинских специалистов.

В-пятых, текучесть кадров в здравоохранении объясняется и слабыми мерами материального и морального стимулирования. Среди проблем социальной обеспеченности медицинских работников можно назвать, прежде всего, низкую заработную плату, необеспеченность жильем.

Особо внимание в магистерской диссертации было уделено стимулирующим выплатам медицинским работникам в условиях пандемии, которые предназначены для тех медицинских работников, которые оказывают медицинскую помощь заболевшим коронавирусной инфекцией и лицам из группы риска заражения этой инфекцией. Речь идет о врачах, среднем и младшем медицинском персонале, которые оказывают скорую, первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь указанным лицам.

Стимулирующие выплаты за выполнение особо важных работ являются единовременными, выплачиваются за риск работы с больными с новой коронавирусной инфекцией в полном размере, если медработник отработал в соответствии с установленным графиком независимо от количества смен и/или часов.

Кроме того, все медицинские работники и водители автомобилей скорой помощи, непосредственно работающие с пациентами с подтвержденной коронавирусной инфекцией и подозрением на нее, застрахованы на случай инфицирования на рабочем месте, повлекшего за собой негативные последствия для жизни и здоровья.

В-шестых, основная цель кадровой политики на ближайшую перспективу в различных регионах страны фактически едина. Она состоит в повышении профессионализма медицинских работников, престижности их работы и уровня социальной защиты. В современных условиях особенно актуально положение о том, что от качества работы медицинских кадров, подготовки управленческого звена во многом зависит эффективность деятельности всей системы здравоохранения.

Особое значение имеют организационные технологии в управлении персоналом здравоохранения, которые осуществляются посредством концепции кадровой политики в здравоохранении, которая служит для поиска основных конкретных задач, подходов и направлений деятельности по реализации поставленных целей. Она призвана иметь определяющее и по возможности долгосрочное значение для развития кадров здравоохранения. Обычно выдвигаемые в ней задачи и подходы, бывают рассчитаны на действие в течение довольно длительного периода, чаще всего это десятилетие, а порой и на более длительную перспективу порядка 15-20 лет.

Важной особенностью концептуального планирования является то, что объект в нем, как правило, рассматривается как система во всем многообразии ее взаимосвязанных внутренних элементов и со всей совокупностью ее внешних связей.

Организационные технологии управления кадрами включают: кадровое планирование; развитие системы управления кадрами, которое включает, прежде всего, лицензирование медицинской деятельности; подготовку кадров здравоохранения.

Организационные технологии управления персоналом здравоохранения касаются управленческих структур и процессов, действующих внутри отдельных медицинских организациях и в медицинских образовательных учреждениях. В современных условиях организационные технологии этого уровня приобретают особую важность в связи с расширением прав медицинских организаций на независимую деятельность.

В-седьмых, стратегия кадровой политики в регионе должна строиться с учетом особенностей состояния здоровья населения и развития здравоохранения в конкретном регионе, использования оптимальных мер по управлению персоналом, накопленного опыта, а также изучения того опыта работы с медицинскими кадрами.

Кадровая политика должна включать три взаимосвязанных направления:

- планирование и оптимизация численности и структуры кадров;
- совершенствование подготовки кадров;
- управление человеческими ресурсами здравоохранения.

В подготовке специалистов важно использовать стратегию интенсивного развития кадрового потенциала в здравоохранении на основе оптимизации системы медицинского и фармацевтического образования и переподготовки в соответствии с требованиями практического здравоохранения, медицинской науки и отраслевого управления.

Оптимизация кадрового обеспечения системы здравоохранения зависит и от совершенствования системы управления кадрами.

