**ОГЛАВЛЕНИЕ**

[Введение 3](#_Toc502839705)

[Глава 1. Теоретико-методологические основы финансирования формирования и реализации кадровой политики в организациях здравоохранения 6](#_Toc502839706)

[1.1. Сущность и методы проведения антикризисной кадровой политики в организациях здравоохранения 6](#_Toc502839707)

[1.2. Основы кадрового планирования и бюджетирования 12](#_Toc502839708)

[1.3. Международная практика финансирования реализации кадровой политики в организациях здравоохранения 17](#_Toc502839709)

[Глава 2. Анализ и оценка эффективности системы кадрового обеспечение государственной системы здравоохранения города Москвы 23](#_Toc502839710)

[2.1. Организационно-экономические аспекты финансового обеспечения реализации современной государственной кадровой политики в системе здравоохранения города Москвы 23](#_Toc502839711)

[2.2. Анализ численности, заработной платы медицинского персонала и качества предоставляемых услуг организациями здравоохранения города Москвы за период 2010-2016 гг 28](#_Toc502839712)

[2.3. Оценка эффективности влияния антикризисной кадровой политики на оптимизацию сети учреждений здравоохранения 34](#_Toc502839713)

[Глава 3. Разработка и обоснование практических мер по повышению эффективности бюджетной и социальной составляющих кадровой политики организаций здравоохранения города Москвы 38](#_Toc502839714)

[3.1. Система показателей производительности труда в здравоохранении 38](#_Toc502839715)

[3.2. Использование механизма государственно-частного партнерства для финансирования кадровой политики в организациях здравоохранения 43](#_Toc502839716)

[3.3. Разработка основных мероприятий по повышению производительности труда в организациях здравоохранения 46](#_Toc502839717)

[Заключение 52](#_Toc502839718)

[Библиографический список 54](#_Toc502839719)

[Приложение 58](#_Toc502839720)

**Введение**

Динамичный характер развития здравоохранения, внедрение инновационных методов и технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний на фоне возрастающих потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи предъявляют особые требования к деятельности медицинских кадров.

Проблемы кадрового обеспечения систем здравоохранения, связанные с нерациональным использованием трудовых ресурсов, их воспроизводством и развитием, характерны для большинства стран мира.

На протяжении длительного времени общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения России являлось неуклонное наращивание численности врачебных кадров, в результате чего Россия вышла на одно из первых мест в мире по общей численности врачей и обеспеченности ими населения. Системный анализ состояния кадровой политики в сфере здравоохранения Российской Федерации выявляет ряд проблем, связанных с определенными диспропорциями в кадровом обеспечении медицинской деятельности, что объясняется необходимость реализации антикризисной политики и актуальность выбранной темы исследования.

Целью данной работы является исследование возможностей реализации антикризисной кадровой политики организации как способа финансовой оптимизации на примере здравоохранения г. Москвы.

Исходя из поставленной цели в рамках данной работы предполагается решение следующих задач:

- изучение сущности и методов проведения антикризисной кадровой политики в организациях здравоохранения;

- рассмотрение основ кадрового планирования и бюджетирования;

- оценка международной практики финансирования реализации кадровой политики в организациях здравоохранения;

- анализ организационно-экономических аспектов финансового обеспечения реализации современной государственной кадровой политики в системе здравоохранения города Москвы;

- анализ численности, заработной платы медицинского персонала и качества предоставляемых услуг организациями здравоохранения города Москвы за период 2010-2016 гг;

- оценка эффективности влияния антикризисной кадровой политики на оптимизацию сети учреждений здравоохранения;

- выявление системы показателей производительности труда в здравоохранении;

- анализ возможностей использования механизма государственно-частного партнерства для финансирования кадровой политики в организациях здравоохранения;

- разработка основных мероприятий по повышению производительности труда в организациях здравоохранения.

Объектом исследования в работе является отрасль здравоохранения г. Москвы.

Предметом исследования в работе выступает антикризисная кадровая политика.

В данной работе были использованы следующие работы в области исследования возможностей реализации антикризисной кадровой политики в сфере здравоохранения: Аварницыной Е. В., Боярского С.Г., Голубевой М. Л., Горелова Н. А., Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнева В.Б., Задворной О.Л., Алексеева В.А., Борисова К.Н., Задворной О.Л., Борисова К.Н., Задворной О.Л., Алексеева В.А., Борисова К.Н., Зиминой Э.В., Каграманяна И.Н., Костина А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонова Ю.В., Михайловой Н. В., Савинкиной Л.А., Шепеловой Т.С., Таовой С.М., Титовой Е.Я., Коноваловой Н.В., Худолеевой О. Б., Шеймана И.М., Шевского В.И. и др.

Теоретической и методологической основой данного исследования стали труды ведущих отечественных и зарубежных специалистов, раскрывающие основы антикризисной кадровой политики, ее направлений в отрасли здравоохранения в современных экономических условиях.

В работе использовались федеральные законы, нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие деятельность медицинских учреждений, материалы научных конференций и семинаров по изучаемой тематике, материалы периодических изданий, а также информация официальных сайтов в сети Интернет.

Научная новизна полученных результатов заключается в комплексном исследовании теоретических и методологических аспектов системы антикризисной кадровой политики.

Практическая значимость данного исследования состоит в разработке и обосновании практических мер по повышению эффективности бюджетной и социальной составляющих кадровой политики организаций здравоохранения города Москвы.

Структура работы представлена введением, тремя главами, заключением и списка использованных источников. Первая глава посвящена теоретическим и методологическим аспектам антикризисной кадровой политики. Вторая глава направлена на анализ и оценку эффективности системы кадрового обеспечение государственной системы здравоохранения города Москвы. В третьей главе разработаны рекомендации по повышению эффективности бюджетной и социальной составляющих кадровой политики организаций здравоохранения города Москвы.

**Глава 1. Теоретико-методологические основы финансирования формирования и реализации кадровой политики в организациях здравоохранения**

* 1. **Сущность и методы проведения антикризисной кадровой политики в организациях здравоохранения**

В настоящее время кадровую политику современной медицинской организации рассматривают в качестве сложного, многоуровневого социокультурного явления.

Социальная обусловленность кадровой политики медицинской организации тесно связана с особенностями формирования организационной культуры, мерами профилактики кадровых рисков в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности.

Кадровая политика в целом представляет собой выработанное направление кадровой работы, которая включает в себя системы принципов, методов и форм организации труда, стимулирования и мотивации работников, а так же поставленные цель и задачи политики, которые направлены на формирование и совершенствование кадрового потенциала субъекта.

В современных условиях, наблюдается тенденция к повышению внимания к ведению кадровой политики, т.к. с помощью нее обеспечивается оптимальный баланс процессов обновления и сохранения численного и качественного состава кадров, его развития в соответствии с потребностями организации, требованиями законодательства, состоянием рынка труда[[1]](#footnote-1).

Основная цель антикризисной кадровой политики состоит в развитии системы управления кадровым потенциалом здравоохранения, включая рациональное планирование подготовки и трудоустройства кадров с использованием современных технологий кадрового менеджмента, устранение дефицита медицинских кадров и кадрового дисбаланса, обеспечение притока в учреждения здравоохранения врачей и среднего медицинского персонала, позволяющего восполнять естественную убыль, использование современных образовательных технологий, эффективных мотивационных и стимулирующих механизмов, позволяющих обеспечить органы и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской помощи населению.

Основными задачами, стоящими перед кадровыми службами медицинских организаций являются:

1. Прогнозирование потребности в кадрах конкретных специальностей и планирование их подготовки.

2. Набор, отбор, подготовка, развитие, мотивация и стимулирование труда работников, оценка качества выполняемой работы, вознаграждение, продвижение, переводы, понижение, увольнение персонала.

3. Поддержание оптимальных взаимоотношений между работодателями и работниками на основе соблюдения законодательства, обеспечения справедливой системы оплаты труда, мер социальной защиты работников, создания здорового микроклимата, обеспечения техники безопасности и охраны труда и других условий, позитивно влияющих на качество труда и качество жизни работников.

4. Содействие занятости работников здравоохранения, взаимодействие с другими ведомствами, организациями и учреждениями по вопросам трудовой занятости[[2]](#footnote-2).

Основными направлениями повышения эффективности использования кадрового потенциала здравоохранения являются: устранение дублирования и перераспределение функций между различными профессиональными группами медицинского персонала; упорядочение должностной структуры учреждений здравоохранения; модернизация и повышение технической оснащенности рабочих мест.

Для реализации антикризисной кадровой политики в сфере здравоохранения стратегическим ориентиром и направляющим руслом является общегосударственная кадровая политика, разрабатываемая и реализуемая на протяжении последних десяти лет.

Особенности рынка труда в здравоохранении состоят в специфической подготовке медицинских кадров, в наличии очень узкой специализации работников, в непрерывном повышении квалификации у достаточно опытных кадров. Также рынок труда в здравоохранении характеризуется тем, что на нем нет безработицы, наблюдается постоянный дефицит трудовых ресурсов при полной штатной укомплектованности организаций здравоохранения. Степень интенсивности, объем выполняемой работы, а также доход медицинских работников зависит от особенностей внедренной системы обязательного медицинского страхования[[3]](#footnote-3).

Антикризисная кадровая политика – это стратегия по созданию, развитию и рациональному использованию трудового потенциала учреждений здравоохранения[[4]](#footnote-4).

