

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

Дощанникова Ольга Александровна

**КОМПЛЕКС ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО  
ОБЕСПЕЧЕНИЮ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ  
КАДРАМИ**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

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

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент

Поздеева Татьяна Васильевна

г. Нижний Новгород, 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список условных сокращений.....	5
<b>Введение</b> .....	6
<b>Глава I. Актуальные проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций, расположенных в сельской местности (обзор литературных источников и нормативно-правовой базы)</b> .....	15
1.1. Современные проблемы обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций, расположенных в сельских и отдаленных территориях.....	15
1.2. Особенности половозрастных характеристик врачебного персонала медицинских организаций сельской местности.....	21
1.3. Особенности обеспеченности врачебными кадрами сельского населения и медицинских организаций сельской местности (на примере Нижегородской области). ....	23
1.4. Особенности нормативно-правового регулирования процесса привлечения молодых специалистов в медицинские организации сельской местности.....	28
1.5. Современные проблемы мотивации, привлечения и закрепления молодых специалистов в медицинских организациях, расположенных в сельских и отдаленных районах.....	38
1.6. Характеристика мероприятий социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения Нижегородской области .....	42
1.7. Перспективы реформирования процессов кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности .....	51
<b>Глава II. Материалы и методы исследования</b> .....	59
2.1. Характеристика базы исследования.....	59
2.2. Этапы, методы и дизайн исследования.....	63

<b>Глава III. Оценка условий формирования кадрового потенциала для медицинских организаций сельских и отдаленных территорий.....</b>	<b>71</b>
3.1. Анализ эффективности целевого приема и целевого обучения на примере ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России.....	71
3.2. Сравнительный анализ мероприятий социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения, реализуемых на территории Нижегородской области с 2006 по 2019 годы.....	78
<b>Глава IV. Социально-демографические и мотивационно-характерологические особенности молодых специалистов сельского здравоохранения.....</b>	<b>88</b>
4.1. Готовность выпускников медицинского ВУЗа к трудоустройству в медицинские организации сельской местности .....	88
4.2. Анализ отношения потенциальных специалистов здравоохранения к работе в условиях сельской местности.....	91
4.3. Половозрастная, социальная и профессионально-мотивационная характеристика молодого специалиста сельского здравоохранения.....	99
4.4. Сравнительный анализ факторов, влияющих на трудовую миграцию, по мнению молодых специалистов сельского здравоохранения.....	108
<b>Глава V. Комплекс мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами .....</b>	<b>115</b>
5.1. Совершенствование механизмов профориентационной работы с потенциальными абитуриентами.....	118
5.2. Совершенствование механизмов выявления мотивации к трудоустройству в сельскую местность среди студентов медицинского ВУЗа.....	125
5.3. Совершенствование механизмов информирования студентов медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в сельское здравоохранение.....	127
5.4. Совершенствование мероприятий по сопровождению и мониторингу целевого обучения.....	131

5.5. Совершенствование мероприятий по оценке эффективности работы Центра карьеры и профессионального развития медицинского ВУЗа.....	137
5.6. Оценка эффективности комплекса организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами.....	139
Заключение.....	148
Выводы.....	151
Практические рекомендации .....	153
Список литературы.....	155
Приложения .....	187

**СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:**

- АИС – автоматизированная информационная система
- ВАК – Высшая аттестационная комиссия
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ВУЗ – высшее учебное заведение
- ЕГЭ – Единый государственный экзамен
- ЕКВ – единовременная компенсационная выплата
- ЖКХ – жилищно-коммунальное хозяйство
- КЦП – контрольные цифры приема
- МО – медицинская организация
- МОСМ – медицинская организация сельской местности
- ОКВЭД – Общероссийский классификатор видов экономической деятельности
- ООВО – образовательная организация высшего образования
- ПИМУ – Приволжский исследовательский медицинский университет
- ПОТ – профориентационное тестирование
- ПФО – Приволжский федеральный округ
- РФ – Российская Федерация
- СЗ – сельское здравоохранения
- СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счета
- СЭС – социально-экономическое стимулирование
- ФДПО – факультет дополнительного профессионального образования
- ФФОМС - Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- ЦРБ – центральная районная больница

## **ВВЕДЕНИЕ**

Дефицит врачебных кадров является масштабной проблемой системы здравоохранения в России. Анализ литературных данных по проблеме ресурсного обеспечения системы здравоохранения свидетельствует о наличии нерешенных проблем в организации и управлении наиболее ценными ресурсами – медицинскими кадрами (В.И. Стародубов, 2015 г., И.М. Шейман, 2018 г., В.А. Медик, 2018 г., Т.В. Семенова, 2019 г., С.В. Макаров, 2021 г., А.А. Калининская, 2022 г.). Проблема обеспеченности врачебными кадрами наиболее выражена в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, что существенно влияет на качество и доступность квалифицированной врачебной помощи сельскому населению (К.Н. Калашников, 2017 г., А.А. Калининская, 2019 г., Г.Э Улумбекова, 2019 г., М.Г. Москвичева, 2021 г., А.А. Калининская, 2022 г.).

Известно, что территориальные особенности и специфика региональной кадровой политики накладывают колоссальный отпечаток на уровень доступности медицинской помощи сельскому населению (Е.А. Тарасенко, 2016 г., М.Г. Полухина, 2019 г., А.А. Калининская, 2020 г., М.Г. Москвичева, 2021 г.).

В связи с вышеизложенным, на территории Российской Федерации для устранения дефицита врачебных кадров в сельских и отдаленных населенных пунктах на федеральном, региональном и муниципальном уровнях реализуется целый ряд весьма разнообразных, как по составу, так и по направленности инициатив при государственной поддержке. Они нашли свое отражение в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в майских Указах Президента РФ, а также в Государственной Программе развития здравоохранения РФ, которая является базовым документом, отражающим приоритеты и основные направления кадровой политики в сфере здравоохранения. В частности, вопросы «Кадрового обеспечения системы здравоохранения», отраженные в Подпрограмме 7, включают внедрение региональных кадровых программ, направленных на осуществление дифференцированных мероприятий по социально-экономической поддержке медицинских работников.

В Нижегородской области, как и во многих других регионах Российской Федерации, осуществляются различные мероприятия по формированию условий для привлечения и закрепления медицинских кадров в медицинских организациях сельской местности. Так, в 2006 году, Законом Нижегородской области от 3 мая 2006 г. № 38-З положено начало реализации Областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006 - 2020 годы», целью которой стало обеспечение доступных и качественных услуг в сфере здравоохранения на территории Нижегородской области.

В настоящее время решение вопроса дефицита врачебных кадров в медицинских организациях, расположенных в труднодоступных районах, районах с низкой плотностью населения и удаленных сельских территориях, во всех субъектах Российской Федерации осуществляется преимущественно за счет мероприятий по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, более широко известных под названием «Земский доктор». Соответствующие изменения внесены в статью 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и в 2012 году в Российской Федерации было положено начало осуществлению мероприятий по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам сельского здравоохранения.

Проблема восполнения нарастающего кадрового дефицита путем привлечения молодых специалистов в систему сельского здравоохранения в настоящее время является крайне актуальной (Ю.Н. Никулина, 2014 г., И.П. Артюхов, 2017 г., Т.М. Богданова, 2019 г. И.А. Волчегорский, 2020 г., С.В. Макаров, 2021 г.). Выпускники медицинских ВУЗов являются наиболее уязвимой когортой с позиции потери кадров. По данным проведенных опросов, 11% студентов уже в процессе обучения не планируют работать в медицине по окончании ВУЗа, 25% хотели бы работать в частных медицинских организациях,

22% - высказывают намерение продолжить образование за рубежом (Г.М. Гайдаров, 2019 г.). Молодые специалисты не спешат связывать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности по ряду причин, среди которых неудовлетворенность уровнем заработной платы и условиями труда, недостаточный уровень социальной и профессиональной защиты, отсутствие условий для профессионального роста и развития. Вопросы профессиональной самореализации, крайне актуальные для представителей медицинских профессий, становятся серьезной проблемой в условиях труднодоступных и отдаленных населенных пунктов. Молодые специалисты предпочитают оседать в крупных городах, ввиду наличия в них более широкого круга возможностей для профессиональной реализации и личностного роста.

Анализ доступных литературных источников показал наличие повышенного интереса к проблеме кадрового обеспечения населения сельских и отдаленных территорий и поиск путей устранения данной проблемы. Так, Калининская А.А. и соавт. (2015 г.) предлагают решение вопроса привлечения врачей в сельскую местность, путем предоставления льгот медицинским работникам (зарплата, жилье, удобства, поддержание профессиональных и культурных запросов и т.п.), разработки критериев профессиональной подготовки сельских врачей различных категорий, а также формирования механизмов дифференцированной оплаты труда с учетом качества и объемов работы.

Тарасенко Е.А. с соавт. (2016 г.) считают, что управление региональными и муниципальными программами экономического стимулирования и мерами социальной поддержки медицинских работников в сельских и отдаленных районах должно стать самостоятельным направлением кадровой политики в сфере здравоохранения региона.

Никулина Ю.Н. с соавт. (2014 г.) в качестве наиболее эффективного направления решения проблемы дефицита кадров, предлагают предоставление жилья специалистам сельского здравоохранения, компенсацию части стоимости жилья, льготное ипотечное кредитование, субсидии на строительство, создание условий для выкупа жилья по приемлемым расценкам.



Ряд других авторов (Р.С. Гаджиев, 2017 г., Н.М. Сергеева, 2018 г., Н.А. Пульвер, 2019 г., М.Г. Москвичева, 2020 г., И.А. Волчегорский, 2020 г.) предлагают комплекс мотивационных и экономических мероприятий, основанных на внедрении вахтового метода работы, работы по контракту, активное вовлечение врачей в систему непрерывного медицинского образования, организацию системы грантов для руководителей медицинских организаций сельской местности на формирование, поддержку и развитие кадровых ресурсов.

Вышеупомянутые исследования ориентированы исключительно на материальные методы стимулирования работников сферы сельского здравоохранения, не предлагают комплексного подхода к решению вопроса восполнения врачебных кадров в сельской местности, не учитывают роль медицинского ВУЗа, как ключевого звена в решении вопроса трудоустройства врачебных кадров в сельское здравоохранение и не принимают во внимание социально-демографические и профессионально-мотивационные особенности выпускников медицинских образовательных организаций высшего образования в процессе трудоустройства в сельское здравоохранение.

Необходимость совершенствования механизмов привлечения и трудоустройства молодых специалистов в сельское здравоохранение послужило основанием для проведения данной исследовательской работы.

**Цель исследования** – научное обоснование комплекса организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать показатели обеспеченности врачебными кадрами медицинских организаций сельской местности Нижегородской области.
2. Оценить результативность целевой подготовки врачебных кадров для сельского здравоохранения.
3. Сравнить результативность социально-экономических мероприятий, реализуемых на территории Нижегородской области, по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами и выявить наиболее значимые

мотивационные факторы, определяющие готовность выпускников медицинского ВУЗа работать в сельском здравоохранении.

4. Разработать и внедрить комплекс организационных мероприятий по привлечению выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение.

**Научная новизна исследования:**

- получены новые данные по обеспеченности врачебными кадрами медицинских организаций сельской местности Нижегородской области с учетом реализации мероприятий СЭС специалистов сельского здравоохранения;

- дана оценка результативности целевого приема абитуриентов и целевой подготовки обучающихся по договорам о целевом обучении, предусматривающим последующее трудоустройство в медицинские организации сельской местности;

- проведена сравнительная оценка мероприятий СЭС молодых специалистов сельского здравоохранения, реализуемых на территории Нижегородской области;

- выявлены ключевые факторы, влияющие на формирование решения молодого врача работать в сельском здравоохранении на долгосрочную перспективу с учетом возможности участия в программах социально-экономической поддержки;

- систематизированы и обобщены социально-демографические и профессионально-мотивационные характеристики обучающихся медицинского ВУЗа и молодых специалистов сельского здравоохранения, а также дана оценка их отношения к реализации профессиональной деятельности в условиях сельского здравоохранения;

- предложен алгоритм оценки перспективности выпускника медицинского ВУЗа как потенциального специалиста сельского здравоохранения.

- разработан и, в условиях организационного эксперимента, внедрен комплекс мероприятий по привлечению выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение, основанный на совокупности материальных, профессионально-мотивационных и социально-демографических факторов;

- доказаны преимущества использования комплекса организационных мероприятий по сравнению с отдельно взятыми мероприятиями социально-экономического стимулирования молодых специалистов для обеспечения сельского здравоохранения врачебными кадрами.

**Теоретическая и практическая значимость работы** заключается в том, что комплексный подход к процессу привлечения врачебных кадров в сельское здравоохранение позволит повысить привлекательность сельского здравоохранения для обучающихся и выпускников медицинского ВУЗа.

Медицинские организации сельской местности получили действенный механизм персонафицированного отбора высокомотивированных абитуриентов и студентов для целевой подготовки. Реализация программы наставничества в отношении обучающихся способствует формированию профессиональной вовлеченности молодого специалиста в процессе освоения образовательной программы.

Полученные результаты исследования могут быть использованы федеральными и региональными органами исполнительной власти, руководителями образовательных организаций высшего образования, руководителями медицинских организаций сельской местности для принятия управленческих решений в вопросах обеспечения врачебными кадрами.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Низкий уровень обеспеченности врачебными кадрами свидетельствует о необходимости принятия комплекса мер, направленных на привлечение врачебных кадров в медицинские организации сельской местности.
2. Доля медицинских организаций сельской местности, фигурирующих в договорах о целевом обучении в качестве организаций для последующего трудоустройства выпускника, является недостаточной для удовлетворения потребности сельского здравоохранения во врачебных кадрах.
3. Среди мер социально-экономической поддержки молодых специалистов, способствующих повышению укомплектованности врачебными кадрами медицинских организаций и привлекательности работы в сельской местности,

отмечены: обеспечение готовым жильем, возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования, компенсация ЖКХ, детского сада.

4. Внедрение комплекса организационных мероприятий в наибольшей степени способствует привлечению выпускников медицинского вуза в сельское здравоохранение.

#### **Связь работы с научными программами.**

Работа выполнена в рамках реализации научно-исследовательской работы кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России «Разработка и внедрение перспективных организационных, правовых и экономических технологий общественного здоровья и здравоохранения» (протокол № 1 от 29 января 2021 г). Диссертационное исследование прошло экспертизу Комитета по Этике ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (выписка из протокола № 05 от 31.03.2023 г.).

**Степень достоверности результатов исследования.** Для достижения цели исследования были использованы современные методы статистического анализа, сбора и обработки статистических данных. Объем репрезентативной выборки определялся по соответствующим формулам, необходимым для обеспечения достоверности объема выборок. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке методами параметрической и непараметрической статистики, с использованием электронных таблиц MS Office Excel 2017, пакета статистических программ Statistica 6.1.

**Апробация результатов исследования** состоялась на заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного профессионального образования и на заседании проблемной комиссии «Социально-гигиенические, экологические и экономические проблемы охраны и укрепления здоровья населения» ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные аспекты качества и безопасности медицинской деятельности» (Нижний Новгород, 2017,

2018); Всероссийской научно-практической конференции «Социальная роль врача в Российском обществе» (Нижний Новгород, 2018); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные аспекты качества и безопасности медицинской деятельности» (Нижний Новгород, 2019); XI Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2020» (Москва, 2020). XII Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2021» (Москва, 2021).

#### **Личный вклад автора.**

Автор самостоятельно подготовил обзор литературных источников по заявленной теме (100%), разработал дизайн исследования (97%), сформулировал положения, выносимые на защиту (98%), определил методологию исследования (98%). Самостоятельно разработал анкету для проведения медико-социологического исследования (100%) и провел социологический опрос респондентов (99%), осуществил сбор и статистическую обработку первичного материала (100%), разработал (99%) и апробировал (80%) комплекс организационных мероприятий.

#### **Публикации по материалам исследования.**

По результатам диссертационного исследования опубликована 21 научная работа, в том числе 7 статей, включенных в перечень рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве высшего образования и науки Российской Федерации, из них 1 - в журналах, входящих в международные реферативные базы Scopus и Web of Science.

**Объем и структура диссертации:** диссертация состоит из введения, обзора литературы, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложений. Изложена на 196 страницах, иллюстрирована 35 рисунками, содержит 26 таблиц, 1 схему. В работе использовано 217 библиографических источников, из них – 94 отечественных и 123 зарубежных авторов.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Научные положения диссертационного исследования соответствуют специальности 3.2.3 - Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

## **Глава I. Актуальные проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций, расположенных в сельской местности (обзор литературных источников и нормативно-правовой базы).**

### **1.1. Современные проблемы обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций, расположенных в сельских и отдаленных территориях**

Качество и доступность медицинской помощи населению во многом определяются состоянием кадровых ресурсов отрасли [3, 18, 40, 68, 73]. Кадры - единственный вид ресурсов, который со временем не только не теряет исходной стоимости, а приобретает более высокую ценность за счет накопления профессиональных навыков и знаний [45, 58, 68, 104, 137].

Социально-экономические проблемы в обществе привели к снижению ресурсного обеспечения сельского здравоохранения, способствовали формированию кадрового дефицита, ослабили лечебно-диагностическую базу, материально-техническую оснащенность медицинских организаций, спровоцировали отток кадров из сельского здравоохранения [4, 11, 27, 28, 32, 48, 80, 82, 101, 115, 132, 136]. В этой связи решению вопросов в кадровой политике в последние годы уделяется большое внимание организаторов здравоохранения [12, 29, 54, 103, 117, 134, 135].

Общеизвестно, что основная доля врачебных кадров концентрируется в крупных городах, а сельская местность продолжает испытывать дефицит врачебной помощи, ввиду низкой привлекательности данной территории для специалистов здравоохранения [26, 71, 114, 125]. Постоянная естественная убыль сельского населения, наблюдаемая с конца 90-х, усиление миграционного оттока коренных сельских жителей привело к депопуляции деревень и, как следствие, урбанизации сельского населения и росту безработицы среди сельских жителей [72, 83, 85, 91, 97, 100]. Ограничение доступа к объектам социальной инфраструктуры, отсутствие дорог и транспортного сообщения, низкий уровень обеспеченности жилищно-коммунальной инфраструктурой, высокие цены на продукты питания, наряду с необходимостью ведения собственного хозяйства, в

совокупности снижают востребованность сельских территорий среди молодежи [74, 75, 96, 121].

Согласно мнения ряда авторов, основные проблемы сельского здравоохранения также кроются в формирующемся дисбалансе распределения кадровых ресурсов между федеральными округами и отдельными их субъектами, между городской и сельской местностью (в среднем по России обеспеченность врачами городского населения выше обеспеченности сельского населения в 4,4 раза), между врачебным и сестринским персоналом медицинских организаций сельской местности, между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном [31, 47, 84, 109].

Анализ доступных литературных источников, позволил выявить проблемы укомплектованности медицинских организаций сельской местности врачами узких специальностей, постарения врачебных кадров и мотивации молодых специалистов к работе в сельской местности [19, 20, 34, 94, 127].

Для решения вопроса кадрового обеспечения медицинских организаций, расположенных в сельских, труднодоступных и малонаселенных районах Российской Федерации, на федеральном, региональном и муниципальном уровнях разрабатываются и реализуются различные мероприятия, направленные на привлечение и удержание медицинских и фармацевтических работников сельской местности, создание для них благоприятных социально-экономических условий [14, 36, 37, 41, 42, 49, 50, 51, 61, 92, 122, 123, 124].

Молодые врачи не спешат связывать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности по ряду причин, среди которых неудовлетворенность уровнем заработной платы и условиями труда, недостаточный уровень социальной и профессиональной защиты, отсутствие условий для профессионального роста и развития [15, 16, 103, 106]. Вопросы профессиональной самореализации, крайне актуальные для представителей медицинских профессий, по мнению многих авторов, становятся серьезной проблемой в условиях труднодоступных и отдаленных населенных пунктов. Молодые специалисты предпочитают оседать в крупных городах, ввиду наличия



в них более широкого круга возможностей для реализации профессиональной деятельности и личностного роста [52, 62, 106, 138].

Проблемы доступности медицинской помощи для сельских жителей, обусловлены целым рядом факторов, среди которых, большая территориальная протяженность, транспортные проблемы, низкая плотность населения, плохо развитые коммуникации и связь в совокупности с недостаточным, по сравнению с городом, социально-экономическим уровнем сельской жизни [7, 55, 64, 66, 106, 108].

По данным Росстата на 1 января 2019 года в Российской Федерации, доля сельского населения составила 25,2% от общей численности населения. Более половины (54%) сельских населенных пунктов составляют малонаселенные деревни, в которых проживают не более 100 человек. На фоне депопуляции сельского населения нарастает доля лиц пожилого и старческого возраста. Низкий уровень санитарной культуры, благосостояния, поздняя обращаемость за медицинской помощью приводят к увеличению доли хронических заболеваний, инвалидизации и преждевременной смертности населения [7, 46, 57, 63, 121, 126, 142, 151].

Проблема совершенствования медицинской помощи сельским жителям достаточно остро стоит во всем мире [140, 152, 154, 170, 176, 190, 197, 199, 203, 210, 211, 212, 216, 235]. Например, в США за период с 1990 г. по 2000 г. было закрыто 228 сельских больниц, отмечается стойкий дефицит врачебных кадров в сельской местности (6,8 на 10 тыс. сельского населения), сельские пациенты вынуждены ждать помощи в три раза дольше, чем городские жители [144, 147, 148, 155, 166, 172, 206]. В Канаде пациентам приходится преодолевать десятки километров, чтобы получить медицинскую помощь, снижаются объемы сестринской помощи на дому [143]. В странах Европы, ввиду густонаселенности, понятие о сельском здравоохранении несколько размыто, однако, в ряде стран имеют место проблемы организационно-административного характера [146, 149, 161, 193]. Более серьезная ситуация на Африканском континенте. К примеру, в Замбии в городах врачей в 20 раз больше, чем в сельской местности; в Малави

87% населения живет в сельской местности, а 96,6% врачей работает в городских медицинских организациях, проблемы с кадровым обеспечением больниц сельских и удаленных территорий испытывают Гана, Уганда, Эфиопия, Руанда, ЮАР [150, 163, 167, 169, 171, 174, 226, 233]. В странах Азиатско-Тихоокеанского региона также большое внимание оказывается недостаточному уровню обеспечения медицинской помощью для сельского населения [186, 189, 191, 192, 232, 234].

В настоящее время Россия входит в пятерку стран, по данным Всемирной организации здравоохранения, с наибольшим количеством врачей на душу населения и превосходит такие экономически развитые страны, как США, Германия, Китай, Великобритания, Япония (рис 1.1).

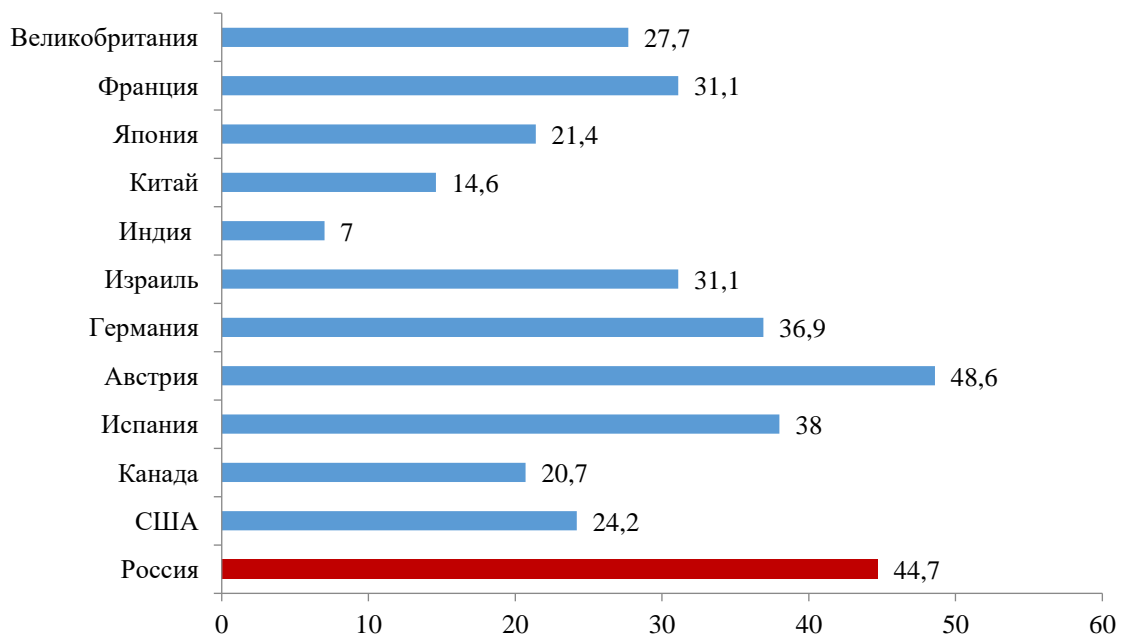


Рисунок 1.1 - Показатель обеспеченности врачевными кадрами населения иностранных государств и РФ (на 10 тыс. населения, по данным Росстата).

Вместе с тем, согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре субъектов РФ показатель обеспеченности врачевными кадрами сильно варьируется (Рис.1.2). Так, в 2015 году вариабельность данного показателя между максимальным (54,5 на 10 тыс. населения в СЗФО) и минимальным значением (39,5 на 10 тыс. населения в СКФО) составляет 1,3 раза.

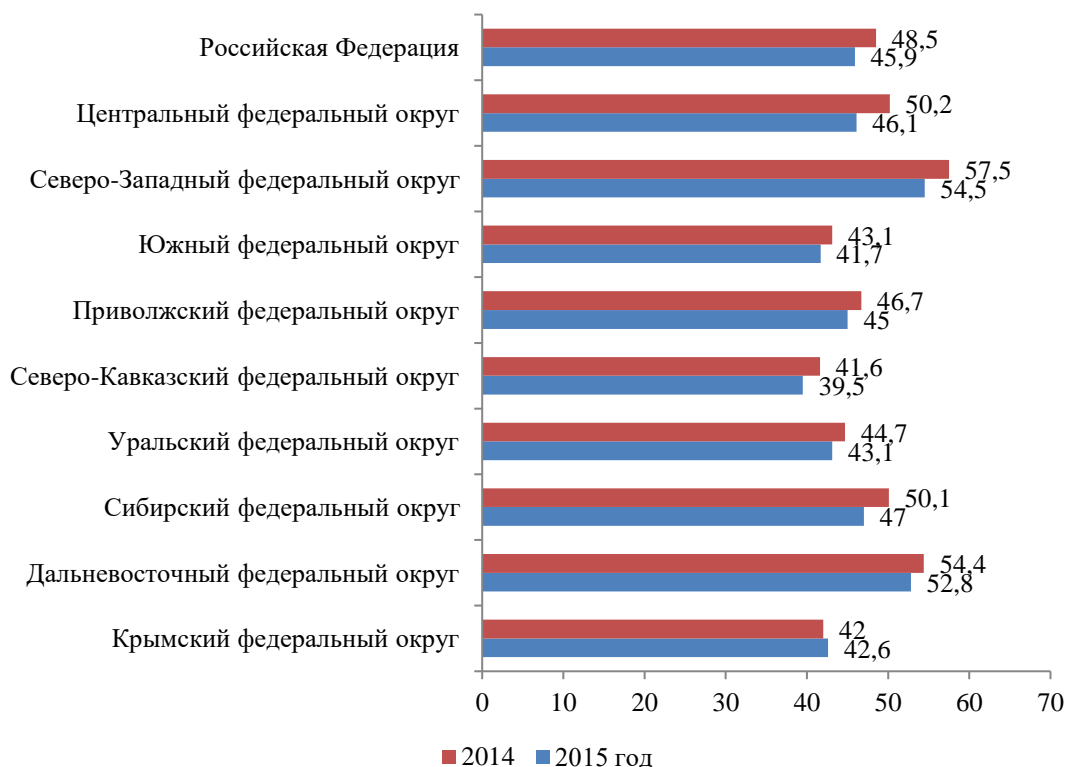


Рисунок 1.2 - Динамика обеспеченности врачами населения Российской Федерации (на 10 тыс. человек населения, по данным Росстата)

При сравнительном анализе показателя обеспеченности врачевными кадрами населения в Российской Федерации в разрезе федеральных округов за 2014 – 2015 гг. прослеживается повсеместная тенденция к снижению обеспеченности с 48,5 до 45,9 на 10 тыс. человек населения в целом по стране (рис. 1.2). Максимальный уровень обеспеченности населения врачами зарегистрирован в Северо-Западном федеральном округе в 2014 году (57,5 на 10 тыс. человек населения). Минимальный уровень по итогам 2014 года установлен в Северо-Кавказском федеральном округе - 41,6 на 10 тыс. человек населения. В 2015 году по всем субъектам Российской Федерации, отмечено снижение показателя обеспеченности врачевными кадрами, в среднем на 2,6 врачей на 10 тыс. населения. Лишь в Крымском федеральном округе отмечен рост обеспеченности врачами на 0,6 на 10 тыс. населения, по сравнению с 2014 годом [45].

При этом, несмотря на все же высокий уровень обеспеченности врачевными кадрами населения Российской Федерации в целом, по сравнению с другими

странами, проблема укомплектованности, привлечения врачей в сельскую местность продолжает оставаться актуальной для всех регионов и служит предпосылками для проведения многочисленных научных исследований [134].

В настоящее время в Российской Федерации доля врачей, работающих в медицинских организациях сельской местности, составляет 8,1% от общего числа врачей, занятых в системе здравоохранения в целом (рис 1.3).

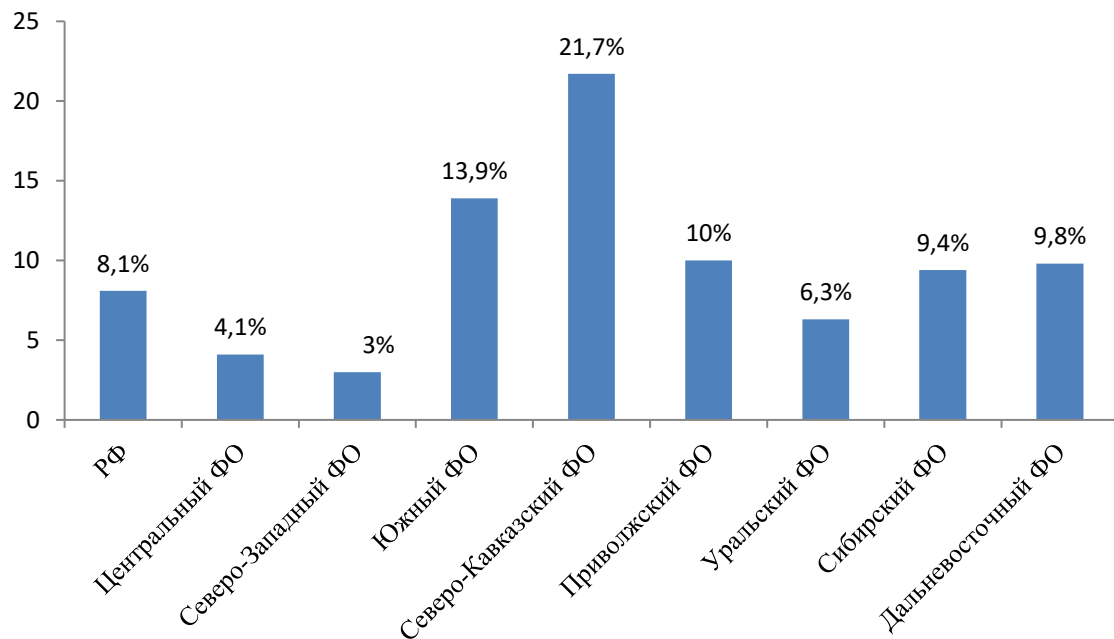


Рисунок 1.3 - Удельный вес врачей, работающих в медицинских организациях сельской местности (%)

Наибольшее количество сельских врачей зафиксировано в Северо-Кавказском федеральном округе (21,7%), наименьшее – в Северо-Западном (3%) и Центральном (4,1%) федеральных округах. Разброс в 18,7% связан с территориальными особенностями и преимущественным расположением крупных городов в европейской части России [45].

## 1.2. Особенности половозрастных характеристик врачебного персонала медицинских организаций сельской местности

Важную роль в решении кадровых вопросов в первую очередь рекомендуется уделять возрастной структуре врачебного персонала. Формирование трудовых коллективов медицинских организаций, исходя из Концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, необходимо реализовывать с учетом не только профессиональных, но и социальных характеристик сотрудников. Большинство специалистов, в области кадрового менеджмента, считают целесообразным и полезным наличие врачей всех возрастов в структуре организации, т.к. каждая группа имеет определенное значение для трудового коллектива. Однако, несмотря на это, в российском здравоохранении в последние годы отмечается стойкая тенденция к постарению врачебных кадров, что является значимой проблемой для нормального функционирования медицинских организаций (рис. 1.4).

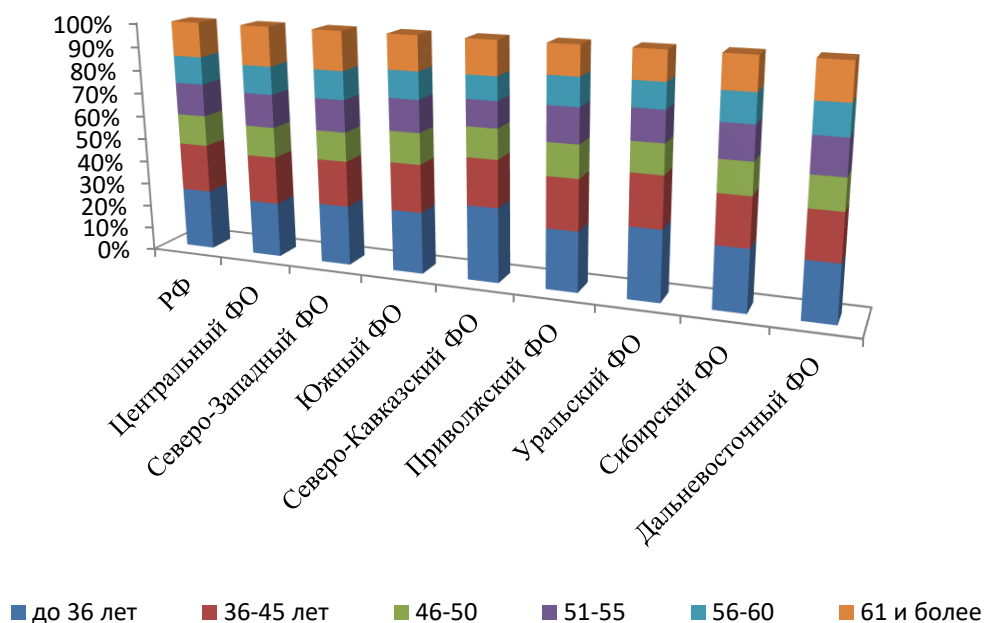


Рисунок 1.4 - Удельный вес возрастных категорий врачей по Федеральным округам (%)

Наибольшая доля молодых врачей (до 36 лет) работает в Северо-Кавказском федеральном округе (31,8%), а Центральном федеральном округе - наибольший процент врачей пенсионного возраста (16,8%). Доля врачей старше 50 лет в

России – 40,7%. Безусловно, это специалисты с большим опытом работы, но их отличает инертность при проведении инноваций, трудности в адаптации к современным требованиям. Недостаточный приток молодых специалистов препятствует формированию кадрового потенциала медицинских организаций, что впоследствии может приводить к ограничению доступности медицинской помощи сельскому населению. Превалирование врачей старших возрастных групп чревато, в скором времени, резким усугублением кадрового дефицита и, следовательно, без определенного «омоложения» отрасли ее дальнейшее функционирование в современных условиях будет все более и более затруднительным [5, 10, 38, 44, 45].

Большое значение в формировании кадровой политики придается учету гендерных особенностей, ввиду их влияния на приоритет мотивирующих факторов при планировании карьеры и факторов удовлетворенности трудовым процессом [13, 69, 130, 131]. В нашей стране с середины XX века работа врача является чаще женской прерогативой. Согласно результатам исследований, выраженная половая диспропорция в пользу женщин наблюдается практически во всех сферах медицинской деятельности.

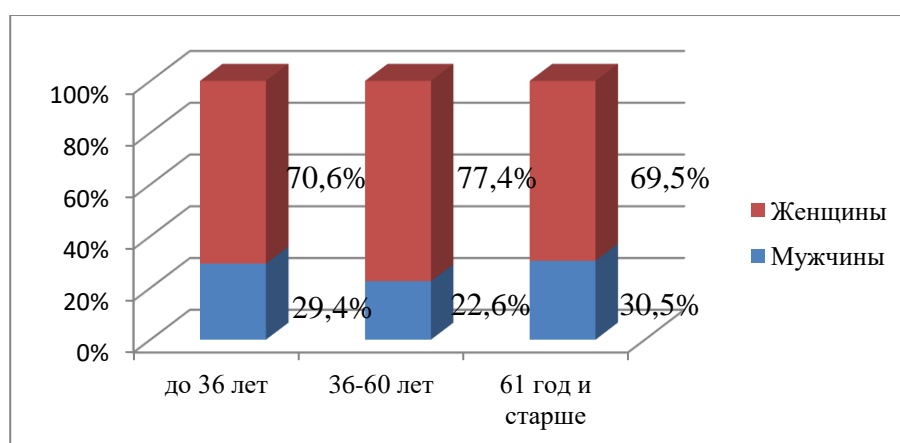


Рисунок 1.5 - Половозрастная структура врачей в Российской Федерации (%)

Во всех возрастных группах российских врачей отмечается значительное преобладание женщин, особенно заметное в группе от 36 до 60 лет (77,4% против 22,6%), а данная возрастная группа является наиболее опытной и стабильной в профессиональном плане (рис. 1.5).