В условиях модернизации здравоохранения и реализации национального проекта в здравоохранении в формировании кадровой политики в регионе методически обоснованно выделить ряд целевых ориентиров кадровой политики. В соответствии с задачами реализации национального приоритетного проекта предполагается достижение следующих целевых ориентиров кадровой политики:

- восстановление престижа и общественной значимости профессии врача;
- повышение доходов работников здравоохранения в реальном выражении не менее чем в 1,5 раза;
- оснащение новым диагностическим оборудованием практически всех учреждений здравоохранения первичного звена, обновление автопарка «скорой помощи», обеспечение роста объемов высоких медицинских технологий в кардиохирургии, онкологии,

травматологии, ряде других важнейших областей и, прежде всего, их использование при лечении детей;

- разработка и совместная реализация общей программы действий - единой для федерального, регионального и местного уровней;
- изменение количества врачей, в том числе врачей - специалистов на 10 000 населения с учетом уровня здоровья населения в конкретном регионе;
- изменение соотношения врачей, работающих в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, при организациях до 30 %.
- изменение соотношения врачей общей практики (участковых врачей) и врачей специалистов в соотношении (10 к 40);
- изменение соотношения врачей и медицинских сестер в соотношении 1 к 5;
- повышение уровня социальной защищенности медицинских работников в сельской местности, льготы при получении и оплате жилья, проезде на транспорте, лекарственном и санаторно-курортном обеспечении и др.;
- формирование правового обеспечения и информационной среды, способствующей оптимизации управления в здравоохранении;
- ежегодные доклады по кадровой политике с использованием социально-экономического анализа и моделирования с целью разработки, совершенствования и мониторинга социально приемлемой и экономически доступной стратегии развития кадров здравоохранения.

Таким образом, формирование цели и задач кадровой политики направлено на повышение роли медицинских кадров в охране и укреплении здоровья населения. Оно осуществляется также для того, чтобы их составляющие были положены в основу принятия управленческих решений. При этом важно решать поставленные задачи не только с учетом имеющихся

возможностей, но и ориентировать усилия органов власти на создание соответствующих условий для решения поставленных задач. Это обстоятельство, безусловно, направлено на повышение социальной роли здравоохранения и врача в обществе. В процессе этой работы необходимо изыскивать пути наилучшего взаимодействия врача и общества. Сам процесс разработки и принятия решений, направленных на достижение поставленных целей, должен быть ориентирован на позитивные сдвиги от принимаемых решений, как в ближайшей, так и в долгосрочной перспективе при максимальной эффективности управления с привлечением к этой работе не только управленческого, медицинского персонала, но и населения.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Аккредитация для среднего медицинского персонала [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://ockk.ru/2020/09/24/akkreditacii-dlya-srednego-medicinskogo-personala/> (дата обращения: 20.11.2020).
2. Акопян А.С. Скальпель для системы здравоохранения // Экология и жизнь. 2005. № 5 (46). С. 65-68.
3. Александрова О.Ю. Организационно-правовые проблемы российского здравоохранения и перспективы их законодательного решения // ГлавВрач. 2008. № 4. С. 12-16.
4. Войтенков Е.А. Становление и развитие основ государственного управления и законодательства в сфере здравоохранения в Российской империи: теоретические и историко-правовые аспекты // История государства и права. 2014. № 21. С. 59 - 62.
5. Воропаева О.А. Стимулирующие выплаты медикам в условиях пандемии // Советник в сфере здравоохранения. 2020. № 4. С. 49 - 60.
6. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранении. Научное издание / Общ. ред. А.А. Костина, Б.Т. Пономаренко. М.: Международный издательский центр «Этносоциум», 2015. 96 с.
7. Гусев М.Г. Медицинские кадры в системе здравоохранения // Руководитель бюджетной организации. 2014. № 1. С. 39. С. 38 - 45.
8. Декрет СНК РСФСР от 18.07.1918 г. «О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение)» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
9. Доклад о реализации в 2018 году Плана деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на период с 2016 по 2021 г. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ru> (дата обращения: 15.10.2020).