В качестве актуальных задач реализации антикризисной кадровой политики организации здравоохранения полагаем целесообразным выделить:

- рост уровня профессиональной подготовки высшего медицинского персонала, а именно врачей, руководства за счет модернизации существующей системы образования путем внедрения непрерывности обучения;

- увлечение уровня материального благосостояния работников медицинских учреждений, соответствие размера оплаты труда со сложностью, факторами риска, а так же объемами выполняемой работы;

- реализация направления правовой и социальной защиты медицинского персонала, развитие системы государственного страхования, а так же повышение результативности принимаемых мер по охране труда в медицинских учреждениях[[5]](#footnote-5).

Также к причинам повышения значимости антикризисной кадровой политики относится:

- рост требований к качеству выполняемой персоналом работы, сокращение рынка узкоспециализированной рабочей силы, непрерывный рост расходов на содержание персонала предприятия и оказываемое персоналом социальное давление на руководство;

- обеспечение создания благоприятных условий труда для работников, обеспечение возможности продвижения по карьерной лестнице;

- значительный рост в течение последних десятилетий уровня жизни, и как результат, рост уровня и содержания требований населения к профессиональной деятельности.

Говоря об объектах и целях кадровой политики, то их представляют кадры. Объясняется это тем, что реализация кадровой политики предполагает формирование, распределение и рациональное использование квалифицированных работников, занятых в производственных и непроизводственных отраслях общественного производства, т. е. собственно, кадров.

Особое значение занимают кадры, в области здравоохранения, приобретающие ещё более высокую ценность за счет повышения своих профессиональных навыков, которые имеют особую значимость для населения.

Принципы реализации антикризисной кадровой политики организации здравоохранения приведены в таблице 1.1.

Таблица 1.1. – Принципы реализации антикризисной кадровой политики организации здравоохранения[[6]](#footnote-6)

|  |  |
| --- | --- |
| Принцип | Характеристика |
| - ориентация на требования законодательства о труде | На данный момент достаточно часты случаи нарушения данного принципа, особенно относительно частных организаций здравоохранения, что приводит к сокращению отпусков сотрудников, нарушении их прав, ущемлении прав беременных и женщин с малолетними детьми. |
| - стабилизация | Обеспечение условий для стабильного кадрового состава и минимизации случаев увольнения. |
| - учет потребностей и масштабов организации | Данный принцип предполагает необходимость постоянного мониторинга текущей потребности в персонале, а так же ее определение на перспективу с учетом существующей численности. |
| - соблюдение баланса | Данный принцип состоит в необходимости соблюдении баланса интересов руководства организации здравоохранения и ее сотрудников. |
| - привлечение всех сторон | В рамках реализации антикризисной кадровой политики организации здравоохранения необходимо привлечение всех заинтересованных сторон, в том числе и профсоюзов. |

При соблюдении всех представленных принципов будет возможно достижение всех поставленных целей и задач антикризисной кадровой политики.

В качестве ключевых областей формирования антикризисной кадровой политики медицинской организации рассматриваются такие направления, как:

- совершенствование инструментов планирования численности медицинских кадров, разработка критериев оценки состояния кадрового потенциала и научно – обоснованных подходов к определению потребности в специалистах различной квалификации медицинского и немедицинского профиля, дальнейшее совершенствование номенклатур специальностей и должностей работников здравоохранения, внедрение профессиональных стандартов, формирование единых стандартизированных подходов к оказанию медицинской помощи. В целях повышения эффективности текущего планирования потребности во врачебных кадрах, выявления дисбаланса и оценки эффективности использования врачебных кадров приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2014 г. № 322 утверждена методика расчета потребности во врачебных кадрах с учетом особенностей заболеваемости, пола и возраста населения, территориальных особенностей субъекта Российской Федерации и условий оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках системы ОМС.

- Успешная реализация антикризисной кадровой политики во многом зависит от качества подготовки работников отрасли, создания необходимых условий их профессионального развития в процессе профессиональной деятельности. Процесс обучения, методические подходы, содержание образовательных программ, групповые и индивидуальные образовательные технологии должны постоянно совершенствоваться и обновляться, гибко реагировать на меняющиеся потребности общества и здравоохранения, ориентироваться на индивидуальные потребности в непрерывном развитии профессиональных компетенций медицинских работников.

- Развитие системы материального и морального стимулирования, дифференцированных мер социальной поддержки[[7]](#footnote-7).

Таким образом, современные условия функционирования системы здравоохранения предъявляют повышенные требования к кадровым службам медицинских организаций, функции и ответственность которых нуждаются в совершенствовании.

**1.2. Основы кадрового планирования и бюджетирования**

В современных условиях функционирования системы здравоохранения и формирования рынка медицинских услуг возникает вопрос о необходимости реализации эффективной, продуманной кадровой политики, которая позволит прогнозировать процесс воспроизводства трудовых ресурсов медицинских учреждений на основе того, что роль квалифицированного медицинского сотрудника является ключевой в предоставлении медицинских услуг.

Одной из форм кадровой политики в организации является кадровое планирование.

Кадровое планирование – целенаправленная, научно обоснованная деятельность организации, имеющая целью предоставление рабочих мест в нужный момент времени и в необходимом количестве в соответствии со способностями, склонностями работников и предъявляемыми требованиями. Кадровое планирование, иными словами, представляет собой систему подбора квалифицированных кадров, предназначенную для обеспечения потребности организации в необходимом количестве специалистов в определенный промежуток времени[[8]](#footnote-8).

Разработка плана по трудовым ресурсам проводится для расчёта персонала, требуемого для организации, и профессиональной структуры, необходимой в данный период. План поможет организации в случае внештатных ситуаций быстро сориентироваться и направить все силы и ресурсы на решение возникшей кадровой проблемы. Помимо этого необходимо утвердить источники потенциального набора сотрудников, установить и поддерживать контакты с будущим составом персонала в целях постоянного круговорота информации о потребностях организации и потенциальным вознаграждением за труд, будь то денежное или моральное.

Планирование персонала в организации содержит в себе такие процессы, как: планирование потребностей в персонале, привлечение персонала, планирование высвобождения или сокращения персонала, мотивация и стимулирование. Помимо этого внимание обязательно должно уделяться также планированию адаптации, обучения, карьерного развития и расходов на персонал.

Система бюджетирования организации включает 2 основных блока:

- бюджеты отделений по центрами финансовой ответственности;

- сводный бюджет организации, состоящий из операционного и финансового бюджетов.

Главное назначение операционного бюджета состоит в увязки стоимостных показателей с количественными (натуральными). Помимо этого, в данном бюджете определяются пропорции, в соответствии с которыми формируются остальные бюджеты. В операционном бюджете находят отражение цели и задачи, стоящие перед учреждением. Важным моментом разработки операционного бюджета является определение процедуры его подготовки и принятия.

Финансовый бюджет отражает движение денежных средств учреждения. Он включает инвестиционный бюджет, движения денежных средств и прогноз баланса.

Ресурсное обеспечение процессов оказания медицинских услуг зависит от интенсивности потока пациентов в медицинских учреждениях, и данный показатель постоянно меняется и зависит от различных условий, в том числе от уровня заболеваемости, медицинской активности населения, экономической обстановки в регионах, это актуализирует создание механизма планирования и оптимального использования ресурсов процессов оказания медицинских услуг, учитывающего показатели потоков пациентов в учреждениях здравоохранения.

Механизм планирования и оптимального использования ресурсов в рамках оказания медицинских услуг пациентам в медицинских учреждениях всех типов сферы здравоохранения РФ разработан на базе дискретно-событийного моделирования.

В основе обслуживания населения в медицинских учреждениях лежит движение по заданной траектории потоков пациентов в рамках оказания им медицинской помощи. Основными группами показателей, характеризующими данные потоки пациентов в рамках оказания им медицинских услуг являются: группа показателей интенсивности потоков пациентов, группа показателей, характеризующих персонал и коечный фонд медицинских учреждений, группа показателей, характеризующих ожидание медицинского обслуживания пациентами и очередь в медицинских учреждениях; группа показателей отказа в приеме пациентов[[9]](#footnote-9). Расчет данных показателей позволяет решать задачу оптимального планирования и использования ресурсов процессов оказания медицинских услуг в медицинских учреждениях.

Разработанный механизм планирования и бюджетирования ресурсов в рамках оказания медицинских услуг пациентам в медицинских учреждениях всех типов сферы здравоохранения РФ приведен на рисунке 1.1. Данный механизм учитывает все потоки пациентов в медицинских учреждениях всех типов.

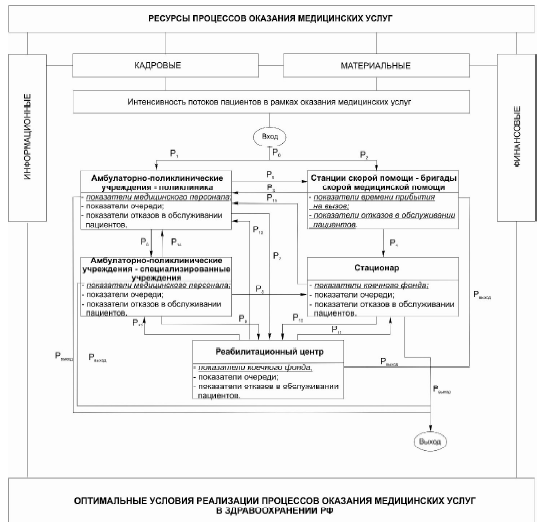


Рисунок 1.1. – Механизм планирования и бюджетирования в рамках оказания медицинских услуг пациентам в медицинских учреждениях всех типов сферы здравоохранения РФ[[10]](#footnote-10)

При построении механизма планирования и оптимального использования ресурсов в рамках оказания медицинских услуг пациентам в медицинских учреждениях всех типов сферы здравоохранения РФ использовано допущение, что процессы оказания медицинских услуг реализуются эффективно при достаточной обеспеченности ресурсами с учетом норм загрузки медицинского персонала и параметров времени обслуживания пациентов.