Организация трудового процесса в преимущественно женском коллективе предусматривает ряд особенностей. Сюда относятся: ограничение допуска к работам с вредными условиями труда, режим сокращенного рабочего времени, предоставление гарантий и льгот в связи с беременностью, родами и уходом за детьми. Данный факт необходимо учитывать при формировании трудовых коллективов, однако, в настоящее время существенно повлиять на гендерную структуру врачебных кадров практически невозможно.

### 1.3. Особенности обеспеченности врачебными кадрами сельского населения и медицинских организаций сельской местности (на примере Нижегородской области)

На региональном уровне также прослеживается проблема обеспеченности сельского населения врачебными кадрами, по сравнению с аналогичными показателями субъектового и федерального уровней (рис. 1.6).

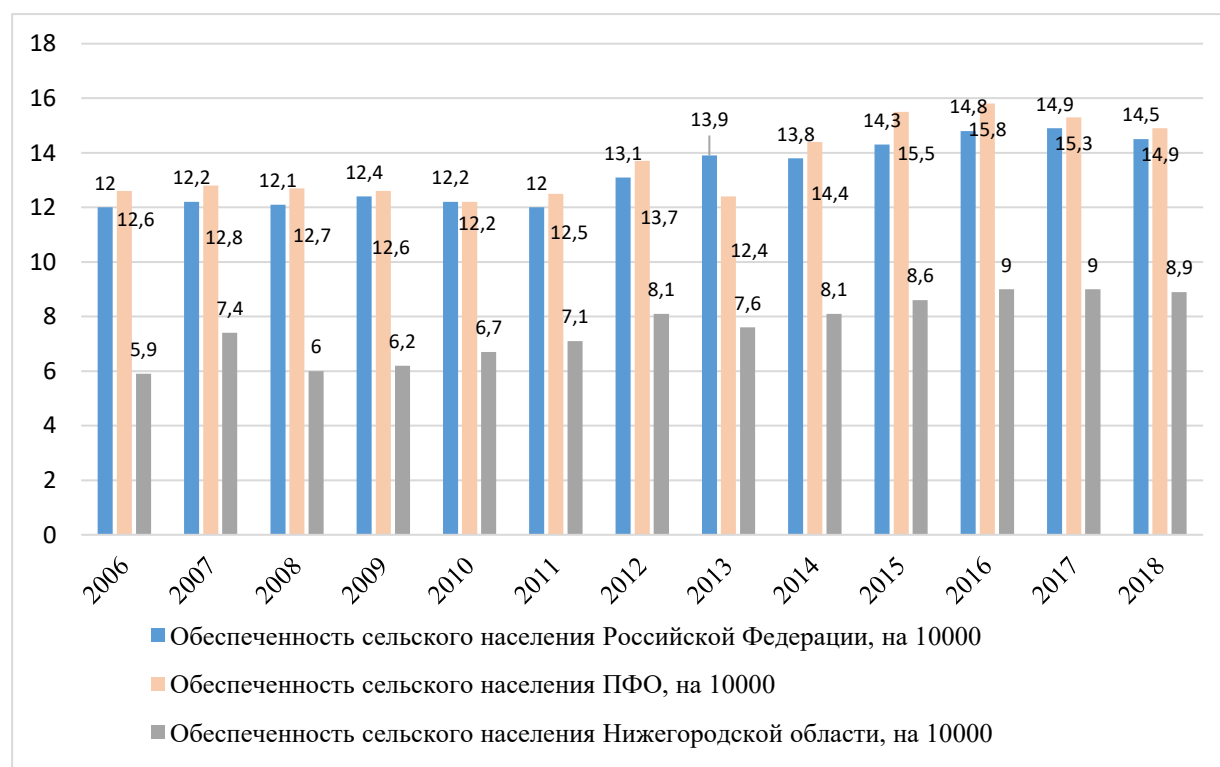


Рисунок 1.6 - Динамика обеспеченности сельского населения Российской Федерации врачебными кадрами 2005-2018 гг. (на 10 тыс. сельского населения)

Так, в Нижегородской области показатель обеспеченности врачевными кадрами населения сельской местности варьируется от 5,9 в 2006 году до 8,9 на 10 тыс. населения в 2018 году, и составляет в среднем 7,5 на 10 тыс. населения, что в 1,8 раза ниже данного показателя по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации [110, 111, 112, 113].

Укомплектованность врачевными кадрами медицинских организаций, расположенных в сельской местности Нижегородской области, была проанализирована с учетом динамики числа штатных врачевных ставок, занятых врачевных ставок и количества физических лиц врачевных кадров (рис. 1.7).



Рисунок 1.7 - Динамика укомплектованности врачевными кадрами медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области (абс.)

Исходя из представленных данных, очевидный дефицит врачевных кадров в медицинских организациях сельской местности в Нижегородской области сохраняется на протяжении всего исследуемого периода: число врачевных должностей, согласно штатного расписания составляет в среднем  $5522,4 \pm 339$ , число занятых врачевных должностей составляет в среднем  $4807,6 \pm 286$ , число физических лиц врачевных кадров, занятых в сельском здравоохранении Нижегородской области составляет в среднем  $3156,6 \pm 217$ .



В рамках проводимого исследования был проанализирован показатель укомплектованности медицинских организаций сельской местности Нижегородской области врачебными должностями (рис. 1.8).

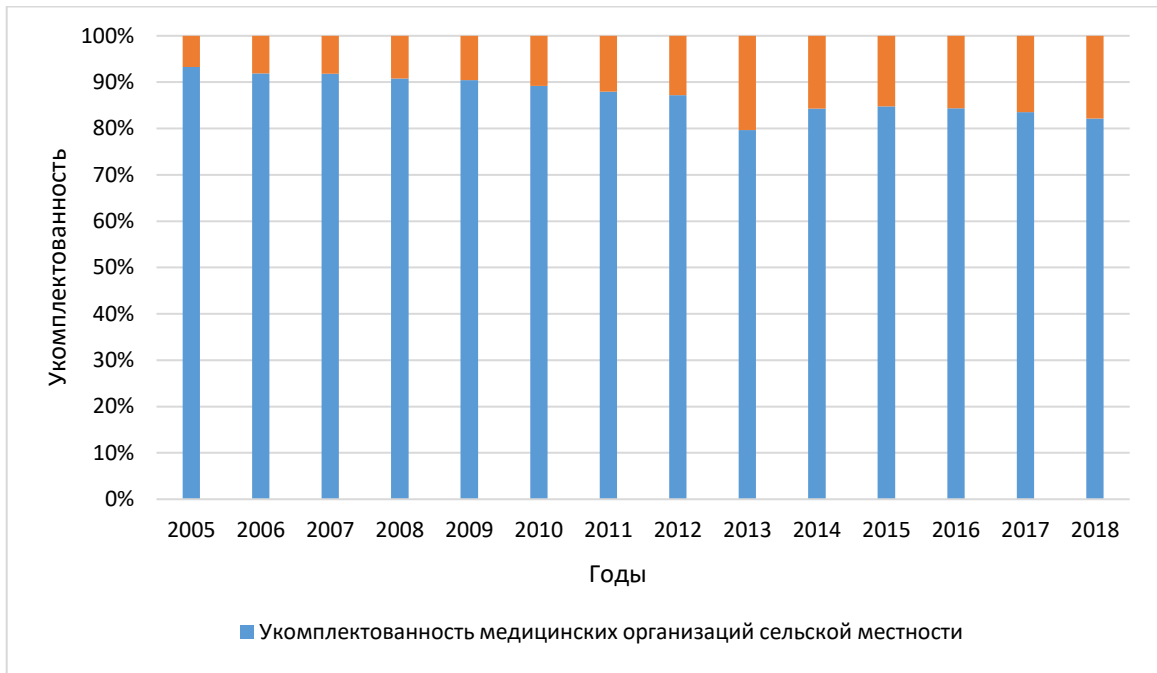


Рисунок 1.8 - Укомплектованность медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области (%)

Укомплектованность медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области в течение исследуемого периода варьировался в диапазоне от  $82,15 \pm 0,06\%$  до  $93,25 \pm 0,03\%$  и составил в среднем  $87,24 \pm 0,04\%$ , в частности с 2005 по 2012 годы данный показатель в среднем составлял  $90,32 \pm 0,03\%$ , а в течение периода с 2013 по 2018 годы снизился и составил в среднем –  $83,13 \pm 0,04\%$ .

Уровень укомплектованности физическими лицами врачебных кадров медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области был оценен в рамках всего анализируемого периода с 2005 по 2018 годы и представлен, как отношение числа физических лиц врачебных кадров и штатной численности врачебных должностей (рис. 1.9).

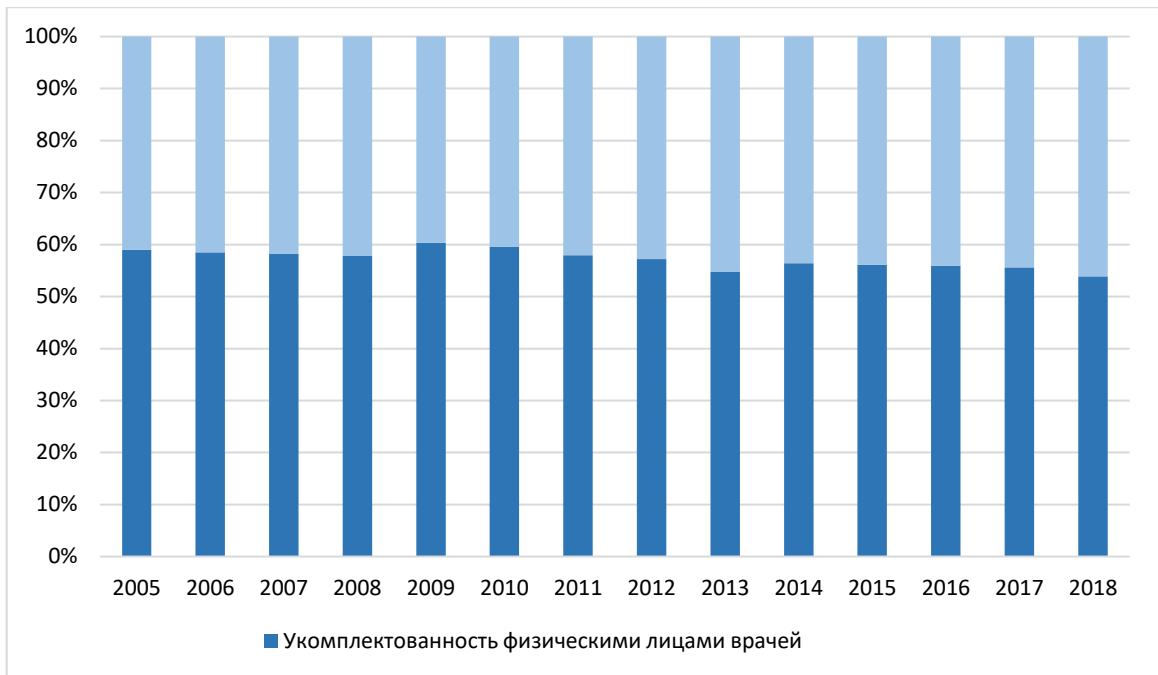


Рисунок 1.9 – Укомплектованность физическими лицами врачей медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области (%)

Уровень укомплектованности физическими лицами врачей медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области в течение всего анализируемого периода сохраняется в диапазоне от 55% до 60% и в среднем составляет  $57,3 \pm 0,04\%$ : с 2005 по 2012 годы показатель укомплектованности физическими лицами врачей составлял  $58,6 \pm 0,03\%$ , с 2013 по 2018 годы снизился до  $55,5 \pm 0,04\%$ .

Коэффициент совместительства в медицинских организациях сельской местности Нижегородской области оценен в динамике с 2005 по 2018 годы (рис.1.10). Динамика коэффициента совместительства врачей в медицинских организациях сельской местности Нижегородской области имеет волнообразное течение и варьируется от 1,45 до 1,58 в разные годы. Максимально высокие значения коэффициента совместительства имеет с 2005 по 2008 годы (среднее значение  $1,57 \pm 0,007$ ), максимально низкие зарегистрированные значения коэффициента совместительства зарегистрированы с 2009 по 2013 годы (среднее значение  $1,49 \pm 0,008$ ), начиная с 2014 года вновь наблюдается рост коэффициента совместительства, в среднем составляющего  $1,51 \pm 0,007$ .

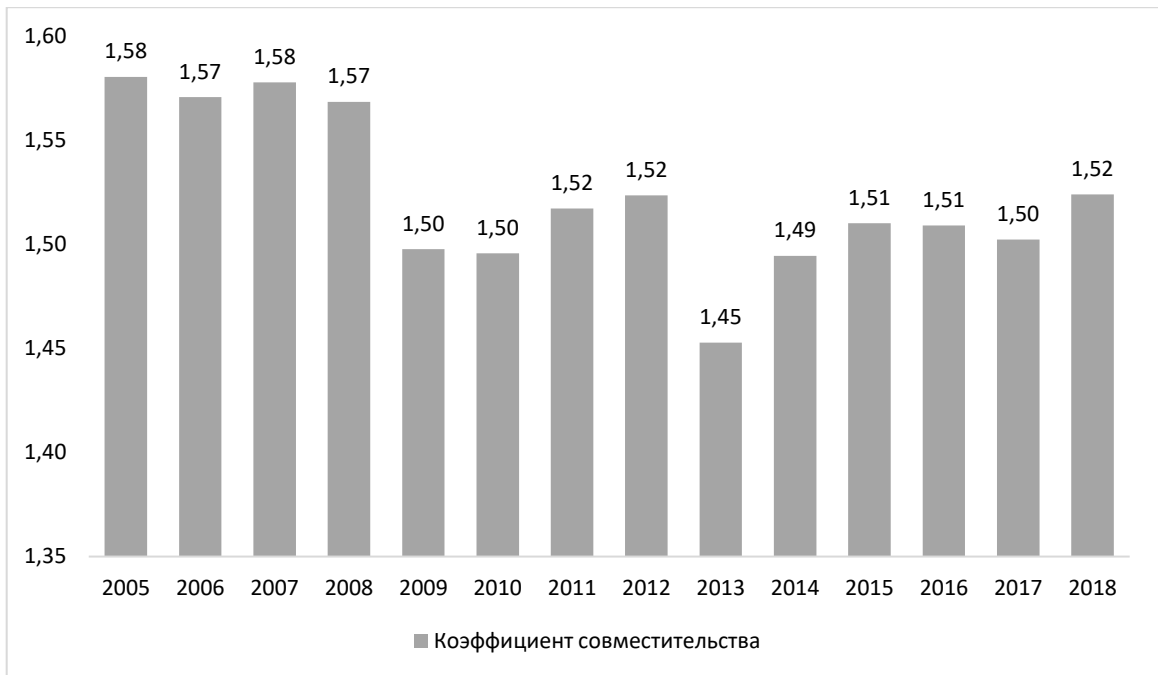


Рисунок 1.10 – Динамика коэффициента совместительства врачей в медицинских организациях сельской местности в Нижегородской области (абс.)

В целом, в течение анализируемого периода, с 2011 по 2018 гг., в медицинских организациях сельской местности Нижегородской области наблюдается снижение показателя укомплектованности МОСМ врачебными кадрами с  $93,25 \pm 0,02\%$  до  $82,15 \pm 0,03\%$ , показателя укомплектованности физическими лицами врачей с  $58,9 \pm 0,03\%$  до  $53,9 \pm 0,04\%$ , высоким коэффициентом совместительства, равным  $1,52 \pm 0,007$ .

Следует отметить, что показатель укомплектованности физическими лицами врачей в течение периода с 2005 по 2012 годы, превышающий последующий период - с 2013 по 2018 годы, совпадает с периодом реализации региональных мероприятий социально-экономической поддержки сельских врачей по обеспечению готовым жильем и автомобилем, в частности – ОЦП «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения Нижегородской области», что позволило обеспечить приток врачебных кадров с 2005 по 2012 годы и продемонстрировать высокий показатель укомплектованности физическими лицами врачей в медицинских организациях сельской местности Нижегородской области, составивший в среднем  $58,6 \pm 0,05\%$ , и снижение данного показателя с

2013 г. по 2018 г., составившего в среднем  $55,5 \pm 0,06\%$ , равно как и динамика показателя укомплектованности МОСМ с 2005 по 2012 годы составила  $90,32 \pm 0,04\%$ , а с 2013 по 2018 годы выявлено снижение данного показателя, составившего в среднем  $83,13 \pm 0,04\%$ .

#### **1.4. Особенности нормативно-правового регулирования процесса привлечения молодых специалистов в медицинские организации сельской местности**

Ведущей задачей здравоохранения является охрана здоровья граждан и выполнение ее невозможно без государственного регулирования кадрового обеспечения медицинских организаций [44, 59, 79, 88].

Проблема комплектования сельского здравоохранения врачебными кадрами в нашем государстве в той или иной степени существовала всегда, однако до 1993 года она в значительной степени решалась благодаря т.н. «распределению», т.е. принудительному направлению на работу в государственные медицинские организации, испытывающие кадровый дефицит. Политика государства в вопросах принудительного труда уходит своими корнями в 1917 год, когда формирование советского трудового права было сопряжено с проблемами регулирования производительности труда и, как следствие, разработкой нормативной базы для формирования трудовых отношений, а именно, установлением всеобщей обязанности трудиться [138].

В период новой экономической политики трудовая повинность была отменена, советское государство понимало необходимость развития рыночных отношений. В 1922 году был принят новый Кодекс законов о труде, определивший переход государства от трудовой повинности к методу свободного найма рабочей силы, урегулировав процесс добровольного привлечения специалистов способом заключения трудового договора между работником и работодателем. Усиление политического режима в последующие годы, повлекло за собой интенсификацию труда, укрепление производственной дисциплины и

формирование уголовной ответственности за уклонение от исполнения трудовой деятельности, выполняемой в порядке трудовой мобилизации [138].

Несмотря на предпринимаемые меры по усилению трудовой мобилизации, государство продолжало испытывать острый дефицит специалистов в различных сферах деятельности, в том числе в здравоохранении. Исходя из сложившейся ситуации, ЦИК СССР и СНК СССР в 1933 издает Постановление «Об улучшении использования молодых специалистов», которое обязывало молодых специалистов, обучавшихся за счет государства, отработать в течение пяти лет «в определенных пунктах», в рамках полученной специальности. По мнению многих авторов, система распределения позволяла решать кадровые проблемы в сфере здравоохранения, укрепляя кадровый состав сельских медицинских организаций. Она же давала возможность закрепления медицинских кадров на селе, обеспечивая данную категорию специалистов жильем и создавая благоприятные материальные условия [138].

Система принудительного распределения молодых специалистов действовала на протяжении нескольких десятилетий и, ввиду роста потребности населения в медицинской помощи, постоянно совершенствовалась [94]. Особое внимание было уделено состоянию здоровья населения индустриальных районов страны и, как следствие, расширению и ресурсному оснащению сельских медицинских организаций. Так, в период борьбы за восстановление и коллективизацию сельского хозяйства издаются постановления Совнаркома РСФСР «Об обеспечении медицинской помощью сельского населения» (1924), ЦК ВКП (б) «Об основах построения нормальной волостной (районной) организации здравоохранения» (1924), «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» (1929), повышающих уровень медицинского обслуживания сельского населения [138].

Принятие Конституции Российской Федерации 1993 года, где в части первой статьи 37 декларировано: «Труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию», а в части второй, что «принудительный труд запрещен», положило

конец системе, достаточно эффективно функционировавшей на протяжении десятилетий [59]. Постановление Правительства РФ от 19 сентября 1995 г. № 942 «О целевой контрактной подготовке специалистов с высшим и средним профессиональным образованием» положило начало активному привлечению врачебных кадров в сельские и отдаленные районы, предоставляя льготы при поступлении в образовательную организацию и софинансирование обучения студентов, заключившим договор с медицинской организацией сельской местности о последующем трудоустройстве [35].

В настоящее время механизм целевого приема и целевого обучения определен статьей 56 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (редакция, действующая с 01 сентября 2016 года)<sup>1</sup>. Исполнение положений вышеуказанной статьи поочередно регулировались разными нормативными правовыми актами: Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076 г. Москва «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении»<sup>2</sup>, Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 № 302 (ред. от 28.02.2020) «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076»<sup>3</sup> и, действующим в настоящее время, Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 № 1681 (ред. от 31.08.2021) «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования»<sup>4</sup>.

С 2016 г. Министерство образования и науки РФ проводит анализ практики целевого приема и обучения в ВУЗах, в том числе анализ договоров о целевом

---

<sup>1</sup> Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 27.11.2013 N 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении»

<sup>3</sup> Постановление Правительства РФ от 21 марта 2019 г. N 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. N 1076»

<sup>4</sup> Постановление Правительства РФ от 13 октября 2020 г. N 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования»

обучении, а также анализ судебной практики, связанной с невыполнением обязанностей в рамках договора. Для реализации мониторинга целевого приема и обучения разработан новый модуль информационно-аналитической системы «Мониторинг приемной кампании» - «Мониторинг целевого приема» и новая Информационно-аналитическая система «Мониторинг целевого обучения» [107]. В данные федеральные системы предоставляются сведения о каждом зачисленном и обучающемся по целевому направлению, в том числе общая информация - идентификационный номер, пол, год зачисления, год окончания обучения, год заключения договора о целевом обучении, средний балл ЕГЭ при зачислении; информация о договорах о целевом обучении: сведения об организации, заключившей договор о целевом обучении, информация о мерах социальной поддержки, предусмотренных договором о целевом обучении, сведения об организации, в которую обеспечивается последующее трудоустройство в соответствии с договором о целевом обучении; траектория обучения: сведения об успеваемости за всю историю обучения, отчисление с указанием причин и пр. [60, 107, 119, 141].

В 2002 году, наряду с действующим механизмом целевого приема и обучения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации приступили к исполнению Постановления Правительства Российской Федерации от 03 декабря 2002 г. № 858 «О федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2013 года»<sup>5</sup>, что положило начало активной реализации мероприятий дополнительного социально-экономического стимулирования молодых специалистов, планирующих трудоустройство в медицинские организации сельской местности, а также специалистов, уже занятых в сфере сельского здравоохранения. В рамках данного Постановления органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления было рекомендовано разработать и утвердить региональные и муниципальные программы социального развития села до 2013 года, а также

---

<sup>5</sup> Постановление Правительства РФ от 3 декабря 2002 г. N 858 «О федеральной целевой программе "Социальное развитие села до 2013 года» (с изменениями и дополнениями)

планировать в проектах бюджетов субъектов Российской Федерации средства на реализацию указанных программ.

Таким образом, все регионы РФ были включены в реализацию масштабного проекта по устойчивому социально-экономическому развитию сельских территорий, повышению привлекательности рынка труда в сельской местности, улучшению жилищных условий сельских жителей, в том числе молодых семей и молодых специалистов сельской местности [86].

Активное социально-экономическое стимулирование молодых специалистов сельского здравоохранения в субъектах Российской Федерации началось с процесса внедрения региональных программ содействия трудоустройству и социально-экономического стимулирования молодых специалистов сферы здравоохранения [89]. Так, в Нижегородской области согласно постановлению Законодательного Собрания Нижегородской области от 20 апреля 2006 г. № 50-IV, утвержден Закон Нижегородской области от 3 мая 2006 г. № 38-3 «Об утверждении областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования, здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006-2020 годы»<sup>6</sup>. В рамках исполнения мероприятий по реализации Программы, органами исполнительной власти Нижегородской области были предоставлены субсидии с целью погашения кредита и процентов по нему на приобретение или строительство жилья, а также транспортного средства для молодых специалистов - выпускников очной формы обучения организаций высшего и среднего профессионального образования, заключившим соглашение на предоставление мер социально-экономической поддержки<sup>7</sup>. Меры социально-экономической

---

<sup>6</sup> Закон Нижегородской области от 03.05.2006. №38-3 «Об утверждении областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования, здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006-2020 годы» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/944926485> Дата обращения (23.01.2018 г.)

<sup>7</sup> Закон Нижегородской области от 03.05.2006. №38-3 «Об утверждении областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования, здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006-2020 годы» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/944926485> Дата обращения (23.01.2018 г.)

Закон Нижегородской области № 127-3 от 4 августа 2010 года «О бесплатном предоставлении в собственность отдельным категориям граждан земельных участков для индивидуального жилищного строительства на территории Нижегородской области» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/944947363> (Дата обращения 22.01.2018 г.)



поддержки были предусмотрены для выпускников 2004-2006 годов выпуска, работающих в сельском здравоохранении Нижегородской области не менее года; для выпускников 2007-2010 годов выпуска, трудоустроившихся в учреждения здравоохранения Нижегородской области; для выпускников 2006 и последующих годов выпуска, трудоустроившихся в учреждения здравоохранения Нижегородской области после прохождения военной или альтернативной гражданской службы. Также, для участников Программы были предусмотрены ежемесячные дополнительные выплаты в размере, необходимом для доведения уровня заработной платы до 6000 рублей. Меры социально-экономической поддержки были предоставлены указанным выше категориям молодых специалистов, принятым на врачебные должности или работавшим на таких должностях в организациях здравоохранения по окончании интернатуры (ординатуры) в 2007-2010 годах, при условии дальнейшей работы не менее, чем на одну ставку, сроком не менее десяти лет в муниципальных районах Нижегородской области и городском округе город Арзамас. Ожидаемым результатом реализации данной Программы являлось активное привлечение и закрепление молодых специалистов в сфере сельского здравоохранения, а также улучшение жилищных условий и повышения уровня жизни, путем создания эффективной системы социально-экономического стимулирования и, как

---

Постановление Правительство Нижегородской области № 603 от 13 сентября 2010 года «Об утверждении областной целевой программы "Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы"» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/944947966> Дата обращения (23.01.2018 г.)

Постановление Правительства Нижегородской области № 27 от 25 января 2012 г. «Об утверждении областной программы «Обеспечение жильём работников учреждений сферы здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры и спорта, научных организаций в Нижегородской области на 2012-2024 годы с использованием ипотечного кредитования»»

Постановление Правительства Нижегородской области № 67 от 10 февраля 2012 г. «Об осуществлении в 2012 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011-2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт Нижегородской области или переехавшим на работу в сельский населенный пункт Нижегородской области из другого населенного пункта» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/944958127> (Дата обращения 22.01.2018 г.)

Постановление Правительства Нижегородской области № 748 от 18 октября 2013 года «Об утверждении государственной программы "Обеспечение граждан Нижегородской области доступным и комфортным жильём на период до 2024 года"» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/465505662> (Дата обращения 22.01.2018 г.)

Приказ Министерства Здравоохранения Нижегородской области от 26 декабря 2017 года № 2264 «Об уровнях системы оказания медицинской помощи населению Нижегородской области на 2018 год» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/465580668> (дата обращения 20.05.18 г.)

следствие, обеспечение доступных и качественных медицинских услуг населению сельских и отдаленных районов Нижегородской области.

Постановлением Правительства Нижегородской области от 13 сентября 2010 г. № 603 утверждена областная целевая программа «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы», вступившая в действие 01 января 2011 года и направленная на продолжение мероприятий социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения<sup>8</sup>. Основной целью данной Программы было обеспечение доступных и качественных услуг, в т.ч. в сфере здравоохранения для жителей Нижегородской области, путем увеличения молодых специалистов в государственных организациях здравоохранения посредством создания для них системы социальной поддержки. Постановлением Правительства Нижегородской области от 10 апреля 2012 г. № 195 «О внесении изменений в постановление Правительства Нижегородской области от 13 сентября 2010 года № 603»<sup>9</sup> были унифицированы критерии включения молодых специалистов для получения мер социальной поддержки, а именно, определена возможность участия выпускников очной формы обучения, возраст которых не превышает 30 лет, без привязки к году окончания образовательной организации. Также расширен перечень муниципальных и государственных организаций здравоохранения, расположенных в муниципальных районах, городских округах Нижегородской области.

В начале нового тысячелетия в системе здравоохранения Российской Федерации был реализован целый ряд ключевых реформ, положивших начало принципиально новой системе обеспечения доступности медицинской помощи и повышению эффективности медицинских услуг, регламентированных в изданных нормативных документах, основными из которых стали:

---

<sup>8</sup> Постановление Правительство Нижегородской области № 603 от 13 сентября 2010 года «Об утверждении областной целевой программы «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/944947966> Дата обращения (23.01.2018 г.)

<sup>9</sup> Постановление Правительства Нижегородской области от 24 декабря 2010 года № 950 «О внесении изменений в постановление Правительства Нижегородской области от 13 сентября 2010 года № 603»

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»;
- Региональные программы модернизации здравоохранения.

Вопросы кадрового обеспечения медицинских организаций страны, в том числе привлечение молодых специалистов в сельские и отдаленные районы, продолжали оставаться актуальными, требовали комплексного общегосударственного подхода и нашли свое отражение в реализации Указов Президента РФ от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политике»<sup>10</sup> и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»<sup>11</sup>. Первым этапом реализации Указов стала Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная Распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2011 № 2511-р, в частности, Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», направленная на обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами, снижение оттока медицинского персонала из государственных и муниципальных организаций здравоохранения, а также устранение дефицита врачебных кадров в сельских и отдаленных районах. В рамках Программы предполагалось активное развитие социальной поддержки молодых специалистов здравоохранения сельской местности, в том числе за счет предоставления жилья, земельных участков, жилищных субсидий, субсидирования процентной ставки по кредиту на приобретение жилого помещения, а также повышения уровня оплаты труда

---

<sup>10</sup> Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»

<sup>11</sup> Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»

специалистам сельского здравоохранения, совершенствование системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров<sup>12</sup>.

Утверждение плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 № 2599-р) положило начало реализации задач в сфере здравоохранения, поставленных Президентом РФ В.В. Путиным в 2012 году [8]. В рамках исполнения данных мероприятий предложено и, с целью привлечения специалистов в государственные и муниципальные организации здравоохранения, а также ликвидации оттока медицинских кадров, предусмотрено обеспечить соответствие заработной платы медицинских работников объему и качеству выполняемых услуг, иными словами, ввести новую форму трудового договора, называемую «эффективным контрактом» [90].

С 2012 года, на основании Федерального закона от 30 ноября 2011 года № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» было положено начало реализации проекта «Земский доктор», в рамках которого предусмотрены единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в размере одного миллиона рублей [87]. Данная программа увеличила возраст потенциальных ее участников до 35 лет и распространялась лишь на специалистов с высшим образованием, прибывшим на работу в сельский населенный пункт или переехавшим из другого населенного пункта и заключившим с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор о трудоустройстве. В целях осуществления единовременных компенсационных выплат, на начальном этапе реализации программы из бюджета Федерального фонда были предоставлены дополнительные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника.

---

<sup>12</sup> Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предыдущая версия программы была модернизирована, сохранив количественный состав стратегических программ<sup>13</sup>. Также сохранила свою актуальность Программа «Земский доктор», получившая развитие в последующие годы и по настоящее время. В ходе совершенствования Программы «Земский доктор» был расширен перечень сельских населенных пунктов до рабочих поселков и поселков городского типа, увеличен возраст возможных участников до 50 лет в 2016 году, предоставив возможность привлечения более опытных специалистов [43].

Повышение престижа профессии врача, моральное и материальное стимулирование медицинских работников – масштабная общегосударственная задача, закрепленная на законодательном уровне [5]. В 2001 году было положено начало традиции ежегодного проведения всероссийского конкурса профессионального мастерства среди врачей, совместному проекту Минздравсоцразвития России, «Медицинской газеты» и Профсоюза медицинских работников. В 2010 году, согласно Постановлению Правительства РФ от 31 декабря 2009 № 1147 «О единовременном денежном поощрении лучших врачей» регламентировано проведение конкурса «Лучший врач», давшего возможность его призерам в различных номинациях получить единовременную денежную компенсацию. Государственная инициатива поощрения наиболее выдающихся врачей нашла свое отражение в регионах Российской Федерации<sup>14</sup>.

В настоящее время перечень законодательных инициатив для устранения дефицита врачебных кадров в сельских и отдаленных районах, сводится к восполнению основных социально-экономических потребностей врачебного персонала, но вопросы оптимизации и наиболее эффективной реализации данных мероприятий остаются актуальными.

---

<sup>13</sup> Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения": постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 // Собрание законодательства Российской Федерации. - N 17. - 28.04.2014. – С. 2057.

<sup>14</sup> Постановление Правительства РФ от 13 января 2011 г. N 2 "О единовременном денежном поощрении лучших врачей и специалистов с высшим немедицинским образованием" (с изменениями и дополнениями)

Анализ литературных источников позволяет объединить предложения по рационализации программ стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения и выделить следующие направления:

- Повышение престижа профессии и формирование позитивного образа сельского врача, расширение возможностей для профессионального совершенствования и повышения квалификации;
- Совершенствование системы социально-экономического стимулирования с учетом имеющихся региональных практик;
- Расширение картографии Программ, активное включение региональных и муниципальных органов управления;
- Проведение регулярного мониторинга процесса и результатов реализуемых мероприятий, оценка их эффективности, изучение удовлетворенности участников Программ данными мероприятиями.

### **1.5. Современные проблемы мотивации, привлечения и закрепления молодых специалистов в медицинских организациях, расположенных в сельских и отдаленных районах**

Проблемы мотивации, привлечения и закрепления врачей в медицинских организациях сельских и отдаленных регионов являются актуальными в условиях современного состояния здравоохранения [2, 70].

Наличие выраженного дисбаланса во врачебных кадрах между городом и селом диктует необходимость поиска механизмов для повышения обеспеченности сельского населения врачами. Особенно важным в решении данного вопроса является выявление мотивирующих факторов у молодых специалистов к работе в сельских и отдаленных регионах [6, 56].

Мотивация трудовой деятельности является главным условием успешной деятельности сотрудника любой организации [8, 105, 133]. От того, насколько функционирующая система мотивации труда адекватна целям и задачам организации, а также и побудительным мотивам, поведению работника, группы

сотрудников, коллектива в целом, будет зависеть и результативность, и эффективность труда, как каждого работника, так и коллектива в целом [30, 139].

По данным исследований, основные мотивы трудового поведения медицинских работников начинают формироваться еще с момента выбора профессии [24, 25, 102, 120]. Выявлено, что для большинства медицинских работников при выборе своей профессии мотивом служит интерес к данной деятельности (54,1%). Вторым по значению есть мотив желания приносить пользу обществу (29,3%). 13,4% медицинских работников избирает эту профессию в силу сформированной семейной традиции. При этом процент людей, которые случайно выбирают эту профессию, низкий (2%) [33, 141].

Медицинская деятельность в целом, а врачебная деятельность в частности, как никакие другие виды деятельности, отличаются выраженной специфичностью и требуют особых профессиональных качеств от работников [67, 81, 116]. В то же время происходящие в последние годы перемены в обществе влекут за собой падение престижа некоторых форм медицинской деятельности. Вследствие низкого материального стимулирования труда медицинских работников, в том числе врачей, на государственном уровне, размывается смысловой мотивационный фактор самой профессии врача, медицинской сестры, что влияет на профессиональный уровень, качество и эффективность их труда [39, 118, 129].

При изучении литературных источников, посвященных описанию мотивирующих факторов у медицинских работников, выявлено, что врачей в основном заставляет работать угроза «создания недостаточной заботы о человеческой жизни по халатности». При этом для многих, скорее важным или наряду с этим, будут требования совести. Фактически, это не просто внеэкономическая мотивация, это, в определенной мере, продолжение традиционного для нашей страны подхода, в соответствии с которым люди являются некими элементами определенной «системы», в данном случае, системы здравоохранения, и должны выполнять свои обязанности, чтобы эта система работала, просто потому, что кроме них «больше никому» [23, 119].

Кроме того, нельзя не отметить «мотивацию достижения» по модели Д. Мак-Клелланда и Дж.Аткинсона, поскольку это проявляется в том, что при удачных действиях результат выражается в том, что медицинский работник вылечил, добился победы над болезнью и природой человека [53, 99].

Можно, вероятно, выделить и достаточно новый подход, выражающийся в мотивации тайной, которая, по существу, является неосознанной мотивацией. Медицинский работник волей обстоятельств ежедневно вынужден эту тайну разгадывать, и, в отличие от теории мотивации «логическими ловушками», новая теория говорит о том, что такое поведение у медиков закрепляется и становится стереотипным. И это закрепление, стереотипизация когнитивного поведения по отношению к пациентам, по существу, перешедшее на уровень подсознания, становится частью личности, переходит на уровень установок, а это означает наиболее сильную мотивацию, из реально возможных [78].

Моральное удовлетворение от труда и высокая социальная значимость деятельности врача, по данным исследований являются основными мотиваторами к работе [17]. Также на удовлетворенность работой влияют занимаемая должность, хорошие взаимоотношения в коллективе и стиль руководства администрации [44]. Материальная же составляющая в структуре мотиваций, по мнению разных авторов, остается «слабым звеном» [9].

Низкой и не соответствующей трудовым затратам свою зарплату считают от 55% до 89% медицинских работников, и это ведущая причина неудовлетворенности врачей своей работой. Причем данный показатель не зависит от специальности [39, 65].

Также на мотивацию медицинских работников негативно влияют такие факторы, как тяжелые условия труда (особенно у хирургов), высокий риск конфликтных ситуаций, юридическая незащищенность, большая загруженность бумажной работой [22, 93].

Важным для исследования является вопрос мотивации, привлечения и закрепления молодых специалистов в медицинских организациях, расположенных в сельских и отдаленных районах. В доступной литературе



систематизированы факторы, влияющие на выбор работы в сельской местности. К факторам «притяжения» были отнесены: возможность укрепить благосостояние семьи и получить дополнительное признание для студентов родом из сельской местности; возможность получить уникальный профессиональный опыт; высокая востребованность, польза работы для простых жителей; возможность реализовать свой потенциал [21, 98].