- 10.Ерохина Т.В. Органы управления здравоохранением Российской Федерации: историко-правовой аспект // Медицинское право. 2012. № 1. С. 27 - 31.
- 11.Записная Т.В. Понятие государственной политики в области охраны здоровья населения // Медицинское право. 2019. № 5. С. 14 - 18.
- 12.Зарипова М. Получение страховой выплаты работниками медорганизаций, пострадавшими от COVID-19 // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2020. № 7. С. 20 - 25.
- 13.Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. Издательство «Медицина», 1975. 340 с.
- 14.Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. М., 2005. 260 с.
- 15.Капитоненко Н.А., Сысоева О.В. Формирование региональной кадровой политики в здравоохранении. Хабаровск: Издательство: ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, 2009. С. 4.
- 16.Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 17.Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонов Ю.В. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения. Научное издание / Общ. ред. Костина А.А., Пономаренко Б.Т., М., 2015. 96 с.
- 18.Курочкин В.М. Формирование резерва управленческих кадров в сфере здравоохранения // Главный врач. 2019. № 4. С. 33-39.
- 19.Маринкин И.О., Кондюрина Е.Г., Аксенова Е.А., Пушкарева Е.А., Соколов С.В., Латуха О.А. Совершенствование кадровой политики регионального здравоохранения // Регионология. 2020. Т. 28. № 3 (112). С. 598-623.

- 20.Мельцер А.В., Ерастова Н.В., Абумуслимова Е.А., Самсонова Т.В., Гончар Н.Т. Сравнительный анализ показателей обеспеченности населения врачами и укомплектованности кадрами в медицинских организациях некоторых регионов Северо-Западного федерального округа, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь // Профилактическая и клиническая медицина. 2019. № 1 (70). С. 28-38.
- 21.Методические рекомендации по работе с резервом управленческих кадров [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 22.Мирский М.Б. Медицина России X - XX веков: Очерки истории. М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2005. С. 139 - 140.
- 23.Низамова М.С. Кадровая политика земств Поволжья и Урала в системе здравоохранения (1864-1917 гг.) // Вестник Чувашского университета. 2009. № 3. С. 112-118.
- 24.Общая концепция формирования и использования резервов управленческих кадров в Российской Федерации (одобрена Комиссией при Президенте РФ по вопросам государственной службы и резерва управленческих кадров, протокол от 29.11.2017 г. № 5) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 25.Онищенко К.Н., Верна В.В., Онищенко С.К. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения // Экономика устойчивого развития. 2020. № 1 (41). С. 135-137.
- 26.Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 г. № 5487-1) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс (утратил силу).
- 27.Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 г. № 16) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

- 28.Перечень поручений по вопросам противодействия распространению новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) в регионах Российской Федерации (утв. Президентом РФ 15.04.2020 г. № Пр-665) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 29.Печникова О.Г. Становление советской системы здравоохранения с 1917 по 1930 гг. (историко-правовой подход) // Социальное и пенсионное право. 2010. № 2. С. 16 - 19.
- 30.Пиддэ А.Л. Социология и здравоохранение. Иваново, 2009.270 с.
- 31.Письмо МЗ РФ от 01.10.2020 «Об особенностях аккредитации медицинских работников в 2020 году» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://ockk.ru/2020/10/04/ob-osobennostyax-akkreditacii-medicinskix-rabotnikov-v-2020-godu-pismo-mzrf-ot-01-10-2020/> (дата обращения: 20.11.2020).
- 32.Письмо Минздрава России от 06.05.2020 г. № 16-3/И/2-5951 «Об осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам в условиях коронавируса» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 33.Письмо Минздрава России от 16.05.2020 г. № 11-0/И/2-6574 «О выплатах стимулирующего характера медицинским и иным работникам в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 34.Письмо Минздрава России от 17.05.2020 г. № 16-3/И/1-3061 «Об осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 35.Постановление Правительства РФ от 02.04.2020 г. № 415 (ред. от 29.05.2020) «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных

межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией» // СЗ РФ. 2020. № 15. (Ч. 4). Ст. 2272.