С применением разработанного механизма осуществляется расчет необходимых кадровых и материальных ресурсов в сфере отечественного здравоохранения для оказания медицинских услуг пациентам. Расчет данных показателей также регламентируется и нормативными актами, определяющими количество необходимого медицинского персонала, время обслуживания пациента врачом с учетом его специализации и пр.

Интенсивность исходного потока пациентов (Р) (на рисунке 1.1. обозначен как «Вход») задается показателями заболеваемости населения по исследуемым группам болезней, его медицинской активностью, может быть задана табличным способом с учетом типа распределения. Поток пациентов (Р0) с учетом тяжести и характера течения заболевания у пациента делится на потоки, направленные в различные медицинские учреждения, оказывающие медицинские услуги.

Одним из выходящих потоков из всех медицинских учреждений является поток пациентов, обслуживание которых прекращается по причине выздоровления, снижения медицинской активности.

Как показывает рисунок 1.1., для каждого типа медицинского учреждения приведены параметры, которые должны быть оптимизированы при решении задач расчета необходимых ресурсов для оказания медицинских услуг в них.

Объем необходимых финансовых ресурсов в сфере здравоохранения частично зависит от интенсивности потоков пациентов, определяется особенностями реализации процессов первичной, вторичной и третичной профилактики, стоимостью ресурсного обеспечения и реализацией государственных программ развития сферы здравоохранения.

Представленный механизм позволяет рассчитывать коэффициенты загрузки медицинского персонала, в том числе руководящего звена медицинских учреждений, рассчитывать его оптимальную численность, проектировать штатное расписание, определять планируемую и фактическую мощность медицинских учреждений с учетом прогнозов, рассчитывать необходимый объем ресурсов для качественного оказания медицинских услуг.

**1.3. Международная практика финансирования реализации кадровой политики в организациях здравоохранения**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), в последние годы, все больше призывает все страны уделять приоритетное внимание медицинскому персоналу и осуществлять национальный план по его управлению, особенно в стадии реформирования системы здравоохранения (СЗ).

Инвестирование в совершенствовании работающих медиков, чтобы они адаптировались к меняющимся приоритетам путем создания прочной основы для повышения качества медицинской помощи и их непрерывной профессиональной подготовки является актуальной задачей для прогрессивного правительства[[11]](#footnote-11).

В недавнем докладе под названием «A Universal Truth: No health without a workforce» («Всеобщая реальность: без трудовых ресурсов нет здоровья») в городе Ресифи (Бразилия) от ноября 2013 года ВОЗ пришла к выводу, что в 31 африканских странах по-прежнему недостаточное количество работников здравоохранения: минимум 22,8 на 10 тысяч жителей. Согласно этому сообщению, 118 из 186 исследованных стран имеют меньше 59,4 врачей на 10 тысяч жителей.

В докладе определен ряд основных причин, среди которых старение и выход на пенсию работников здравоохранения (или их переход на более высокооплачиваемую работу), которые не заменяются другими работниками соответственно, а также отток молодых специалистов в поисках более высокооплачиваемой работы. Повышение спроса в этом секторе связано также с ростом численности населения мира, подвергающегося возрастающим рискам со стороны неинфекционных заболеваний (например, рака, болезней сердца, инсульта и т. д.).

К 2035 году в мире будет не хватать 12,9 миллиона работников здравоохранения, а на сегодня нехватка исчисляется в 7,2 миллиона дополнительных медицинских работников для современных медицинских требований планеты.

В докладе также отмечается, что среди вновь выпущенных молодых специалистов-медиков отсутствует соответствующая практическая подготовка, которая препятствует реальной замене ветеранов (пенсионеров) и удовлетворению потребностей обслуживаемого населения. Все больше растет в мире, как отмечается в докладе, спрос на медицинских работников в сфере неинфекционных заболеваний, таких как рак, болезни сердца или инсульт[[12]](#footnote-12).

Эксперты, проводившие исследование, также включают ряд рекомендаций по решению проблемы, среди которых повышение политического и технического лидерства, чтобы увеличить усилия по улучшению кадровых ресурсов здравоохранения в долгосрочной перспективе. Среди этих рекомендаций также озабоченность в улучшении статистических исследований с целью получения достоверных данных о кадровых ресурсах здравоохранения, и повышения роли работников среднего звена, чтобы сделать медицинские услуги более доступными.

В попытке компенсировать географический дисбаланс, минимизирующий количество медицинских работников в некоторых областях, эксперты, которые работали над докладом рекомендуют усилить работу по сохранению медицинских работников в тех странах, где этот дефицит более обострен, и таким образом покончить с этим неравенством.

Международный опыт, в частности опыт ВОЗ, свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности системы здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, предпринимаемые в области управления кадрами (синонимы: управление персоналом, трудовыми или человеческими ресурсами, человеческим капиталом). Именно управление кадрами составляет основное содержание кадровой политики в системе здравоохранения, которая главным образом связана с профессиональным менеджментом. Профессиональное управление кадрами в здравоохранении направлено, во-первых, на формирование качественного кадрового потенциала и удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах и соответственно в квалифицированных кадрах; во-вторых, на обеспечение эффективной занятости трудоспособного медицинского населения и его оптимальное распределение между отраслями и регионами страны; в-третьих, на рациональное использование медицинского персонала предприятий, организаций и учреждений.

Принцип эффективного использования человеческого фактора в социально-экономическом развитии, лежащий в основе организации работы с медицинскими кадрами на современном этапе, реализуется по трем основным направлениям:

1 – формирование соответствующих условий, благоприятствующих всестороннему развитию всех имеющихся способностей и навыков человека в его профессиональной медицинской деятельности;

2 – реализация возможностей роста уровня производительности и качества за счет развития системы специальных способностей и выработки профессиональных навыков на основе высокого уровня профессиональной подготовки и общей культуры работников;

3 – обеспечение непрерывного процесса обучения, систематическое пополнение уровня профессиональных знаний всех категорий работников, реализация возможностей постоянного кадрового роста за счет средств самоподготовки.

Оценки ВОЗ показывают, что во многих странах испытывается критическая нехватка работников здравоохранения, а парадоксальность в том, что нехватка зачастую характерна в странах с большим числом безработных медиков. Данная ситуация с нехваткой в условиях, когда имеющиеся таланты используются не полностью, обусловлена несовершенством рынков труда, отсутствием государственных средств, бюрократическими проволочками, политическим вмешательством или, как в странах бывшего советского пространства, длительным затягиванием перемен и нежеланием принять современную действительность согласно социально-политическим и экономическим реалиям.

Кадровая политика системы здравоохранения развитых стран направлена на внедрение методов управления эффективностью имеющихся ресурсов, усиление роли административных работников и профессиональных управленцев, быстрой эволюции средне-медицинской профессии и расширение ее функций, подготовку специалистов в сфере общественного здравоохранения, повышением требований к сфере подготовки и переподготовки кадров, где самообразование и самосовершенствование играют ведущую роль.

Управление кадрами включает три взаимосвязанных компонента: планирование, подготовку и использование персонала. Условия эффективного управления кадрами в системе здравоохранения, следующие:

- Взаимосвязанная реализация данных компонентов: планирование процесса развития кадров в количественном и качественном выражении с привязкой к системе подготовки и совершенствования профессионального уровня специалистов. Вместе с тем, подготовленные кадры должны найти себе практическое применение, соответствующее их профессиональной квалификации. В противном случае ни планирование, ни подготовка кадров не имеют смысла как ресурс развития системы здравоохранения.

- Реализация концепции интегрированного развития медицинских кадров и, соответственно, системы здравоохранения в целом. Кадры являются составным и неотъемлемым элементом системы здравоохранения и должны полностью соответствовать своему назначения.

В понятие о системе движения кадров в системе здравоохранения вкладывается целый ряд компонентов, обеспечивающих регулирование поступления, распределения, динамику профессионального развития персонала, а также отток кадров из организации. Все эти задачи решаются в интересах организации, и вполне очевидно, что их решение тесно связано с реализацией политики вознаграждения за труд (экономическое составляющее). Последняя, в свою очередь, служит для привлечения, поощрения и удержания кадров, необходимых организации, и основанная на принципах справедливости и объективности, укрепляет мотивацию и направляет движение кадров в русло, позволяющее совместить индивидуальные интересы с интересами организации. Умелая организация работы, в виде профессионального менеджмента, в свою очередь предполагает решение вопросов, связанных с организационной структурой, должностными инструкциями, информационными потоками и т.д. (управленческое составляющее). Иначе говоря, эти два компонента системы движения кадров составляют мотивационную основу труда и делает его интересным и приятным: «труд – удовольствие». В таких случаях управление кадрами в системе здравоохранения во многом становится саморегулирующимся и высокоэффективным процессом.

Таким образом, антикризисная кадровая политика явление достаточно новое в системе здравоохранения и требует тщательного изучения и проработки. Элементом антикризисной кадровой политики в отрасли здравоохранения стало внедрение способа финансирования кадрового состава медицинских учреждений – это подушевое финансирование. Основная цель антикризисной кадровой политики в системе здравоохраненния состоит в первую очередь в повышении уровня качества медицинских услуг.

**Глава 2. Анализ и оценка эффективности системы кадрового обеспечение государственной системы здравоохранения города Москвы**

**2.1. Организационно-экономические аспекты финансового обеспечения реализации современной государственной кадровой политики в системе здравоохранения города Москвы**

В целях обеспечения установленного права выбора гражданами, застрахованными по ОМС, медицинской организации, устанавливается порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации города Москвы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам.