Как факторы «отталкивания» были определены: профессиональная изолированность и отсутствие возможности обмениваться опытом, использовать в своей практике медицинские достижения (тупик в развитии); тяжелые условия труда; несоответствие требований к качеству медицинской помощи на фоне низкой материально-технической оснащенности медицинских организаций; отсутствие социальных условий [1, 76].

Врач, работающий в условиях сельской местности, помимо общепрофессиональных проблем, указанных выше, сталкивается и с чисто специфическими «территориальными» недостатками. Это и неразвитая инфраструктура, проблемы с организацией образования детей и повышением собственной квалификации. При этом образ жизни селян нельзя считать здоровым, на селе низкий уровень медицинской активности. Сельские жители в полтора раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь при неотложных проблемах здоровья, порой отказываясь от плановой госпитализации из-за трудностей бытового характера (уход за детьми, наличие подворья, сезон сельскохозяйственных работ и пр.). Медицинские организации территориально доступны только для 49,4 процента сельского населения, для 40 процентов они труднодоступны, для 9 процентов - недоступны. Продолжительность пребывания жителей села в стационаре увеличивается в зависимости от удаленности стационара от места непосредственного проживания данного пациента, что способствует формированию дополнительной нагрузки как на коечный фонд, так и на работу врачей стационара [77, 95].

Исходя из сложившихся условий, а также с целью привлечения и закрепления медицинских кадров в России на федеральном и региональном уровне разрабатываются и реализуются различные программы социально – экономического стимулирования молодых специалистов, приехавших на работу в сельские и отдаленные регионы [79, 124, 129].

### **1.6. Характеристика мероприятий социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения Нижегородской области.**

В настоящее время в РФ для устранения дефицита врачебных кадров в сельских и отдаленных районах на федеральном, региональном и муниципальном уровнях реализовано и реализуется целый ряд весьма разнообразных, как по составу, так и по направленности инициатив при государственной поддержке. Они нашли свое отражение в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в майских Указах Президента РФ, а также в Государственной Программе развития здравоохранения РФ, которая является базовым документом, отражающим приоритеты и основные направления в сфере здравоохранения. В частности, вопросы «Кадрового обеспечения системы здравоохранения», отраженные в Подпрограмме 7, включают реализацию региональных кадровых программ, направленных на осуществление дифференцированных мероприятий по социальной поддержке медицинских работников.

В Нижегородской области, как и во многих других регионах РФ, реализованы и находятся в стадии разработки различные мероприятия по формированию условий для привлечения и закрепления медицинских кадров в медицинских организациях сельской местности. Так, в 2006 году, Законом Нижегородской области от 3 мая 2006 г. № 38-З положено начало реализации областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006 - 2020 годы» (далее

Программа 1), целью которой стало обеспечение доступных и качественных услуг в сфере здравоохранения на территории Нижегородской области. Основными задачами Программы 1 стало создание системы социально-экономических мероприятий по поддержке, в том числе, молодых специалистов, в том числе и сферы здравоохранения, привлечение, закрепление и увеличение числа молодых специалистов в государственных организациях здравоохранения, а также повышения уровня жизни данной категории специалистов. Ключевым мероприятием обеспечения Программы 1, рассчитанной до 2020 года, было предоставление молодым специалистам государственных организаций здравоохранения Нижегородской области, прибывших на работу в муниципальные районы области и городской округ г. Арзамас, социальных выплат целевого характера для погашения кредита и процентов по нему на приобретение или строительство жилья, на приобретение транспортного средства, а также на предварительные расходы по кредиту на начальном этапе (разовые затраты). Процентная ставка, распространявшаяся на все кредиты, выданные участникам Программы по Соглашению от 12 сентября 2007 года № 306-21-1/198 «О предоставлении кредитных ресурсов и расчетно-кассового обслуживания участников областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения Нижегородской области», составляла 13% годовых. Предполагаемый общий объем финансирования мероприятий Программы составлял 5352024,9 тыс. руб. за счет средств областного бюджета, в том числе на предоставление социальных выплат на погашение кредита и процентов по нему на приобретение жилья и автомобиля 5271854,8 тыс. руб., на обеспечение дополнительных выплат к заработной плате молодым специалистам – 80170,1 тыс. руб.

Обеспечение жильем молодых специалистов осуществлялось путем приобретения квартир или индивидуальных жилых домов (возможно приобретение земельного участка, на котором расположен дом), либо

строительства индивидуальных жилых домов и жилых домов блокированной застройки.

Социальные выплаты, направленные на погашение кредита и процентов по нему для приобретения индивидуальных жилых домов и домов блокированной застройки, построенных в рамках Программы 1, предоставлялись молодым специалистам, исходя из предельной стоимости строительства не более 2,145 млн. руб. и общей площадью жилья, не менее 65 кв. м. Социальные выплаты на погашение кредита и процентов по нему, предоставленные молодым специалистам для приобретения жилья (квартиры), выделялись, исходя из стоимости жилого помещения, но не более 1,3 млн. руб. В случае приобретения или строительства жилья молодыми специалистами, являющимися супругами, размер социальной выплаты и площадь жилого помещения увеличивался на коэффициент 1,5 и предоставлялся лишь одному из супругов. Требования к местонахождению потенциального жилья Программой 1 не предусмотрены. Социальные выплаты молодым специалистам на погашение кредита и процентов по нему на приобретение транспортных средств выплачивались в объеме, не превышающем 178 тыс. руб. и предоставлялись сроком кредитования не более трех лет. Право на получение социальной выплаты для приобретения автомобиля было предоставлено каждому участнику Программы 1, в том числе каждому из супругов.

Меры социально-экономической поддержки были предоставлены молодым специалистам, начиная с момента заключения соглашения о предоставлении мер социально-экономической поддержки при условии дальнейшей работы на врачебных должностях не менее десяти лет в организациях здравоохранения, расположенных в муниципальных районах и городских округах Нижегородской области, с продолжительностью рабочего времени не менее чем на одну ставку. Критерии допуска к участию в Программе распространялись на молодых специалистов здравоохранения – выпускников очной формы обучения организаций высшего образования 2004-2010 годов выпуска, работающих не менее года на врачебных и руководящих должностях в организациях

здравоохранения Нижегородской области, либо принятых на вышеупомянутые должности и заключивших в 2006-2010 годах соглашение о предоставлении мер социально-экономической поддержки. Также критерии включения в Программу 1 распространялись на выпускников очной формы обучения организаций высшего образования 2006 и последующих годов выпуска, заключившим трудовой договор с учреждением здравоохранения Нижегородской области о работе на врачебных или руководящих должностях, а также соглашение о предоставлении мер социально-экономической поддержки после прохождения военной службы по призыву или альтернативной гражданской службы. Преимущественное право участия в Программе 1 было предоставлено молодым специалистам, закончившим обучение в рамках целевого приема.

В рамках повышения престижа профессии врача и привлечения молодых специалистов в государственные медицинские организации, Программой 1 было предусмотрено обеспечение молодым специалистам ежемесячных дополнительных выплат к заработной плате. Финансирование ежемесячных дополнительных выплат к заработной плате осуществлялось из областного бюджета Нижегородской области в виде субвенций бюджетам муниципальных районов и городских округов региона. Предполагаемый общий объем финансирования дополнительных выплат к заработной плате молодых специалистов в период реализации Программы составил 80 170,1 тыс. рублей. Размер ежемесячной дополнительной выплаты молодым специалистам организаций здравоохранения, расположенных в сельской местности, осуществлялся в объеме, необходимом для доведения уровня заработной платы до 6000 рублей в месяц (с учетом уплаты НДФЛ).

Социально-экономический эффект от реализации Программы 1 предполагал достижение к 2020 году обеспечения врачебными кадрами организаций здравоохранения региона до 99,3%, увеличение количества молодых специалистов до 15%, повышение уровня заработной платы молодого специалиста сельского здравоохранения до 6000 рублей в месяц, приобретение и строительство около 2500 единиц жилых помещений и приобретение около

2500 единиц автомобилей для молодых специалистов сельского здравоохранения.

Социально-экономические мероприятия, предусмотренные ОЦП «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006 – 2020 годы» реализовывались в период с 2006 по 2011 год. В 2011 году в Нижегородской области было положено начало реализации новой областной целевой программы «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы» (далее Программа 2), направленной на обеспечение доступных и качественных услуг, в том числе, в сфере здравоохранения, закреплению и увеличению количества молодых специалистов в организациях здравоохранения региона, посредством создания системы социальной поддержки молодых специалистов. Существенным отличием Программы 2 от предыдущей Программы 1, стало расширение перечня административно-территориальных образований, в которых расположены медицинские организации, а также определен максимальный возраст молодого специалиста, заключившего соглашение о предоставлении мер социальной поддержки в 2011 – 2013 гг., не превышающий 30 лет. Мероприятия Программы 2 были ориентированы на молодых специалистов - выпускников очной формы обучения организаций высшего профессионального образования, принятых на работу на постоянной основе на врачебные должности и руководящие должности в медицинские организации в течение года после прохождения интернатуры либо завершения обучения в ординатуре. В рамках исполнения мероприятий, предусмотренных Программой 2, молодой специалист обязан отработать в учреждении здравоохранения региона не менее десяти лет, с момента подписания соглашения о предоставлении мер социальной поддержки. Социальная поддержка молодым специалистам оказывалась в форме социальных выплат на погашение кредита и процентов по нему на приобретение (строительство) жилья, исходя из общей площади не менее 65 кв.м. и предельной стоимости не более 2145000 рублей, а также на погашение кредита и процентов

по нему на приобретение транспортного средства, стоимостью не более 282450 рублей. Предельная стоимость строительства и приобретения готового жилья для молодых специалистов, являющихся супругами, составляла не более 3217500 рублей. Преимущественное право получения социальной поддержки в рамках Программы 2 было закреплено за молодыми специалистами, заключившими соглашение на строительство жилья, при этом выбор местонахождения и размер жилого помещения могли определяться молодым специалистом с учетом мнения администрации муниципального района (городского округа) Нижегородской области.

Ресурсное обеспечение Программы 2 осуществлялось, в основном, за счет средств областного бюджета, и за период исполнения программных мероприятий, с 2011 по 2023 годы, на финансирование социальных выплат молодым специалистам запланировано 4526968,7 тыс. руб. Также финансирование вышеуказанных мероприятий осуществлялось за счет средств бюджетов муниципальных районов и городских округов, общий объем которого составлял 137375,0 тыс. руб. До 2012 года, в рамках программных мероприятий, было предусмотрено представление дополнительных выплат к заработной плате молодых специалистов в общем объеме 3205,2 тыс. руб. за счет средств областного бюджета. Также в рамках ресурсного обеспечения программных мероприятий, было предусмотрено исполнение обязательств Правительства Нижегородской области по финансированию мероприятий социально-экономической поддержки, предоставляемых молодым специалистам, заключившим соглашение в рамках Программы 1, в частности, для уплаты кредитов и процентов по ним на приобретение (строительство) жилья и приобретение автомобиля объем финансирования составлял 3418323,0 тыс. руб. Прогнозируемый общий объем финансирования всех программных мероприятий за период реализации Программы 2, за счет средств областного и местных бюджетов, составил 8082926,7 тыс. руб. Финансирование программных мероприятий за счет средств федерального бюджета и прочих источников не осуществлялось.

Индикаторы оценки эффективности программных мероприятий по отрасли «Здравоохранение», предполагали достижение доли молодых специалистов со стажем работы менее пяти лет до 9,8% в 2014-2023 годы, а также увеличение доли специалистов с высшим образованием к общему числу специалистов до 100%. Количество заключенных соглашений о предоставлении мер социальной поддержки молодым специалистам, в рамках прогнозирования результатов реализации Программы 2, составляло 1407 и представляло собой совокупный результат для всех участников программных мероприятий, без распределения отраслей, до 2013 года.

Программные мероприятия социально-экономического характера в целях восполнения дефицита врачебных кадров в организациях здравоохранения, расположенных в сельских и отдаленных районах Нижегородской области, продолжались несколько лет и были рассчитаны на достижение высокоэффективных результатов. Так, за период с 2006 по 2011 гг., в результате реализации региональных социально-экономических мероприятий, предполагающих предоставление готового жилья и автотранспортного средства, в сельские медицинские организации Нижегородской области удалось привлечь около 700 молодых специалистов (рис. 1.11).

В ходе реализованных мероприятий для молодых специалистов сферы здравоохранения в Нижегородской области было построено 588 жилых домов, приобретено 416 квартир, выдано 1011 автотранспортных средств.

Продолжением решения вопроса дефицита врачебных кадров в медицинских организациях, расположенных в труднодоступных районах, районах с низкой плотностью населения и удаленных сельских территориях, во всех субъектах Российской Федерации положено начало реализации мероприятий по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, трудоустроившимся в вышеуказанные организации.



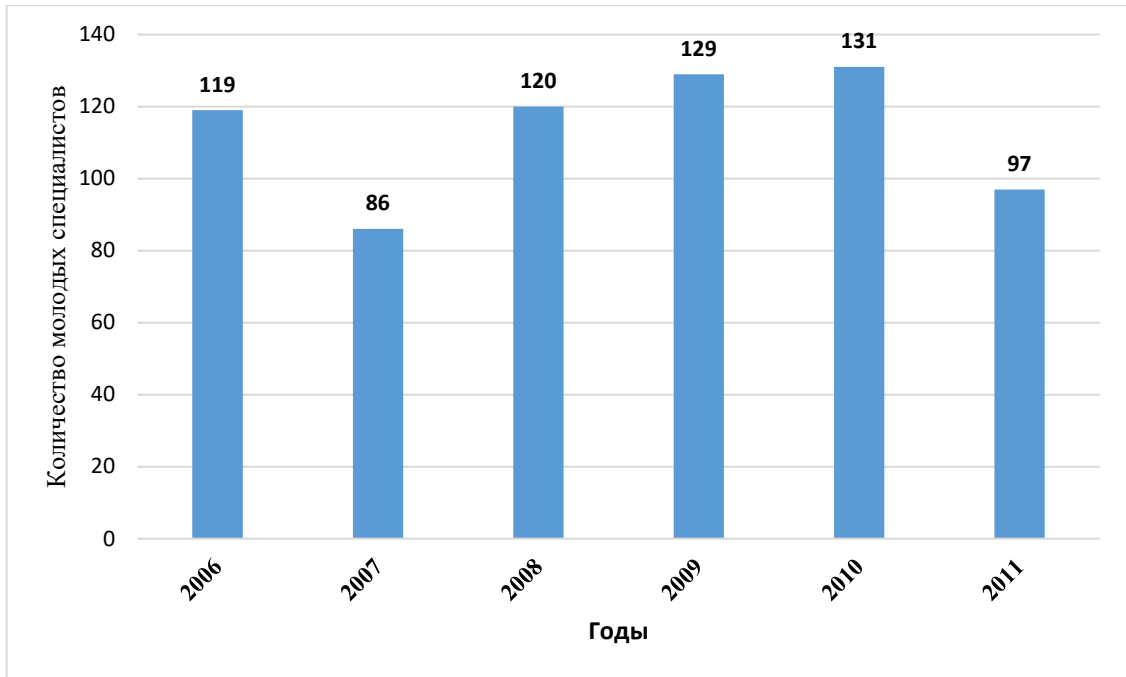


Рисунок 1.11 - Динамика количества молодых специалистов, заключивших соглашение о предоставлении мер социально-экономической поддержки в рамках региональных Программ привлечения врачебных кадров в сельские медицинские организации Нижегородской области (абс. знач.)

В соответствии с частями 12.1-12.5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях привлечения медицинских кадров в сельскую местность, в 2012 году законодательством Российской Федерации, постановлением Правительства Нижегородской области от 10 февраля 2012 г. № 67 «Об осуществлении в 2012 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011—2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт Нижегородской области или переехавшим на работу в сельский населенный пункт Нижегородской области из другого населенного пункта» было положено начало реализации мероприятия по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам сельского здравоохранения, более широко известного под названием «Земский доктор».

Размер единовременной компенсационной выплаты составлял 1 млн. рублей и осуществлялся медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011-2012, а впоследствии 2013-2017 годах, после окончания образовательной организации высшего образования, либо имеющие высшее образование, на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим трудовой договор с учреждением здравоохранения Нижегородской области, сроком не менее пяти лет. Финансирование программных мероприятий на территории Нижегородской области осуществлялось за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) в виде иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету Территориального фонда ОМС, в полном объеме в 2012 году, в 2013-2015 гг. в равных долях за счет бюджета ФФОМС и средств областного бюджета, в 2016-2017 гг. доля ФФОМС составила 60% при снижении доли областного бюджета до 40%.

Программа «Земский доктор», реализуемая на территории Нижегородской области с 2012 года, дополнялась, развивалась и совершенствовалась. Ключевым критерием стало увеличение возраста возможных участников Программы с 35 лет в 2012 году до 50 лет в 2017 году, а также включение в Программу рабочих поселков и поселков городского типа.

Предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику в 2011-2013 гг., не исключало его право выбора одной из дополнительных мер социальной поддержки, в частности бесплатное получение земельного участка площадью 0,15 га для индивидуального жилищного строительства, либо возможность участия в областной целевой программе "Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы". С 2013 года и по настоящее время предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам сельского здравоохранения дополнено правом получения земельного участка для строительства жилья, либо возможностью участия в

программе долгосрочного льготного ипотечного кредитования, подкрепленного государственной поддержкой.

Единовременные компенсационные выплаты, предусмотренные Программой «Земский доктор», представляют собой, своего рода, возмещение затрат (*от лат. compensatio - возмещение*) медицинским работникам, связанным с необходимостью прибыть в сельский населенный пункт с целью трудоустройства. Поскольку данные финансовые средства не являются целевым вложением, а перечисляются на банковский счет медицинского работника, указанный в Договоре, то закрепить их целевое предназначение, например, приобретение (строительство) жилья, не предоставляется возможным.

### **1.7. Перспективы реформирования процессов кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности**

Врачебные кадры – это интеллектуальный потенциал отрасли, который требует длительной подготовки, непрерывного профессионального развития и внимания со стороны федеральных и региональных органов управления. Кадровый кризис в здравоохранении является международной проблемой, которая касается большинства стран мира, в том числе и России [3, 27, 45, 176]. Официально признано, что состояние кадровых ресурсов определяет эффективность работы систем здравоохранения, а именно качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению [106, 138].

Современные проблемы развития кадров здравоохранения связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля и сосредоточением медицинских работников в крупных городах [128]. При этом на всю систему здравоохранения оказывают неблагоприятное воздействие такие факторы как снижение мотивации труда врачей, текучесть кадров и падение престижа медицинского труда, что ограничивает потенциал оказания качественной медицинской помощи населению [51, 61, 65, 66, 79].

Наиболее уязвимой категорией, с точки зрения потери медицинских кадров, являются молодые специалисты – выпускники медицинских ВУЗов. Именно их чаще всего не устраивают материальные и профессиональные перспективы работы в российском здравоохранении. Особенно остро стоит вопрос кадрового обеспечения в медицинских организациях сельской местности [5, 8, 19, 106, 137].

Сельский медицинский работник вынужден трудиться в условиях, ограниченных материально-технической ресурсами медицинских организаций, определенной профессиональной изолированности и недостаточного уровня социально - экономических условий. Все это приводит к своеобразному «отталкиванию» молодых специалистов от работы на селе и усугубляет сложившийся кадровый дисбаланс [116, 125, 136].

С целью решения данной проблемы, в последние годы в России на федеральном и региональном уровне реализуются отдельные мероприятия по созданию условий для привлечения и сохранения врачебных кадров. Суть их сводится к адресной помощи конкретным группам медицинских работников, занятых в сельском здравоохранении и выражается в мерах социально – экономической поддержки. Следует отметить, что на региональном уровне данные мероприятия отличаются по составу и направленности, что обусловлено различным социально – экономическим уровнем развития субъектов Российской Федерации [106].

Из федеральных программ по привлечению кадров в сельское здравоохранение следует отметить программу «Земский доктор», реализация которой на территории Российской Федерации с 2012 года позволила привлечь в сельское здравоохранение более 26 тыс. молодых специалистов-врачей. С 2018 расширено территориальное действие программы «Земский доктор» на города с населением менее 50 тыс. человек и включить в программу фельдшеров с единовременной компенсационной выплатой в размере 500 тыс. в год.

В целях решения проблем кадрового дефицита в медицинских организациях сельской местности, подпрограммой 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы Российской Федерации

«Развитие здравоохранения» (утв. Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294) был утвержден комплекс мероприятий, предусматривающий реорганизацию процесса подготовки медицинских кадров в ВУЗах, повышение престижа профессии медицинского работника, увеличение объема и совершенствование социально-экономических мероприятий для сельских врачей, решение жилищного вопроса, расширение картографии внедрения телемедицинских технологий, совершенствование профессионального уровня сельских врачей.

Калининская А.А. и соавт. предлагают следующие пути улучшения кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности, базирующиеся на системе предоставления льгот медицинским работникам (зарплата, жилье, удобства, поддержание профессиональных и культурных запросов и т.п.), разработке критериев профессиональной подготовки сельских врачей различных категорий, а также формировании механизмов дифференцированной оплаты труда с учетом качества и объемов работы [51, 52].

Тарасенко Е.А. с соавт. считают, что управление региональными и муниципальными программами экономического стимулирования и мерами социальной поддержки медицинских работников в сельских и отдаленных районах должно стать самостоятельным направлением кадровой политики в сфере здравоохранения региона [124].

В письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2013 года N 16-5/10/2-2540 «Методические рекомендации по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения» представлены рекомендации по привлечению и закреплению врачей в сельском здравоохранении [79]. В частности, предложены такие направления работы, как создание в субъектах РФ координационных советов по развитию медицинских кадров региона и отделов кадровых ресурсов, увеличение квот целевого приема в медицинский ВУЗ для абитуриентов из сельской местности, с последующей организацией профессиональной стажировки в местах потенциального трудоустройства. Предлагается формирование системы дополнительных ежегодных надбавок для

сельских врачей, в зависимости от продолжительности стажа работы в сельских медицинских организациях, в том числе для врачей особо дефицитных специальностей.

В качестве наиболее эффективного направления решения проблемы дефицита кадров, отдельные авторы предлагают обеспечение жильем специалистов сельского здравоохранения, компенсацию части стоимости жилья, льготное ипотечное кредитование, субсидии на строительство, создание условий для выкупа жилья по приемлемым расценкам [79].

В целях обеспечения квалифицированными медицинскими кадрами медицинских организаций, расположенных в сельской местности, а также наиболее удаленных и труднодоступных районах рядом авторов предлагается комплекс мотивационных и экономических мероприятий, основанных на внедрении вахтового метода работы, работы по контракту, активном вовлечении врачей в систему непрерывного медицинского образования, организации системы грантов для руководителей медицинских организаций сельской местности на формирование, поддержание и развитие кадровых ресурсов.

Необходимо отметить, что пути решения данной проблемы активно обсуждаются в странах бывшего СССР и за рубежом [66, 82, 135, 140, 159, 160, 162, 176, 177, 178, 194, 204, 205, 235]. На XVIII-й Всемирной Медицинской Ассамблее (Хельсинки, 1964) были приняты «Рекомендации по предоставлению медицинской помощи в сельской местности», которые впоследствии совершенствовались (Венеция, 1983) и с тех пор являются основанием для разработки соответствующих документов ВОЗ по формированию и поддержке системы кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности [176, 204]. Дефицит медицинских кадров в отдаленных и сельских районах наблюдается не только в развивающихся [165, 179, 201, 209, 227, 236], но и в развитых странах, включая США, Канаду, Японию, Великобританию, Норвегию, Австралию, Китай, Саудовскую Аравию, Индию и др. [145, 153, 156, 184, 185, 187, 196, 198, 208, 223, 230].

Ряд авторов отстаивают точку зрения, что необходим переход на интенсивный путь развития сельского здравоохранения, делая акцент на большем использовании прорывных дистанционных диагностических технологий и телемедицины, что снизит дефицит медицинских работников в сельских и отдаленных районах [157, 168, 175, 202, 218, 219, 220, 229]. Однако большинство зарубежных исследователей склоняются к поиску наиболее эффективных мер социальной поддержки и экономического стимулирования медицинских кадров со стороны государства [158, 164, 173, 176, 181, 182, 183, 188, 195, 200, 214, 217, 221, 222, 224, 228, 231]. К примеру, в Германии хорошие результаты показало введение льготного добровольного медицинского страхования для закрепления врачей в сельской местности [215]. В Австралии студентам медицинских школ, являющимся представителями коренного населения и давшим согласие после обучения работать в сельской местности, правительство выплачивает дополнительную ежегодную стипендию в размере \$12 500, а после получения лицензии медсестры – дополнительную ежегодную выплату в размере \$ 25 000 [207, 225]. В Финляндии и Норвегии в качестве одной из достаточно эффективных мер привлечения выпускников медицинских университетов для работы в отдаленных районах используется обязательная 6-месячная практика студентов выпускного курса с последующими бонусами [180, 213].

Поиском путей решения проблем сельского здравоохранения на международном уровне также активно занимается Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей (WONCA), начало деятельности которой относится к 1972 г [154, 176, 204]. В рамках организации создана специальная рабочая группа по сельской врачебной практике, в состав которой входят представители из Азии, Африки, Северной и Южной Америки, Австралии и Европы [204]. Данная организация активно сотрудничает с Всемирной организацией здравоохранения по вопросам совершенствования сельской медицины. Результатом сотрудничества стала разработка меморандума, в котором важная роль

отводилась семейным врачам в системе первичной медико-санитарной помощи, а также обсуждались инициативы в области здравоохранения в сельской местности [176]. В апреле 2002 г. ВОЗ совместно с WONCA провели конференцию по проблемам здравоохранения в сельских районах, на которой были рассмотрены важнейшие вопросы, связанные с повышением уровня здоровья народонаселения отдаленных сельских районов в разных странах и инициирован конкретный план действий, главной идеей которого является глобальная оптимизация здравоохранения села. Однако, по мнению специалистов ассоциации, подобная инициатива может быть реализована только путем совместных усилий международных и национальных органов здравоохранения, действующих совместно с работниками здравоохранения в сельских районах по всему миру [176, 204].

Для решения проблем сельского здравоохранения в ряде стран уже созданы специальные научно-исследовательские институты: Centre for Rural and Northern Health Research (Канада), Countryside Agency (Великобритания), Institute of Rural Health, James Cook University School of Medicine and Dentistry, Australian College of Rural and Remote Medicine (Австралия), New Zealand Institute of Rural Health (Новая Зеландия), деятельность которых базируется на формировании научно-обоснованных подходов к решению проблем сельского здравоохранения [176, 199, 204].

Проблема обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций сельского здравоохранения остается крайне актуальной, для решения которой необходим системный подход к разработке и реализации различных мероприятий, направленных на привлечение и удержание специалистов в сельской местности, с обязательным учетом особенностей субъекта Российской Федерации.

Таким образом, резюмируя результаты проведенного анализа литературных источников по проблеме обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций сельской местности, исследователю удалось представить ряд особенностей кадрового обеспечения современного сельского здравоохранения:



- Проблема обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций сельского здравоохранения остается крайне актуальной, требующей системного подхода к разработке и реализации мероприятий, направленных на привлечение и удержание специалистов в сельской местности, с обязательным учетом особенностей субъекта Российской Федерации;
- Доля врачей, работающих в медицинских организациях Российской Федерации, расположенных в сельской местности, составляет 8,1% от общего числа врачей, занятых в системе российского здравоохранения в целом. Медицинские организации сельской местности функционируют в условиях стабильного кадрового дефицита, о чем свидетельствует недостаточный уровень укомплектованности сельских организаций здравоохранения, находящийся на уровне 86,5%, а также высокий коэффициент совместительства, составляющий в среднем 1,43;
- Повсеместное постарение врачебных кадров является значимой проблемой для нормального функционирования медицинских организаций сельской местности. В половозрастной структуре врачебного персонала современного сельского здравоохранения отмечается преобладание лиц женского пола (около 70%), а также наличие значительной доли врачей, в возрасте старше 50 лет (около 40%);
- Молодые врачи не спешат связывать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности по ряду причин, среди которых неудовлетворенность уровнем заработной платы и условиями труда, недостаточный уровень социальной и профессиональной защиты, отсутствие условий для профессионального роста и развития;
- Проблема комплектования медицинских организаций сельской местности в РФ решалась в разное время разными способами, в том числе благодаря принудительному направлению на работу в государственные медицинские организации, испытывающие кадровый дефицит, реализации механизма «целевой подготовки», а также осуществлению социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения;

- Современные предложения по улучшению кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности позволяют выделить такие направления, как повышение престижа профессии и формирование позитивного образа сельского врача, расширение возможностей для профессионального совершенствования и повышения квалификации, расширение пакета материальных предложений для сельских врачей, активное вовлечение региональных и муниципальных представителей власти, активное содействие образовательных организаций в процессе комплектования врачебными кадрами медицинских организаций сельской местности.

## Глава II. Материалы и методы исследования

### 2.1. Характеристика базы исследования

Работа выполнена на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России).

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России основан в 1920 году в качестве медицинского факультета при Нижегородском университете, в 1930 году он преобразован в Горьковский медицинский институт. В 1994 году институт получил статус Академии.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в соответствии с Уставом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 октября 2018 г. № 691, является федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования, реализующим образовательные программы высшего образования, среднего общего образования, среднего профессионального образования, дополнительные профессиональные программы (бакалавриат, специалитет, магистратура), дополнительные общеобразовательные программы, основные образовательные программы послевузовского медицинского образования и фармацевтического образования в ординатуре, а также программы подготовки научных кадров в аспирантуре и докторантуре.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России представлен в Национальном агрегированном рейтинге (входит в Топ-100 (1 лига) за 2021 год), в т.ч.:

- национальном рейтинге Университетов агентства Интерфакс (оценка В),
- рейтинг «Первая миссия» (оценка В),
- рейтинг по индексу Хирша (оценка А),
- рейтинг «Самые востребованные ВУЗы России» (оценка А),
- рейтинг мониторинга эффективности ВУЗов (оценка А),
- рейтинг «Оценка качества обучения» (оценка А),

- рейтинг международное признание (оценка А),  
а также в таких публично-признаваемых в России рейтингах, как:
- международные рейтинги SCImago — 726 место среди 7500 организаций со всего мира, Q1),
- THE Impact Ranking - 1001+; SDG 1 NO POVERTY 401+ ЦУР (Цель устойчивого развития) 1 Борьба с бедностью,
- SDG 2 ZERO HUNGER 301-400 ЦУР(Цель устойчивого развития) 2 Борьба с голодом,
- SDG 3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING 401-600 ЦУР (Цель устойчивого развития) 3 Здоровье и благополучие,
- SDG 4 QUALITY EDUCATION 801+ ЦУР (Цель устойчивого развития)4 Качество образования,
- SDG 17 PARTNERSHIPS FOR THE GOALS 1001+ Партнерство для достижения целей.

Деятельность Университета осуществляется в соответствии с учредительными документами:

- Уставом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.10.2018 г. № 691;
- Лицензией на осуществление образовательной деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки (рег. № 2739 от 07.05.2018 г., серия 90Л01, №0009840, бессрочно);
- Свидетельством о государственной аккредитации, выданным Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки (рег. №2859 от 26.06.2018 г., серия 90А01, № 0003001, срок действия свидетельства до 21.02.2024 г.).

Являясь крупнейшим образовательным и научным медицинским центром Приволжского федерального округа, ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России реализует образовательные программы бакалавриата (1), специалитета (5), ординатуры (51), магистратуры (7), аспирантуры (38), программы ДПО (1122).

В соответствии с Указами Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года», ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России принимает активное участие в достижении целевых показателей Национальных проектов: «Образование», «Здравоохранение», «Наука», «Цифровая экономика» и «Демография». В рамках Национального проекта «Здравоохранение» (Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения медицинскими кадрами») ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России ежегодно выпускает более 1000 специалистов для системы здравоохранения регионов ПФО (прежде всего, для Нижегородской области).

В ВУЗе проходят обучение более 6000 обучающихся. Учебная база ВУЗа представлена 11 учебными корпусами, имеющими современное оснащение, где расположены основные теоретические кафедры, мощным клиническим потенциалом ведущих медицинских организаций – свыше 100 медицинских организаций Нижнего Новгорода и Нижегородской области, 35 профильных организаций других регионов Российской Федерации, а также 40 лечебных баз стран ближнего и дальнего зарубежья. В структуре ВУЗа имеется собственная Университетская клиника, представленная Институтом травматологии и ортопедии и Институтом педиатрии.

Содействие профессиональной занятости обучающихся и выпускников ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России осуществляется посредством деятельности Центра карьеры и профессионального развития (далее – Центр Карьеры) к функциям которого относится изучение рынка труда в сфере здравоохранения, предоставление информации о количестве выпускников по различным направлениям органам управления здравоохранением Нижегородской области и другим субъектам Российской Федерации, а также организация временной занятости обучающихся – работа на должностях младшего и среднего медицинского персонала, организация взаимодействия студентов и

потенциальных работодателей, организация мероприятий по профессиональной ориентации абитуриентов и обучающихся, наставничество. Профориентационная работа с абитуриентами осуществляется отделом профориентации и работы с абитуриентами.

Нижегородская область - субъект Российской Федерации, расположенный в центре европейской части России. Это один из крупнейших регионов Центральной России, площадь которого составляет 76624 км<sup>2</sup>, протяжённость с юго-запада на северо-восток более 400 км. Муниципальными образованиями региона являются 15 городских и 36 муниципальных округов (в числе которых городских поселений – 78, сельских поселений – 531). Численность населения Нижегородской области составляет 3,1 млн. человек, в том числе численность сельского населения составляет 650386 человек (20,1%). Плотность населения - 40,71 человека/км<sup>2</sup>, удельный вес городского населения составляет 79,9 %. Средняя продолжительность жизни 68,9 лет (мужчины – 63,8, женщины – 74,0). Среднедушевой денежный доход населения в месяц составляет 37524 руб., величина прожиточного минимума на 2022 год составляет 13513 руб., среднемесячная заработная плата составляет 41369 руб. Для социально-демографической ситуации Нижегородской области характерна естественная убыль населения до - 4,2 (на 1000 человек населения), прогрессирование процесса урбанизации: доля городского населения увеличилась до 84%.

Медицинскую помощь населению Нижегородской области оказывает 177 медицинских организаций, в том числе 45 центральных районных больниц. Количество коек в медицинских организациях сельской местности – 9155. В стационарах ежегодно пролечивается порядка 230 тыс. человек, годовая мощность амбулаторно-поликлинических организаций сельской местности более 40 тыс. посещений в смену.

## 2.2. Этапы, методы и дизайн исследования.

Исследовательская работа была проведена в четыре этапа (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Дизайн исследования

Этап исследования		Методы исследования	Единица наблюдения и объем исследования	Первичная документация
I	Изучение и анализ литературных источников, нормативной и статистической документации по вопросам кадрового обеспечения сельского здравоохранения в России и за рубежом (2010 – 2021 гг.)	Аналитический; Контент-анализ	Отечественные (n = 170) и зарубежные литературные источники (n = 83); Российские нормативно-правовые акты (n = 35); Формы ФФСН №17 (n = 10) и ФФСН №30 (n = 12) Министерства здравоохранения Нижегородской области	Источники литературы, нормативные правовые акты; ФФСН № 17 «Сведения и медицинских и фармацевтических работников»; ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации»
II	Анализ системы формирования кадрового потенциала для МОСМ на примере Нижегородской области	Аналитический; Статистический	Отчеты ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России о реализации целевого обучения (n = 10); Результаты реализации ОЦП «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006 - 2020 годы» за 2006 – 2011 гг. (n = 6) Результаты реализации ОЦП «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы» за 2011 – 2013 гг. (n = 3) Результаты реализации Программы «Земский доктор» на территории Нижегородской области за 2012 – 2016 гг. (n = 5)	Ежегодные отчеты о результатах целевого обучения студентов за 2011 – 2021 гг. Материалы программного комплекса на базе Microsoft Office Excel 2017 по результатам реализации мероприятий СЭС специалистов МОСМ в Нижегородской области с 2006 по 2016 гг.
III	Изучение и анализ социально-демографических и профессионально-мотивационных особенностей специалистов сельского здравоохранения	Социологический; Аналитический; Метод экспертных оценок; Статистический	Интерны и ординаторы (n = 612) Сельские врачи – участники программ социально-экономического стимулирования (n = 561)	Анкета выпускника ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; Анкета участника мероприятий СЭС
IV	Разработка комплекса мероприятий, направленных на привлечение выпускников в медицинские организации сельской местности	Аналитический; Статистический; Организационное моделирование; Организационный эксперимент	Критерии оценки эффективности содействия трудоустройству выпускников в МОСМ; Модель взаимодействия участников целевого обучения; Оценка эффективности профориентационных мероприятий, реализуемых ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России	Отчеты о работе Центра карьеры и профессионального развития и отдела профориентации и работы с абитуриентами ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России за 2019-2022 гг.

**На I этапе** проведен анализ литературных источников, посвященных проблемам кадрового обеспечения современного здравоохранения в России и за рубежом, а также анализ нормативно-правовой базы, касающейся вопросов оказания медицинской помощи населению сельских и отдаленных регионов. Изучение имеющихся по указанной тематике диссертационных работ проводилось в Центральной научной медицинской библиотеке государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», а также на базе научной библиотеки ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, которая располагает всеми необходимыми современными источниками для проведения научной работы (автоматизированная информационная библиотечная система (АИБС) «МегаПро», внутренняя электронно-библиотечная система).