36.Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 г. № 440 (ред. от 01.10.2020) «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году» // СЗ РФ. 2020. № 15 (Ч. IV). Ст. 2294.

37.Постановление Правительства РФ от 12.04.2020 г. № 484 (ред. от 07.10.2020) «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» // СЗ РФ. 2020. № 16. Ст. 2596.

38.Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 (ред. от 01.08.2020) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

- организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»» // СЗ РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.
- 39.Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640 (ред. от 17.08.2020) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // СЗ РФ. 2018. № 1 (Ч. 2). Ст. 373.
- 40.Постановление Правительства РФ от 31.03.2018 г. № 397 (ред. от 24.09.2020) «Об утверждении единой методики проведения конкурсов на замещение вакантных должностей государственной гражданской службы Российской Федерации и включение в кадровый резерв государственных органов» // СЗ РФ. 2018. № 16 (Ч. 2). Ст. 2359.
- 41.Постановление Правительства Самарской области от 27.11.2013 г. № 674 (ред. от 16.09.2020) «Об утверждении государственной программы Самарской области «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014 - 2022 годы» // Волжская коммуна, 2013. 18 декабря. № 419(28835).
- 42.Приказ Минздрава России от 09.11.2012 г. № 806н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при коклюше средней степени тяжести» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс; Приказ Минздрава России от 24.08.2020 г. № 891н «Об особенностях проведения аккредитации специалиста в 2020 году» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
- 43.Приказ Минздрава России от 14.04.2020 г. № 327н (ред. от 24.08.2020) «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

44. Приказ Минздрава России от 18.12.2019 г. № 1051 «О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по кадровой политике» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
45. Приказ Минздрава России от 19.02.2019 г. № 68 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
46. Приказ Минздрава России от 26.03.2020 г. № 238 (ред. от 19.08.2020) «О методических рекомендациях по работе с кадровым резервом управленческих кадров в здравоохранении» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
47. Приказ Минздрава России от 29.11.2019 г. № 974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
48. Приказ Минздрава России от 30.12.2016 г. № 1029 «Об утверждении Положения о Департаменте медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
49. Приказ ФМБА России от 13.04.2020 г. № 106 «Об утверждении порядка и условий осуществления выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией и лицам, работающим в усиленном режиме в связи с принимаемыми мерами по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
50. Публичная декларация приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2020 год [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

51. Распоряжение Правительства РФ от 02.04.2020 г. № 852-р «О распределении иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2020 году из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование выплат стимулирующего характера медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией» // СЗ РФ. 2020. № 15 (Ч. 4). Ст. 2341.
52. Распоряжение Правительства РФ от 12.04.2020 г. № 976-р (ред. от 23.09.2020) «О выделении межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на осуществление выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, субсидий на иные цели подведомственным Минздраву России, Минобрнауки России и ФМБА России организациям на осуществление выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» // СЗ РФ. 2020. № 16. Ст. 2651.
53. Распоряжение Правительства РФ от 15.05.2020 г. № 1272-р (ред. от 17.08.2020) «Об утверждении Перечня заболеваний (синдромов) или осложнений, вызвавших причинение вреда здоровью отдельных категорий лиц, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 г. № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), подтвержденной лабораторными методами исследования, а при