Если говорить об здравоохранении как отрасли, то здесь следует учесть, что в условиях страховой модели финансирования здравоохранения объем финансового обеспечения отрасли формируется за счет двух основных источников: средств бюджета города Москвы и субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС), поступающей в бюджет Московского городского фонда обязательного медицинского страхования (далее – МГФОМС)[[13]](#footnote-13).

На 2017 г. уточненный объем консолидированного бюджета Москвы с учетом средств ОМС составляет 366,2 млрд рублей, или на 43,1 млрд рублей (13,3%) выше уточненного объема в 2016 г.[[14]](#footnote-14)

Также и в последующий плановый период не планируется сокращение бюджетных ассигнований на здравоохранение.

Структура расходов бюджета Москвы за 2017 год представлена на рисунке 2.1.

Рисунок 2.1. – Структура расходов бюджета на здравоохранение г. Москвы, %[[15]](#footnote-15)

Как показывают данные рисунка 2.1., наибольший удельный вес в структуре расходов бюджета составляет бюджет развития – 45% или 50,1 млрд рублей. Наименьшая доля отводится расходам на социальную поддержку – 8% из общей величины расходов на здравоохранение, при этом необходимо отметить, что в настоящее время отмечается все большее внимание социальной поддержке в структуре расходов на здравоохранение.

В состав бюджета развития включены:

- расходы на Адресную инвестиционную программу – 27,6 млрд рублей;

- капитальный ремонт объектов здравоохранения – 8,8 млрд рублей;

- текущий ремонт – 0,9 млрд рублей;

- приобретение оборудования и основных средств – 12,7 млрд рублей.

Финансирование кадрового обеспечения включено в текущие расходы отрасли и величина их за 2017 год составляет 121,2 млрд. рублей или 33% от общей величины бюджета. На рисунке 2.2. приведена динамика величины текущих расходов бюджета здравоохранения г. Москвы.

Рисунок 2.2. - Динамика величины текущих расходов бюджета здравоохранения г. Москвы, млрд. руб[[16]](#footnote-16)

Как показывает рисунок 2.2., в величине текущих расходов бюджета г. Москвы на здравоохранение отмечается тенденция к росту. В целом, рост за анализируемый период составляет 38,67%.

Рисунок 2.3. отражает динамику расходов бюджета здравоохранения г. Москвы на кадровое обеспечение.

Рисунок 2.3. – Динамика расходов бюджета здравоохранения г. Москвы на кадровое обеспечение, млрд. рублей[[17]](#footnote-17)

Как показывают данные рисунка 2.3., в динамике расходов на кадровое обеспечение в сфере здравоохранения так же отмечается тенденция к росту, что свидетельствует об улучшении системы мотивации и материального стимулирования работников здравоохранения г. Москвы. В целом, темп роста за анализируемый период составляет 43,71%.

Начиная с 2013 года, учреждения здравоохранения в Москве финансируются по одноканальному принципу и подушевому.

Одноканальный принцип – это когда все средства поликлиники приходят из системы Фонда обязательного медицинского страхования. До указанного времени было иначе: поступали деньги, которые приходили в тарифах за оказанные услуги, и они покрывали только часть расходов учреждения. В основном они компенсировали фонд оплаты труда медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в предоставлении медицинской услуги. И были средства, которые покрывали все остальные расходы, – они поступали из бюджета в виде субсидий. Существовали отдельные субсидии на оплату труда персонала, который не участвовал в предоставлении медицинских услуг, а также на эксплуатацию зданий, возмещение коммунальных расходов, транспорт и прочее.

Эффективность применяемой системы не оправдалась. Во-первых, она была достаточно затратной из-за того, что у учреждений становилось все больше и больше расходов (из-за появления нового высокотехнологичного оборудования). Второе, что было неэффективно, – это то, что у руководства и большей части персонала не было, по сути, никакой мотивации для того, чтобы пациенты посещали поликлинику. Зарплата главного врача начислялась не из средств, которые поликлиника зарабатывала, а из денег, которые пришли бы в любом случае. Значительная часть персонала также получала бы зарплату даже в том случае, если в поликлинике не было бы ни одного пациента. Далее: тарифы были настолько низкими, и они покрывали только часть расходов, что это порождало определенные искажения в отчетной статистике и зачастую приводило к нелегитимно выставленным счетам – проще говоря, припискам.

Было принято решение от этой системы отказаться. Прежде всего, надо было дать учреждению понять, что все деньги, которые у него есть, оно зарабатывает, оказывая медицинскую помощь, предоставляя медицинские услуги. А второе – нужно было уйти от приписок. И здесь самой действенной мерой оказался переход на модель подушевого финансирования.

Подушевое финансирование – это когда средства в поликлинику поступают не непосредственно за оказанные услуги, а за факт прикрепления пациента к поликлинике.

То есть в настоящий момент за каждого прикрепленного жителя Москвы, застрахованного в системе обязательного медицинского страхования, поликлиника получает определенный объем средств. Он составляет около пяти тысяч рублей в год на человека и поступает в поликлинику ежемесячно. Реальный размер подушевого норматива зависит от пола и возраста пациента. Самые «дорогие» категории – это пожилые женщины и младенцы, если речь идет о детях, из-за большого объема медицинской помощи, которая положена им в соответствии со стандартами и порядком оказания. Пациент имеет право один раз в год прикрепиться к любой медицинской организации по своему желанию – кроме тех случаев, когда он меняет место жительства: в этом случае прикреплений может быть больше. С моей точки зрения, переход на подушевое финансирование на сегодняшний день полностью себя оправдал.

От приписок удалось избавиться. Медицинской организации просто нет смысла приписывать лишние услуги – это был бы дополнительный труд персонала, который этим бы занимался.

Другим важным моментом стало то, что с переходом на подушевое финансирование медицинские учреждения заинтересованы в каждом пациенте, который к нам прикреплен. Не только руководство поликлиники, но и все наши сотрудники отчетливо сознают: никаких других средств, кроме тех, которые приходят вслед за пациентом, учреждение получать не будет. Это заставляет ценить каждого пациента, предпринимать шаги, направленные на повышение пациентоориентированности, на то, чтобы бороться за каждого человека на всех этапах оказания ему медицинской помощи.

**2.2. Анализ численности, заработной платы медицинского персонала и качества предоставляемых услуг организациями здравоохранения города Москвы за период 2010-2016 гг**

В таблице 2.1. приведена численность медицинских учреждений г. Москвы за период с 2010 по 2016 год в разрезе типов.

Таблица 2.1. - Численность медицинских учреждений г. Москвы за период с 2010 по 2016 год[[18]](#footnote-18)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль лечебного учреждения | 2010 год | 2011 год | 2012 год | 2013 год | 2014 год | 2015 год | 2016 год |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Стационары, в том числе: | 110 | 110 | 110 | 111 | 111 | 111 | 111 |
| *- специализированные больницы* | *35* | *35* | *35* | *36* | *36* | *36* | *36* |
| *- научно-исследовательские институты* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* | *3* |
| *- госпитали для ветеранов войны* | *4* | *4* | *4* | *4* | *4* | *4* | *4* |
| *- медико-санитарные части* | *4* | *4* | *4* | *4* | *4* | *4* | *4* |
| *- хосписы* | *8* | *8* | *8* | *8* | *8* | *8* | *8* |
| Диспансеры | 51 | 51 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| Поликлиники | 449 | 449 | 450 | 451 | 451 | 452 | 452 |
| Медицинские центры | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 |
| Станция скорой и неотложной медицинской помощи | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Станция переливания крови | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Банк стволовых клеток | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Продолжение таблицы 2.1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Учреждения охраны материнства и детства | 41 | 41 | 41 | 42 | 42 | 42 | 42 |
| Санаторно-курортные учреждения | 35 | 35 | 35 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Лечебные учреждения особого типа | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Итого: | 733 | 733 | 735 | 739 | 739 | 740 | 740 |

Общее число медицинских учреждений г. Москвы за 2016 год составляет 740. На рисунке 2.4. приведена динамика численности медицинских учреждений г. Москвы за анализируемый период.

Рисунок 2.4. – Динамика численности медицинских учреждений г. Москвы за 2010- 2016 гг.[[19]](#footnote-19)

Как показывают данные таблицы 2.1. и рисунка 2.4., за анализируемый период отмечается рост числа медицинских учреждений на территории г. Москвы с 733 до 740, что свидетельствует об эффективность проводимой социально-экономической политики г. Москвы.

Проанализируем структуру численности медицинских учреждений.

Рисунок 2.5. – Структура численности медицинских учреждений г. Москвы[[20]](#footnote-20)

Как показывает рисунок 2.5., наибольшая доля учреждений представлена поликлиниками – 61% от общего числа учреждений. Данная тенденция отмечается на протяжении всего анализируемого периода. Наименьшая доля типов медицинских учреждений – это учреждения охраны материнства и детства – 2%. Стоит отметить, что такие виды медицинских учреждений, как станция скорой и неотложной медицинской помощи, станция переливания крови, банк стволовых клеток.

Далее рассмотрим динамику численности и структуру численности сотрудников медицинских учреждений г. Москвы.