Дополнительно был изучен ряд монографий и периодических изданий в фондах государственного бюджетного учреждения культуры Нижегородской области «Нижегородская государственная областная универсальная научная библиотека им. В.И. Ленина». Доступ к нормативно-правовым документам осуществлялся посредством лицензионной системы «Консультант-Плюс». В общей сложности обработано 217 литературных источников, датированных преимущественно 2007 – 2021 гг., в том числе 32 нормативно-правовых акта Российской Федерации и СССР, по данным которых был составлен обзор литературы и нормативной базы по актуальным вопросам кадрового обеспечения организаций здравоохранения и оказания медицинской помощи населению сельских и отдаленных регионов.

**II этап** исследования посвящен анализу механизмов формирования кадрового потенциала для медицинских организаций сельской местности на примере Нижегородской области, в рамках которого изучены ежегодные отчеты ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России о результатах реализации целевого приема и целевого обучения, материалы программного комплекса министерства здравоохранения Нижегородской области о результатах реализации мероприятий



социально-экономического стимулирования специалистов сельского здравоохранения с 2006 по 2019 гг. Проведена оценка эффективности целевого приема и целевого обучения студентов ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Анализ реализации мероприятий социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения проводился на основании данных, представленных министерством здравоохранения Нижегородской области. В исследование включены результаты реализации Областной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» на 2006 - 2020 годы» за 2006 – 2011 гг., результаты реализации Областной целевой программы «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы» за 2011 – 2013 гг., результаты реализации Программы «Земский доктор» на территории Нижегородской области за 2012 – 2019 гг. Проведена аналитическая оценка следующих параметров: количество участников мероприятий социально-экономического стимулирования, динамика численности участников в зависимости от вида и объема мер материальной поддержки, особенности территориального распределения молодых специалистов, принявших участие в мероприятиях социально-экономического стимулирования.

**На III этапе** проведено анкетирование интернов, клинических ординаторов (группа 1) и молодых специалистов, участников Программ социально-экономического стимулирования (группа 2).

Предварительно была разработана анкета для выпускников медицинского ВУЗа, состоящая из 19 вопросов, 5 из которых касались социально-демографических показателей (возраст, пол, семейное положение, наличие детей, место проживания до поступления в ВУЗ), а 14 – профессиональных и личностных аспектов трудовой деятельности врача в условиях сельского здравоохранения. Было изучено мнение респондентов относительно планов работы после окончания ВУЗа, преимуществ и недостатков работы в государственных медицинских организациях, отношения к работе в медицинских

организациях сельской местности, позитивных и негативных аспектов данного вида врачебной деятельности и стимулирующих факторов (Приложение 1. Анкета обучающегося (интерна и ординатора)).

Группу 1 сформировали 612 анкет интернов и клинических ординаторов ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, полученных при проведенном одномоментном очном групповом аудиторном анкетировании. Респонденты проходили обучение в интернатуре и ординатуре на кафедрах ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России по специальностям: терапия, кардиология, неврология, хирургия, анестезиология и реаниматология, акушерство и гинекология, стоматология, педиатрия, травматология и ортопедия, оториноларингология, урология и др.

В ходе исследования данная группа была разделена на две подгруппы: подгруппа 1а включила 161 респондента, которые рассматривали возможность профессиональной деятельности в медицинских организациях сельской местности, подгруппа 1б состояла из 451 молодого специалиста, которые исключили возможность перспективы работы в сельской местности.

Анкета для молодых специалистов – участников Программ социально-экономического стимулирования также была специально разработана и состояла из 30 вопросов, 9 из которых отражали социально-демографические показатели (возраст, пол, семейное положение, наличие детей, характеристика жилья и населенного пункта), оставшиеся вопросы были посвящены различным аспектам работы в медицинских организациях сельской местности. Респондентам предлагалось охарактеризовать полученные материальные предпочтения, жилищные условия, ответить на вопросы относительно дохода, особенностей проживания в сельской местности, дальнейших планах по окончании срока договора (Приложение 2. Анкета молодого специалиста сельского здравоохранения).

Анкетирование респондентов из числа молодых специалистов сельской местности проводилось министерством здравоохранения Нижегородской области на базах 48 центральных районных больниц Нижегородской области, в

исследование включена 561 корректно заполненная анкета, сформировавшая группу 2. После обработки ответов общей группы молодых специалистов, на следующем этапе были сформированы две подгруппы. Подгруппа 2а включила 301 молодого специалиста, которые не планируют покидать населенный пункт после окончания срока участия в Программе, в группу 2б были включены 94 молодых специалиста, которые планируют покинуть населенный пункт после окончания срока участия в Программе. 166 анкет не подверглись включению в ту или иную группу по причине наличия ответа «не определился с решением» и невозможностью соотнесения данной категории респондентов ни к когорте планирующих остаться в сельской местности, ни к когорте выразивших намерение покинуть её.

Поскольку в нашем исследовании применялась бесповторная выборка альтернативного признака, для определения необходимого объема выборки использовалась формула:

$$n = \frac{t^2 \sigma^2 N}{\Delta^2 N + t^2 \sigma^2}$$

где  $n$  – объем выборки;  $\sigma$  - дисперсия, или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности;  $t$  - коэффициент доверия (критерий достоверности);  $\Delta$  - предельная ошибка выборки;  $N$  - численность генеральной совокупности. В нашем исследовании количество обучавшихся на момент анкетирования интернов и ординаторов составило 620 человек. В анкетирование включено 612 корректно заполненных анкет:

$$n = \frac{4 \times 0,25 \times 620}{0,0025 \times 620 + 4 \times 0,25} = 243$$

Следовательно, выборка в 612 человек является репрезентативной.

Общее количество молодых специалистов, являвшихся на момент проведения исследования участниками программ социально-экономического стимулирования составило 987 человек, из которых приняли участие в анкетировании – 561 человек:

$$n = \frac{4 \times 0,25 \times 987}{0,0025 \times 987 + 4 \times 0,25} = 284$$

Таким образом, выборка, равная 561 респонденту является репрезентативной.

Для расчета необходимой случайной выборочной совокупности нами была использована максимальная величина дисперсии ( $\sigma^2$ ), равная 0,25, что позволило нам рассчитать завышенную численность выборки, гарантирующую меньшую ошибку объема выборочной совокупности без предварительного проведения пробного социологического опроса.

Предельная ошибка выборки ( $\Delta$ ) и коэффициента доверия ( $t$ ) устанавливается исследователем в зависимости от требуемой точности и надежности проводимого социологического исследования. Наиболее применяемыми значениями в социологических исследованиях в здравоохранении являются:  $\Delta = 0,05$  и  $t = 2$ , что обеспечивает достоверность результатов в 95 случаях из 100 с предельной ошибкой  $\pm 5\%$ .

Статистическая обработка результатов анкетирования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistika 6.1. Данные представлены в зависимости от распределения либо в виде среднего ( $M$ ) и стандартного отклонения ( $\sigma$ ), либо в виде медианы ( $Me$ ) и интерквартильного размаха [ $Q_{25}$ ;  $Q_{75}$ ].

Расчет стандартной ошибки доли проводился по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}$$

где  $P$  – показатель в %,  $n$  – количество наблюдений. Результат отображался в виде  $(P \pm m)\%$ .

Для оценки межгрупповых различий использовались однофакторный дисперсионный анализ, при сравнении частотных величин – критерий  $z$ .

При обработке вопросов анкеты, предполагаемых ранжирование ответов, было применено определение удельного веса ответа ( $q_k$ ) по формуле:

$$q_k = \frac{2(k - M + 1)}{k(k + 1)}$$

где:  $q_k$  – удельный вес ответа;  $k$  – количество вариантов ответов;  $M$  – место ответа по результатам ранжирования.

Для оценки степени согласованности мнений анкетированных применялся коэффициент конкордации Кендалла, который рассчитывался по формуле:

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3 - n)}$$

где:  $m$  - число экспертов в группе,  $n$  - число факторов,  $S$  - сумма квадратов разностей рангов (отклонений от среднего).

Для выявления связей признаков применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия показателей между группами сравнения считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**IV этап** исследования посвящен разработке и внедрению комплекса организационных мероприятий, направленных на обеспечение сельского здравоохранения врачебными кадрами, включающий профориентационную работу с потенциальными абитуриентами, формирование когорт обучающихся медицинского ВУЗа, мотивированных к трудоустройству в сельскую местность, информационное сопровождение обучающихся медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в медицинские организации сельской местности, сопровождение и мониторинг показателей целевого обучения, в том числе в структуре возможности последующего трудоустройства выпускников в медицинские организации сельской местности, результативность деятельности Центра карьеры и профессионального развития в аспекте содействия трудоустройству выпускников в медицинские организации сельской местности.

Разработанный комплекс организационных мероприятий основан на повышении информированности выпускников медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в медицинские организации сельской местности, активную профориентационную работу с абитуриентами по выявлению профессиональной мотивации и вопросам получения медицинской специальности на основании договоров о целевом обучении с последующим трудоустройством в медицинские организации сельской местности, выявление мотивации к трудоустройству в

сельскую местность среди обучающихся медицинского ВУЗа, информационное сопровождение обучающихся медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства и мероприятиям социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения, разработку методики оценки деятельности Центра карьеры и профессионального развития в части эффективности содействия трудоустройству выпускников в МОСМ. Сформированы предложения по практическому применению результатов исследования. Предложена организационная модель обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций сельской местности, основанная на взаимосвязи между элементами «абитуриент – обучающийся – выпускник», предусматривающая систему персонифицированного профессионального ориентирования для каждого элемента системы.

Разработаны и утверждены министерством здравоохранения Нижегородской области мероприятия по совершенствованию механизма целевого обучения, а также мероприятия по реализации наставничества для обучающихся целевой основы обучения в виде соглашения о взаимодействии при реализации механизма целевого обучения и соглашения о реализации наставничества. Разработаны и внедрены в работу ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России: электронный модуль «Мониторинг целевого обучения» консолидированная электронная база «Когорты студентов», программа дополнительного профессионального образования «Актуальные вопросы наставничества в подготовке обучающихся медицинского ВУЗа».

## **Глава III. Оценка условий формирования кадрового потенциала для медицинских организаций сельской местности**

### **3.1. Анализ эффективности целевого приема и целевого обучения на примере ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России**

Целевая подготовка обучающихся в настоящее время является традиционным и достаточно эффективным методом в системе мероприятий по обеспечению медицинскими кадрами государственных организаций здравоохранения [35, 60, 107]. Механизм целевого приема и целевого обучения определен статьей 71.1 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и в разные годы был реализован на основании следующих нормативных документов: постановление Правительства Российской Федерации от 27.11.2013 г. № 1076 г. Москва «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.03.2019 № 302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076» и, действующим в настоящее время, Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 № 1681 (ред. от 31.08.2021) «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России осуществляет целевую подготовку обучающихся по следующим программам специалитета: 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия, 31.05.03 Стоматология, 32.05.01 Медико-профилактическое дело, 33.05.01 Фармация. Прием на целевое обучение осуществляется на основании договоров о целевом обучении, заключенных между заказчиками целевого обучения, организацией-работодателем, абитуриентом и ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Прием документов на целевое обучение осуществляется в пределах установленной квоты целевого приема и ежегодно детализируемой

Министерством здравоохранения Российской Федерации. Перечень заказчиков целевого обучения, для которых ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России осуществляет целевую подготовку, представлен такими регионами, как Нижегородская, Владимирская, Кировская, Костромская, Тульская, Ивановская, Пензенская области, Республика Чувашия, Республика Марий Эл, Республика Мордовия), а также медицинскими организациями Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации, ОАО «РЖД-Медицина», учреждениями Управления Федеральной службы в сфере защиты прав и благополучия человека (Роспотребнадзор).

В рамках проводимого исследования, проанализирована результативность целевого приема с 2011 г. по 2019 г., целевого обучения и исполнения обязательств, предусмотренных договором о целевом обучении, сторонами указанного договора по программам специалитета (рис. 3.1)

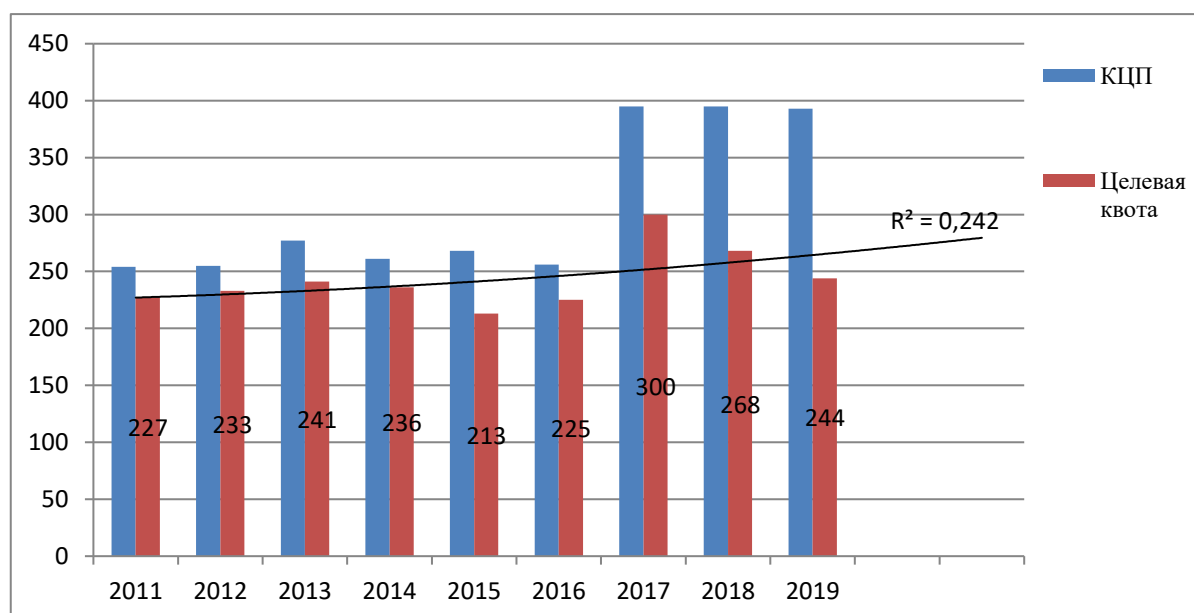


Рисунок 3.1 - Динамика КЦП и квот целевого приема по программам специалитета (абс.знач.)

С 2011 г. динамика доли квот целевого приема имеет незначительную тенденцию роста ( $R^2 = 0,242$ ;  $y = 0,2922x^2 + 1,7446x + 225,02$ ) и составляет в среднем 81,3% от общего количества мест, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Рост доли квот целевого приема



происходит преимущественно за счет увеличения количества квот для организаций-работодателей Нижегородской области (58,4% из общей квоты целевого приема). По остальным заказчикам целевого обучения количество целевых мест остается достаточно стабильным.

Результаты приемных компаний ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России с 2011 демонстрируют 98%-ю заполняемость на места приема, предусмотренные в рамках квот целевого приема. Однако, в ходе исследования удалось выявить, в структуре медицинских организаций, в которые будет осуществляться последующее трудоустройство выпускника целевого обучения в меньшей степени представлены медицинские организации сельской местности (рис. 3.2).



Рисунок 3.2 - Доля договоров о целевом обучении, организациями-работодателями в которых являются медицинские организации сельской местности, в общей структуре договоров о целевом обучении (%)

Как показано на рисунке 3.2 - доля медицинских организаций сельской местности, фигурирующих в договорах о целевом обучении по программам специалитета в качестве организаций, в которые в последующем будет осуществляться трудоустройство выпускника, составляет в среднем  $19,6 \pm 5,6\%$  от общего числа договоров о целевом обучении. Данный факт свидетельствует о

недостаточной востребованности МОСМ среди абитуриентов, заключающих договоры о целевом обучении при поступлении в медицинский ВУЗ, с целью последующего трудоустройства в МОСМ после завершения срока освоения образовательной программы.

В ходе исследования проведена сравнительная оценка конкурсного балла при приеме на места в рамках целевой квоты и контрольных цифр приема по основным программам специалитета: Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 - Сравнительная оценка конкурсного балла при приеме на места в рамках целевой квоты и общего конкурса (абс.знач.)

Год	Специальность обучения					
	Лечебное дело		Педиатрия		Стоматология	
	Общий конкурс	Целевое обучение	Общий конкурс	Целевое обучение	Общий конкурс	Целевое обучение
2011	260±11,6	232,8±13,7	238,7±9,4	210,6±18,1	277,4±10,3	235,1±16,6
2012	259,9±10,7	235,7±22,4	242,4±11,3	226,1±9,9	279,9±11,5	240,6±23,0
2013	278,2±6,2	242,3±18,4	262,4±7,1	236,8±14,0	286,0±6,9	250,2±20,1
2014	267,5±11,6	229,6±21,4	251,8±8,9	223,3±10,9	289,5±8,9	232,4±18,8
2015	275,3±10,2	226,9±22,1	255,8±7,2	217,1±21,9	291,1±6,1	219,9±21,3
2016	269,5±12,9	231,4±21,3	243,6±11,6	218,8±18,9	282,5±5,6	230,1±19,7
2017	270,3±13,0	203,9±11,3	252,2±9,1	193,6±9,6	289,6±8,4	201,4±18,1
2018	248,4±9,8	212,6±19,1	245,5±10,2	189,±9,2	248,2±11,2	222,5±12,9
2019	250,6±9,9	220,8±14,2	248,7±7,2	197,7±10,7	253,7±12,5	209,6±11,4

За исследуемый период (с 2011 по 2019 гг.), конкурсный балл по общему конкурсу был значимо выше по всем специальностям, чем конкурсный балл на места для целевого обучения. Максимальный средний конкурсный балл в рамках контрольных цифр приема, за исследуемый период, выявлен по специальности «Стоматология» (289,6±8,4), где также прослеживался самый высокий средний конкурсный балл среди абитуриентов в рамках целевой квоты 250,2±20,1. По специальности «Лечебное дело» максимальный уровень конкурсного балла в рамках КЦП составил 278,2±6,2, в то время как в рамках квот целевого приема

конкурсный балл составлял  $235,7 \pm 22,4$ , по специальности «Педиатрия» максимальный конкурсный балл на места в рамках КЦП составил  $255,8 \pm 7,2$ , на места в рамках квот целевого приема -  $236,8 \pm 14,0$ .

Анализ успеваемости студентов целевого обучения ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, обучающихся в рамках договора о целевом обучении с МОСМ, показал относительно невысокий уровень успеваемости и явную вариабельность оценок от уровня «удовлетворительно» до уровня «хорошо», средний балл промежуточных аттестаций увеличивается от первого к шестому курсу: наиболее высокий средний балл по результатам сессий показали студенты стоматологического факультета (3,57 – 4,76 балла), затем студенты лечебного (3,37 – 4,31 балла) и педиатрического (3,35 – 4,07 балла) факультетов.

Одним из критериев оценки способности к обучению и профессиональной мотивации обучающихся по договорам о целевом обучении является изучение структуры причин отчислений в процессе обучения (рис. 3.3)

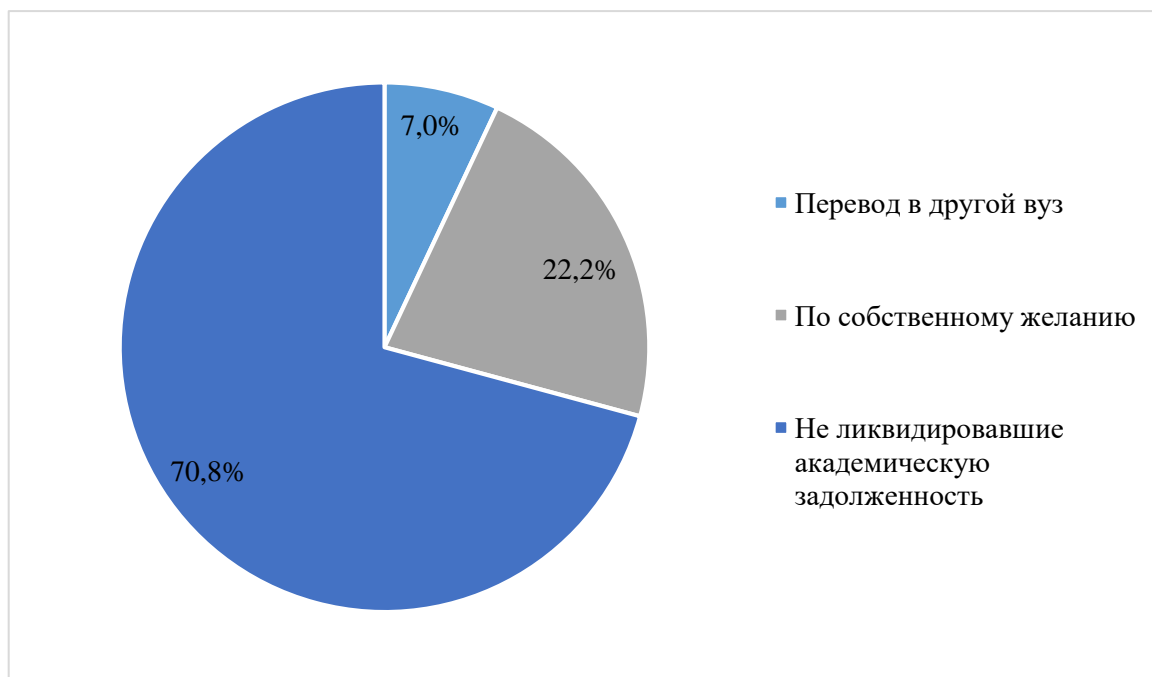


Рисунок 3.3 – Академический статус и структура причин отчисления лиц, обучающихся по договорам о целевом обучении (%)

За период с 2011 по 2020 гг. из ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России отчислено 9,4% студентов целевого обучения. Основная доля отчислений наблюдалась на лечебном факультете и составила 10,4% от количества

зачисленных на данный факультет, с педиатрического факультета отчислено 8,6% целевиков, со стоматологического факультета – 3,8% обучающихся. В структуре причин отчисления целевиков значительную долю составили отчисления по причине наличия академической задолженности – 70,8% обучающихся, отчисления по собственному желанию составили 22,2%, по причине перевода в другой ВУЗ – 7% (рис. 3.3).

В ходе исследования проведена оценка возможности восполнения дефицита врачебных кадров медицинских организаций сельской местности за счет выпуска специалистов, завершивших обучение по программам специалитета ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в 2015-2019 гг. (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Сравнительная оценка выпуска специалистов ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России и потребности во врачебных кадрах МОСМ Нижегородской области (абс. знач.)

Год выпуска	Количество выпускников		Продолжили обучение в ординатуре из числа завершивших обучение	Количество вакантных ставок в МОСМ
	всего завершивших обучение за счет бюджетных ассигнований	в том числе, обучавшихся в пределах квот целевого приема		
2015	306	91	73	883,25
2016	310	115	83	927,8
2017	287	81	79	993,2
2018	318	113	94	1077,25
2019	336	122	91	1136,5

Полученные данные о соотношении кадровой потребности медицинских организаций сельской местности и численности выпускаемых ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России специалистов здравоохранения свидетельствуют о высокой потребности сельского здравоохранения во врачебных кадрах, которая в 3,22 раза превышает возможности выпуска специалистов, обучавшихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в том числе в 9,6 раза возможности выпуска специалистов, обучавшихся в пределах квот целевого приема.

Целевая подготовка специалистов является общепризнанным методом гарантированного формирования кадрового потенциала для медицинских организаций, в том числе для сельских территорий. При сравнительной оценке показателей целевого приема выявлена 100%-я заполняемость мест, предусмотренных в пределах квот целевого приема. Доля квот целевого приема в структуре КЦП составляет 81,3%, в то время как доля договоров о целевом обучении, в которых медицинские организации сельской местности фигурируют в качестве организаций для последующего трудоустройства выпускника составляет 19,6±5,6%. Также выявлено, что 10,4% обучающихся целевого обучения, заключивших договоры о целевом обучении с МОСМ, отчисляются из ВУЗа на этапе освоения образовательной программы, в том числе как не ликвидировавшие академическую задолженность, в основном по профильным предметам 1 курса – по химии и биологии. Наличие данного факта свидетельствует о необходимости проведения активной профориентационной работы как с обучающимися медицинского ВУЗа, так и с абитуриентами ещё на этапе формирования профессиональных интересов с целью профилактики недостаточного уровня подготовки по профильным предметам, а также ошибочного (случайного) выбора медицинской специальности.

Необходимость проведения первичной профессиональной ориентации абитуриентов подтверждают и результаты анализа ежегодных итоговых отчетов отдела профориентации и работы с абитуриентами ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России за 2017 – 2019 годы: 47% абитуриентов нуждаются в помощи специалиста по профессиональной ориентации на этапе завершения общеобразовательного учреждения, 38% потенциальных абитуриентов нуждаются в информировании о возможности последующего трудоустройства, в том числе: 34% нуждаются в информировании о возможности трудоустройства в медицинские организации сельской местности, в которой они проживают, а 76% потенциальных абитуриентов озвучивают дефицит знаний о возможности получения высшего образования в рамках договора о целевом обучении.

### 3.2. Сравнительный анализ мероприятий социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения, реализуемых на территории Нижегородской области с 2006 по 2019 годы

При проведении анализа результатов реализации программ социально-экономического стимулирования за период с 2006 по 2019 год удалось представить картину, отражающую динамику притока молодых специалистов-врачей в систему сельского здравоохранения Нижегородской области (рис. 3.4).

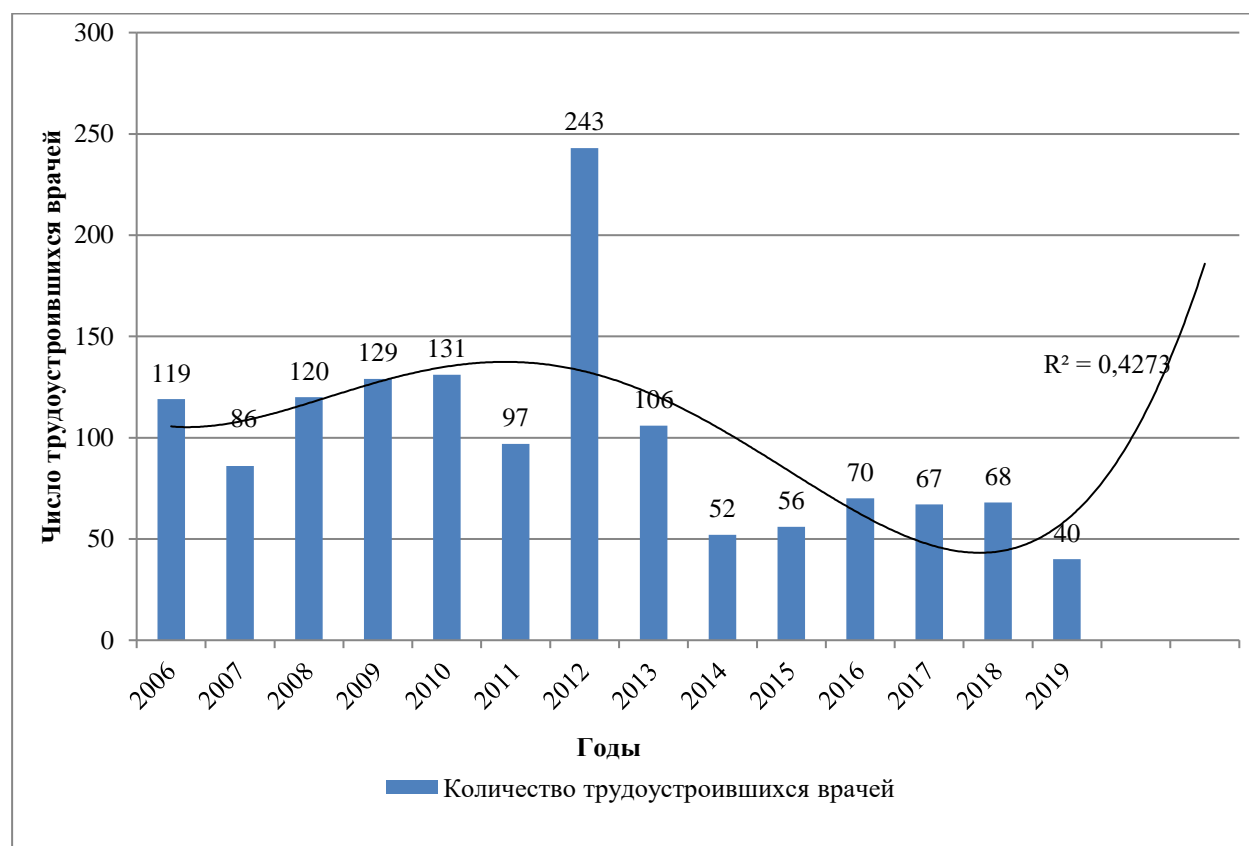


Рисунок 3.4 - Динамика привлечения врачей в медицинские организации сельской местности в рамках реализации мероприятий социально-экономического стимулирования специалистов сельского здравоохранения на территории Нижегородской области (абс. знач.)

Исходя из полученных данных, можно утверждать, что до 2010 года количество молодых специалистов, принявших участие в региональной программе социально-экономического стимулирования и прибывших на работу в медицинские организации сельской местности, имело тенденцию стабильного

роста и составило в среднем около 110 человек в год. При построении тренда притока врачебных кадров в условиях сохранения видов материального стимулирования, обнаруживается низкая достоверность тенденции роста числа участников данных социально-экономических мероприятий ( $R^2 = 0,4273$ ,  $y = 0,0537x^4 - 1,4192x^3 + 10,465x^2 - 9,782x + 116,23$ ), что обусловлено разнородностью мер материально-экономического стимулирования (предоставление готового жилья и автомобиля до 2012 года и последующее предоставление с 2012 г. ЕКВ в размере 1 млн.руб.), объема финансирования.

В ходе исследования было проведено разделение периодов реализации мероприятий социально-экономического стимулирования по содержательному принципу и выявление тенденции привлечения врачебных кадров в сельское здравоохранение с учетом предлагаемых условий.

На рисунке 3.5 представлена динамика притока молодых специалистов, заключивших соглашение о предоставлении мер социально-экономической поддержки в рамках региональной программы привлечения врачебных кадров в медицинские организации сельской местности Нижегородской области и обеспечения молодых специалистов готовым жильем и автомобилем с 2006 по 2012 гг.

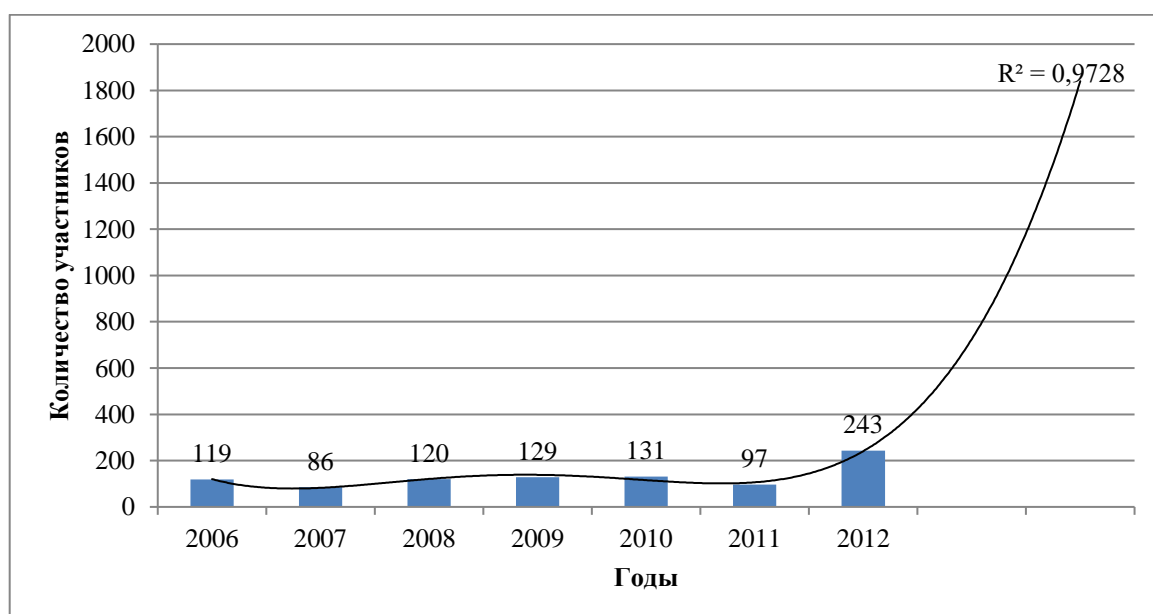


Рисунок 3.5 - Динамика притока молодых специалистов в медицинские организации сельской местности в 2006-2012 гг. (абс. знач.)

Таким образом, выявлено, что в течение периода реализации ОЦП «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования и здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области» по обеспечению молодых специалистов готовым жильем, с 2006 по 2012 годы, количество привлеченных врачебных кадров имело нестабильный характер и демонстрировало достоверную тенденцию роста числа привлекаемых специалистов в сельские медицинские организации, при условии сохранения возможности получения жилья ( $R^2 = 0,9728$ ,  $y = 3,1439x^4 - 47,47x^3 + 244,17x^2 - 485,01x + 405,29$ ).

Рекордных показателей привлечения молодых врачей в систему сельского здравоохранения удалось достичь в 2012 году, когда к действующим мерам социально-экономического стимулирования были добавлены единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты Нижегородской области.

Молодым врачам, прибывшим в сельскую местность в 2011-2012 годах, дополнительно к обеспечению жильем и автотранспортным средством была дана возможность получения единовременной компенсационной выплаты в размере 1 миллиона рублей. Данные меры позволили повысить интерес молодых специалистов к мероприятиям социально-экономического стимулирования в 2012 году и достичь пиковых показателей привлечения врачебных кадров в сельское здравоохранение Нижегородской области.

Дополнительно установлено, что с 2013 года в процессе упразднения мероприятий по обеспечению готовым жильем обнаруживается достоверная тенденция снижения уровня притока врачей в сельскую местность (рис. 3.6).





Рисунок 3.6 - Динамика притока врачебных кадров в сельскую местность в 2013 – 2019 гг. (абс. знач.)

Полученное уравнение зависимости ( $y = -2,5833x^3 + 31,964x^2 - 119,17x + 192,29$ ) числа привлеченных специалистов в сельское здравоохранение от стимулирующих условий (в данном случае – единовременная компенсационная выплата равная 1 000 000 рублей) и уровень коэффициента аппроксимации  $R^2 = 0,9174$  позволяют сделать предположение о достоверном снижении числа привлеченных врачей в медицинские организации сельской местности даже при сохранении заданных условий.

Таким образом, именно объем мер государственной социально-экономической поддержки по предоставлению готового жилья являлся более сильным стимулом в принятии молодыми специалистами решения о переезде и трудоустройстве в сельской местности, нежели возможность получения единовременной выплаты в размере одного миллиона рублей, хотя и с достаточной степенью вероятности можно прогнозировать повышение притока молодых врачей в рамках Программы «Земский доктор» в среднесрочной перспективе.

Сравнение объема финансовых затрат на реализацию мероприятий социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения показал, что мероприятия социальной поддержки молодых специалистов «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования, здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области" на 2006-2020 годы» и «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы», реализуемые с 2006 по 2013 гг., в суммарном объеме были финансированы в значительно большей степени, нежели мероприятия по предоставлению единовременной социальной выплаты в рамках программы «Земский доктор» 949585000 руб. и 833560000 руб. против 313000000 руб. соответственно (табл. 3.3).

Таблица 3.3 - Сравнительная характеристика финансирования мероприятий социально-экономического стимулирования специалистов сельского здравоохранения (абс.знач.)

Наименование мероприятия	Обязательства участника	Вид и объем выплат	Затраты на 1 участника (руб.)	Сумма затрат (руб.)
«Социально-экономическая поддержка молодых специалистов, работающих в учреждениях образования, здравоохранения, спорта и культуры Нижегородской области на 2006-2020 годы»	Отработать не менее 10 лет (не менее, чем на 1 ставку)	Социальные выплаты на погашение кредита и % по нему: жилье инд./блок. застройки (65 кв.м.) – 2145000 руб., квартира – 1300000 руб. (одному из супругов 1500000 руб.) автомобиль – 178000 руб.	167712 ± 82660	949585000
«Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011-2023 годы»	Отработать не менее 10 лет (не менее, чем на 1 ставку)	Социальные выплаты на погашение кредита и % по нему: строительство/приобретение жилья (65 кв.м.) – 2145000 руб. (одному из супругов 3217500 руб.) автомобиль – 282450 руб.	1947570 ± 75531	833560000
«Земский доктор»	Отработать не менее 5 лет (не менее, чем на 1 ставку)	Единовременная выплата = 1 млн. руб.	1000000	313000000

Анализ финансовых затрат на одного участника по каждому из анализируемых социально-экономических мероприятий показал, что в рамках мероприятий 2006-2013 гг. каждый молодой специалист получил от 1 677 712 ± 82 660 до 1 947 570 ± 75 531 рублей, а в рамках мероприятий по предоставлению единовременной компенсационной выплаты 1 000 000 рублей.

При сопоставлении финансовых затрат на одного молодого специалиста сельского здравоохранения были учтены и его обязательства, как участника социально-экономического мероприятия, по осуществлению трудовой деятельности в течение заявленного программой периода. Так, при условии, что в рамках мероприятий социально-экономического стимулирования по обеспечению готовым или строящимся жильем с 2006 по 2013 годы, каждому из участников необходимо было отработать в сфере сельского здравоохранения не менее 10 лет, то сумма ежегодных финансовых затрат на одного участника составляла 167 771 ± 8 266 и 194 757 ± 7 553,1 рублей. В то время, как в рамках программы «Земский доктор» сумма затрат на одного участника составила 200 000 рублей ежегодно, при отсутствии условия её целевого использования для приобретения/строительства жилья в том же населенном пункте. На основании вышеизложенного можно утверждать, что мероприятия социально-экономического стимулирования по обеспечению специалистов здравоохранения готовым жильем сопоставимо ниже по затратам и продолжительнее по сроку заявленного периода осуществления трудовой деятельности, а также демонстрируют меньший отток врачебных кадров после окончания срока действия договорных обязательств.