- невозможности их проведения - решением врачебной комиссии, принятым на основании результатов компьютерной томографии легких» // СЗ РФ. 2020. № 21. Ст. 3311.
54. Распоряжение Правительства РФ от 18.03.2020 г. № 648-р «О выделении из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году бюджетных ассигнований на осуществление выплат стимулирующего характера лицам, работающим в усиленном режиме в связи с принимаемыми мерами по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2020. № 12. Ст. 1836.
55. Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н. Современные направления развития кадровой политики в здравоохранении // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013. № S1. С. 172-174.
56. Репринцева Е.В. Проблемы развития здравоохранения российской федерации: несовершенство кадровой политики в вопросе обеспеченности врачами // Региональный вестник. 2019. № 24 (39). С. 77-78.
57. Садыков Р.М., Мигунова Ю.В. Роль кадрового обеспечения медицинских организаций в контексте проблем российского здравоохранения // Известия Уфимского научного центра РАН. 2019. № 3. С. 74-80.
58. Семашко Н.А. Избранные произведения. М.: Гос. изд-во мед. лит., 1954. 390 с.
59. Сомнения по страховым выплатам медработникам, инфицированным COVID-19, должны трактоваться в пользу медицинского работника [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://ockk.ru/2020/07/15/somneniya-po-straxovym-vyplatam-medrabotnikam-inficirovannym-covid-19-dolzheny-traktovatsya-v-polzu-meditsinskogo-rabotnika/> (дата обращения: 20.11.2020).

60. Страхование медицинских работников в период распространения COVID-19 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://ockk.ru/2020/05/27/strahovanie-medicinskix-rabotnikov-v-period-rasprostraneniya-covid-19/> (дата обращения: 20.11.2020).
61. Ташбекова И.Ю. Медицинский кодекс: миф или реальность? (историко-правовой анализ) // История государства и права. 2012. № 3. С. 20 - 21.
62. Ташбекова И.Ю. Организационно-правовые основы управления здравоохранением в России второй половины XIX - начала XX в. // История государства и права. 2011. № 10. С. 34 - 36.
63. Указ от 09.06.1764 г. «О производстве кандидатов, обучавшихся медицине, в доктора сего факультета, по собственным Медицинской коллегии экзаменам» // ПСЗ. СПб., 1830. Т. XVI. Ст. 12179.
64. Указ Президента РФ от 01.03.2017 г. № 96 (ред. от 06.10.2020) «Об утверждении Положения о кадровом резерве федерального государственного органа» // СЗ РФ. 2017. № 10. Ст. 1473.
65. Указ Президента РФ от 06.05.2020 г. № 313 (ред. от 30.07.2020) «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» // СЗ РФ. 2020. № 19. Ст. 2977.
66. Указ Президента РФ от 06.06.2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2019. № 23. Ст. 2927.
67. Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 (ред. от 21.07.2020) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // СЗ РФ. 2018. № 20. Ст. 2817.
68. Указ Президента РФ от 21.01.2020 г. № 21 (ред. от 05.06.2020) «О структуре федеральных органов исполнительной власти» // СЗ РФ. 2020. № 4. Ст. 346.
69. Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ (ред. от 20.07.2020) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2003. № 40. Ст. 3822.

- 70.Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
- 71.Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // СЗ РФ. 1998. № 31. Ст. 3803.
- 72.Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О персональных данных» // СЗ РФ. 2006. № 31 (Ч. 1). Ст. 3451.
- 73.Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/kadry> (дата обращения: 15.11.2020).
- 74.Ярашева А.В. Государственная кадровая политика в столичном здравоохранении // В сборнике: НОВАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА ДЛЯ РОССИИ И МИРА. Сборник научных трудов участников Международной научной конференции. XXVII Кондратьевские чтения / Под ред. В.М. Бондаренко. 2019. С. 248-260.
- 75.Campbell J. et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013. 91 (11). Pp. 853-863.
- 76.Lopatina E. et al. Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. International Journal of Nursing Studies. 2017. 72. Pp. 71-82.
- 77.Nei D., Snyder L. A., Litwiller B. J. Promoting retention of nurses. Health Care Management Review. 2015. 40 (3). Pp. 237-253.
- 78.Page A. E., Butler C. A., Bozic K. J. Factors driving physician-hospital alignment in orthopaedic surgery. Clinical Orthopaedics and Related Research. 2013. 471 (6). Pp. 1809-1817.

79.Saltman R.B., Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO. 1997. 172 p.