Таблица 2.2. – Динамика численности и структуру численности сотрудников медицинских учреждений г. Москвы[[21]](#footnote-21)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория | 2010 год | 2011 год | 2012 год | 2013 год | 2014 год | 2015 год | 2016 год |
| Руководители | 43056 | 41202 | 40506 | 42433 | 43740 | 43223 | 43174 |
| Врачи | 117427 | 112369 | 110471 | 115727 | 119290 | 117882 | 117746 |
| Средний медицинский персонал | 180054 | 172299 | 169388 | 177449 | 182912 | 180752 | 180544 |
| Обслуживающий персонал | 50885 | 48693 | 47871 | 50149 | 51692 | 51082 | 51023 |
| Итого: | 391422 | 374563 | 368235 | 385758 | 397634 | 392940 | 392487 |

Рисунок 2.6. – Динамика численности сотрудников медицинских учреждений г. Москвы за 2010-2016 гг., чел[[22]](#footnote-22)

Исходя из данных таблицы 2.2. и рисунка 2.6. можно сделать вывод, что определенной тенденции в общей численности сотрудников медицинских учреждений нет. Наибольшая численность персонала отмечена в 2014 году – 397634 человек. Далее отмечается снижение, что было связано, в первую очередь сокращением численности сотрудников – как меры экономии бюджетных средств. На рисунке 2.7. приведена структура персонала медицинских учреждений г. Москвы за 2016 год.

Рисунок 2.7. - Структура персонала медицинских учреждений г. Москвы за 2016 год[[23]](#footnote-23)

Как показывает рисунок 2.7., наибольшая доля персонала представлена средним медицинским персоналом – это 46% или 180544 человек. Следующей по величине категорией являются врачи. Их численность на конец 2016 года составляет 117746 человек или 30% от общей численности.

Для оценки динамики размера средней заработной платы в медицинских учреждениях были взяты две наиболее значимые категории: врач и средний медицинский персонал. В рамках данной работы нецелесообразно применять для расчета величины заработной платы высшей и низшей категорий персонала медицинских учреждений.

Таблица 2.3. – Средняя заработная плата сотрудников медицинских учреждений г. Москвы, руб[[24]](#footnote-24)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория | 2010 год | 2011 год | 2012 год | 2013 год | 2014 год | 2015 год | 2016 год |
| Врачи | 72789 | 75623 | 84562 | 83221 | 84799 | 86291 | 86311 |
| Средний медицинский персонал | 47611 | 45321 | 46998 | 47221 | 46750 | 47811 | 47521 |

Рисунок 2.8. - Средняя заработная плата сотрудников медицинских учреждений г. Москвы, руб

Исходя из данных таблицы 2.3. и рисунка 2.8., необходимо отметить, что в величине средней заработной платы представленных категорий сотрудников не отмечается определенной тенденции, что является результатом колебания численности самих сотрудников, а так же различных типов учреждений, которые брались в расчет.

Для оценки качества и эффективности функционирования медицинских учреждений города Москвы рассмотрим показатели обеспеченности населения врачами и специалистами со средним медицинским образованием (на 10 тыс. населения).

Рисунок 2.9. – Динамика обеспеченности населения врачами и специалистами со средним медицинским образованием города Москвы (на 10 тыс. населения)

Как показывает рисунок 2.9., обеспеченность населением врачей гораздо ниже, чем средним медицинским персоналом. В каждом году в рамках анализируемого периода отмечается превышение обеспеченности средним медицинским персоналом над обеспеченностью врачей на более чем 15 человек. Это свидетельствует о недостаточности высококвалифицированных кадров в системе здравоохранения города, а так же о возможных снижениях качества оказываемых услуг. Так же стоит отметить, что в динамике показателя обеспеченности населения врачами отмечена положительная тенденция к росту, что свидетельствует о положительных факторах сложившейся системы аккредитации специалистов в системе здравоохранения.

**2.3. Оценка эффективности влияния антикризисной кадровой политики на оптимизацию сети учреждений здравоохранения**

Кадры здравоохранения — ресурс, который требует длительной подготовки, постоянного профессионального развития и, в отличие от оборудования, лекарств, изделий медицинского назначения, не подвержен моральному устареванию.

Можно выделить два основных направления деятельности в сфере реализации антикризисной кадровой политики в отрасли здравоохранения г. Москвы:

- устранение дефицита, то есть повышение количества работающих в системе специалистов путем целевой подготовки и привлечения кадров;

- устранение дисбаланса кадров здравоохранения (расстановка имеющихся кадров).

Основой для формирования системного подхода к реализации мер антикризисной кадровой политики в медицинских учреждениях на территории города стал Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», а именно п.2 «г», в соответствии с которым регионы должны были разработать комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами[[25]](#footnote-25).

В Москве для достижения цели антикризисной кадровой политики и в рамках выполнения подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» была разработана система мер по устранению имеющегося дефицита медицинских кадров, включающая в себя профессиональную подготовку врачей и специалистов со средним медицинским образованием, предоставление дополнительных мер социальной поддержки отдельным категориям специалистов, обеспечение жильём.

В 2016 и 2017 годах в результате реализации мер антикризисной кадровой политики были заключены договоры со 155 выпускниками школ. В образовательные организации зачислены все абитуриенты, поступавшие в рамках целевого приёма, успешно прошедшие конкурс в соответствии с Правилами приема и заключившие договор о целевом обучении.

В рамках целевой подготовки по программам послевузовской профессиональной подготовки в 2017 году в ординатуру зачислены 85 выпускников. В 2016 году в интернатуру зачислены 111 выпускников, в ординатуру — 28. С 2017 года подготовка в интернатуре не осуществляется.

Для того чтобы дополнительно материально поддержать студентов, обучающихся по целевым направлениям, за счёт областного бюджета г. Москва установлена именная стипендия в размере 5 тыс. рублей для студентов и 10 тыс. рублей для ординаторов.

В 2017 году в подведомственные городскому комитету по здравоохранению образовательные организации, реализующие программы среднего профессионального образования, на первый курс приняты 600, в 2016-м — 450 человек. Снижать объем подготовки специалистов со средним медицинским образованием не планируется.

В 2017 году впервые заключены трудовые договоры с врачами, завершившими обучение по программам высшего медицинского образования, прошедшими процедуру первичной аккредитации, но без обучения в ординатуре. Привлечение данной категории врачей позволяет решать первоочередную задачу по укомплектование медицинских организаций врачами-специалистами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В Москве треть врачей и четверть медицинских сестёр — пенсионеры. Учитывая диспропорцию между специалистами пенсионного и предпенсионного возраста и специалистами трудоспособного возраста, правительство г. Москвы особое внимание уделяет поддержке молодых специалистов.

Выпускникам образовательных организаций, впервые после окончания обучения поступившим на работу в медицинские организации региона, предоставляется единовременные пособия в размере 30 тысяч врачам и 15 тысяч рублей средним медработникам. Тем самым стимулируется выбор первого места работы специалиста в медицинской организации области. Ежегодно пособие предоставляется примерно 140 врачам и 200 специалистам со средним медицинским образованием.

Молодым специалистам в возрасте до 30 лет ежегодно по окончании рабочего года в течение первых трёх лет работы предоставляется выплата в размере 56,5 тыс. рублей. В 2016 году выплаты получили 1036 работников, в 2017-м — 1 150[[26]](#footnote-26).

В настоящее время в рамках мер антикризисной политики г. Москва реализуется пилотный проект по предоставлению гарантированного объёма медицинской помощи в структурных подразделениях медицинских организаций на каждом этапе её оказания, включая ФАПы и амбулатории.

Это способствует повышению самооценки медицинских работников первичного звена и престижа медицинских специальностей, а также является одним из факторов привлечения и закрепления кадров.

Расходные обязательства по реализации всех указанных мероприятий установлены нормативными актами правительства г. Москвы.

В городском бюджете на 2017 год были утверждены и исполнены бюджетные ассигнования в размере 296 млн. рублей. С учётом 78 млн. рублей из федерального бюджета, объём средств на реализацию подпрограммы составил 374 млн. рублей.

Таким образом, необходимо отметить, что реформирование системы финансирования отрасли здравоохранения, а именно внедрение подушевого финансирования оказывает положительное влияние на функционирование медицинских учреждений города, гарантирует финансовое обеспечение в размерах сопоставимых масштабам деятельности учреждения. Так же в ходе анализа была выявлена положительная динамика в численности, как медицинских учреждений, функционирующих на территории города, так и численности медицинского персонала. В настоящий момент антикризисная кадровая политика является одним из основных направлений возможностей и совершенствования материального стимулирования медицинского персонала, а соответственно, и роста производительности труда в медицинских учреждениях города Москвы.

**Глава 3. Разработка и обоснование практических мер по повышению эффективности бюджетной и социальной составляющих кадровой политики организаций здравоохранения города Москвы**

**3.1. Система показателей производительности труда в здравоохранении**

Производительность труда является одним из важнейших качественных показателей работы организации, выражением эффективности затрат труда.

Рост производительности труда означает экономию овеществленного и живого труда и является одним из важнейших факторов повышения эффективности производства.

Резервы повышения производительности труда - это такие возможности экономии общественного труда, которые, хотя и выявлены, но по разным причинам еще не использованы. Взаимодействие факторов и резервов состоит в том, что если факторы представляют собой движущие силы или причины изменения ее уровня, то использование резервов - это непосредственно процесс реализации действия тех или иных факторов[[27]](#footnote-27).

Важной задачей организации труда считается внимание к увеличению продуктивности труда, потому что при его повышении растет объем работы, выполняемой работником в единицу времени, а время, затрачиваемое на единицу работы, уменьшается.

Уровень производительности труда характеризуется соотношением объема произведенной продукции или выполненных работ и затрат рабочего времени. От уровня производительности труда зависят темпы развития производства, увеличение заработной платы и доходов.

В рамках оценки производительности труда работников медицинских учреждений необходимо рассмотреть систему нормативов времени, установленных Минздравом в июне 2015 года. Эти нормы коснулись всех представителей отрасли здравоохранения, в наибольшей степени: участковых педиатров, терапевтов, семейных врачей, неврологов, ЛОР-врачей, гинекологов и офтальмологов.