Результаты привлечения молодых специалистов в сельское здравоохранение были проанализированы с учетом территориальной удаленности сельских населенных пунктов от областного центра и плотности проживания населения в данном районе. Зависимость распределения молодых специалистов от этих факторов представлена на рисунках 3.7 и 3.8.

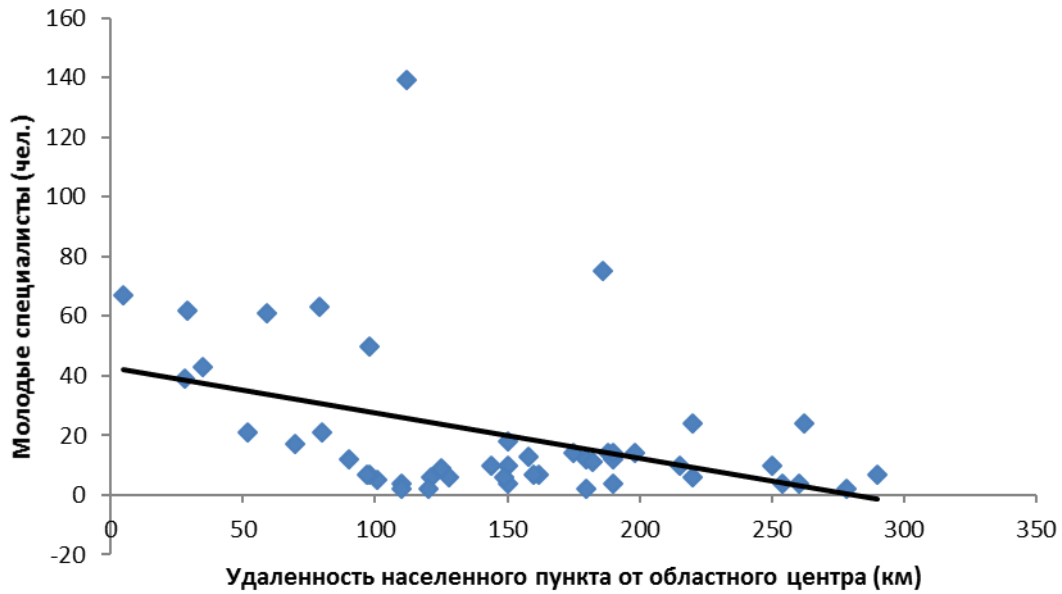


Рисунок 3.7 - Зависимость количества молодых специалистов от удаленности населенного пункта от областного центра (абс. знач.)

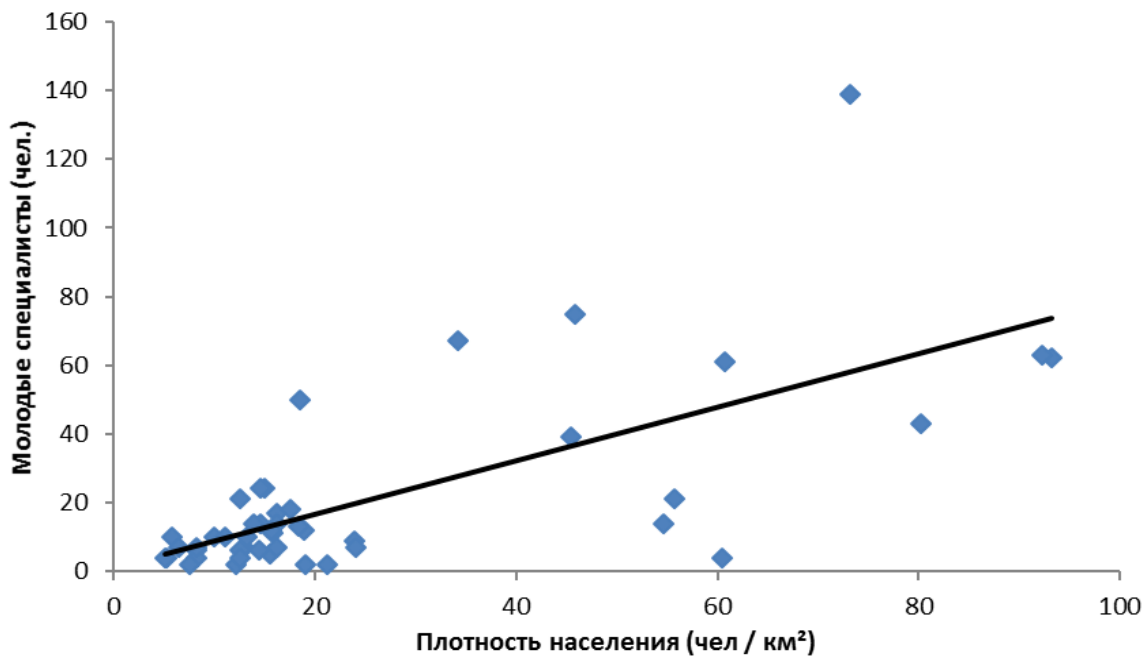


Рисунок 3.8 - Зависимость числа молодых специалистов от плотности населения в районе (абс.знач.)

Исходя из полученных данных, между количеством молодых специалистов, приехавших на работу в сельскую местность, выявляется обратная корреляционная связь средней силы ( $r_s = -0,407$ ,  $p = 0,004$ ) между удаленностью населенного пункта от областного центра и количеством притока молодых врачей

в данные населенные пункты. В то же время прослеживается наличие прямой корреляционной связи ( $r_s = 0,697$ ,  $p < 0,001$ ) между количеством трудоустроившихся молодых специалистов и плотностью проживаемого населения в районе. Таким образом, при выборе медицинской организации для работы, молодые специалисты предпочитали не столь удаленные и достаточно плотно заселенные муниципальные районы.

Проведен анализ влияния мероприятий социально-экономической поддержки молодых специалистов на показатели доступности медицинской помощи сельскому населению, такие как укомплектованность медицинских организаций врачебными кадрами, обеспеченность сельского населения и коэффициент совместительства (рисунок 3.9).

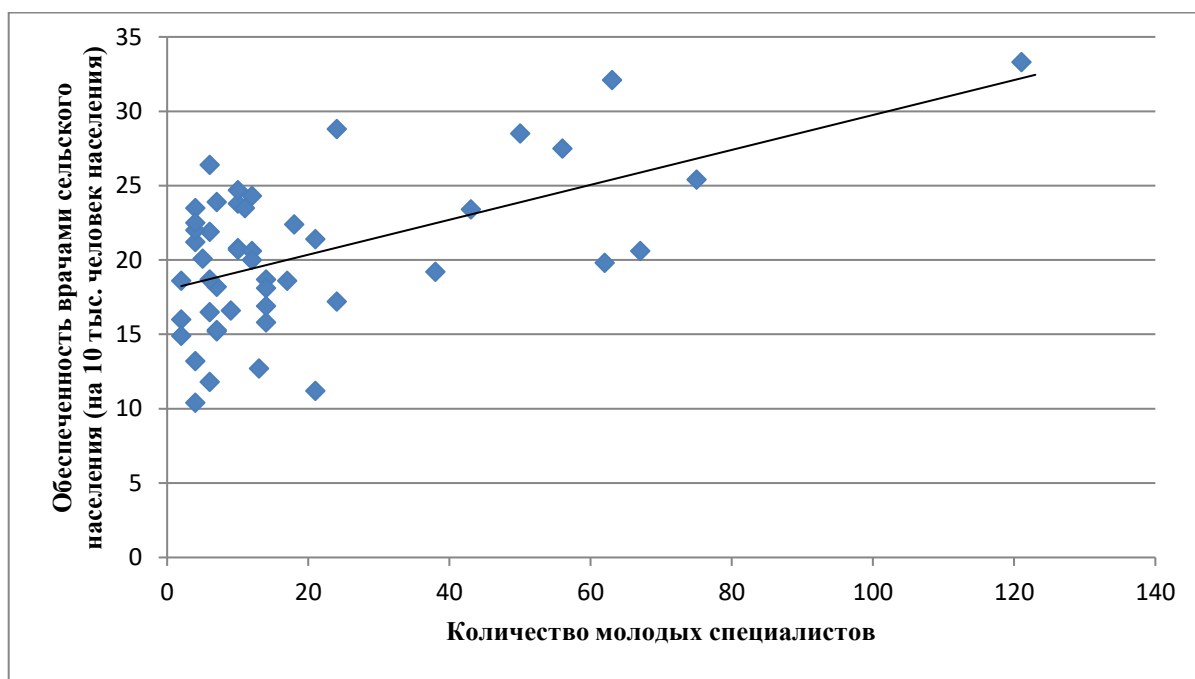


Рисунок 3.9 - Влияние количества молодых специалистов-врачей на показатель обеспеченности врачебными кадрами населения сельской местности (абс.знач.)

В ходе изучения влияния социально-экономических мероприятий, предусматривающих обеспечение молодых специалистов готовым жильем и автомобилем, на уровень доступности медицинской помощи сельскому населению, выявлена положительная взаимосвязь ( $r_s = 0,359$ ,  $p = 0,013$ ) между количеством трудоустроившихся в сельские медицинские организации молодых

специалистов-врачей и показателем обеспеченности сельского населения врачебными кадрами (рис. 3.9). При анализе влияния количества молодых врачей на такие показатели, как укомплектованность врачами медицинских организаций сельской местности ( $r_s = 0,08$ ,  $p = 0,34$ ) и коэффициент совместительства врачей ( $r_s = - 0,109$ ,  $p = 0,083$ ), достоверных результатов выявлено не было, равно как и не выявлено положительного влияния между количеством специалистов, прибывших на работу в сельскую местность в рамках программы «Земский доктор» ( $r_s = 0,129$ ,  $p = 0,16$ ).

Резюмируя результаты исследуемых мероприятий по формированию кадрового потенциала для медицинских организаций сельской местности, исследователем выявлено, что 47% абитуриентов нуждаются в помощи специалиста по профессиональной ориентации на этапе завершения общеобразовательного учреждения, 38% потенциальных абитуриентов нуждаются в информировании о возможности последующего трудоустройства, в том числе: 34% нуждаются в информировании о возможности трудоустройства в медицинские организации сельской местности, в которой они проживают, а 76% потенциальных абитуриентов озвучивают дефицит знаний о возможности получения высшего образования в рамках договора о целевом обучении от МОСМ. Обнаружено, что доля квот целевого приема в структуре КЦП составляет 81,3%, в то время как доля договоров о целевом обучении, в которых медицинские организации сельской местности фигурируют в качестве организаций для последующего трудоустройства выпускника составляет  $19,6 \pm 5,6\%$ , а 10,4% обучающихся целевого обучения от МОСМ отчисляются из ВУЗа по причине невыполнения образовательной программы. Выявлено, что в течение периода реализации мероприятий СЭС по обеспечению молодых специалистов готовым жильем, с 2006 по 2012 годы, прослеживалась достоверная тенденцию роста числа привлеченных специалистов в МОСМ ( $R^2 = 0,9728$ ,  $y = 3,1439x^4 - 47,47x^3 + 244,17x^2 - 485,01x + 405,29$ ). Дополнительно установлено, что в процессе упразднения мероприятий по обеспечению готовым жильем обнаруживается достоверная тенденция снижения уровня притока врачей в сельскую местность

( $R^2 = 0,9174$ ,  $y = -2,5833x^3 + 31,964x^2 - 119,17x + 192,29$ ), а также выявлено положительное влияние мероприятий СЭС по обеспечению готовым жильем и автомобилем на показатель обеспеченности сельского населения врачебными кадрами ( $r_s = 0,359$ ,  $p = 0,013$ ).

## **Глава IV. Социально-демографические и мотивационно-характерологические особенности молодых специалистов сельского здравоохранения.**

### **4.1. Готовность выпускников медицинского ВУЗа к трудоустройству в медицинские организации сельской местности**

Материалом первой части данного исследования послужили 612 анкет интернов и ординаторов ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, полученных при проведении очного группового аудиторного анкетирования. Предложенная к заполнению анкета содержала перечень вопросов, позволивших отразить социально-демографические и личностные характеристики будущих специалистов здравоохранения, а также структуру их профессиональных планов с акцентом на потенциальную возможность осуществления профессиональной деятельности в медицинских организациях сельской местности.

В качестве изучаемых социально-демографических критериев потенциальных специалистов сельского здравоохранения были отобраны ответы на вопросы, содержащиеся в соответствующем разделе анкеты. В результате исследования выявлено, что подавляющее большинство участников анкетирования ( $87,1 \pm 1,3\%$ ) представлено лицами женского пола, что соответствует общероссийской картине студенческого контингента в медицинских ВУЗах; средний возраст респондентов составил  $24,3 \pm 1,8$  года; более трети респондентов ( $37,1 \pm 1,9\%$ ) состояло в зарегистрированном браке. Каждый пятый респондент имел детей, что, как правило, является основой для более четкой ориентированности на стабильность, как в личной, так и в профессиональной сфере. До поступления в медицинский ВУЗ  $42,0 \pm 2,0\%$  анкетлируемых проживало в крупных городах и областных центрах,  $58,0 \pm 2,0\%$  респондентов составили уроженцы сельской местности.

На вопрос о мотивах, повлиявших на выбор профессии врача, большинство респондентов ( $56,9 \pm 2,0\%$ ) дали ответ «по призванию»,  $25,7 \pm 1,8\%$  интернов и ординаторов привлекла «престижность» профессии.



Значительно реже причиной профессионального выбора стала «семейная традиция» ( $11,1 \pm 1,2\%$ ), «совет друзей» ( $5,7 \pm 0,9\%$ ), и крайне редко – «желание получить высшее образование» и «невозможность поступить в другой ВУЗ» ( $0,6 \pm 0,3\%$ ).

На первое место из привлекательных аспектов в работе врача  $40,0 \pm 1,9\%$  респондентов поставили «возможность помогать людям»,  $26,1 \pm 1,7\%$  – «интересную, в т. ч. научно-исследовательскую», работу. Крайне небольшое число будущих специалистов ( $2,0 \pm 0,5\%$ ) связывали свой интерес к профессии с «возможностью участия в программах государственной поддержки».

Однако, несмотря на столь выраженные мотивации к труду по призванию, только  $10,0 \pm 1,2\%$  опрошенных были готовы отправиться на работу в государственные медицинские организации сельской местности. Основная доля будущих специалистов планировала работать по полученной специальности в государственных медицинских организациях областного центра или в частных медицинских организациях (соответственно  $67,5 \pm 1,9\%$  и  $22,5 \pm 1,7\%$ ). Более наглядно полученные данные представлены на рисунке 4.1.

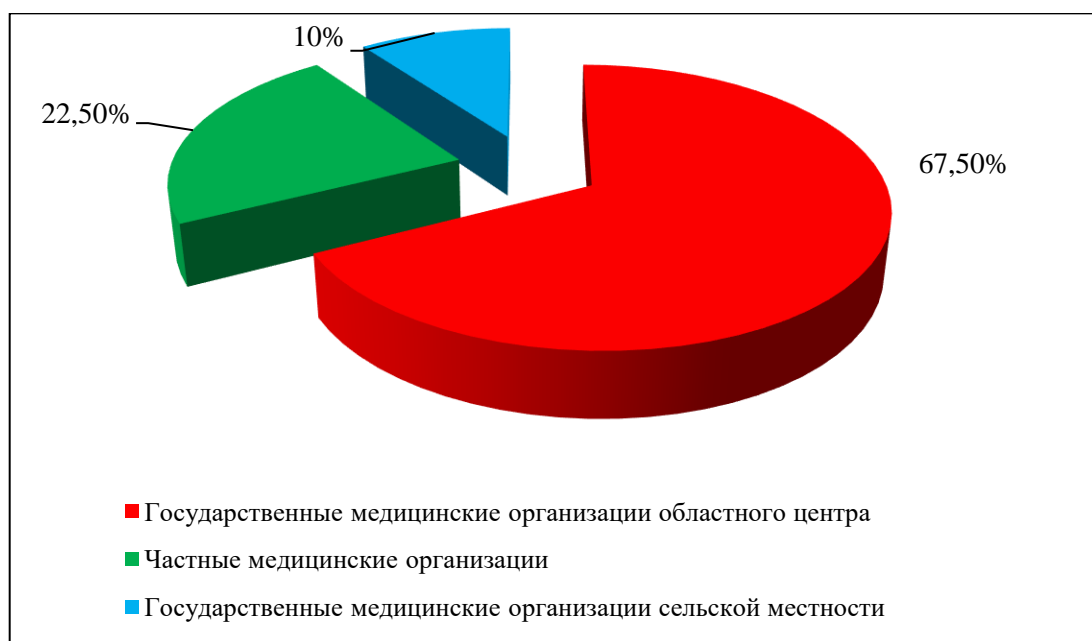


Рисунок 4.1 - Планирование будущего места работы интернами и ординаторами ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (%)

Приоритет выбора государственной медицинской организации потенциальными работниками определяется немаловажными факторами стабильности и социальных гарантий, а именно: наличием «стабильной заработной платы» ( $q_k = 0,333$ ); во-вторых, «наличием социальной защищенности» ( $q_k = 0,267$ ); третье и четвертое места в ранжированном ряду занимают, соответственно «стабильность и устойчивость государственных медицинских организаций в кризисные периоды» ( $q_k = 0,2$ ) и «ежегодный оплачиваемый отпуск» ( $q_k = 0,133$ ). Пятое место в ранжированном списке привлекательных факторов занял такой показатель, как «повышение квалификации за счет средств работодателя» ( $q_k = 0,067$ ).

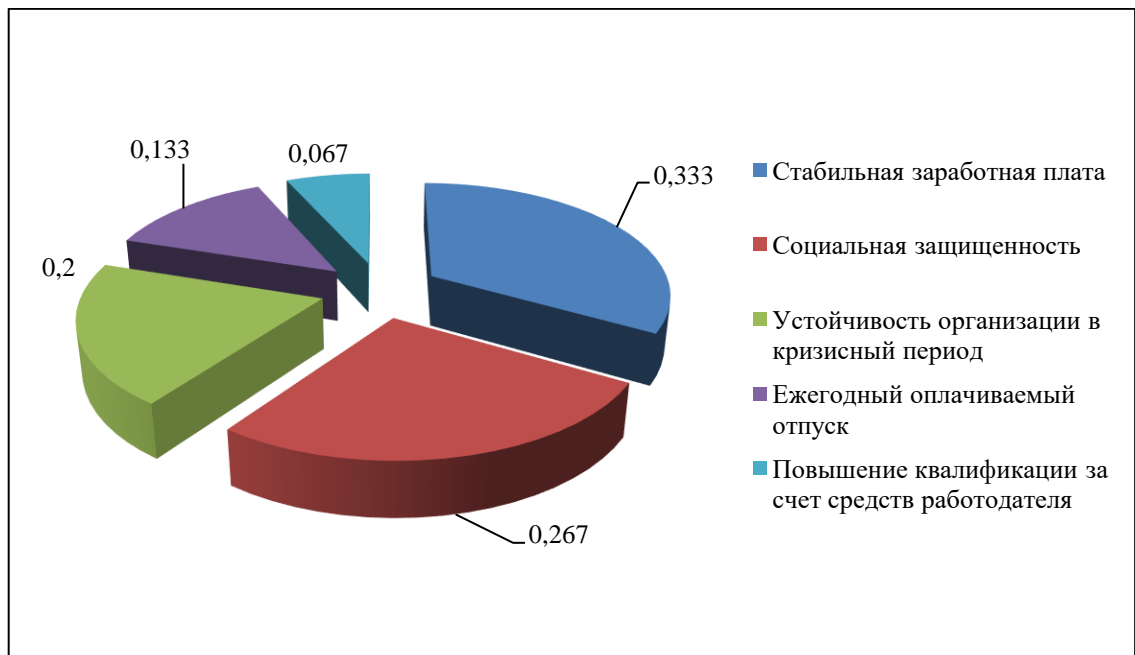


Рисунок 4.2 - Позитивные аспекты работы в государственных медицинских организациях,  $W=0,56$  (%)

Таким образом, проведя анализ анкетного опроса среди интернов и клинических ординаторов на данном этапе исследования, можно сделать вывод о том, что молодые специалисты преимущественно планируют работать в государственных медицинских организациях города. При этом поиском работы занимаются самостоятельно, не прибегая к помощи Центра Карьеры по различным причинам. Ведущим аргументом выбора городских медицинских

организаций является стабильность получения заработной платы, хотя ее уровень при этом большинство респондентов посчитало недостаточным. Перспектива жить и работать в сельской местности заинтересовала лишь  $10,0 \pm 1,2\%$  молодых специалистов, хотя в большинстве случаев респонденты не выражали желания трудоустроиться. Поэтому в качестве контраргументов отмечали такие факторы, как неразвитая инфраструктура, недостаточное материально-техническое оснащение, отсутствие современных методов диагностики и лечения, ограниченная возможность профессионального общения. Наиболее значимыми факторами, способными привлечь молодые кадры в сельскую местность, по мнению молодых специалистов, являются предоставление служебного жилья, компенсация оплаты услуг ЖКХ, возможность профессионального и карьерного роста, льготное исчисление медицинского стажа, приобретение опыта самостоятельной работы и проживание в более благоприятных экологических условиях. При этом средний доход на одного члена семьи, на который рассчитывают молодые специалисты, рассматривая возможность работы на селе, превышает 40 тыс. рублей.

#### **4.2. Анализ отношения потенциальных специалистов здравоохранения к работе в условиях сельской местности**

Вторым этапом исследования стало сравнение ответов респондентов относительно осуществления трудовой деятельности в сельской местности. С этой целью респонденты были распределены на две группы в зависимости от наличия желания осуществлять трудовую деятельность в условиях сельской местности: в основную группу вошли интерны и ординаторы в количестве 161 чел. ( $26,3 \pm 1,8\%$ ), допускаящие возможность работы в медицинских организациях сельской местности, состав контрольной группы – 451 чел. ( $73,7 \pm 1,8\%$ ) - составили участники анкетного опроса, не продемонстрировавшие желания трудоустроиться в медицинские организации сельской местности.

На рисунке 4.3. представлены планы относительно потенциального места работы респондентов обеих групп.

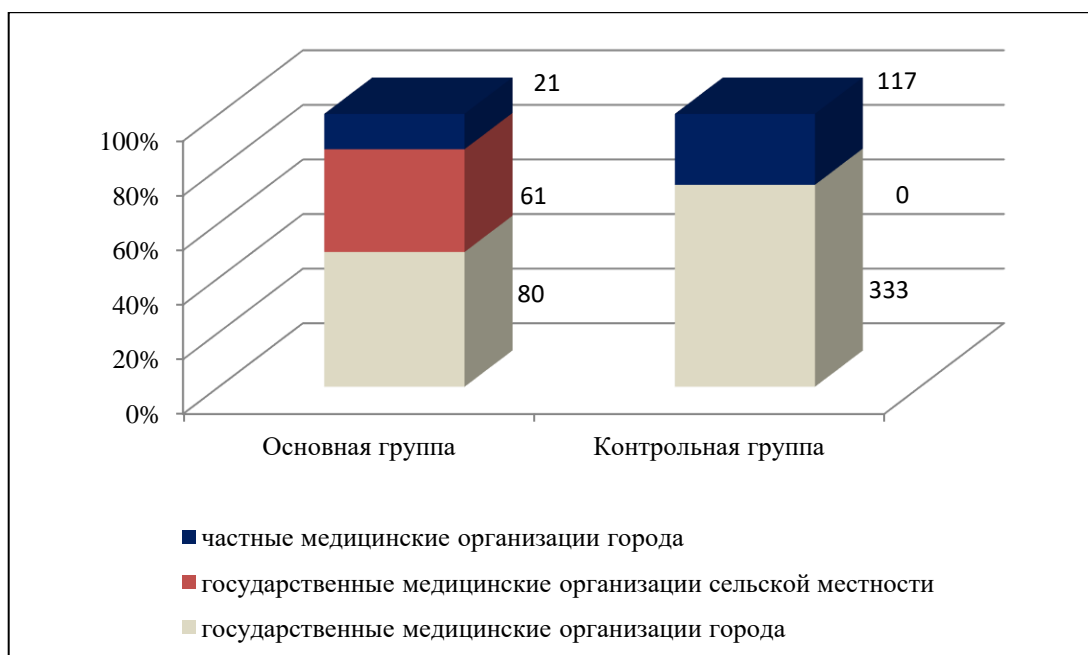


Рисунок 4.3 - Планирование потенциального места работы (абс. знач.)

Как следует из полученных ответов, респонденты основной группы в  $37,9 \pm 3,8\%$  ( $z = 13,63$ ;  $p < 0,001$ ) случаев указали в качестве потенциального места работы государственные медицинские организации сельской местности, в то время как в контрольной группе респондентами отдавалось предпочтение государственным медицинским организациям города ( $73,8 \pm 2\%$  против  $49,7 \pm 3,9\%$ ,  $z = 5,5$ ;  $p < 0,001$ ) и частным медицинским организациям ( $25,9 \pm 2\%$  против  $13,0 \pm 2,6\%$ ,  $z = 3,26$ ;  $p = 0,001$ ).

Данные, представленные в таблице 4.1, демонстрируют, что единственным значимым различием социально-демографических характеристик респондентов обеих групп, явилось более выраженное преобладание уроженцев сельской местности в основной группе по сравнению с контрольной группой  $16$  ( $75,8 \pm 3,3\%$  против  $51,7 \pm 2,3\%$ ,  $z = 5,23$ ;  $p < 0,001$ ). По остальным показателям (возраст, пол, наличие зарегистрированного брака и детей) качественный состав сформированных групп был идентичным.

Таблица 4.1 - Распределение социально-демографических характеристик при сравнении респондентов основной и контрольной групп (абс. знач., %)

Оцениваемые характеристики	Основная группа (n=161)	Контрольная группа (n=451)	p
Возраст, лет	24,37±1,77	24,2±2,15	0,37
Пол:			
Мужской	20 (12,4±2,6%)	59 (13,1±1,6%)	0,93
Женский	141 (87,6±2,6%)	392 (86,9±1,6%)	
Наличие зарегистрированного брака			
Да	57 (35,4±3,7%)	170 (37,7±2,2%)	0,67
Нет	104 (64,6±3,7%)	281 (62,3±2,2%)	
Наличие детей:			
Не имею	126 (78,3±3,2%)	363 (80,5±1,8%)	0,62
Имею	35 (21,7±3,2%)	88 (19,5±1,8%)	
Место проживания до поступления в ВУЗ			
Город, областной центр	39 (24,2±3,3%)	218 (48,3±2,3%)	<0,001
Сельская местность	122 (75,8±3,3%)	233 (51,7±2,3%)	

В ходе исследования были выявлены, а также ранжированы по степени значимости для респондентов, недостатки, препятствующие выбору медицинских организаций сельской местности в качестве возможности реализации профессиональной деятельности (табл. 4.2)

Таблица 4.2 - Ранжирование ответов респондентов о возможных недостатках работы в системе сельского здравоохранения (уд.вес).

Ранговое место	Перечень предполагаемых недостатков работы в МО сельской местности	Основная группа (n=161), W=0,42	Контрольная группа (n=451), W=0,51	Удельный вес ответа, q <sub>к</sub>
		Сумма рангов, Δ <sub>к</sub>	Сумма рангов, Δ <sub>к</sub>	
I	Недостаточный уровень заработной платы	248	645	0,333
II	Недостаточное материально-техническое оснащение	438	1209	0,267
III	Ограничение деятельности врача установленными стандартами	506	1344	0,200
IV	Недостаточно комфортные условия	594	1736	0,133
V	Вероятность работы с социально-неадаптированными пациентами	629	1831	0,067

Как видно из данных, представленных в таблице 4.2, различий между группами не выявлено. Основным, наиболее значимым критерием, респонденты обеих групп единогласно отметили «недостаточный уровень заработной платы» (1-е место,  $q_k = 0,333$ ). Второе место ( $q_k = 0,267$ ) было отдано «недостаточному уровню материально-технического оснащения сельских больниц», третье место ( $q_k = 0,2$ ) – «ограничение деятельности врача установленными стандартами». Четвертое и пятое места среди недостатков работы в сельских медицинских организациях были распределены между «отсутствием комфортных бытовых условий работы» ( $q_k = 0,133$ ) и «вероятностью работы с социально-неадаптированным контингентом пациентов» ( $q_k = 0,067$ ).

По степени значимости также были ранжированы трудности, с которыми могут быть сопряжены вопросы профессионального становления молодых врачей в медицинских организациях сельской местности, и которые, как следствие, могли бы препятствовать принятию решения о трудоустройстве в сельские муниципальные образования (табл. 4.3).

Таблица 4.3 - Ранжирование препятствий для реализации профессиональных возможностей в условиях сельского здравоохранения (уд.вес).

Ранговое место	Какие трудности могли бы послужить для Вас препятствием в принятии решения о возможности работать в сельской местности?	Основная группа (n=161), W=0,46	Контрольная группа (n=451), W=0,43
		Удельный вес ответа, $q_k$	Удельный вес ответа, $q_k$
I	Отсутствие необходимого опыта и знаний	0,286	0,143
II	Ограниченная возможность профессионального общения	0,238	0,238
III	Отсутствие современных методов диагностики и лечения	0,190	0,286
IV	Недостаточное развитие инфраструктуры	0,143	0,190
V	Особенности менталитета сельского населения	0,095	0,095
VI	Отсутствие родных / друзей	0,048	0,048

Респонденты основной группы в качестве наиболее значимой трудности (1-е ранговое место,  $q_k=0,286$ ) отметили «отсутствие необходимого опыта и знаний», в то время как респонденты группы контроля отметили «отсутствие возможности для современных методов диагностики и лечения». На втором месте ( $q_k=0,238$ ) у респондентов обеих групп «ограничение уровня профессионального общения», характеризующееся, по их мнению, специфичностью работы в сельских медицинских организациях. В качестве третьей по значимости трудности (3-е ранговое место,  $q_k=0,19$ ) респонденты основной группы отметили «отсутствие возможности для современных методов диагностики и лечения», в то время как молодых специалистов здравоохранения – респондентов контрольной группы, состав которой определен в основном городскими жителями, закономерно чаще не удовлетворяет «недостаточное развитие инфраструктуры в сельской местности».

В ходе исследования была проанализирована структура зависимости между основными медицинскими специальностями, представленными в результатах анкетирования, и желанием работать в медицинских организациях, расположенных в сельской местности (рис. 4.4).

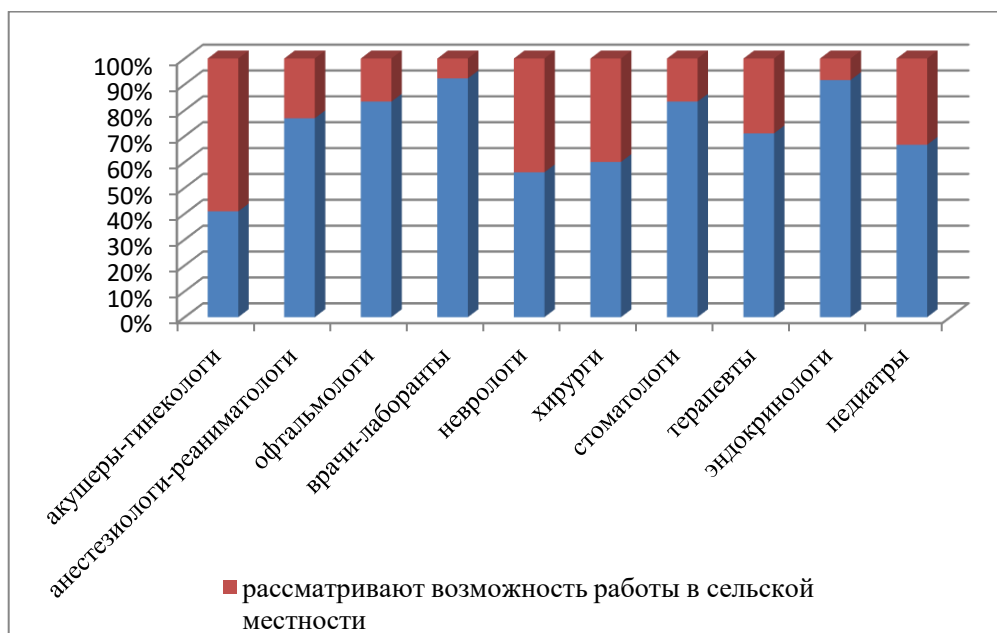


Рисунок 4.4 - Доля респондентов, отмечающих желание работать в медицинских организациях сельской местности в структуре специальностей (абс. знач.)

Основная доля респондентов, продемонстрировавших интерес к работе в сельской местности, представлена врачами акушерами-гинекологами (61,5±3,8%), неврологами (52,2±3,9%), хирургами (43,5±3,9%), терапевтами (31,1±3,7%) и педиатрами (31,7±3,7%). Наименьшая доля анкетированных, предполагающих работу в условиях сельской местности, наблюдалась среди врачей - лаборантов, стоматологов, эндокринологов и офтальмологов.

Ключевым разделом данного исследования было определение наиболее приоритетных факторов, которые, по мнению респондентов, могли бы способствовать принятию положительного решения о возможности жить и работать в сельской местности, а также повысить привлекательность медицинских организаций сельских и отдаленных территорий среди молодых специалистов здравоохранения. Данные факторы были сгруппированы по принципу соответствия материальным и нематериальным стимулам и представлены в виде перечня ответов на соответствующие вопросы анкеты (табл. 4.4).

Таблица 4.4 - Ранжирование материальных благ, повышающих привлекательность сельской местности среди молодых специалистов (уд.вес)

Ранговое место	Критерии материального стимулирования	Основная группа (n=161), W=0,47	Контрольная группа (n=451), W=0,49
		Удельный вес ответа, q <sub>к</sub>	Удельный вес ответа, q <sub>к</sub>
I	Предоставление служебного жилья	0,286	0,286
II	Возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования	0,238	0,190
III	Обеспечение автотранспортным средством	0,190	0,143
IV	Компенсация оплаты услуг ЖКХ, детского сада	0,143	0,238
V	Компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи	0,048	0,048
VI	Предоставление земельного участка	0,095	0,095



Наиболее значимым материальным благом, безусловно повышающим привлекательность медицинских организаций сельской местности в качестве потенциального места трудоустройства, респонденты обеих групп отметили «предоставление служебного жилья» (1-е место по результатам ранжирования,  $q_k = 0,286$ ). Далее приоритеты разделились: второе место ( $q_k = 0,19$ ) респонденты основной группы отдали «возможности участия в ипотечных программах льготного кредитования», а для респондентов контрольной группы более привлекательной оказалась «компенсация оплаты ЖКХ, детского сада»; третье место ( $q_k = 0,143$ ) в ранжированном ряду респонденты основной группы предпочли «обеспечению автотранспортным средством», а респонденты группы контроля - «возможности участия в ипотечных программах льготного кредитования». Желание «получить автотранспортное средство» респонденты контрольной группы соотнесли с четвертым по значимости рангом ( $q_k = 0,238$ ), а респонденты основной группы разместили на четвертом месте возможность «компенсации оплаты ЖКХ, детского сада». Примечательно, что такой вид материального стимулирования, как «предоставление земельного участка», респонденты обеих групп одинаково ранжировали только на пятое место ( $q_k = 0,095$ ).

В силу функционирования бюджетных систем в условиях ограниченного финансирования, большое значение для настоящего исследования представляет анализ мнения потенциальных работников медицинских организаций сельской местности о возможности нематериального стимулирования трудовой деятельности. Респондентам было предложено ранжировать возможные варианты нематериального стимулирования, такие как возможность профессионального роста, самостоятельная жизнь, возможность жить вне мегаполиса, льготное исчисление медицинского стажа, возможность заниматься научно-исследовательской работой (табл. 4.5).

Таблица 4.5 - Ранжирование нематериальных благ, повышающих привлекательность сельской местности среди молодых специалистов (уд.вес).

Ранговое место	Критерии нематериального стимулирования	Основная группа (n=161), W=0,51	Контрольная группа (n=451), W=0,50
		Удельный вес ответа, $q_k$	Удельный вес ответа, $q_k$
I	Возможность профессионального и карьерного роста	0,333	0,333
II	Самостоятельная жизнь (независимость от родителей и т.п.)	0,067	0,067
III	Возможность жить и растить детей вне мегаполиса	0,200	0,133
IV	Льготное исчисление медицинского стажа	0,267	0,267
V	Возможность заниматься научно-исследовательской работой	0,133	0,200

Из критериев нематериального стимулирования, респонденты обеих групп единогласно отметили «возможность профессионального и карьерного роста» - 1-е место в ранжированном ряду ( $q_k=0,333$ ), а также «льготное исчисление медицинского стажа», которому участники анкетирования предпочли 2-место ( $q_k=0,267$ ). Далее мнения молодых врачей относительно нематериальных мер стимулирования разделились: для респондентов основной группы на третьем месте ( $q_k=0,133$ ) была «возможность жить и растить детей вне мегаполиса», в то время как представителей контрольной группы более привлекательным стала возможность «научно-исследовательской работы» ( $q_k=0,2$ ).

Несмотря на демонстрируемые материальные и нематериальные аспекты стимулирования молодых специалистов к работе в МО сельской местности, главным критерием (96% респондентов не оставили без внимания данный вопрос) остается уровень ожидаемой заработной платы. При ответе на вопрос об ожидаемом уровне дохода на одного члена семьи, выявлено статистически значимое различие между группами ( $38030 \pm 2029$  руб. в основной группе против  $44912 \pm 1321$  руб.,  $p=0,007$  ответов респондентов контрольной группы).