Разработанные норма направлены в первую очередь на повышение производительности и эффективности труда в системе здравоохранения, и, соответственно позволяют рассчитать прогнозную численность медиков, необходимых для оказания гарантированного объема медпомощи.

На уровне медучреждения новые нормы также можно применить для определения конкретной нормативной оценки труда специалистов-медиков, учитывая технические и организационные особенности организации. Стоит отметить, что в последний раз трудовые нормы врачей пересматривались по сегодняшним меркам очень давно – 1980-х годах[[28]](#footnote-28).

За это время в медицине произошли кардинальные изменения – появилось новое медицинское оборудования, оказание медпомощи происходит с соблюдением принятых стандартов, в большинстве учреждений применяется электронный документооборот, что позволяет медикам быстрее выполнять рутинную работу, а значит значительно ускоряет выполнение трудовых обязанностей.

Принятие новых норм не только не идет вразрез с нормами трудового законодательства, но и полностью им соответствует.

В частности, в ст. 160 ТК указано, что нормы труда пересматриваются по мере внедрения и совершенствования техники, технологий проведения организационных и иных мероприятий, которые обеспечивают рост производительности труда.

В приказе Минтруда No 235 от 31.05.2013 года содержится рекомендация органам исполнительной власти по пересмотру типовых отраслевых норм времени не реже раз в 5 лет.

В данных нормах не учтены нормы приема врачом пациента на дому, хотя это также является частью работы медиков при оказании первичной врачебной помощи.

В скором времени планируется принятие норм для фтизиатров, эндокринологов, кардиологов, дерматовенерологов и другие специалистов.

Отметим, что рассматриваемые нами трудовые нормативы должны повлиять не только на расчет необходимого количества специалистов, но и на объемы выполняемых ими работ. Следовательно, повышение объемов влечет за собой увеличение стоимости эти услуг, а также заработной платы самих врачей.

Объем медпомощи в условиях амбулатории, например, включает в себя (согласно программе государственных гарантий на 2015 год):

1 - посещение с профилактической целью (включая:

- плановые и профилактические медосмотры;

- проведение диспансеризации;

- осуществление патронажа.

2 - посещение с другой целью (оказание паллиативной помощи, для получения справок и др.);

3 - единичные посещения в связи с болезнью;

4 – медпомощь, оказываемая в амбулаторных условиях в связи с заболеванием;

5 - медпомощь, оказываемая в неотложной форме[[29]](#footnote-29).

В разработанных методических рекомендациях указано, что при разработке норм труда могут определяться нормы на:

1. Отдельный вид работ.

2. Укрупненную норму труда (взаимосвязанные работы).

3. Комплексную норму труда (законченный комплекс работ).

Разработка укрупнённых норм времени труда медработников определяется каждой конкретной организацией, исходя из специфики самого учреждения. Примеры норм времени медработников. Приведем показатели нормы времени, разработанные в новых правилах.

Основой для расчета является норма времени первичного осмотра больного:

- Участковые терапевты и педиатры – 15 минут.

- Офтальмологи - 14 минут.

- ЛОР – 16 минут.

- Семейный врач (врач общей практики) – 16 минут.

- Гинеколог, невролог – 22 минуты.

В эти нормы времени включено время на заполнение всей медицинской документации.

Исходя из этого показатель производительности определяется как количество принятых пациентов в единицу времени (час, смена и т.д.). При этом исходя из установленных норм времени, производительность труда так же будет установлена нормой, как деление общего отработанного времени на норматив времени, которое врач может потратить на 1 пациента. Затем по результатам рабочего периода будет определяться соответствие фактического числа осмотренных пациентов установленному нормами . Стоит отметить, что превышение фактического числа над нормой не показывает эффективности, а свидетельствует о снижении качества оказания услуги каждому из пациентов[[30]](#footnote-30).

Норма времени на повторный прием врачом одного пациента составляется исходя из 70-80% нормы времени, необходимой врачу для первичного приема одного пациента в связи с заболеванием, профилактические же приемы составляют 60-70% от этого времени.

При этом на составление медицинской документации у специалиста должно уходить не более 35% времени от приема каждого пациента.

Нормы труда и производительности в конкретной медицинской организации могут быть установлены с использованием типовых норм, учитывая особенности организации процесса оказания медпомощи в учреждении, либо путем установления и обоснования собственных норм. Для установления собственных норм используется множество методов, приведем характеристику некоторых из них:

1 - Фотографирование рабочего времени - применяется для установления структурных затрат времени в течение рабочего дня. При данном методе регистрируется либо непосредственно продолжительность временных затрат на процедуру (прием), либо фиксируются моментные изменения рабочих мест. Второе применимо в большей степени для массовых производств.

2 - Проведение видеосъемки рабочих операций - наиболее точный метод, позволяющих зафиксировать все движения и действия, отслеживать их содержание.

3 - Хронометраж – наиболее применим для изучения затрат рабочего времени при выполнении повторяющихся через определенных промежуток времени работ Фотохронометраж. Совместное использование методов фотографирования и хронометража. Заключается в фотографировании в течение рабочего дня рабочего процесса с одновременным составлением хронометража. Данный метод позволяет получить расширенные и точные характеристики осуществления тех или иных элементов работы, выделить нерациональные затраты времени работы.

Учитывая цели исследований, применяют либо хронометражные замеры для определения длительности отдельных повторяемых операций либо фотографии, с целью установления нерационального использования рабочего времени.

НИИ организации и информатизации при Минздраве разработана специальная методика для работодателей, желающих адаптировать типовые отраслевые нормы труда в своей организации.

При разработке норм также можно сделать выборку с учетом плотности проживания в конкретной местности, учета возраста и пола пациентов, уровня заболеваемости в регионе. Для этого применяются специальные корректирующие коэффициенты (см. Приложение А).

**3.2. Использование механизма государственно-частного партнерства для финансирования кадровой политики в организациях здравоохранения**

Формы среднесрочного и долгосрочного взаимодействия бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях называются государственно-частным партнерством. В Российской Федерации в 2015 г. был принят закон о государственно-частном партнерстве, также законы о государственночастном партнерстве действуют в 68 субъектах Федерации. После принятия закона начался процесс приведения региональных законодательных актов в соответствие с федеральным законодательством[[31]](#footnote-31).

В здравоохранении существуют объективные причины, диктующие необходимость сотрудничества между государством и бизнесом.

Особенностью сферы здравоохранения является несостоятельность модели приватизации организаций социально-медицинской структуры. Вместе с тем в настоящее время в государственных бюджетах различных уровней наблюдается дефицит финансовых средств для предоставления качественной медицинской помощи. Модель государственно-частного партнерства является альтернативой приватизации лечебно-профилактических учреждений, которая способна привлечь финансирование со стороны частного сектора.

По мнению экспертов, реализация соглашений государственно-частного партнерства в здравоохранении в нашей стране способна:

• привлечь дополнительное финансирование в здравоохранение и оптимизировать затраты бюджета;

• распределить риски реализации проекта между государством и частным сектором;

• предоставить доступ к технологическим, техническим и интеллектуальным ресурсам высокого профессионального уровня (в реализации проектов будут принимать участие специалисты от бизнеса с применением новейших научно-технических разработок);

• повысить качество и доступность оказываемых населению медицинских услуг и представить высокий уровень сервиса.

Принятие закона о государственно-частном партнерстве и модернизация отрасли здравоохранения, предполагающая активное использование механизма государственно-частного партнерства, обуславливает актуальность работы, а отсутствие в отечественной экономической литературе работ, изучающих практический опыт отдельных регионов в реализации соглашений государственно-частного партнерства, отражает научную новизну исследования.

В развитых странах около 60% проектов в здравоохранении реализуются в форме государственно-частного партнерства, что свидетельствует о перспективности данной формы сотрудничества. Основными направлениями инвестиций становятся:

• строительство и эксплуатация медицинских объектов;

• внедрение информационных технологий;

• разработка и производство новых видов медицинского оборудования.

Применение государственно-частного партнерства в рамках финансирования кадровой политики на данный момент используется крайне редко.

Основными принципами применения ГПЧ для финансирования антикризисной кадровой политики за рубежом являются:

1) государственная собственность: медицинское учреждение находится в государственной собственности, построено на участке земли, принадлежащем государству, и является частью государственной системы здравоохранения;

2) медицинское обслуживание предоставляется частной компанией: обслуживание пациентов осуществляется частной компанией- концессионером, с которой государство заключает соглашение на определенный период времени. Компания обязуется обеспечить высокие стандарты предоставления медицинской помощи;

3) государственное финансирование: медицинское учреждение функционирует по модели подушевого финансирования определенной группы населения, проживающей в округе, которую обслуживает учреждение;

4) контроль со стороны государства: государственные органы обладают правом проводить инспекции учреждения в целях контроля за качеством предоставляемых услуг, а также взыскивать штрафы в случае несоблюдения требований государства.

Представленная модель ГПЧ функционирует по принципу «деньги следуют за пациентом». О ее эффективности можно судить по экономии бюджетных средств. По оценкам бюджета зарубежных стран, разница между издержками на медицинское обслуживание одного жителя и подушевым нормативом составила 25%.

Помимо экономии бюджетных средств сократилось время ожидания специалиста в очереди и время, проведенное в стационаре.

Однако нельзя говорить о том, что модели государственно-частного партнерства в развитых странах не сталкиваются с проблемами при функционировании. Вот только некоторые из них:

1) высокие издержки: стоимость тендера и общая стоимость проекта в ряде случаев для частного сектора оказывается выше, чем стоимость подобного проекта при его реализации государством. Это связано с тем, что стоимость заемных средств для частного сектора часто оказывается неоправданно высокой, поскольку проекты строительства госпиталя связаны с высоким операционным риском;

2) недостаточная гибкость проектов: очень часто контракты на строительство и эксплуатацию медицинских учреждений по модели государственно-частного партнерства очень подробно прописаны, а любое отступление от условий контракта карается штрафом. Это в ряде случаев приводило к тому, что новое учреждение при его открытии уже был морально устаревшим, поскольку он не соответствовал современным требованиям отрасли здравоохранения страны;

3 сложность в управлении: в ряде случаев пока не решена задача достижения эффективного взаимодействия между различными сторонами, участвующими в работе медицинского учреждения (пациентами, врачами, администрацией, университетами и исследовательскими институтами).

Всестороннее изучение зарубежного опыта, включая трудности в реализации проектов, поможет российской стороне избежать проблемы

**3.3. Разработка основных мероприятий по повышению производительности труда в организациях здравоохранения**

Совокупный фонд оплаты труда бюджетников составляет около одной пятой всего консолидированного бюджета страны. Его увеличение влияет не только на государственные расходы, но и на формирование заработных плат в небюджетном секторе. Одним из важных элементов политики на рынке труда является создание таких механизмов, которые бы поддерживали паритет в оплате за равный труд в разных секторах, в частности бюджетном и небюджетном секторах. И недоплата бюджетников относительно сопоставимых работников небюджетного сектора, и переплата им, чреваты разнообразными проблемами как для рынка труда в целом, так и для благосостояния работников обоих секторов. Поэтому проблема оплаты труда в бюджетном секторе всегда находится в фокусе политики.

Рисунок 3.1. иллюстрирует различия в средних заработных платах и их динамику по выделенным видам деятельности за 2000–2016 гг.

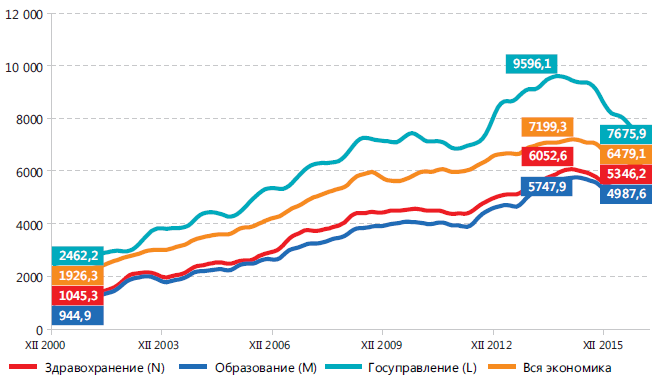


Рисунок 3.1. – Динамика средних заработных плат за 2000-2016 гг по видам деятельности

Данный рисунок показывает «грубые» (безусловные) различия, которые не учитывают профессиональный и демографический состав секторов. В образовании и здравоохранении на протяжении всего периода заработная плата отставала в среднем на 30–40% от всей экономики, в то время как в государственном управлении — превышала на 15–20%. Финансовый кризис 2009 г. привел к сокращению реальной заработной платы в небюджетном секторе, но слабее повлиял на заработные платы работников образования и здравоохранения.

Начиная с 2013 г. (а для государственного управления с 2012 г.), наблюдается существенный рост заработной платы работников бюджетного сектора, который опережал темпы роста заработной платы по экономике в целом.

С середины 2014 г. сложившаяся экономическая обстановка привела к существенному сокращению реальных заработных плат по всей экономике.

Реальные заработные платы работников государственного управления вернулись на уровень 2008 года. Тренды заработных плат работников здравоохранения и образования практически полностью повторяют общеэкономическую картину.

Институты формирования заработной платы в России устроены так, что организации бюджетного сектора устанавливают уровни вознаграждения своим сотрудникам в зависимости от бюджетных ограничений и имеющейся численности, но без привязки к ставкам оплаты на внешнем рынке труда. Это позволяет поддерживать численность занятых, но за счет более низкой оплаты труда. Правительством РФ неоднократно предпринимались различные меры, направленные на сокращение различий в оплате труда работников бюджетного и небюджетного секторов. Среди них — повышения МРОТ, введение новой системы оплаты труда (НСОТ38) работников бюджетного сектора, и, наконец, Указ Президента № 597 (2012 г.)39. Настоящий указ зафиксировал целевые показатели заработных плат для основных профессиональных групп, в том числе и учителей, основанные на соотношениях с региональной средней заработной платой. При этом он не предусматривал целевые показатели оплаты низкоквалифицированного вспомогательного и обслуживающего персонала бюджетного сектора.

Таким образом, основным направлением повышения производительности труда работников здравоохранения является рост уровня трудовой мотивации персонала медицинских учреждений.

Повышению социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников может содействовать реализация следующих мер.

1.Сохранение после 2018 г. уровня оплаты труда врачей не менее 200% от средней зарплаты по экономике региона, среднего медицинского персонала — 100% и обеспечение его строгой увязки с интенсивностью и качеством выполняемой ими работы.

2.Повышение заработной платы врачей общей практики до 250% от средней по экономике региона. Это необходимый инструмент привлечения и закрепления персонала общих врачебных практик.

3. Повышение оплаты труда врачей ведущих клинических и научных центров до уровня 350% от средней зарплаты по экономике региона. Такой уровень оплаты труда необходим для укрепления социального статуса врачей, оказывающих инновационную по своему характеру медицинскую помощь, предотвращения перетока высококвалифицированных специалистов в другие страны, стимулирования роста их профессионального мастерства и ослабления мотивации к получению неформальной оплаты от пациентов.

4. Реализация программы строительства служебного жилья для медицинских работников, в том числе для врачей, фельдшеров и медицинских сестер общей (семейной) практики, а также врачей-специалистов в амбулаторно-по ликлинических учреждениях в сельской местности и малых городах.

5. Реализация информационных и социально-культурных мер, направленных на восстановление доверия пациента к медицинским работникам, уважения к медицинской деятельности[[32]](#footnote-32).

Совершенствование медицинского образования:

1. Изменения в структуре подготовки медицинских кадров для устранения дефицитов в кадровом составе медицинских организаций:

• расширение целевого приема студентов с обязательствами работы по дефицитным специальностям;

• регулирование структуры приема в ординатуру с акцентом на подготовку врачей по специальности «Общая врачебная практика» и других дефицитных специальностей (гематологи, проктологи, ревматологи и др.), в том числе приема на внебюджетные места.

2. Реализация программ обучения управленцев сферы здравоохранения экономике и менеджменту.

3. Создание нормативной и методической базы, обеспечивающей постоянное обновление программ медицинских вузов и учреждений дополнительного образования с целью своевременного и полноценного учета новейших достижений мировой медицинской науки и медицинских технологий.

4. Существенно более широкое привлечение ведущих зарубежных специалистов к обучению и повышению квалификации врачей и организаторов здравоохранения в интересах интенсификации обмена знаниями и навыками. Создание системы независимой аккредитации российских врачей, проводимой с участием, в том числе, зарубежных медиков.

5. Введение экономических механизмов, повышающих заинтересованность ведущих медицинских клиник в предоставлении клинической базы для обучения студентов, включая формирование тарифов в системе ОМС, отражающих реальный вклад медицинских клиник в процесс обучения, предоставление существенных надбавок персоналу, участвующему в этом процессе, бюджетное финансирование расширения образовательных аудиторий и их технического оснащения.

6. Создание новых университетских клиник и организация в них практической стажировки студентов на рабочих местах.

7. Проведение внешней аттестации преподавателей медицинских вузов с участием в том числе зарубежных специалистов.

8. Обеспечение широкого участия преподавателей медицинских вузов в международных образовательных программах.

9. Увеличение срока послевузовской подготовки врачей на 3–5 лет.

Таким образом, приведенные меры направлены главным образом на реализацию направлений антикризисной кадровой политики, разрешение проблем дисбаланса кадрового обеспечения отрасли здравоохранения, а так же увеличении производительности и эффективности труда медицинских работников.

**Заключение**

В современных условиях перед российским здравоохранением поставлена важнейшая задача – повысить доступность и качество медицинской помощи. Основным условием решения данной задачи является наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров.

В российском здравоохранении существует дефицит врачей и среднего медицинского персонала. По данным Минздрава Российской Федерации не хватает 148,2 тысячи врачей при ежегодном их выпуске в 52 тысячи человек. Ежегодное выбытие составляет 22 тысячи врачей, 10 % врачей находятся в предпенсионном и пенсионном возрасте. Дефицит кадров вызван в первую очередь недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов. Именно выпускники медицинских вузов являются одной из наиболее уязвимых категорий. С точки зрения потери медицинских кадров для отрасли выявлено, что 22 % студентов планируют уехать за границу для получения дальнейшего образования, а 11 % – не планируют работать после окончания вуза в медицинских организациях. Всего 21 % врачей в возрасте до 35 лет, а также 17 % выпускников медицинских вузов рассматривают для себя возможность работать в сельских и отдаленных районах. Не хватает более 800 тысяч медсестер. Ежегодно из здравоохранения уходят почти 90 тысяч человек среднего медперсонала (при их дефиците в 280 тысяч), из которых только 15 тысяч выходят на пенсию, а ежегодный их выпуск составляет только 50 тысяч.

Средняя заработная плата врачей в России на 22 % ниже, чем средняя зарплата по стране. В то время как в «новых» странах ЕС врач получает в 1,5–2,5 раза больше средней заработной платы. Неудовлетворенность зарплатой высказывают более 55 % врачей; 80 % врачей уходят из медицины из-за низкой зарплаты. Президентом России поставлена задача – в 2018 г. повысить уровень оплаты труда врачей до 200 % от средней зарплаты в регионе. Однако при этом не уточняется, на сколько ставок будет работать врач.