### 4.3. Половозрастная, социальная и профессионально-мотивационная характеристика молодого специалиста сельского здравоохранения

Результатом данного раздела работы послужило анкетирование молодых специалистов сельского здравоохранения, осуществлявших трудовую деятельность в центральных районных больницах Нижегородской области и принявших участие в программах поддержки молодых специалистов за период с 2006 г. по 2017 г., в исследование включена 561 корректно заполненная анкета.

Данные о половозрастных и социальных характеристиках молодых специалистов сельской местности представлены в таблице 4.6.

Таблица 4.6 - Половозрастные и социальные характеристики молодых специалистов сельской местности (абс. знач., %)

Оцениваемый критерий	Количество, n	Доля, %
Мужчины	188	33,51±2,0
Женщины	373	66,49±2,0
Возраст, лет	32,65 ± 4,11	
Состоят в браке	450	80,2±1,7
Имеют детей	445	79,3±1,7
Место рождения:		
Город	133	23,7±1,8
Сельские муниципальные образования	428	76,3±1,8
Обеспеченность жильем		
В собственной квартире /комнате/ доме	480	85,6±1,5
На съемной квартире /комнате/ доме	12	2,1±0,6
В служебной квартире /комнате/ доме	44	7,8±1,1
У родственников	4	0,75±0,3
Иное	21	3,75±0,8

Полученная социально-демографическая характеристика демонстрирует следующую картину - большинство респондентов представлены лицами женского пола, состоящими в браке и имеющими детей, среди респондентов

отмечается превалирование лиц, родившихся в сельских муниципальных образованиях ( $76,3 \pm 1,8\%$ ). На момент проведения анкетного опроса  $85,6 \pm 1,5\%$  имели в собственности жилье. Высшее образование большинство молодых специалистов получило в ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (рис. 4.5). При этом в ряде районов области, преимущественно расположенных на периферии области (Ардатовский, Арзамасский, Бутурлинский, Вадский, Вознесенский, Воротынский, Гагинский, Ковернинский, Первомайский, Перевозский, Пильнинский, Починковский, Сеченовский, Тонкинский, Шахунский) прослеживается тенденция к превалированию молодых специалистов (от  $57,2\%$  до  $100\%$ ), закончивших ВУЗы других регионов.

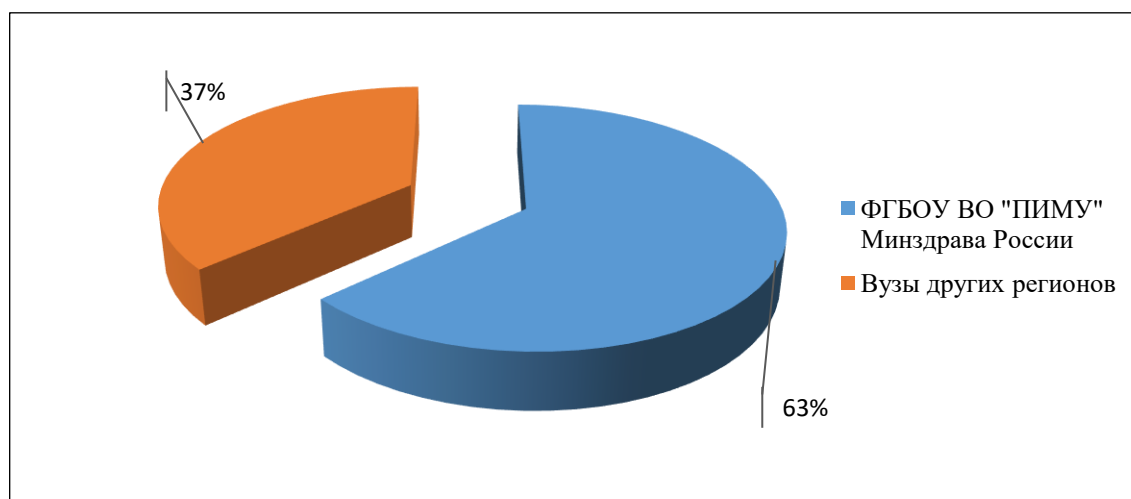


Рисунок 4.5 - Структура высших учебных заведений, в которых завершили обучение молодые специалисты (%)

Реализация профессиональных возможностей и возможностей карьерного роста являются значимым фактором в профессиональном становлении молодого специалиста и оказывают немаловажное влияние на выбор места осуществления трудовой деятельности работниками здравоохранения. Структура профессиональной занятости молодых специалистов сельского здравоохранения также оценивалась, исходя из полученных данных анкетного опроса. В ходе исследования удалось представить структуру должностей и подразделений медицинских организаций, которые занимают и в которых работают молодые специалисты, трудоустроенные в организации сельской местности (табл. 4.7).

Таблица 4.7 - Характеристика профессиональной деятельности молодых специалистов (абс.знач, %)

Оцениваемый критерий	Количество, n	Доля, %
<b>Должность</b>		
Врач	508	90,6±1,2
Заведующий отделением	36	6,4±1,0
Заместитель главного врача	10	1,8±0,6
Главный врач	7	1,2±0,5
<b>Медицинская организация</b>		
Стационар	264	47,0±2,1
Поликлиника	351	62,6±2,0
Сельский врачебный участок	40	7,1±1,1
Станция скорой помощи	8	1,4±0,5
Частная медицинская организация	2	0,4±0,3

В подавляющем большинстве (90,6±1,2%) молодые специалисты работают участковыми врачами. Медицинскую деятельность респонденты осуществляют преимущественно в условиях поликлиники (62,6±2,0%) и стационара (47,0±2,1%), а также совмещают работу в поликлинике и в стационаре 16,2±1,6%, срок трудового стажа составил 8,5±4,4 лет.

До 399 (71,1±1,9%) врачей, принявших участие в анкетном опросе, работает более чем на 1 ставку в одной медицинской организации, а 68 (12,1±1,4%) молодых специалистов подрабатывают в нескольких медицинских организациях. Диапазон ежемесячного дохода варьируется от 10 000 до 30 000 рублей в месяц (рис. 4.6).

Как следует из полученных данных, до 69,0±1,9% респондентов получают более 20 тыс. рублей в месяц. При этом более половины респондентов (51,2±2,1%) считают доход недостаточным для обеспечения потребностей семьи, что диктует необходимость подрабатывать в других медицинских (31,6±2,0%) и немедицинских организациях (7,7±1,1%) а также заниматься сельским хозяйством (11,9±1,4%).

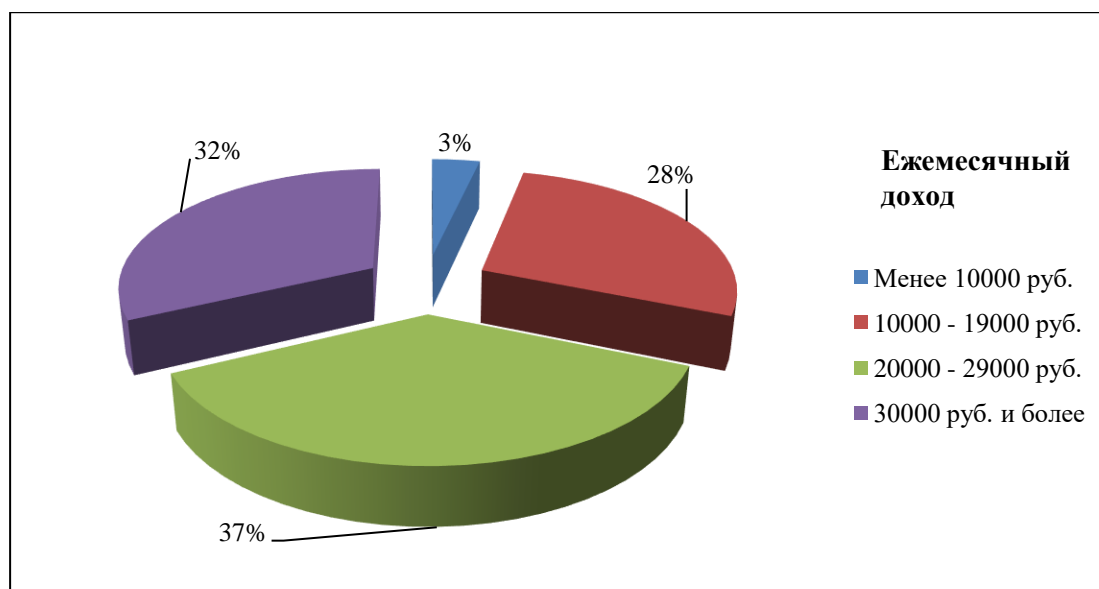


Рисунок 4.6. - Диапазон ежемесячного дохода молодых специалистов (%)

Решение о возможности жить и работать в сельской местности большинство респондентов ( $76,2 \pm 1,8\%$ ) приняли, когда узнали о появлении государственных мер поддержки молодых специалистов, а  $62,4 \pm 2,1\%$  врачей поехали в сельскую местность исключительно ради участия в программе социально-экономического стимулирования. Следует отметить, в  $27,9 \pm 1,9\%$  случаев анкетированные указали, что всегда хотели жить и работать в сельской местности и предоставленная возможность получения жилья и автомобиля лишь способствовала принятию данного решения. Для получения возможности трудоустройства 454 ( $80,9 \pm 1,7\%$ ) молодых специалиста самостоятельно обратились в ЦРБ, руководствуясь при этом чаще всего возможностью работать там, где родился ( $37,4 \pm 2,0\%$ ) или близостью расположения к областному центру ( $33,5 \pm 2,0\%$ ).

Характеристика материальных предпочтений, которые получили участники программ социально – экономической поддержки представлена на рисунке 4.7. Объем материальных предпочтений зависел от года вступления в программу социально-экономического стимулирования. В рамках экономического стимулирования молодые специалисты чаще получали жилье ( $82,4 \pm 1,6\%$ ) и автомобиль ( $80,7 \pm 1,6\%$ ), далее следовали единовременные выплаты ( $18,2 \pm 1,6\%$ ) и предоставление земельного участка ( $17,8 \pm 1,6\%$ ). Реже всего предлагалось льготное ипотечное кредитование ( $1,8 \pm 0,6\%$ ).

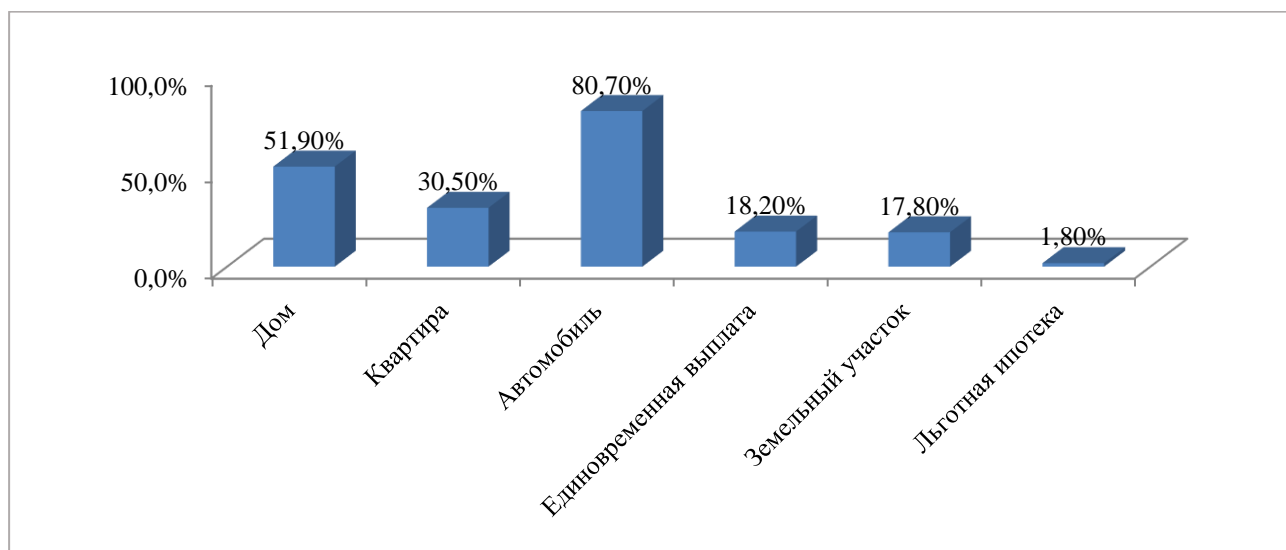


Рисунок 4.7 - Характеристика материальных предпочтений, которые получили анкетированные - участники Программ социально-экономической поддержки (%)

Учитывая важность жилищных условий для молодых специалистов, отдельные вопросы анкеты были посвящены данному аспекту. Более половины анкетированных ( $52,2 \pm 2,1\%$ ) получили готовое жилье в новом жилом фонде. Самостоятельно находили подходящий вариант жилья и приобретали на полученные деньги  $29,2 \pm 1,9\%$  респондентов. Подавляющее большинство молодых специалистов ( $92,3 \pm 1,1\%$ ) получали жилье в том же муниципальном районе, в котором находилась медицинская организация. При этом следует учесть, что предоставленные дома и квартиры в  $96,8 \pm 0,7\%$  случаев требовали дополнительных материальных вложений. В основном это касалось косметического ремонта, покупки мебели, благоустройства участка ( $70,9 \pm 1,9\%$ ). У части молодых специалистов ( $25,9 \pm 1,9\%$ ) возникла необходимость проведения коммуникаций, выполнения капитального ремонта.

Общеизвестно, что условия проживания в сельской местности обладают специфичностью и, в рамках проведенного исследования, возникла необходимость изучить мнение респондентов о положительных и отрицательных аспектах жизни в сельских муниципальных образованиях. Преимущества жизни в сельской местности, по мнению анкетированных врачей, представлены на рисунке 4.8.



Рисунок 4.8 - Позитивные аспекты проживания в сельской местности (%)

Как следует из полученных ответов, к наиболее значимым преимуществам были отнесены «благоприятные экологические условия» ( $44,2 \pm 2,1\%$ ) и «спокойствие, тишина и удаленность от городской суеты» ( $59,4 \pm 2,1\%$ ).

Трудности и недостатки, с которыми была сопряжена жизнь молодых специалистов в сельской местности, отображены на рисунке 4.9.

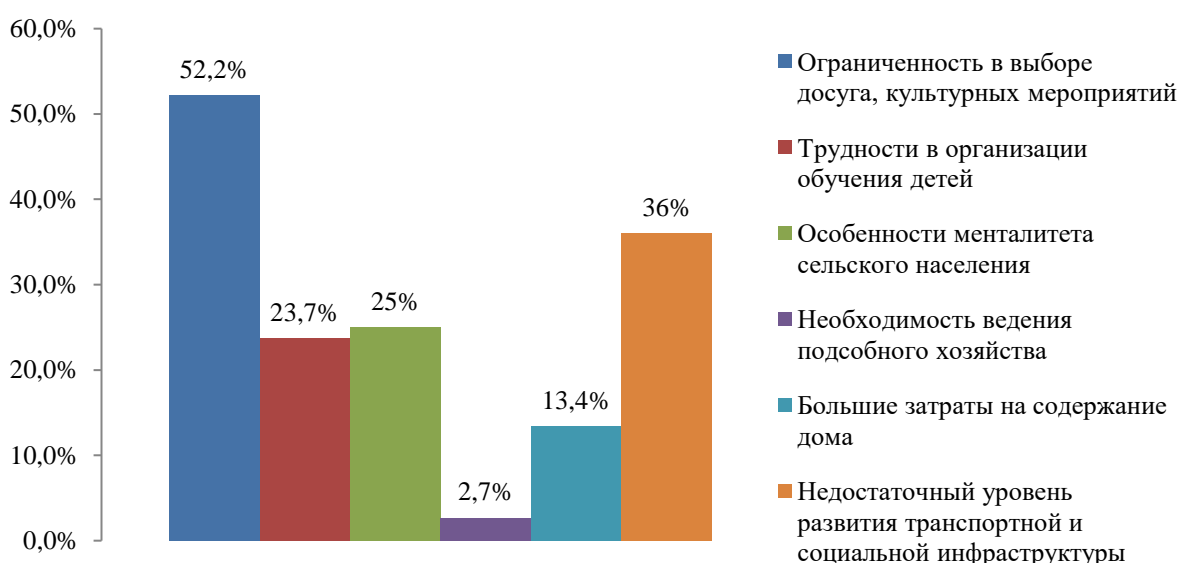


Рисунок 4.9 - Негативные аспекты проживания в сельской местности (%)



Максимальное значение респонденты придали «ограниченности в выборе досуга, культурных мероприятий» ( $55,2 \pm 2,1\%$ ) и «недостаточному уровню развития транспортной и социальной инфраструктуры» ( $36,0 \pm 2,0\%$ ).

Одним из ключевых вопросов данного анкетирования являлось выявление планов участников программ социально-экономической поддержки по окончании сроков действия договора. В этой связи был задан вопрос «Планируете ли Вы покинуть данный населенный пункт по окончании срока участия в Программе?». Результаты ответов представлены на рисунке 4.10.



Рисунок 4.10 - Намерения респондентов о возможности покинуть сельскую местность по окончании срока участия в Программе (%).

Исходя из полученных ответов, более половины ( $53,65 \pm 2,1\%$ ) молодых специалистов планируют остаться в своем населенном пункте и продолжать работать в данной медицинской организации по окончании срока участия в Программе. Выразили готовность уволиться из медицинской организации и покинуть населенный пункт до 94 ( $16,75 \pm 1,5\%$ ) респондентов, в то время как 127 респондентов ( $22,6 \pm 1,7\%$ ) на момент опроса затруднились с ответом.

В дополнение к вышеуказанному вопросу анкетлируемым было предложено определить основные причины, влияющие на принятие решения. Полученные результаты представлены в таблице 4.8.

Таблица 4.8 - Наиболее значимые причины, определяющие планирование дальнейшего проживания в сельской местности (%)

<b>Если планируете покинуть данный населенный пункт, укажите основную причину</b>	<b>%</b>	<b>Если планируете остаться в данном населенном пункте, укажите основной мотив</b>	<b>%</b>
Недостаточная заработная плата	39,3±5,0	Хорошие экологические условия	3,1±1,0
Низкий уровень материально - технического оснащения медицинского учреждения	8,2±2,8	Родственные связи	37,5±2,8
Семейные обстоятельства	21,3±4,2	Хорошие жилищные условия	51,0±2,9
Отсутствие перспективы карьерного и профессионального роста	19,7±4,1	Хорошие условия работы	8,4±1,6
Особенности сельского менталитета	4,9±2,2	-	-
Проблемы с образованием детей	6,6±2,6	-	-

Как следует из полученных ответов, наиболее весомыми аргументами, способствующими продолжению проживания в сельской местности, являлись хорошие жилищные условия (51,0±2,9) и наличие родственных связей (37,5±2,8). На принятия решения об отъезде из данного населенного пункта по окончании срока участия в программе социально-экономической поддержки, послужили такие факторы, как недостаточная заработная плата (39,3±5,0), семейные обстоятельства (21,3±4,2) и отсутствие перспектив в плане карьерного и профессионального роста (19,7±4,1).

Респондентам, планирующим уехать из населенного пункта, также предлагалось указать предпочтительное место отъезда и желаемые варианты распоряжения полученным жильем. Полученные ответы представлены в таблице 4.9.

Таблица 4.9 - Планы респондентов в отношении релокации (%)

Если Вы планируете покинуть сельскую местность	
укажите тип населенного пункта, в который собираетесь переехать	каким образом поступите с имеющимся жильем
<p> <span style="color: blue;">■</span> Районный центр  <span style="color: red;">■</span> Нижний Новгород  <span style="color: green;">■</span> Другой регион         </p>	<p> <span style="color: blue;">■</span> Планирую продать  <span style="color: red;">■</span> Планирую сдавать в аренду  <span style="color: green;">■</span> Планирую использовать в качестве загородного дома         </p>

Результаты опроса показали, что большинство молодых специалистов, по окончании срока участия в программе, планировали переехать в другой регион ( $50,3 \pm 5,1\%$ ), либо в областной центр ( $39,6 \pm 5,0\%$ ); имеющееся жилье в подавляющем большинстве случаев планировали продать ( $66,9 \pm 4,9\%$ ).

В заключении общего анкетирования респондентам был предложен открытый вопрос, направленный на изучение мнения по вопросу организации механизмов содействия в привлечении молодых специалистов в сферу сельского здравоохранения. Механизмы привлечения, предложенные респондентами были изучены и сгруппированы в перечень наиболее популярных вариантов, результаты которых представлены на рисунке 4.11.

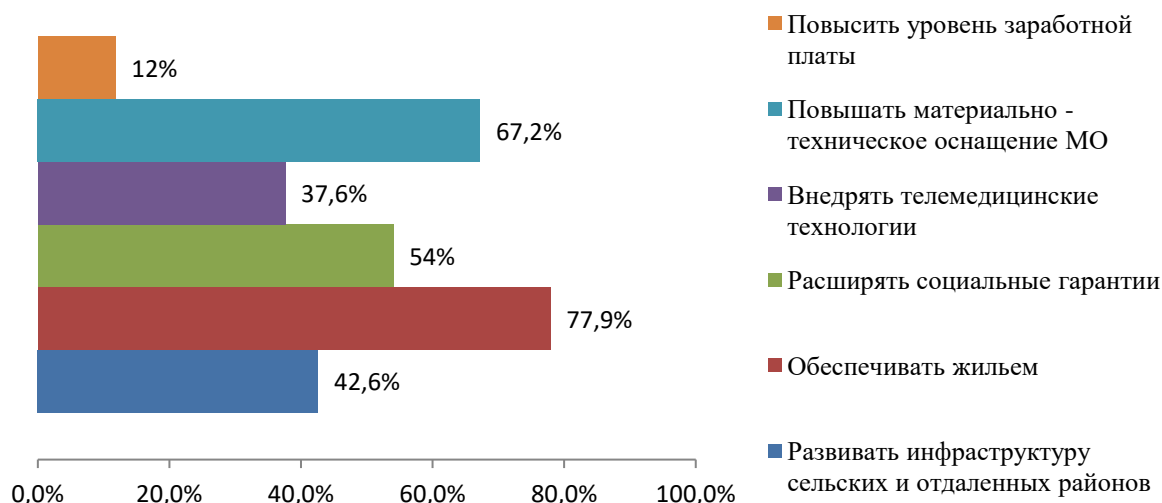


Рисунок 4.11 - Мероприятия, привлекающие молодых специалистов к работе в медицинских организациях сельской местности (%)

Как следует из полученных ответов, наибольшее значение придавалось обеспечению жильем молодых специалистов ( $77,9 \pm 1,7\%$ ), далее следуют «расширение материально – технического оснащения ЦРБ» ( $67,2 \pm 1,9\%$ ) и «расширение социальных гарантий» ( $54 \pm 2,1\%$ ).

#### 4.4. Сравнительный анализ факторов, влияющих на трудовую миграцию, согласно мнения молодых специалистов сельского здравоохранения

Данный этап исследования представлен результатом анализа ответов двух групп респондентов – основная и группа контроля, сформированных по принципу проявления желания продолжить работу в сельской местности после окончания срока участия в программе социально-экономического стимулирования.

Основная группа представлена 301 анкетиремым, которые планировали продолжить жить и работать в сельском населенном пункте после окончания срока участия в программе социально-экономического стимулирования, в группу контроля были включены 94 молодых специалиста, которые планировали покинуть населенный пункт после окончания срока участия в Программе. Сравнительный анализ ответов респондентов обеих групп проводился с использованием критерия z.

Ключевым социально-демографическим различием между исследуемых групп респондентов явилось место рождения: представители основной группы, в сравнении с группой контроля, в большинстве случаев в качестве места рождения указывали сельскую местность - районные центры, села, поселки, деревни ( $85,4 \pm 2,0\%$  против  $75,5 \pm 4,4\%$ ,  $z = 2,07$ ;  $p = 0,038$ ).

Информация о появлении государственных мер поддержки молодых специалистов респондентами основной группы реже учитывались при принятии решения о возможности жить и работать в сельской местности ( $70,1 \pm 2,6\%$  против  $83,1 \pm 3,8\%$ ,  $z = 2,12$ ;  $p = 0,034$ ). Представители основной группы чаще связывали свою профессиональную деятельность с работой на селе ( $40,5 \pm 2,8\%$  против  $14,5 \pm 3,6\%$ ,  $z = 4,19$ ;  $p < 0,001$ ), тогда как значительная доля респондентов контрольной группы трудоустроилась в сельскую местность исключительно ради участия в программах социально-экономической поддержки ( $73,5 \pm 4,5\%$  против  $53 \pm 2,8\%$ ;  $z = 3,15$ ;  $p = 0,002$ ). Респонденты основной группы самостоятельно осуществляли поиск работы, обращались в медицинские организации сельской местности с целью трудоустройства ( $86,2 \pm 1,9\%$  против  $70,6 \pm 4,7\%$ ,  $z = 3,13$ ;  $p = 0,002$ ). При этом в контрольной группе информация о возможности трудоустройства в сельское здравоохранение чаще получалась от друзей, знакомых, родственников ( $20,0 \pm 4,1\%$  против  $8,6 \pm 1,6\%$ ,  $z = 2,691$ ;  $p = 0,007$ ).

При выборе места проживания с целью последующего переезда респонденты основной группы отмечали возможность жить и работать там, где родились ( $43,7 \pm 2,8\%$  против  $27,5 \pm 4,6\%$ ,  $z = 2,484$ ;  $p = 0,013$ ), а респондентов группы контроля интересовали благоприятные экологические условия ( $27,5 \pm 4,6\%$  против  $11,9 \pm 1,8\%$ ,  $z = 3,25$ ;  $p = 0,001$ ). Среди преимуществ жизни в сельской местности молодые специалисты основной группы сделали акцент на спокойствии, тишине и удаленности от городской суеты ( $65,1 \pm 2,7\%$  против  $45,7 \pm 5,1\%$ ,  $z = 3,238$ ;  $p = 0,001$ ), а также на возможности заниматься сельскохозяйственной деятельностью ( $15,9 \pm 2,1\%$  против  $5,3 \pm 2,3\%$ ,  $z = 2,462$ ;  $p = 0,014$ ).

Из факторов, способных привлечь молодых специалистов в сельскую местность, респонденты основной группы выделили «развитие инфраструктуры сельских и отдаленных регионов» ( $52,1 \pm 5,1\%$  против  $36,5 \pm 2,7\%$ ,  $z = 2,57$ ;  $p = 0,01$ ) и «предоставление высокого оклада» ( $18,1 \pm 3,9\%$  против  $8,6 \pm 1,6\%$ ,  $z = 2,39$ ;  $p = 0,017$ ).

Также в ходе исследования был представлен перечень и анализ причин, препятствующих, по мнению молодых специалистов, возможности продолжения трудовой деятельности в условиях сельской местности после завершения срока участия в программах социально-экономического стимулирования. С этой целью респондентам был предложен вопрос о наличии трудностей, с которыми сопряжена жизнь в условиях сельской местности (табл. 4.10).

Таблица 4.10 - Сравнительная структура трудностей, сопровождающих проживание в условиях сельской местности (абс.знач., %)

Оцениваемый критерий	Основная группа (n = 301)	Контрольная группа (n = 94)	z	p
Ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий	$45,5 \pm 2,8\%$	$72,3 \pm 4,6\%$	4,42	<0,001
Трудности в организации обучения детей	$18,6 \pm 2,2\%$	$38,3 \pm 5,0\%$	3,8	<0,001
Особенности менталитета сельского населения	$16,9 \pm 2,1\%$	$36,2 \pm 4,9\%$	3,83	<0,001
Необходимость ведения подсобного хозяйства	$1,7 \pm 0,7\%$	$5,3 \pm 2,3\%$	1,56	0,12
Большие затраты на содержание дома	$12,3 \pm 1,9\%$	$17 \pm 3,8\%$	0,99	0,32
Недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры	$28,9 \pm 2,6\%$	$53,2 \pm 5,1\%$	4,2	<0,001

Исходя из полученных данных, респонденты основной группы – уроженцы сельской местности, в значительно меньшей степени отмечали наличие трудностей, сопряженных с условиями проживания в сельской местности, нежели респонденты группы контроля – уроженцы крупных городов. При этом различия по таким критериям, как ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий ( $z = 4,42$ ), трудности в организации обучения детей ( $z = 3,8$ ), особенности менталитета сельского населения ( $z = 3,83$ ), недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры ( $z = 4,2$ ), являются высоко значимыми ( $p < 0,001$ ).

В ходе исследования проведен сравнительный анализ распределения участников программ социально-экономического стимулирования в зависимости от удаленности муниципального района от областного центра, результаты которого представлены на рисунке 4.12.

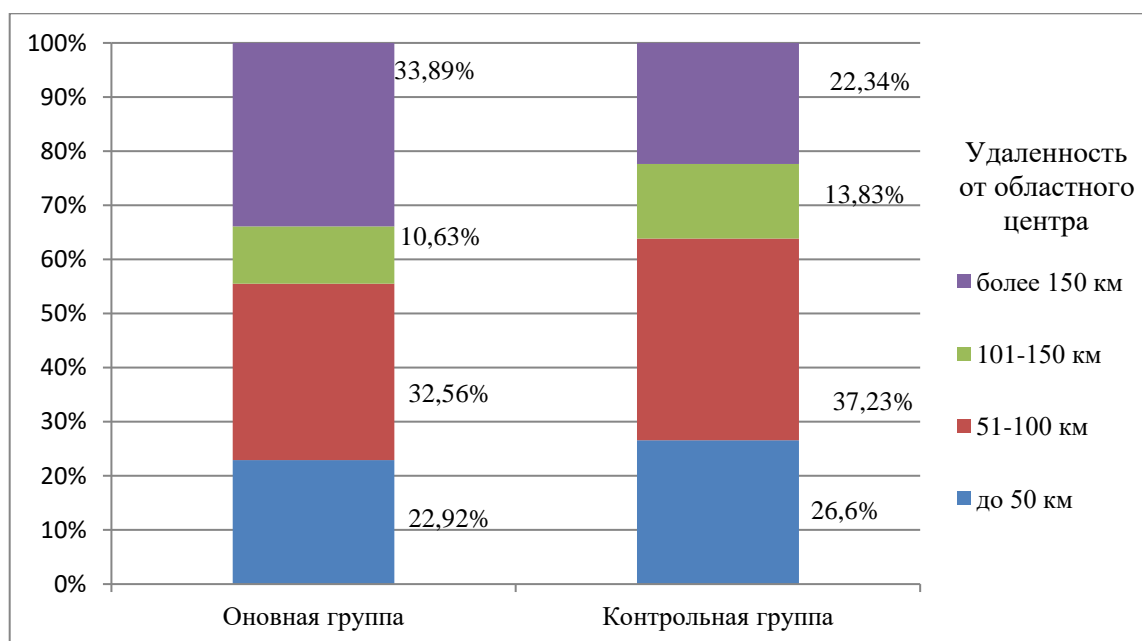


Рисунок 4.12 - Распределение молодых специалистов по районам Нижегородской области, в зависимости от удаленности областного центра (%)

Как видно из рисунка 4.12, в основной группе значительно больше молодых специалистов проживает и работает в удаленных (более 150 км) от областного центра муниципальных районах Нижегородской области ( $33,89 \pm 2,7\%$  против  $22,34 \pm 4,3\%$ ,  $z = 1,98$ ;  $p = 0,047$ ), в то время как респонденты контрольной группы распределились по территориям, удаленность которых от областного центра находится в диапазоне 50 - 100 км.

Учитывая разный объем материальных предпочтений в программах социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения, в ходе исследования была поставлена задача выявить, значимость данного фактора на трудовую миграцию. При проведении сравнительного анализа влияния отдельных видов социально-экономической поддержки на трудовую миграцию, учитывая различия в объеме и характере мер

материального стимулирования, получены результаты, определяющие намерение молодых специалистов продолжать трудовую деятельность в условиях сельской местности (рис. 4.13).

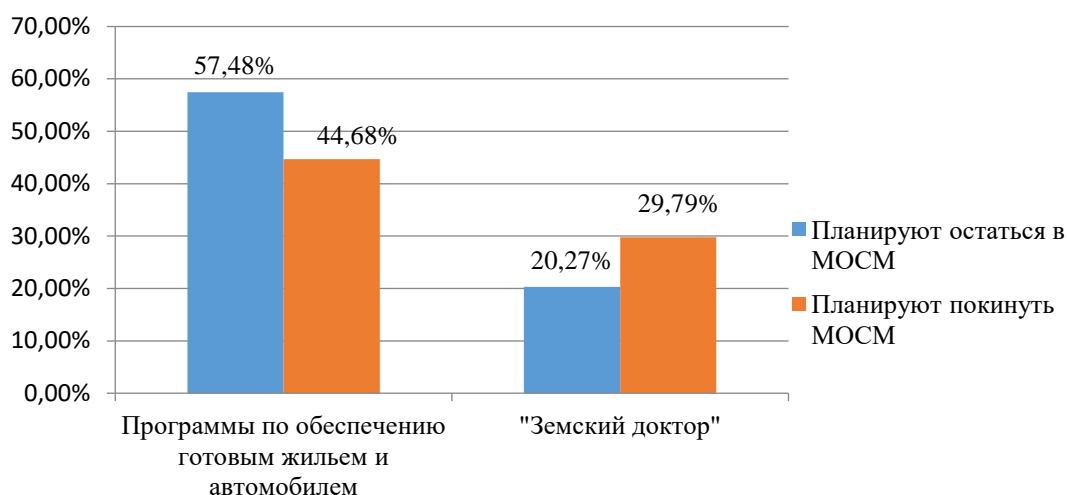


Рисунок 4.13 - Влияние программ социально-экономической поддержки молодых специалистов на желание остаться в сельской местности (%)

Как следует из полученных данных, в группе респондентов, участвовавших в программах поддержки молодых специалистов по обеспечению готовым жильем и автотранспортным средством, выявлено значительно большее количество планировавших остаться в сельской местности и продолжить трудовую деятельность после окончания срока участия в программе ( $57,48 \pm 2,8\%$ ,  $z = 2,06$ ;  $p = 0,04$ ). В группе молодых специалистов, участвовавших в программе социально-экономического стимулирования по предоставлению единовременной компенсационной выплаты в размере 1000000 рублей («Земский доктор»), наблюдалась тенденция к превалированию покинуть сельскую местность ( $29,79 \pm 4,7\%$ ,  $z = 1,79$ ;  $p = 0,07$ ). Таким образом, можно утверждать, что социально-экономические мероприятия, направленные на обеспечение молодых специалистов сельского здравоохранения готовым благоустроенным жильем и автотранспортным средством, оказывают значимое положительное влияние на желание закрепиться в сельской местности и продолжить работу в сельском здравоохранении по окончании контракта.



Проведенное исследование позволило также выявить, что среди респондентов, положительно относящихся к трудоустройству в сельское здравоохранение, большинство составили уроженцы сельской местности ( $75,8 \pm 3,3\%$ ), которые не видели препятствий, связанных с работой и постоянным проживанием в условиях села. Единственной предполагаемой трудностью, связанной с работой в сельских медицинских организациях, считали «отсутствие необходимого опыта и знаний» (1-е ранговое место,  $q_k=0,286$ ). Данную группу респондентов не беспокоили такие факторы, как «отсутствие возможности для проведения современных методов диагностики и лечения» (3-е ранговое место,  $q_k=0,19$ ) и «недостаточное развитие инфраструктуры в сельской местности» (4-е ранговое место,  $q_k=0,143$ ).

При анализе социально-демографических и профессионально-мотивационных характеристик молодых специалистов, занятых в сфере сельского здравоохранения на условиях выполнения договорных обязательств в рамках социально-экономического стимулирования, выявлено, что абсолютное большинство приходится на женщин ( $70,8 \pm 2,6\%$ ) в возрасте  $32,97 \pm 0,25$  лет, являющихся уроженками сельской местности ( $85,3 \pm 2,0\%$ ), состоящие в браке ( $79,1 \pm 2,3\%$ ) и имеющие детей ( $81,4 \pm 2,2\%$ ). Решение по проживанию и выполнению профессиональной деятельности в сельском здравоохранении большинство респондентов ( $76,2 \pm 1,8\%$ ) приняли с появлением государственных мер поддержки молодых специалистов. В процессе профессионального становления самостоятельно осуществляли поиск работы и выбор вариантов для последующего трудоустройства. Медицинскую деятельность респонденты осуществляют преимущественно в условиях поликлиники ( $62,6 \pm 2,0\%$ ), причем большинство ( $71,1 \pm 1,9\%$ ) из них работает более чем на 1 ставку в одной медицинской организации, получая ежемесячно немногим более 20 тысяч рублей.

Более половины ( $53,65 \pm 2,1\%$ ) молодых врачей планируют остаться в выбранном населенном пункте и по окончании срока действия договора выразили желание остаться выполнять свою трудовую деятельность в выбранной ими медицинской организации. Основную часть данной группы респондентов

составили уроженцы сельской местности, которые приобрели готовое жилье в рамках реализации региональных мероприятиях социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения.

Таким образом, резюмируя проведенный блок исследования, выявлено, что наибольшую готовность работать в сельской местности демонстрируют респонденты из числа уроженцев сельской местности ( $75,8 \pm 3,3\%$ ,  $z = 5,23$ ;  $p < 0,001$ ), для которых важным критерием реализации профессиональных возможностей является получение готового жилья в сельской местности, компенсация оплаты услуг ЖКХ, перспектива профессионального и карьерного роста, а также льготного исчисления трудового стажа, приобретения опыта самостоятельной работы, проживания в более благоприятных экологических условиях, возможности льготного ипотечного кредитования. Следовательно, возможность возрождения опыта реализации программ социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения по обеспечению готовым жильем и автомобилем должно служить основой для создания условий, направленных на привлечение врачебных кадров в медицинские организации сельской местности.