Учитывая особую остроту проблемы укомплектования медицинскими кадрами государственных и муниципальных медицинских организаций, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 210 от 03.07.2002 г. была утверждена «Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации», которая определила основные проблемы в области управления кадровыми ресурсами в отрасли и наметила основные задачи по ее реализации.

Для решения кадровых проблем в здравоохранении необходимо реформировать систему приема в медицинские вузы и училища, чтобы максимально оградить абитуриентов от ошибки в выборе профессии, предложить комплекс мер, направленных на повышение престижа профессии врача и среднего медицинского работника, а также на его социальную защищенность.

Вопросы кадровой политики, мотивации труда, соотношения численности и структуры врачей и среднего медицинского персонала требуют постоянного мониторинга и глубокого анализа как на федеральном, так и на региональном уровнях.

**Библиографический список**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».
2. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 596 «О долгосрочной государственной экономической политике» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».
3. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».
4. Распоряжение Правительства РФ от 15.04.2013 г. № 614 - р " О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 года".
5. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП (ред. От 28.03.2017) «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».
6. Аварницына, Е. В. Кадровый кризис – глобальная проблема современного здравоохранения [Текст] / Е. В. Аварницына // Вестник Ассоциации медсестер России. 2014. № 4. С. 27–32.
7. Боярский С.Г. Концепция развития российского здравоохранения: проблемы обеспечения кадрами в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2010. – № 2. – С. 54–58.
8. Голубева, М. Л. Медицинский менеджмент: специфика и подходы [Текст] / М. Л. Голубева // Российское предпринимательство. 2011. № 4, Вып. 2 (182). С. 126–129.
9. Горелов, Н. А. Антикризисное управление человеческими ресурсами [Текст] / Н. А. Горелов. – СПб. : Питер, 2013. – 71 с.
10. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнев В.Б. Кадры здравоохранения. Кривое зеркало статистики // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – Т. 13, № 4. – С. 3.
11. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Н. Формирование и развитие корпоративной культуры медицинских организаций // М.: МИР (Модернизация, инновации, развитие) - 2016, № 3( 27) том 7. С.142 - 148.
12. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Организационное проектирование системы управления медицинской организации. Международная научно - практическая конференция Развитие инструментов управления научной деятельностью.18 мая 2017 года г.Уфа: МЦИИ " ОМЕГА САЙНС". Часть 4. С.166 - 170.
13. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Н. Кадровые риски в обеспечении безопасности медицинской деятельности // М.: МИР (Модернизация, инновации, развитие) - 2017, № 1( 29) том 8. С.133 - 138.
14. Зимина Э.В. Системность подготовки управленческих кадров здравоохранения как фактор обеспечения качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 1. – С. 52–57.
15. Каграманян И.Н., Семенова Т.В. Реализация региональных программ кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации // Федеральный справочник " Здравоохранение Российской Федерации".2015. (том 16). С.306 - 312.
16. Клейменова Л.В. Основные кадровые проблемы в сфере здравоохранения города Братска // Проблемы социально-экономического развития Сибири. – 2014. – Т. 15, № 1. – С. 42–44.
17. КомаровЮ. О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации // Медицина. – 2013. – № 3. – С. 1–11.
18. Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонов Ю.В. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения: научное издание. – М.: Международный издательский центр «Этносоциум», 2015. – 96 с.
19. Михайлова, Н. В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 [Текст] / Н. В. Михайлова // Вестник Росздравнадзора. 2012. № 3. С. 19–27.
20. Отставных Д.В. Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2012. – Т. 9, № 4. – C. 5.
21. Савинкина Л.А., Шепелова Т.С. Проблемы дефицита медицинских кадров и пути их решения // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – C. 569.
22. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – C. 2.
23. Таова С.М. Направления развития кадровой политики в российском здравоохранении // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2013. – Т. 87, № 9. – C. 6–9.
24. Титова Е.Я., Коновалова Н.В. О некоторых аспектах управления здоровьем персонала // Проблемы экономики, организации и управления в России и мире: материалы VI Международной научно-практической конференции. – Прага: Изд-во WORDLPRESSsr.o., 2014. – С. 224–225.
25. Титова Е.Я., Сычева А.Е. О некоторых аспектах кадровой политики // Проблемы экономики, организации и управления в России и мире: материалы IX Международной научно-практической конференции. – Прага: Изд-во WORDLPRESSsr.o., 2015. – С. 284–286.
26. Худолеева, О. Б. Медикосоциальная оценка оптимизации ресурсов здравоохранения в условиях реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи населению [Текст] : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Худолеева Ольга Борисовна. Хабаровск, 2013. –177 с.
27. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – C. 143–167.
28. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – C. 24–28.
29. Щепин О.П., Коротких Р.В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23, № 6. – С. 3–6.
30. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

**ПЕРЕЧЕНЬ КОРРЕКТИРУЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ**

|  |  |
| --- | --- |
| Значение | Условия применения |
| - 0,05 | при плотности проживания выше 8 ч. на кв. км. |
| + 0,05 | при плотности проживания выше 8 ч. на кв. км. (за исключением районов Крайнего Севера и приравненных местностей) |
| - 0,05 | при уровне заболеваемости выше 20% значений по региону |
| - 0,05 | при уровне заболеваемости ниже 20% значений по региону |
| + 0,05 | при доле лиц старше трудоспособного возраста выше 30% |
| + 0,05 | для педиатров, у которых доля детей на участке в возрасте до 1 года среди детей до 14 лет и выше 8% |
| - 0,05 | при доле лиц старше трудоспособного возраста ниже 30% |
| - 0,05 | для педиатров, у которых доля детей на участке в возрасте до 1 года среди детей до 14 лет и ниже 8% |

1. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – C. 143–167. [↑](#footnote-ref-1)
2. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Н. Кадровые риски в обеспечении безопасности медицинской деятельности // М.: МИР (Модернизация, инновации, развитие) - 2017, № 1( 29) том 8. С.133 - 138. [↑](#footnote-ref-2)
3. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнев В.Б. Кадры здравоохранения. Кривое зеркало статистики // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – Т. 13, № 4. – С. 3. [↑](#footnote-ref-3)
4. Голубева, М. Л. Медицинский менеджмент: специфика и подходы [Текст] / М. Л. Голубева // Российское предпринимательство. 2011. № 4, Вып. 2 (182). С. 126–129. [↑](#footnote-ref-4)
5. Аварницына, Е. В. Кадровый кризис – глобальная проблема современного здравоохранения [Текст] / Е. В. Аварницына // Вестник Ассоциации медсестер России. 2014. № 4. С. 27–32. [↑](#footnote-ref-5)
6. Горелов, Н. А. Антикризисное управление человеческими ресурсами [Текст] / Н. А. Горелов. – СПб. : Питер, 2013. – 71 с. [↑](#footnote-ref-6)
7. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Н. Формирование и развитие корпоративной культуры медицинских организаций // М.: МИР (Модернизация, инновации, развитие) - 2016, № 3( 27) том 7. С.142 - 148. [↑](#footnote-ref-7)
8. Комаров Ю. О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации // Медицина. – 2013. – № 3. – С. 1–11. [↑](#footnote-ref-8)
9. Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонов Ю.В. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения: научное издание. – М.: Международный издательский центр «Этносоциум», 2015. – 96 с. [↑](#footnote-ref-9)
10. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – C. 2. [↑](#footnote-ref-10)
11. Таова С.М. Направления развития кадровой политики в российском здравоохранении // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2013. – Т. 87, № 9. – C. 6–9. [↑](#footnote-ref-11)
12. Титова Е.Я., Сычева А.Е. О некоторых аспектах кадровой политики // Проблемы экономики, организации и управления в России и мире: материалы IX Международной научно-практической конференции. – Прага: Изд-во WORDLPRESSsr.o., 2015. – С. 284–286. [↑](#footnote-ref-12)
13. Щепин О.П., Коротких Р.В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23, № 6. – С. 3–6. [↑](#footnote-ref-13)
14. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-14)
15. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-15)
16. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-16)
17. Тот же [↑](#footnote-ref-17)
18. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-18)
19. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-19)
20. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-20)
21. Тот же [↑](#footnote-ref-21)
22. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-22)
23. Тот же [↑](#footnote-ref-23)
24. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-24)
25. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-25)
26. Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы. – Режим доступа: http://mosgorzdrav.ru [↑](#footnote-ref-26)
27. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – C. 24–28. [↑](#footnote-ref-27)
28. Худолеева, О. Б. Медико-социальная оценка оптимизации ресурсов здравоохранения в условиях реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи населению [Текст] : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Худолеева Ольга Борисовна. Хабаровск, 2013. –177 с. [↑](#footnote-ref-28)
29. Отставных Д.В. Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2012. – Т. 9, № 4. – C. 5. [↑](#footnote-ref-29)
30. Каграманян И.Н., Семенова Т.В. Реализация региональных программ кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации // Федеральный справочник " Здравоохранение Российской Федерации".2015. (том 16). С.306 - 312. [↑](#footnote-ref-30)
31. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Организационное проектирование системы управления медицинской организации. Международная научно - практическая конференция Развитие инструментов управления научной деятельностью.18 мая 2017 года г.Уфа: МЦИИ " ОМЕГА САЙНС". Часть 4. С.166 - 170. [↑](#footnote-ref-31)
32. Боярский С.Г. Концепция развития российского здравоохранения: проблемы обеспечения кадрами в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2010. – № 2. – С. 54–58. [↑](#footnote-ref-32)