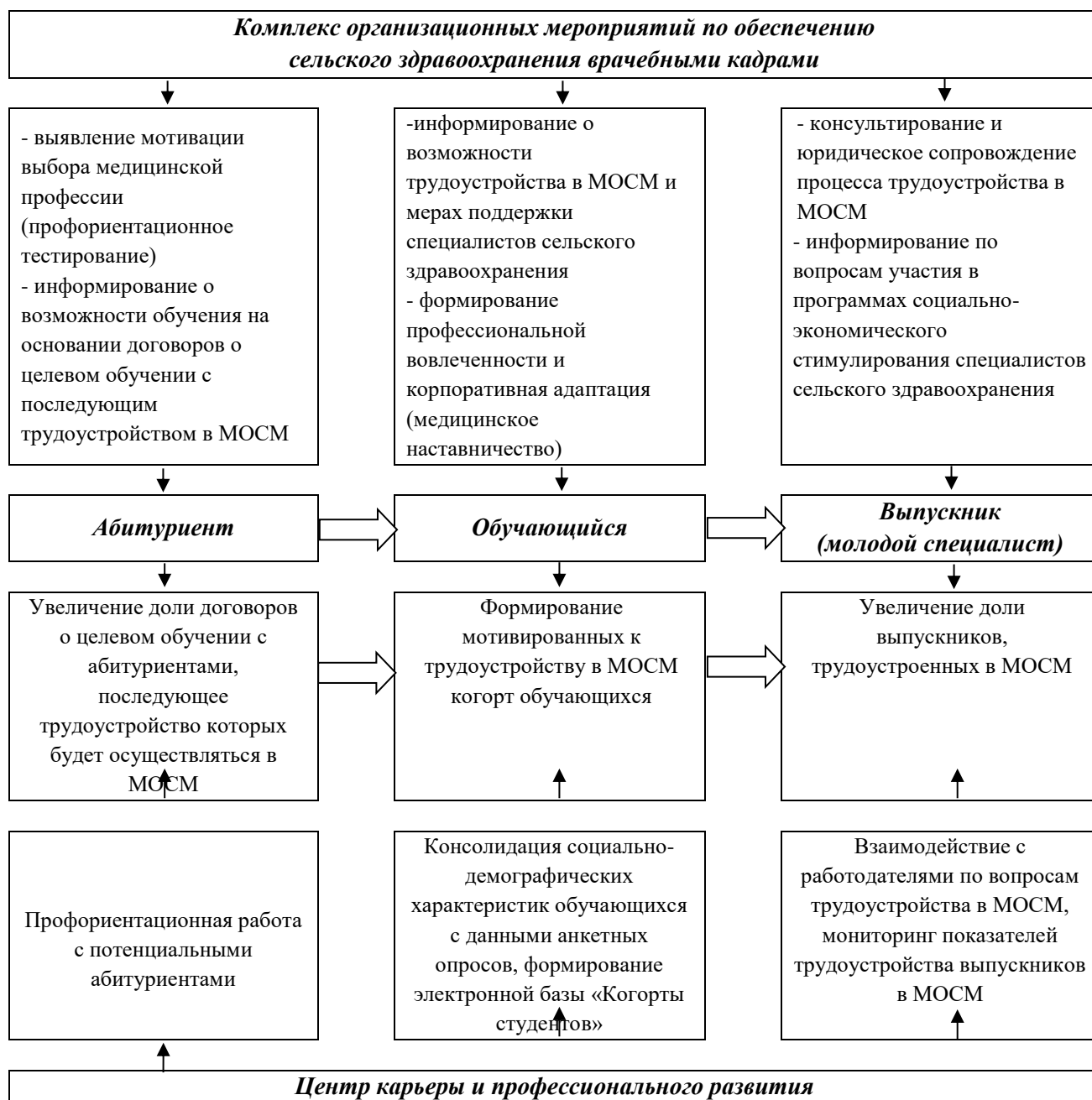
## **Глава V. Комплекс организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами**

Комплекс организационных мероприятий по обеспечению медицинских организаций сельской местности и привлечению выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение представлен организационной моделью, состоящей из пяти элементов (блоков):

- 1) профориентационная работа с потенциальными абитуриентами;
- 2) формирование когорт обучающихся медицинского ВУЗа, мотивированных к трудоустройству в сельскую местность;
- 3) информационное сопровождение обучающихся медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в медицинские организации сельской местности;
- 4) сопровождение и мониторинг показателей целевого обучения, в том числе в структуре возможности последующего трудоустройства выпускников в медицинские организации сельской местности;
- 5) результативность деятельности медицинского ВУЗа в аспекте содействия трудоустройству выпускников в медицинские организации сельской местности.

В основе организационной модели комплекса мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами заложена регламентация видов деятельности Центра карьеры и профессионального развития по отношению к каждому этапу профессионального становления специалиста здравоохранения в рамках системы социальных статусов «абитуриент – обучающийся – выпускник». На каждом этапе комплекса мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами определены участники, цели и перечень мероприятий, ключевым координатором комплекса мероприятий определен Центр карьеры и профессионального развития (схема 5.1).

Схема 5.1 – Организационная модель комплекса мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами



В рамках системного взаимодействия, направленного на реализацию комплекса мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами, Центр карьеры и профессионального развития становится ключевым подразделением, реализующим профориентационные мероприятия в отношении всех элементов системы социальных статусов – абитуриента, обучающегося и выпускника (молодого специалиста).

Таким образом, в отношении абитуриента реализуется профориентационная работа, направленная на выявление мотивации выбора медицинской профессии (профориентационное тестирование) и информирование о возможности обучения на основании договоров о целевом обучении с последующим трудоустройством в МОСМ, качественным итогом которой является увеличение доли договоров о целевом обучении с абитуриентами, последующее трудоустройство которых будет осуществляться в медицинские организации сельской местности.

На этапе обучения к будущему специалисту сельского здравоохранения применяется анкетирование с целью формирования консолидированной базы «Когорты студентов», основанной на социально-демографических характеристиках и уровне мотивации обучающихся к перспективе трудоустройства в сельскую местность. На данном этапе реализуется процесс информирования обучающихся о возможности трудоустройства в медицинские организации сельской местности и мерах поддержки специалистов сельского здравоохранения, а также формирование профессиональной вовлеченности и корпоративной адаптации (медицинское наставничество) будущих специалистов сельского здравоохранения в МОСМ, фигурирующими в договорах о целевом обучении в качестве организаций-работодателей. Целью профориентационной работы с обучающимися является формирование мотивированных к трудоустройству в сельскую местность когорт студентов.

Этап работы с выпускником (молодым специалистом) основан на консультировании и юридическом сопровождении процесса трудоустройства молодого специалиста в МОСМ, а также информировании по вопросам участия в программах социально-экономического стимулирования специалистов сельского здравоохранения. На данном этапе осуществляется взаимодействие с работодателями по вопросам трудоустройства в МОСМ, мониторинг показателей трудоустройства выпускников в МОСМ, целью которого является увеличение доли выпускников (молодых специалистов), трудоустроенных в медицинские организации сельского здравоохранения.

## **5.1. Совершенствование механизмов профориентационной работы с потенциальными абитуриентами**

Широко известно, что определение выбора будущей профессии представителями современной молодежи начинается далеко за пределами образовательной организации высшего образования. Более того, мотивация выбора профессии врача зачастую определяется такими факторами, как престижность профессии, семейная традиция, желание родителей и родственников, совет друзей и т.п. Выявление внутренних мотивов выбора медицинской профессии, таких как желание помогать людям, облегчить страдание тяжелобольных, оказывать медицинскую помощь людям, является наиболее значимым этапом процесса погружения в профессию, выбора узкой специальности и последующего трудоустройства в предполагаемое место работы.

Блок профориентационной работы с потенциальными абитуриентами предусматривает алгоритмы выявления наиболее мотивированных к реализации профессиональных функций когорт выпускников общеобразовательных организаций, и как следствие, формирование целевого потока абитуриентов. Блок профориентационной работы состоит из следующих разделов:

- Информирование учащихся 10 – 11 классов (в том числе, школ, расположенных в сельской местности) о возможностях поступления в медицинский ВУЗ, особенностях обучения в рамках целевого договора и последующего трудоустройства в медицинские организации сельской местности;
- Психологическое консультирование с использованием профориентационных тренингов с целью определения уровня вовлеченности в профессию;
- Профориентационное тестирование с целью выявления наиболее мотивированных когорт будущих абитуриентов.

### ***5.1.1. Система информирования потенциальных абитуриентов по вопросам получения высшего медицинского образования и поступления в ПИМУ.***

Разработанная система информирования потенциальных абитуриентов ориентирована, как на обучающихся общеобразовательных организаций, в том числе сельской местности, а также доступна для школьников и абитуриентов других регионов. Для повышения доступности учащимся сельской местности информация по вопросам обучения в медицинском ВУЗе предоставляется в форме вебинаров, консультирования по телефону и электронной почте, а также в форме выездных сессий.

Система информирования потенциальных абитуриентов включает следующие формы взаимодействия:

- Организация процесса приёмной компании «Поступай правильно» - знакомство с особенностями приёма в медицинский ВУЗ в текущем календарном году, учитывая особенности меняющегося нормативно-правового поля;
- Проведение «Дней открытых дверей» - знакомство с факультетами ПИМУ, основными направлениями и специальностями обучения, обратная связь со студентами, демонстрация лучших студенческих практик;
- Проект «Моя будущая профессия» - проведение профориентационных уроков для учащихся школ по основным направлениям ВУЗа;
- Реализация проекта «Школа молодого врача» по направлениям: «Юный стоматолог», «Симуляционный центр», «3D моделирование»;
- Проведение ознакомительных экскурсий и лектория: экскурсии в анатомический музей, симуляционно-аккредитационный центр, учебно-исторический центр ПИМУ, встречи с ведущими преподавателями ПИМУ, знакомство с Университетской клиникой;
- Организация и проведение спецкурсов и курсов подготовки к ЕГЭ по биологии, химии, нормальной анатомии, гистологии, нормальной физиологии, латинскому языку (для сельских и удаленных территорий)

предусмотрено обучение с применением дистанционных образовательных технологий и вебинаров);

- Организация персонального консультирования родителей и законных представителей потенциальных абитуриентов целевого обучения по вопросам поступления, обучения в ВУЗе и последующего трудоустройства в медицинские организации.

### ***5.1.2. Психологическое профориентационное консультирование.***

Профориентационное психологическое консультирование является необходимым этапом, предшествующим проведению психодиагностического профориентационного тестирования.

Профориентационное психологическое консультирование проводится в три этапа:

I этап – Установление контакта;

II этап – Сбор информации;

III этап – Конкретизация запроса.

*Установление контакта* необходимо для формирования доверительного расположения между психологом и потенциальным абитуриентом, его родственниками. Это ключевой этап психологического консультирования, оказывающий влияние на ход процесса общения в целом и его результат, в частности. Важную роль в исполнении требований данного этапа играет формирование психологического доверия.

Психолог, оказывающий консультацию, отмечает эмоциональный настрой испытуемого, его желание общаться, наличие заинтересованности. Для установления доверительного контакта необходимо расположить потенциального абитуриента к собеседованию – необходимо сесть по одну сторону с испытуемым, проявлять вежливое и заинтересованное отношение, обращаться по имени.

После установления контакта начинается второй этап психологического консультирования – *сбор информации*. Информация, полученная на данном этапе, способна оказать значительное влияние на профессиональный выбор потенциального абитуриента. С одной стороны, психолог выясняет первичную



цель профориентации испытуемого, с другой – оценивает его отношение к выбору профессии, наличие внешних факторов, оказывающих влияние профориентацию. В рамках текущего этапа психолог выявляет наличие альтернатив выбора профессии у потенциального абитуриента, определяет уровень информированности о профессии врача, оценивает характер образования и внешкольной деятельности испытуемого, а также выявляет ценностные ориентации его семьи и ближайшего окружения, взгляды и мнения родителей (табл. 5.1).

Таблица 5.1- Примерный перечень оценочных критериев для сбора информации о потенциальном абитуриенте.

<b>№</b>	<b>Вопросы</b>	<b>Цель вопроса</b>	<b>Вариант развития событий</b>
1	Какова цель Вашего визита?	Общее представление о предстоящей процедуре и отношении испытуемого и его родителей к происходящему	Выявление акцента профориентационной направленности консультации
2	Что бы Вы хотели получить в результате консультации?	Выявить ожидания испытуемого от психодиагностического консультирования	Выбор профильного образования; Выбор медицинской специальности; Выявление возможностей испытуемого для реализации профессиональной деятельности; Построение пути дальнейшего самоопределения и профессиональной траектории.
3	Учились ли Вы в профильной школе?	Понимание стратегии обучения, его профильной направленности	Обучение в профильной школе (классе); Углубленное самостоятельное изучение профильных предметов; Участие в профильных конкурсах и олимпиадах
4	Чем Вы занимаетесь в свободное время (увлечения, любимые занятия)?	Получение дополнительной информации, необходимой при определении профессиональной направленности	Определение сферы интересов испытуемого, отношение к увлечениям, результаты и реальные достижения
5	Почему Вы решили выбрать медицинскую специальность?	Оценка уровня определенности в выборе профессии	Данная сфера привлекательна для родителей; Совместное семейное обсуждение выбора профессии врача; Испытуемый самостоятельно принял решение о выборе медицинской профессии

После получения консультантом информации о конкретизации профессионального выбора испытуемого, наступает возможность четкого формулирования цели консультации, т.е. *конкретизация запроса*. В ходе данного этапа консультирования выявляются профориентационные и непрофориентационные запросы испытуемого. К профориентационным запросам относятся такие, как профессиональное самоопределение, самооценка способностей и возможностей обучения медицинской профессии, самостоятельное принятие решения, построение индивидуальных планов и выбор направления подготовки. Непрофориентационные запросы – это результат детско-родительских отношений, желание самоутверждения.

Таким образом на этапе конкретизации запроса происходит структурирование полученной информации о потенциальном абитуриенте и формулирование реальных целей и задач консультации.

### ***5.1.3. Профориентационное тестирование.***

Использование методик психологического тестирования для оценки профессионального потенциала является широко распространенной отечественной и международной практикой. Профориентационное тестирование проводится при помощи электронного диагностического комплекса «Профмедтест», разработанного специально для абитуриентов медицинских ВУЗов. Электронный комплекс предназначен для проведения профориентационного тестирования потенциальных абитуриентов медицинских ВУЗов. ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России для данных целей использует версию СПЕС-VPO-T, серийный номер 8676 от 19.07.2017 г. Системные требования: русскоязычная операционная система семейства MS Windows 7, процессор 600 МГц и выше, монитор SVGA и видеокарта с разрешением 1024×768. Программа поставляется на CD-диске с электронным USB-ключом для защиты от несанкционированного использования. В ходе тестирования проводится диагностика школьников старших классов для определения профессиональных предпочтений в области медицинских специализаций.

Электронный диагностический комплекс «Профмедтест» позволяет выявить профессиональную направленность потенциальных абитуриентов, выбирающих медицинское образование. Структура теста представлена пятью блоками:

Первый блок – Диагностика общих интересов (30 вопросов). Позволяет определить сферы профессиональных интересов потенциального абитуриента: интерес к техническим устройствам и оборудованию, интерес к научным исследованиям, интерес к общению и оказанию помощи другим людям, интерес к управлению, а также к ручному и физическому труду.

Второй блок – диагностика интересов в рамках медицинской сферы. Позволяет определить диапазон интересов испытуемого в рамках медицинской сферы. Оцениваются интересы по специальностям высшего образования: «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Педиатрия», «Сестринское дело», «Стоматология», «Фармация».

Третий блок – Диагностика интересов к военному делу.

Четвертый блок – Диагностика аналитического потенциала. Позволяет определить уровень абстрактно-логического мышления.

Пятый блок – Диагностика личностных качеств. Позволяет оценить особенности характера и стиля поведения, уровень экстраверсии, самоконтроля, эмоциональной стабильности.

По результатам тестирования программа «Профмедтест» осуществляет автоматизированный расчёт близости результатов конкретного испытуемого и позволяет автоматически формировать «идеальные профили» абитуриентов для каждой медицинской специальности. На основании «идеальных профилей» определяется уровень потенциала причастности к выбранной профессии:

- 1 – 2,4 балла – низкий потенциал;
- 2,5 – 4,4 балла – сниженный потенциал;
- 4,5 – 6,5 баллов – средний потенциал;
- 6,6 – 8,5 баллов – умеренно выраженный потенциал;
- 8,6 – 10 баллов - выраженный потенциал.

Шкальный профиль отражает в графической форме значения по направлениям высшего образования в области здравоохранения. Средним значением по шкале является 5,5 баллов – если показатель лежит в зоне стандартного отклонения (между 3,5 и 7,5 на профиле), то данный показатель не рассматривается, как основание для рекомендации или противопоказания к той или иной специальности. Если испытуемый набирает 7,5 баллов и выше по какой-либо специальности, то данная специальность может быть рекомендована, как ключевая. В случае, если испытуемый набирает 3,5 и менее баллов по выбранной специальности, то данную специальность рекомендовать не стоит.

На основании результатов профориентационного тестирования осуществляется расчет итогового рейтинга абитуриента. В нашем случае применяется взвешенный совмещенный рейтинг, основанный на определении средней значимости оцениваемых критериев, обладающих каждый своим весом.).

Заключительным этапом профориентационного тестирования является обсуждение его результатов – психологическое собеседование с квалифицированным психологом по итогам тестирования.

Основная задача психологического собеседования – проведение оценочного интервью, позволяющего собрать недостающую информацию о потенциальном абитуриенте, подтвердить или опровергнуть результаты тестирования, получить личное представление об абитуриенте. Процесс проведения интервью может зафиксирован на видео, при наличии согласия абитуриента (его родителей, законных представителей).

Проведение психологического собеседования проводится в целях уточнения результатов тестирования, поэтому проводится по выборочным критериям идеального профиля абитуриента – в процессе его могут быть заданы уточняющие вопросы по 3 – 4 группам из всего набора тестовых вопросов.

Таким образом, возможности психодиагностического тестирования позволяет оценить профессиональный потенциал будущих специалистов здравоохранения, а именно:

- Отобрать наиболее мотивированных абитуриентов;

- Определить потенциал к обучению и реализации будущей профессии;
- Оценить базовый уровень подготовки.

## **5.2. Совершенствование механизмов выявления мотивации к трудоустройству в сельскую местность среди студентов медицинского ВУЗа**

Изучение отношения студентов к перспективам реализации профессиональных обязанностей в условиях сельского здравоохранения возможно благодаря регулярным анкетным опросам и социологическим исследованиям. Для достижения поставленных задач, Центр карьеры и профессионального развития ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России на постоянной основе проводит социологические опросы студентов всех курсов и специальностей. Для проведения социологических опросов группой специалистов Центра Карьеры и профессиональных консультантов разработаны адаптивные анкеты, которые позволяют формировать сведения о планах профессиональных выпускников медицинского ВУЗа.

Благодаря регулярно проводимым анкетным опросам получена возможность выявлять и сопоставлять социально-демографические характеристики студентов, наиболее соответствующие эффективному закреплению и трудоустройству в сельской местности (уроженцы сельской местности, лица преимущественно женского пола, актуальность решения жилищного вопроса).

В целях консолидации социально-демографических характеристик студентов с данными анкетных опросов разработана электронная база «Когорты студентов», функционирующая на платформе MS Excel и позволяющая формировать ранжированные когорты студентов по принципу наличия желания работать в сельской местности (рис. 5.1).

Кампусный номер студента	Пол	Наименование факультета	Курс обучения	Место рождения	Нуждаемость в жилье	Желание работать в МО сельской местности
14373664169	Жен.	Лечебное дело	4 курс	сельская местность	да	Да
16476206884	Жен.	Лечебное дело	4 курс	город	нет	Нет
52821158432	Жен.	Лечебное дело	1 курс	город	нет	Нет
13518663768	Муж.	Лечебное дело	4 курс	город	да	Нет
18170964285	Жен.	Лечебное дело	2 курс	город	нет	Нет
17897232335	Жен.	Лечебное дело	1 курс	город	нет	Нет
16485741301	Муж.	Медико-профилактика	2 курс	сельская местность	да	Да
17040647442	Жен.	Лечебное дело	5 курс	сельская местность	да	Да
18955371731	Жен.	Педиатрия	4 курс	сельская местность	да	Нет
19507041670	Жен.	Медико-профилактика	1 курс	город	да	Да
14591169882	Жен.	Лечебное дело	4 курс	город	да	Нет
18124960772	Муж.	Лечебное дело	3 курс	город	нет	Да
19201590652	Жен.	Лечебное дело	5 курс	город	да	Нет
11675328463	Жен.	Лечебное дело	6 курс	сельская местность	да	Да
14505901240	Муж.	Медико-профилактика	4 курс	город	да	Да
13906760273	Жен.	Педиатрия	2 курс	сельская местность	нет	Нет
16405475662	Жен.	Стоматология	1 курс	город	нет	Нет
13442185840	Муж.	Лечебное дело	4 курс	город	нет	Да
18979049758	Муж.	Медико-профилактика	1 курс	город	да	Да
14968494736	Муж.	Педиатрия	5 курс	город	да	Да
15416296968	Муж.	Педиатрия	3 курс	город	да	Нет
16876323613	Жен.	Педиатрия	1 курс	сельская местность	да	Да
14464302444	Жен.	Педиатрия	6 курс	город	да	Нет
16447469500	Муж.	Педиатрия	5 курс	город	да	Нет
16495154393	Жен.	Педиатрия	4 курс	город	да	Да
1347547089	Жен.	Педиатрия	4 курс	сельская местность	да	Да
16537074780	Жен.	Лечебное дело	4 курс	сельская местность	да	Нет
14291134640	Жен.	Лечебное дело	4 курс	сельская местность	да	Да
14248369470	Жен.	Лечебное дело	3 курс	сельская местность	да	Да
17560874601	Жен.	Лечебное дело	4 курс	город	да	Нет
13193486767	Жен.	Лечебное дело	4 курс	город	да	Да
17859737247	Жен.	Лечебное дело	1 курс	город	да	Да
15612674564	Муж.	Лечебное дело	5 курс	сельская местность	да	Нет

Рисунок 5.1 - Электронная таблица «Когорты студентов»

Ранжирование студентов в зависимости от степени выраженности желания работать в сельской местности позволяет определять персонифицированный подход к реализации механизмов содействия трудоустройству: объем и степень информирования о возможности трудоустройства в сельскую местность, юридическое консультирование, экскурсии в ЦРБ и прохождение практической подготовки на их базе, ознакомление с перечнем социально-экономических программ, способствующих улучшению материальных, социально-бытовых и профессиональных условий молодого специалиста сельского здравоохранения.

### 5.3. Совершенствование механизмов информирования студентов медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в сельское здравоохранение

Как показало проведенное нами исследование, основным немодифицируемым фактором, влияющим на формирование положительного решения у выпускников медицинского ВУЗа по трудоустройству в медицинские организации сельской местности, является принадлежность к социально-

демографической группе уроженцев сельских территорий. Однако данный критерий не всегда является оправданным в вопросах увеличения доли молодых специалистов в сфере сельского здравоохранения. Известно, что студенты медицинского ВУЗа на этапе определения места предполагаемого трудоустройства представляют собой наиболее уязвимую когорту потенциальных молодых специалистов. Именно на этапе формирования у студента представлений о возможном месте реализации своих профессиональных обязанностей и необходимо активизировать систему дополнительного информирования будущих специалистов о существующих механизмах трудоустройства в медицинские организации сельской местности.

В ходе исследования сформированы ранжированные группы зависимости социально-демографических и профессионально-мотивационных характеристик студентов медицинского ВУЗа и объема мероприятий по повышению уровня информированности о работе в медицинских организациях сельской местности (табл. 5.2).

Ранжирование групп осуществляется на основании анкетного опроса, причастность респондента к той или иной группе определяется в зависимости от места его рождения и наличия/отсутствия мотивации к трудоустройству в сельскую местность. Таким образом сформированы четыре ранговые группы респондентов от наиболее мотивированных к трудоустройству в сельскую местность до демотивированных когорт.

Объём и структура предоставляемой информации варьируются в зависимости от принадлежности респондентов к той или иной группе. Процедура информирования реализуется при содействии Центра Карьеры и осуществляется в форме бесед, консультаций специалистов, встреч с представителями медицинских организаций сельской местности, вовлечении студентов к участию в волонтерском общественном движении «Волонтеры-медики».

Таблица 5.2 - Матрица информационных мероприятий.

№ ранга	Место рождения – сельская местность	Желание работать в сельской местности	Содержание информационных мероприятий	Ожидаемый результат
I	+	+	Информирование о вакансиях МОСМ Участие в ВОД «Волонтеры-медики» Консультирование по вопросам участия в мероприятиях социально-экономического стимулирования специалистов здравоохранения Юридическое консультирование процессов заключения соглашения о предоставлении мер социально-экономической поддержки Наставничество Стажировки в МОСМ	Повышение информированности будущих специалистов здравоохранения, поддержание положительного образа сельского врача, формирование профессиональной идентичности
II	-	+	Информирование о вакансиях МОСМ Экскурсии в МОСМ Участие в ВОД «Волонтеры-медики» Консультирование по вопросам участия в мероприятиях социально-экономического стимулирования специалистов здравоохранения Юридическое консультирование по вопросам предоставления мер социально-экономической поддержки	Повышение информированности будущих специалистов здравоохранения, поддержание положительного образа сельского врача
III	+	-	Информирование о вакансиях МОСМ Информирование о мероприятиях социально-экономического стимулирования работников сельского здравоохранения Наставничество	Повышение практикоориентированности и информированности обучающихся, формирование положительного образа сельского врача
IV	-	-	Информирование о вакансиях ЦРБ Информирование о мероприятиях социально-экономического стимулирования работников сельского здравоохранения	Повышение практикоориентированности и информированности обучающихся

Данный комплекс мероприятий направлен на формирование представлений о работе в условиях сельского здравоохранения и формирование у студентов мотивации к трудоустройству в сельскую местность.

Дополнительно представлен механизм реализации поэтапной работы со студентами и выпускниками медицинского ВУЗа в целях повышения



эффективности мероприятий по содействию трудоустройству специалистов в медицинские организации сельской местности (рис. 5.2).

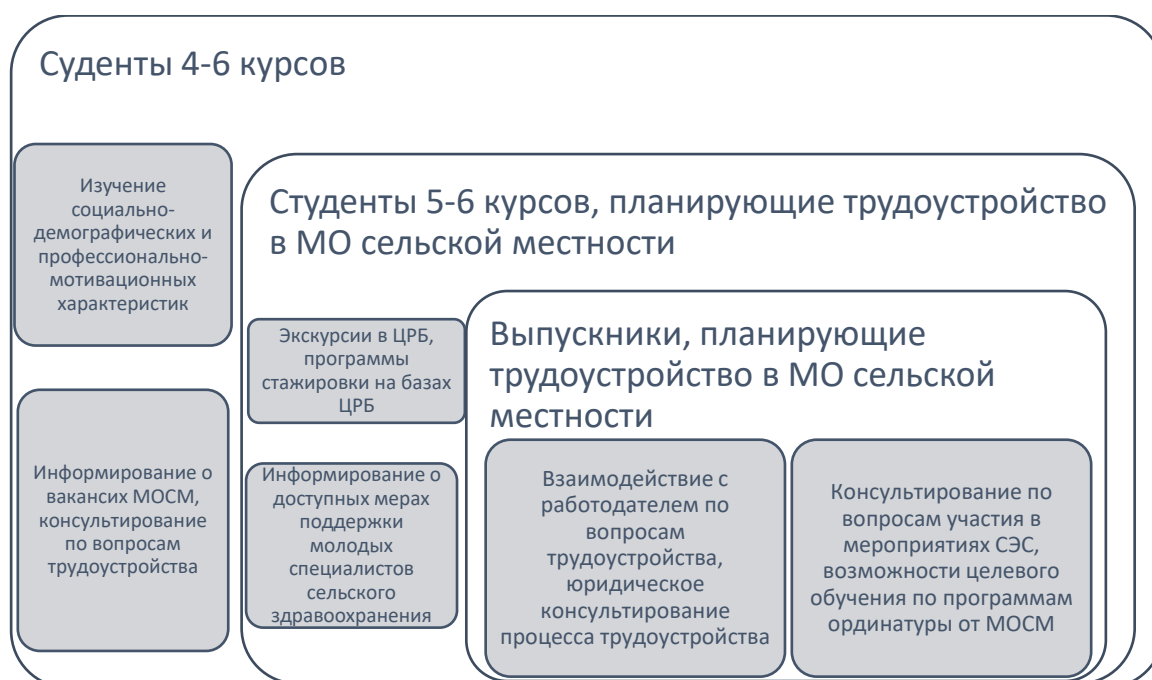


Рисунок 5.2 – Структура профориентационных мероприятий для обучающихся и выпускников медицинского ВУЗа

Вышеуказанный механизм реализуется на базе Центра Карьеры и представляет собой комплекс персонифицированных мероприятий по повышению осведомленности студентов 4-6 курсов в вопросах трудоустройства в медицинские организации сельской местности и содействию в трудоустройстве выпускников медицинского ВУЗа.

В целях ранней адаптации к условиям профессиональной среды, в особенности к условиям сельского здравоохранения ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России совместно с министерством здравоохранения Нижегородской области подписано соглашение о реализации наставничества для обучающихся. Наставничество представляет собой форму профессионального становления и развития обучающихся образовательной организации высшего образования, в том числе по договорам о целевом обучении под наблюдением высококвалифицированного врача медицинской организации, обладающего высокими профессиональными и нравственными качествами, значимым уровнем

практических знаний и профессионального опыта, владеющего механизмами профессиональной и корпоративной адаптации направленную на совершенствование качества подготовки обучающихся медицинского ВУЗа, надлежащее исполнение профессиональных обязанностей в условиях практической подготовки обучающихся, адаптацию к корпоративной культуре, формирование вовлеченности в профессиональную среду и повышения заинтересованности в высокой результативности профессиональной деятельности.

Наставничество устанавливается в организациях здравоохранения Нижегородской области в отношении граждан, осваивающих образовательные программы высшего образования (уровень специалитета), в том числе по договорам о целевом обучении, в которых данная медицинская организация является организацией-работодателем и в которое осуществляется последующее трудоустройство гражданина.

Наставничество осуществляется в отношении всех категорий граждан, обучающихся в Университете, в том числе по договорам о целевом обучении и исполнение профессиональных обязанностей которых требует обеспечения профессионального становления, развития и адаптации, расширения профессиональных знаний, овладения новыми практическими навыками. Наставничество реализуется в течение всего периода освоения обучающимися образовательной программы и в соответствии с утвержденным планом мероприятий по наставничеству. Лицо, в отношении которого осуществляется наставничество получает статус «обучающийся». Медицинская организация ведет учет обучающихся, врачей-наставников, формирует реестр потенциальных врачей-наставников. Университет осуществляет куриацию процесса наставничества в медицинских организациях, его организационно-методическое сопровождение, а также подготовку врачей-наставников по программе дополнительного профессионального образования – программе повышения квалификации «Актуальные вопросы наставничества в подготовке обучающихся медицинского ВУЗа».

#### **5.4. Совершенствование мероприятий по сопровождению и мониторингу целевого обучения**

Современные требования к организации приёма и обучения студентов по образовательным программам высшего профессионального образования в рамках целевой квоты показывают необходимость постоянного контроля и учёта параметров образовательного процесса, процесса исполнения сторонами обязательств условий договора о целевом обучении, а также необходимость мониторинга процесса трудоустройства выпускников целевой формы обучения.

Создание электронного модуля «Мониторинг целевого обучения», внедренного в работу Корпоративного портала ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (далее по тексту – Корпоративный портал) позволило совершенствовать процессы учёта контингента студентов и ординаторов целевого обучения, осуществлять текущий и итоговый контроль успеваемости, а также способствовало оптимизации механизмов оперативного предоставления отчётной информации на учрежденческом, региональном и федеральном уровнях.

Электронный модуль «Мониторинг целевого обучения» (ЭМ) функционирует на площадке Корпоративного портала в качестве самостоятельного электронного элемента с обеспечением конструктивной, электронной и информационной совместимости с электронными рабочими кабинетами лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического и фармацевтического факультетов, а также разделом «Промежуточный контроль» - «Результаты всех сессий» (без учета иностранных студентов), разделом «АИС «Ординатура».

Электронный модуль «Мониторинг целевого обучения» представляет собой реляционную базу данных, объединяя работу двух смежных электронных блоков – «Мониторинг целевого обучения студентов» и «Мониторинг целевого обучения ординаторов» (рис. 5.3).

Ключевым параметром учёта и мониторинга является привязка информации об обучающемся к его номеру СНИЛС таким образом, что при

переходе на другой уровень обучения (от студента - к ординатору) информация сохраняется и восполняется на всех этапах.

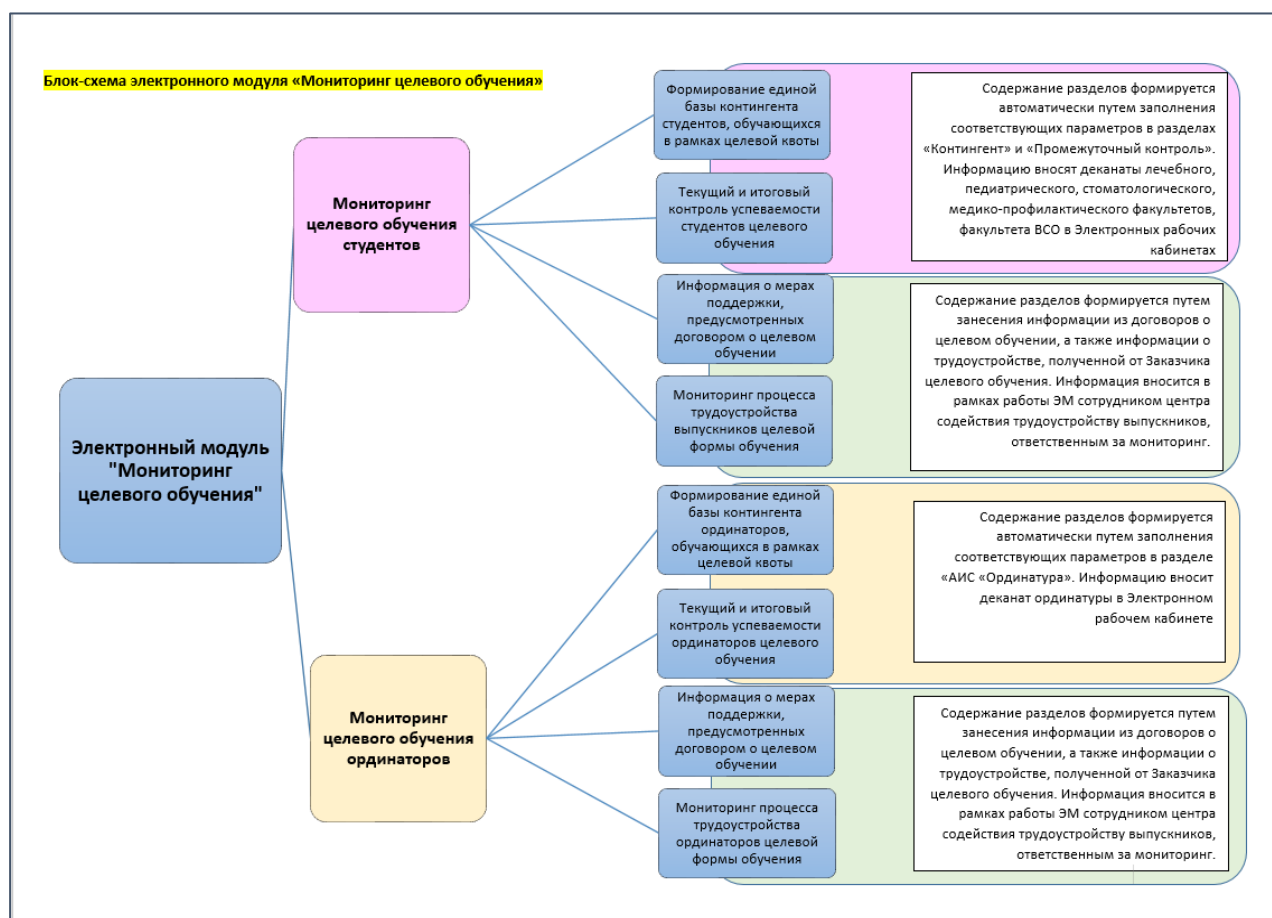


Рисунок 5.3 - Блок-схема электронного модуля «Мониторинг целевого обучения»

ЭМ позволяет осуществлять ввод, обработку и интерпретацию данных как самостоятельно (в рамках работы Электронного рабочего кабинета), так и путём выгрузки данных в программу семейства Microsoft Office for Windows (Microsoft Excel 2010 и версии выше) с целью осуществления статистической обработки информации и формирования отчётных сведений.

Обязательным условием формирования базы мониторинга является заполнение статуса «Заказчик целевого обучения» в соответствующей ячейке. Ввод информации в разделах 1 и 3 осуществляется автоматически, синхронизировано с вводом таковой в электронных деканатах профильных факультетов и деканата ординатуры. Ввод информации в разделах 2 и 4 осуществляется вручную, во время работы с программой мониторинга. Поля

заполняются путем выбора необходимого параметра из выпадающего списка, либо вводятся вручную в соответствии с требованиями заполняемого поля.

***Раздел 1. Формирование единой базы контингента студентов, обучающихся в рамках целевой квоты.***

*Фамилия Имя Отчество* – вводится ФИО студента полностью

*Адрес регистрации по месту жительства* – вводится адрес регистрации по месту постоянного жительства

*Курс обучения* – выбрать номер курса обучения из выпадающего списка

*ID студента* – вводится индивидуальный номер студента, присваиваемый образовательной организацией самостоятельно (первые две цифры – год зачисления, следующие цифры – номер личного дела)

*СНИЛС* – вводится номер СНИЛС (без пробелов, без тире)

*Дата рождения* – вводится дата рождения

*Контактный телефон* – вводится номер контактного телефона

*Код и наименование направления подготовки* - из выпадающего списка выбирается уровень образования и затем необходимое направление подготовки

*Год зачисления* – год зачисления данного студента

*Год окончания обучения* - предполагаемый год окончания обучения в соответствии с нормативным сроком обучения

*Конкурсный балл* – указывается конкурсный балл при зачислении

*Средний балл при поступлении* – указывается средний балл ЕГЭ (внутренних вступительных испытаний) по 100-балльной шкале

*Уровень предыдущего образования* – указывается уровень предыдущего образования из выпадающего списка

*Заказчик целевого обучения* – указывается наименование государственного (муниципального) органа или организации, заключившего договор о целевом обучении

*Дата заключения договора о целевом обучении* – указывается дата заключения договора о целевом обучении

*Номер договора* – указывается номер договора о целевом обучении

*Статус договора о целевом обучении* – выбрать из выпадающего списка необходимый вариант (предусмотреть возможность указания причин расторжения договора в формате дополнительно раскрывающихся полей для свободного заполнения)

*Академический статус* – указывается академический статус из выпадающего списка (подлежит корректировке в зависимости от изменения статуса)

## ***Раздел 2. Информация о мерах поддержки, предусмотренных договором о целевом обучении***

*Стипендии и другие денежные выплаты* – выбор вариантов Да/Нет. Выбор варианта «Да» предусматривает возможность указания суммы и периодичности выплаты

*Оплата проезда* – выбор вариантов Да/Нет. Выбор варианта «Да» предусматривает возможность указания суммы и периодичности выплаты

*Оплата дополнительных образовательных услуг* – выбор вариантов Да/Нет. Выбор варианта «Да» предусматривает возможность указания суммы и периодичности выплаты

*Предоставление в пользование и (или) оплата жилья* – выбор вариантов Да/Нет. Выбор варианта «Да» предусматривает возможность указания суммы и периодичности выплаты

*Объем средств материального стимулирования, выплачиваемых обучающемуся за учебный год в соответствии с договором о целевом обучении* – указывается суммарный объем средств из Раздела 2, выплачиваемый обучающемуся за 1 год обучения

## ***Раздел 3. Текущий и итоговый контроль успеваемости студентов целевого обучения***

*Сведения о результатах промежуточной аттестации (по пятибалльной шкале) по семестрам средний балл диплома по окончании обучения (по пятибалльной шкале)* - Вводится информация о текущей успеваемости по семестрам (среднее арифметическое за каждый семестр в формате 0,00). Средний

балл диплома об образовании (по пятибалльной шкале) указывается после успешного окончания обучения и формирования результатов итоговой успеваемости

*Номер диплома ПИМУ* – указывается номер диплома по окончании образовательной организации

#### ***Раздел 4. Мониторинг процесса трудоустройства выпускников целевой формы обучения***

*Наименование организации-работодателя* – указывается название организации, являющейся работодателем по договору (при наличии данной информации в договоре) Информация может совпадать с наименованием заказчика обучения, а также наименованием организации, в которую осуществляется трудоустройство гражданина)

*Наименование организации, в которую будет осуществляться трудоустройство* – указывается название организации, в которую осуществляется трудоустройство выпускника ВУЗа (поле обязательное к заполнению). Информация может совпадать с наименованием заказчика обучения и названием организации-работодателя

*ОКВЭД* – указывается код вида экономической деятельности организации, в которую осуществляется трудоустройство по действующему отраслевому классификатору видов экономической деятельности

*Субъект РФ, город (иной населенный пункт)* – указывается наименование субъекта РФ, название города или иного населенного пункта, в котором осуществляется трудоустройство выпускника ВУЗа.

*Организация, в которую осуществляется трудоустройство, является Заказчиком целевого обучения* – выбрать из вариантов Да / Нет

*Фактический адрес, по которому осуществляется трудовая деятельность* – указывается фактический адрес организации, в которую осуществляется трудоустройство (информация из договора о целевом обучении, либо с официального сайта организации)

*Должность, специальность, квалификация* – указывается наименование должности, специальности, квалификации, в рамках которых будет осуществляться трудоустройство

*Срок заключения трудового договора* - указать срок заключения трудового договора после получения образования, указанного в договоре о целевом обучении (информация из договора о целевом обучении)

*Срок осуществления трудовой деятельности* – указать срок осуществления трудовой деятельности после получения образования, указанного в договоре о целевом обучении

*Статус трудоустройства* – выбрать из вариантов Трудоустроен / Не трудоустроен. Вариант «Трудоустроен» заверяется прикрепленной скан-копией справки о трудоустройстве в организацию, указанную в договоре о целевом обучении (необходимо предусмотреть возможность прикрепления сканов в соответствующей ячейке).

При выборе варианта «Не трудоустроен» - автоматический переход в поле «Причины нетрудоустройства».

*Причины нетрудоустройства* - выбрать из выпадающего списка соответствующий вариант. Верификация информации осуществляется наличием скан-копии соответствующего документа, являющегося обоснованием статуса «Не трудоустроен» (необходимо предусмотреть возможность прикрепления сканов в соответствующей ячейке).

*Поступление в ординатуру* – выбрать из раскрывающегося списка.

При выборе варианта «Ординатура ПИМУ» информация о данном уровне обучения автоматически переносится в раздел ЭМ «Мониторинг целевого обучения ординаторов».

При выборе варианта «Аспирантура ПИМУ» - информация о поступлении в аспирантуру переходит в раздел АИС «Аспирантура»

При выборе варианта «Ординатура - иная образовательная организация» - указать название образовательной организации



При выборе варианта «Аспирантура - иная образовательная организация» - указать название образовательной организации

При выборе варианта «Нет» - обязательным является выбор статуса «Трудоустроен» в соответствующей ячейке, либо выбор статуса «Не трудоустроен», и в таком случае выбор из выпадающего списка причины нетрудоустройства (за исключением «Заключение договора о поступлении в ординатуру» и «Заключение договора о поступлении в аспирантуру»).

Все поля являются обязательными к заполнению, исключением является поле «Причины нетрудоустройства», которое заполняется при условии, если в поле «Статус трудоустройства» выбрано «Не трудоустроен».

Ввод информации и заполнение полей электронного блока «Мониторинг целевого обучения ординаторов» осуществляется аналогично таковым электронного блока «Мониторинг целевого обучения студентов».

#### **5.5. Совершенствование мероприятий по оценке эффективности работы Центра карьеры и профессионального развития медицинского ВУЗа**

Центр карьеры и профессионального развития (далее по тексту – Центр Карьеры) является структурным подразделением ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. Предметом деятельности Центра Карьеры является формирование и поддержка профессиональной траектории обучающихся, содействие временной и постоянной занятости обучающихся, трудоустройство выпускников, освоивших образовательные программы высшего образования. С целью осуществления оценки результативности трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа в сфере сельского здравоохранения, представляется очевидным необходимость измерения параметров трудоустройства.

В ходе выполняемого исследования разработаны и внедрены в текущую деятельность образовательной организации критерии результативности мероприятий по содействию трудоустройству выпускников. Данные критерии позволяют давать объективную оценку результатам деятельности Центра Карьеры и предлагать пути дальнейшего совершенствования механизмов содействия трудоустройству.

За основу взята формула расчета относительной величины структуры, или определения удельного веса:

$$d = \frac{Y}{\sum Y} \times 100\%, \text{ где}$$

$d$  – удельный вес;

$Y$  – часть совокупности;

$\sum Y$  – изучаемая совокупность

Сумма долей = 100%.

На основании указанной формулы разработаны и предложены следующие показатели:

1. Показатель эффективности трудоустройства в сельскую местность выпускников медицинского ВУЗа ( $d_{\text{тр}}$ ) – количество выпускников медицинского ВУЗа в текущем учебном году, трудоустроившихся в сельскую местность, относительно общего количества выпускников текущего года:

$$d_{\text{тр}} = \frac{\text{Количество выпускников, трудоустроившихся в МО сельской местности}}{\text{Общее количество выпускников медицинского ВУЗа}} \times 100\%$$

2. Показатель эффективности трудоустройства выпускников целевой формы обучения ( $d_{\text{тр.Цел.}}$ ) – количество выпускников целевого обучения в текущем учебном году, трудоустроившихся в сельскую местность, относительно общего количества выпускников целевого обучения текущего учебного года:

$$d_{\text{тр.Цел.}} = \frac{\text{Количество выпускников целевого обучения, трудоустроившихся в МО сельской местности}}{\text{Общее количество выпускников целевого обучения}} \times 100\%$$

3. Показатель эффективности трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа из числа жителей сельской местности ( $d_{\text{тр.Сел.}}$ ) – отношение количества выпускников целевой формы обучения, трудоустроившихся в сельскую местность к количеству обучающихся целевой формы обучения:

$$d_{\text{Тр.Сел.}} = \frac{\text{Количество выпускников из числа жителей сельской местности, трудоустроившихся в МО сельской местности}}{\text{Общее количество выпускников медицинского ВУЗа, трудоустроившихся в МО сельской местности}} \times 100\%$$

Таким образом, на основании представленной модели определения удельного веса, предложены методики расчета и оценки эффективности деятельности Центра Карьеры в аспекте трудоустройства выпускников в медицинские организации сельской местности.

### **5.6. Оценка эффективности комплекса организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами**

Комплекс организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами разработан и реализован, начиная с 2019 по 2022 годы, в рамках функционирования Центра карьеры и профессионального развития ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. Организационный эксперимент проведен в отношении абитуриентов и обучающихся ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. С целью реализации организационного эксперимента, в 2019 году, в ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России было утверждено Положение «О центре содействия трудоустройству выпускников ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, которое определяло функционал деятельности данного структурного подразделения, в том числе – координацию профориентационной работы с потенциальными абитуриентами, мониторинг целевого обучения, консультирование и информационное сопровождение обучающихся по вопросам трудоустройства в медицинские организации сельской местности.

В 2022 году Центр содействия трудоустройства выпускников реорганизован в новую структурную единицу – Центр карьеры и профессионального развития, основные направления деятельности которого определили новые возможности для решения следующих задач:

- формирование системы профессионального самоопределения молодежи, осуществление комплексного, консультационного, информационного

и образовательного содействия занятости обучающихся и выпускников, мониторинг фактических и прогнозных показателей занятости обучающихся;

- анализ кадровой потребности сферы здравоохранения Нижегородской области, других регионов Российской Федерации, поддержка и развитие отраслевой системы подготовки кадров;

- формирование и развитие партнерских отношений с представителями кадровых служб медицинских организаций Нижегородской области и других регионов;

- информирование обучающихся о наличии направлений и мероприятий социально-экономической поддержки специалистов здравоохранения, действующих на территории Нижегородской области и в других субъектах Российской Федерации;

- организационно-техническое, экспертно-аналитическое и информационное сопровождение занятости обучающихся и выпускников, в том числе сопровождение и мониторинг процесса целевого обучения, а также проведение претензионной работы;

- организация системы наставничества и менторства для обучающихся всех курсов, координирование процессов и механизмов взаимодействия участников проекта;

- организация и проведение карьерных мероприятий, направленных на содействие трудовой занятости обучающихся и выпускников;

- реализация механизмов эффективного наставничества, направленных на адаптацию их к профессиональной деятельности обучающихся и выпускников.

Проведение организационного эксперимента и внедрение комплекса организационных мероприятий по обеспечению медицинских организаций сельской местности врачебными кадрами и привлечению выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение позволило сформировать положительную динамику по ключевым его параметрам, представленным профориентационной работой с потенциальными абитуриентами, формированию когорт обучающихся медицинского ВУЗа, мотивированных к трудоустройству в

сельскую местность, информационному сопровождению обучающихся медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в медицинские организации сельской местности, сопровождению и мониторингу показателей целевого обучения, в том числе в структуре возможности последующего трудоустройства выпускников в медицинские организации сельской местности, а также позволило определить результативность деятельности медицинского ВУЗа в аспекте содействия трудоустройству выпускников в медицинские организации сельской местности.

Результаты внедренной системы информирования обучающихся оказали положительный эффект на повышение уровня информированности обучающихся медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в сельское здравоохранение:

- информация о наличии вакансий в ЦРБ Нижегородской области и структуре вакантных должностей доведена до 24,1% обучающихся ВУЗа, преимущественно лицам являющимся коренными жителями сельской местности;
- информация о медицинской организации, в которую предполагается трудоустройство (место расположения, мощность ЦРБ, уровень оснащения, перспективность карьерного роста) доведена до 27,9 % обучающихся, преимущественно лицам, являющимся коренными жителями сельской местности и обучающимся в рамках квот целевого приема;
- информация о мероприятиях социально-экономического стимулирования, предназначенных для специалистов сельского здравоохранения доведена до 56,7% обучающихся;
- юридические консультации по вопросам заключения договора о предоставлении мер социально-экономической поддержки проведены 13,3% обучающихся;
- консультации о возможности обучения в рамках квот целевого приема и особенностях договора о целевом обучении проведены с 49,6% абитуриентов.

Одним из критериев эффективности внедренного комплекса мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами является доля обучающихся, зачисленных по результатам конкурса в рамках квот целевого приема на основании договоров о целевом обучении, в которых медицинские организации сельской местности фигурируют в качестве организации-работодателя (рис. 5.4).



Рисунок 5.4 – Динамика доли договоров о целевом обучении с медицинскими организациями сельской местности в общей численности договоров о целевом обучении (%)

Информация, представленная на рисунке 5.4 свидетельствует об увеличении с 2019 г. по 2022 г. (в сроки реализации организационного эксперимента) доли договоров о целевом обучении, в которых медицинские организации сельской местности фигурируют в качестве организаций, в которые осуществляется последующее трудоустройство гражданина, с 30,7% до 44,1%. Дополнительно дана оценка динамики количества договоров о целевом обучении, в которых фигурируют медицинские организации сельской местности в качестве организации-работодателя с перспективой сохранения комплекса

организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения медицинскими кадрами (рис. 5.5).

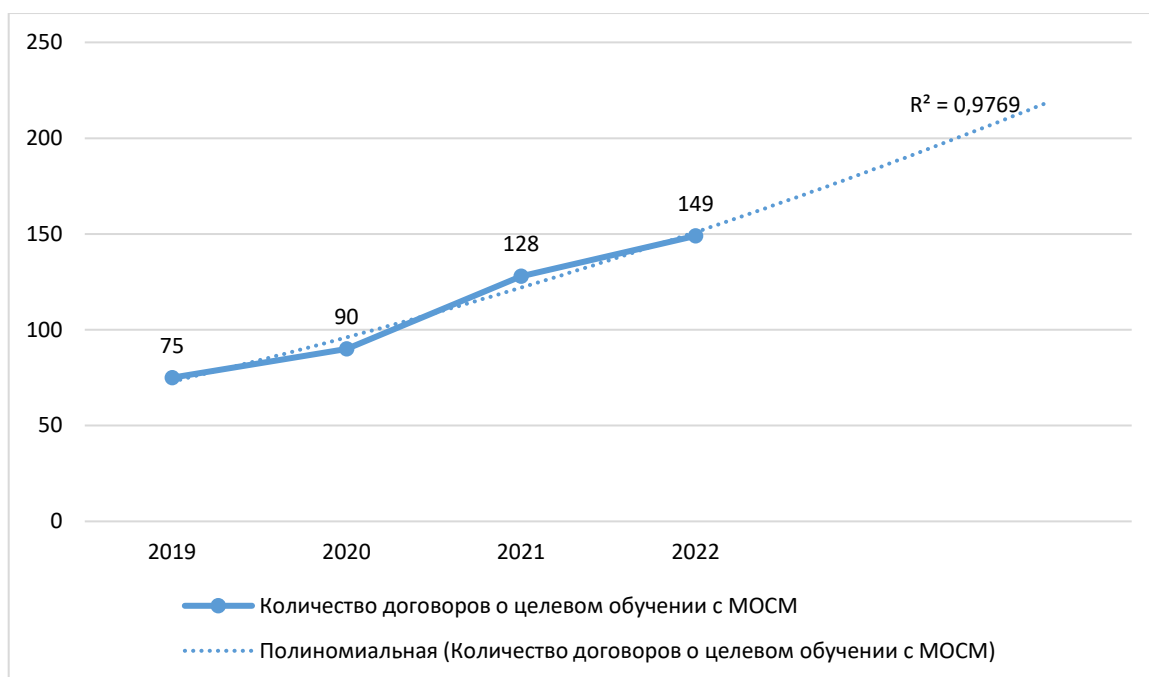


Рисунок 5.5 – Динамика количества договоров о целевом обучении, в которых МОСМ фигурируют в качестве организации-работодателя (абс. знач.)

Среднесрочная динамика количества договоров о целевом обучении с гражданами, трудоустройство которых в последствии будет осуществляться в медицинские организации сельской местности, имеет тенденцию роста при условии сохранения комплекса организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения медицинскими кадрами ( $R^2 = 0,9769$ ,  $y = 1,5x^2 + 18,5x + 53$ ).

Критерием результативности мероприятий по содействию трудоустройству выпускников является достижение в оцениваемом периоде максимального значения не ниже среднего для каждого из изучаемых параметров (доля трудоустроенных выпускников в сельскую местность, доля трудоустроенных выпускников целевой основы обучения, доля трудоустроенных выпускников медицинского ВУЗа из числа коренных жителей сельской местности) по сравнению со средним аналогичным параметром за предыдущие три года (рис. 5.6).

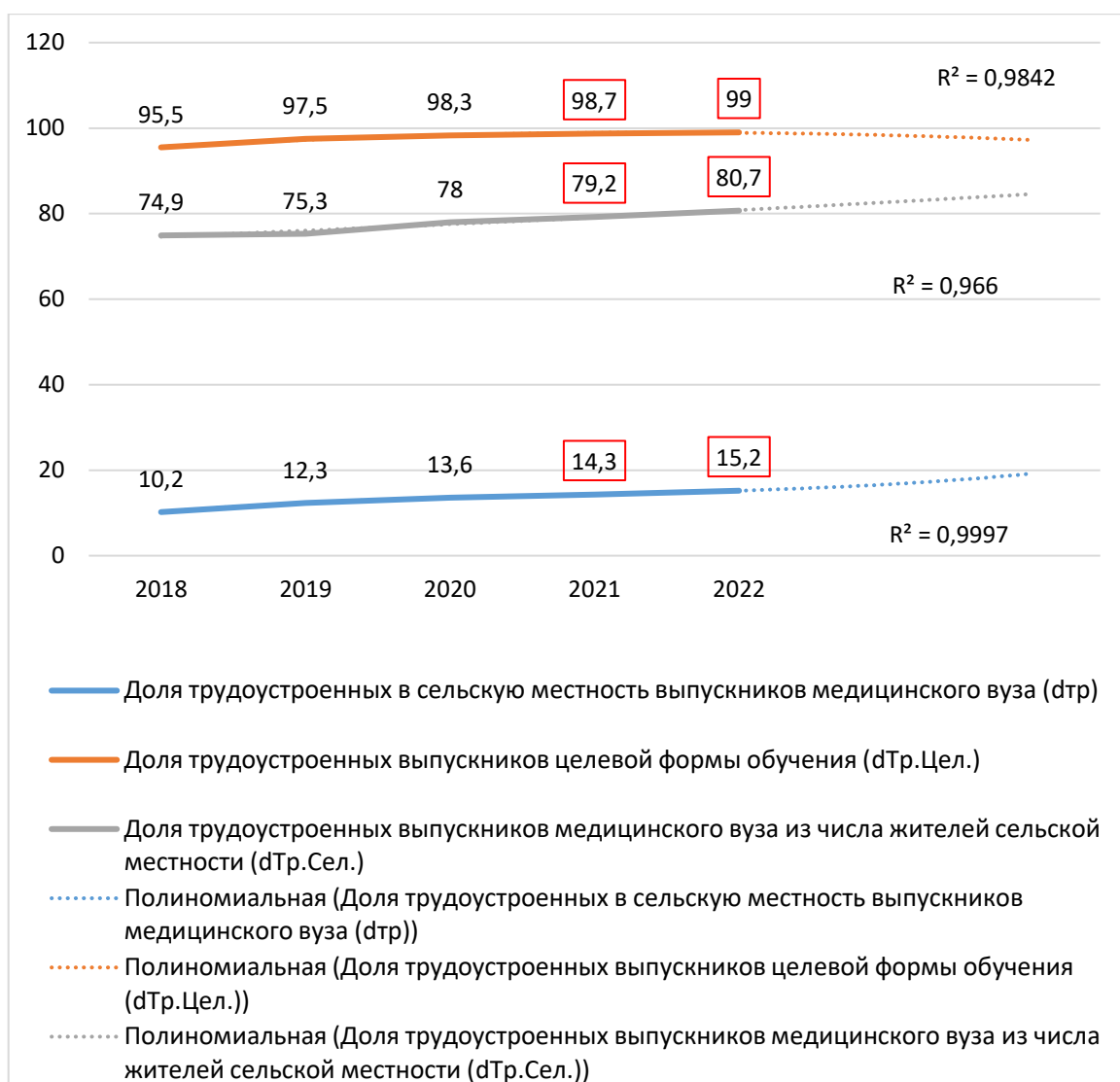


Рисунок 5.6 - Оценка результативности работы Центра Карьеры в аспекте содействия трудоустройству выпускников (%).

В течение анализируемого периода выявлено, что показатель результативности трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение ( $d_{Тр}$ ), должен составлять не менее 15%, для трудоустроенных выпускников целевой формы обучения ( $d_{Тр.Цел.}$ ) – не менее 97,1%, для трудоустроенных выпускников медицинского ВУЗа из числа жителей сельской местности ( $d_{Тр.Сел.}$ ) – не менее 80%, следовательно, результативность мероприятий ВУЗа, направленных на содействие трудоустройству выпускников в медицинские организации сельской местности, можно оценивать при достижении порогового значения каждого из параметров.



Таким образом, резюмируя результативность комплекса организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами, следует выделить ключевую роль Центра карьеры и профессионального развития в реализации профориентационных мероприятий в отношении всех элементов системы социальных статусов – абитуриента, обучающегося и выпускника (молодого специалиста). Реализуемая профориентационная работа с потенциальными абитуриентами представляющая собой систему профориентации учащихся 9–11 классов (в том числе, школ, расположенных в сельской местности) о возможностях поступления в медицинский ВУЗ, особенностях обучения в рамках целевого договора и последующего трудоустройства в медицинские организации сельской местности, психологическое консультирование с использованием профориентационных тренингов, критерием эффективности которой является увеличение количества договоров о целевом обучении с последующим трудоустройством в МОСМ, привела к увеличению в среднесрочном периоде количества договоров о целевом обучении с последующим трудоустройством гражданина в сельскую местность ( $R^2 = 0,9769$ ,  $y = 1,5x^2 + 18,5x + 53$ ). Внедренный механизм выявления у обучающихся мотивации к трудоустройству в сельскую местность, реализованный посредством проведения регулярных анкетных опросов с целью определения и сопоставления социально-демографических характеристик студентов, а также интеграции полученных данных в электронную базу «Когорты студентов», позволил формировать ранжированные когорты и сопоставлять социально-демографические и профессионально-мотивационные характеристики, соответствующие наиболее эффективному трудоустройству и закреплению в сельской местности. Ранжированное информационное взаимодействие, осуществляемое преимущественно на очных встречах и через профильную группу Вконтакте позволило увеличить показатель вовлеченности (ERR) с 1,2% до 10,5%, в то время как показатель охвата пользовательской аудитории в течение периода реализации организационного эксперимента увеличился в 4,9 раза (с 230 до 1127 человек). Результативность мероприятий по

содействию трудоустройству выпускников оценена с позиции доли трудоустроенных, в частности доля выпускников медицинского ВУЗа, трудоустроенных в МОСМ ( $d_{\text{тр}}$ ), составляющая не менее 15% от общей доли трудоустроенных, доля трудоустроенных выпускников целевой формы обучения ( $d_{\text{тр.Цел.}}$ ) – не менее 97,1%, доля трудоустроенных выпускников медицинского ВУЗа из числа уроженцев сельской местности ( $d_{\text{тр.Сел.}}$ ) – не менее 77%. Внедрение с 2019 по 2021 гг. комплекса мероприятий положительным образом отразилось на динамике доли целевых договоров с МОСМ - рост до 35,3%, а также увеличении доли трудоустроенных в МОСМ до 15,2%.

### **Предложения по оптимизации организационных мероприятий кадрового обеспечения сельского здравоохранения**

- Увеличение доли квот приема на целевое обучение в общем количестве бюджетных мест, в том числе - увеличение доли квот приема на целевое обучение для медицинских организаций сельской местности (персонификация квот для сельской местности).
- Информирование учащихся общеобразовательных организаций и их родителей (законных представителей), а также учащихся медицинских колледжей по вопросам получения высшего медицинского образования в рамках квот целевого обучения.
- Проведение профориентационной работы со студентами медицинского ВУЗа представителями медицинских организаций по вопросам перевода с бюджетных и договорных условий обучения на обучение в рамках целевого договора.
- Расширение перечня социально-экономических мероприятий для выпускников целевой формы подготовки, трудоустроившихся в сельскую местность - рассмотрение возможности предоставления единовременных денежных выплат, предоставление жилья, возможность льготного кредитования ипотечных кредитов (сниженная процентная ставка,

государственное софинансирование ипотеки), льготное исчисление трудового стажа.

- Проведение курсов подготовки к ЕГЭ для учащихся выпускных классов школ, проведение курсов подготовки для прохождения внутренних вступительных испытаний для учащихся медицинских колледжей – для потенциальных абитуриентов медицинского ВУЗа, поступающих в рамках договора о целевом обучении – возможно в дистанционной форме, с предоставлением льготных условий оплаты стоимости подготовительных курсов.
- Организация и проведение циклов повышения квалификации для заказчиков целевого обучения и организаций-работодателей по вопросам реализации наставничества, а также сопровождение механизма заключения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложившаяся ситуация предполагает изменения врачебного мышления, перемен в образовании и разработке как общих для всех регионов программ. Ряд авторов отстаивают точку зрения, что необходим переход на интенсивный путь развития сельского здравоохранения, делая акцент на большем использовании прорывных дистанционных диагностических технологий и телемедицины, что снизит дефицит медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Однако многие зарубежные исследователи склоняются к поиску наиболее эффективных мер социальной поддержки и экономического стимулирования медицинских кадров со стороны государства. Так, например, в Германии хорошие результаты показало введение льготного добровольного медицинского страхования для закрепления врачей в сельской местности. В Австралии студентам медицинских школ, являющимся представителями коренного населения и давшим согласие после обучения работать в сельской местности, правительство выплачивает дополнительную ежегодную стипендию в размере \$12 500, а после получения лицензии медсестры – дополнительную ежегодную выплату в размере \$25 000. В Финляндии и Норвегии в качестве одной из достаточно эффективных мер привлечения выпускников медицинских университетов для работы в отдаленных районах используется обязательная 6-месячная практика студентов выпускного курса с последующими бонусами.

Ряд отечественных авторов считает, что улучшение кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности, должно базироваться на системе предоставления льгот медицинским работникам (зарплата, жилье, удобства, поддержание профессиональных и культурных запросов и т.п.), на разработке критериев профессиональной подготовки сельских врачей различных категорий, а также на формировании механизмов дифференцированной оплаты труда с учетом качества и объемов работы. Так же существует мнение, что управление региональными и муниципальными программами экономического стимулирования и мерами социальной поддержки медицинских работников в

сельских и отдаленных районах должно стать самостоятельным направлением кадровой политики в сфере здравоохранения региона.

Комплексный подход к процессу трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа в медицинские организации сельской местности и реализации мероприятий социально-экономического стимулирования специалистов сельского здравоохранения позволит оптимизировать механизмы привлечения и закрепления врачебных кадров, что будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи сельскому населению.

Проведенное авторское исследование позволило разработать и предложить комплекс мероприятий, оптимизирующих систему взаимодействия образовательной организации высшего образования, территориального органа управления здравоохранением и медицинской организации сельской местности по повышению результативности трудоустройства выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение Нижегородской области.

Региональным органам управления здравоохранением считаем необходимым отработать систему кадрового учета молодых специалистов, занятых в сельском здравоохранении; оптимизировать мероприятия по привлечению и закреплению специалистов сельского здравоохранения с учетом социально-демографических и профессионально-мотивационных особенностей, а так же организовать взаимодействие с медицинским ВУЗом по вопросам мониторинга трудоустройства выпускников и выявлению когорты студентов, обладающей максимальными предпосылками для трудоустройства и закрепления в медицинских организациях сельской местности.

Образовательной организации высшего профессионального образования считаем целесообразным рекомендовать формирование электронной базы данных, содержащей информацию о социально-демографических характеристиках студентов, обладающих наиболее выраженными предпосылками к трудоустройству и закреплению в сельской местности.

Считаем необходимым включить в штатное расписание Центра Карьеры должности юриста, а также, организацию для обучающихся мероприятий по

формированию позитивного взгляда на реализацию профессиональных обязанностей в условиях сельской местности.

Руководителям медицинских организаций сельской местности считаем необходимым отработать механизмы взаимодействия со службами содействия трудоустройству выпускников медицинского ВУЗа, проявить активное участие в формировании у студентов положительного образа сельского врача. Потребуется разработка и внедрение комплекса мероприятий по расширению возможностей профессионального совершенствования молодых специалистов, а также положений о содействии трудоустройству и адаптации молодого специалиста в медицинской организации сельской местности.

Комплекс мероприятий по привлечению молодых специалистов в систему сельского здравоохранения, разработанный по результатам настоящего исследования, можно экстраполировать в других регионах Российской Федерации.

Предложенный механизм взаимодействия образовательной организации высшего образования, регионального органа управления здравоохранением и медицинскими организациями сельского здравоохранения может быть использована в организации процессов привлечения врачебных кадров, в том числе на уровне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь городскому населению.

## ВЫВОДЫ

1. Медицинские организации сельской местности в Нижегородской области функционируют в условиях дефицита врачебных кадров, о чем свидетельствует показатель обеспеченности сельского населения, который составляет в среднем 7,5 на 10 тыс. населения, что в 1,8 раза ниже данного значения по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации; число врачебных должностей, согласно штатного расписания, составляет в среднем  $5522,4 \pm 339$ , число занятых врачебных должностей - в среднем  $4807,6 \pm 286$ , число физических лиц врачей, занятых в сельском здравоохранении Нижегородской области составляет в среднем  $3156,6 \pm 217$ ; уровень укомплектованности врачебными должностями составляет в среднем  $87,24 \pm 0,04\%$ ; коэффициент совместительства - 1,52.

2. С 2011 г. в динамике доли квот целевого приема отмечена незначительная тенденция к росту ( $R^2 = 0,3971$ ;  $y = 0,572x^2 - 0,6614x + 228,72$ ), составив в среднем 80,5% от общего количества мест, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Анализ результатов работы приемных компаний ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России с 2011 показал 98%-ю заполняемость мест приема, предусмотренных в рамках квот целевого обучения. Доля медицинских организаций сельской местности, фигурирующих в договорах о целевом обучении в качестве организаций, в которые в последующем планируется трудоустройство выпускника ВУЗа, составляет в среднем  $19,6 \pm 5,6\%$  от общего числа договоров по целевому обучению, в то время как потребность во врачебных кадрах указанных организаций в 9,6 раза превышает количество выпускников.

3. Реализация мероприятий социально-экономической поддержки по обеспечению сельских врачей готовым жильем и автомобилем показала достоверную тенденцию притока специалистов в сельское здравоохранение ( $R^2 = 0,9728$ ,  $y = 3,1439x^4 - 47,47x^3 + 244,17x^2 - 485,01x + 405,29$ ) и оказала положительное влияние ( $r_s = 0,359$ ,  $p = 0,013$ ) на показатель обеспеченности сельского населения врачебными кадрами Ведущими мотивационными факторами, влияющими на принятие молодыми специалистами решения жить и

работать в сельской местности являются «предоставление служебного жилья» ( $q_k = 0,286$ ), «возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования» ( $q_k = 0,19$ ), «обеспечение автотранспортным средством» ( $q_k = 0,143$ ). Наибольшую готовность работать в сельской местности демонстрируют студенты выпускных курсов - уроженцы сельской местности ( $75,8 \pm 3,3\%$  против  $51,7 \pm 2,3\%$ ,  $z = 5,23$ ;  $p < 0,001$ ).

4. Внедрение комплекса мероприятий по совершенствованию механизмов привлечения выпускников медицинского ВУЗа в сельское здравоохранение путем профорientации школьников к работе в сельской местности, выявления мотивированных когорт студентов, информирования обучающихся медицинского ВУЗа по вопросам трудоустройства в сельскую местность, их ранней адаптации в форме наставничества, в дополнение к мероприятиям социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения по обеспечению готовым жильем способствуют повышению доступности медицинской помощи сельскому населению.



## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### ***Региональным органам исполнительной власти:***

- Активно взаимодействовать с медицинским ВУЗом по вопросам выявления и привлечения в МОСМ категории обучающихся, обладающих оптимальным набором социально-демографических и профессионально-мотивационных характеристик для трудоустройства в сельскую местность
- Рассмотреть возможность реализации программ социально-экономической поддержки специалистов сельского здравоохранения по обеспечению готовым жильем и автомобилем
- Увеличить долю договоров по целевому обучению с последующим трудоустройством в МОСМ в общей структуре заключенных договоров о целевом обучении

### ***Образовательным организациям высшего образования:***

- Осуществлять мероприятия по изучению социально-демографических и профессионально-мотивационных характеристик студентов медицинского вуза путем проведения регулярного анкетного опроса среди студентов всех курсов
- Осуществлять мониторинг категорий студентов, обладающих наиболее выраженными характеристиками, соответствующими эффективному трудоустройству и закреплению в сельской местности (уроженцы сельской местности, актуальность решения жилищного вопроса)
- Проводить организационно-информирующие мероприятия для обучающихся ВУЗа по формированию позитивного взгляда на реализацию профессиональной деятельности в условиях сельской местности (целевое обучение, производственная практика, наставничество, информирование о мерах поддержки специалистов сельского здравоохранения)

### ***Руководителям медицинских организаций сельской местности:***

- Активно взаимодействовать с региональными органами исполнительной власти по вопросам совершенствования мероприятий социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения

- Разработать и утвердить комплекс мероприятий по внедрению наставничества и кураторства обучающихся целевого обучения и молодых специалистов
- Вести активную пропаганду среди школьников о возможности получения медицинской специальности за счет квот целевого приема

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Н. Ю. Влияние системы оплаты труда медицинских работников на качество и эффективность медицинской помощи / Н. Ю. Алексеева, Л. П. Пчела, С. В. Макаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 5. – С. 44–46.
2. Аликперова, Н. В. К вопросу о мотивации медицинских работников в столичном здравоохранении / Н. В. Аликперова // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмент : сборник научных трудов. – М. : Изд-во НИИОЗММ ДЗМ, 2019. – Вып. 1. – С. 12–15.
3. Анализ структуры и квалификации медицинских кадров в России и за рубежом / А. Л. Хлапов, И. А. Камаев, Т. В. Поздеева, М. А. Иванов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 1. – С. 37–40.
4. Баранов, Д. Н. Современное состояние и направления трансформации здравоохранения в Российской Федерации / Д. Н. Баранов // Вестник Московского университета им. С. Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. – 2018. – № 2. – С. 69–76.
5. Бахмацкая, Л. «Земский доктор» есть, земских докторов нет / Л. Бахмацкая, Р. Салахбеков // Это Кавказ: [сайт]. – URL: <https://etokavkaz.ru/sobytie/zemskii-doktor-est-zemskikh-doktorov-net> (дата обращения: 27.02.2023).
6. Башкуева, Е. Ю. Анализ состояния сельского здравоохранения республики Бурятия (по материалам Баргузинского района) / Е. Ю. Башкуева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2015. – № 3. – С. 63–67.
7. Белехова, Г. В. Об оценке социальной инфраструктуры сельских территорий / Г. В. Белехова, К. Н. Калашников, В. В. Шаров // Проблемы развития территории. – 2013. – № 1. – С. 72–84.
8. Беляева, Е. С. Проблема мотивации и оплаты труда медицинских работников / Е. С. Беляева // Трансформация национальной социально-

экономической системы России: материалы I Международной научно-практической конференции (Москва, 30 ноября 2018 г.) / под ред. Л. Н. Косовой. – М. : Изд-во РГУП, 2019. – С. 393–396.

9. Бердина, К. М. Исследование взаимосвязи мотивации и удовлетворенности трудом медицинских работников / К. М. Бердина, Ф. К. Нуриманова // Гуманистическое наследие просветителей в культуре и образовании: материалы XII Международной научно-практической конференции (Уфа, 14 декабря 2017 г.) / под ред. Л. А. Амирова [и др.]. – Уфа: Изд-во БГПУ им. М. Акмуллы, 2018. – Т. 3. – С. 126–128.

10. Бердяева, И. А. Медико-социальная характеристика врачей Амурской области: 14.02.03 : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бердяева Ирина Александровна; науч. руководитель Л. Н. Войт; Амурская государственная медицинская академия. – Хабаровск, 2012. – 24 с.

11. Богачев, А. И. Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей центральной России / А. И. Богачев, М. Г. Полухина, Н. С. Студенникова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2016. – Т. 12, № 7. – С. 166–177.

12. Богма, К. А. Особенности оказания медицинской помощи сельскому населению Ростовской области / К. А. Богма // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (Новочеркасского политехнического института). Серия: Социально-экономические науки. – 2015. – № 5. – С. 79–84.

13. Бойко, С. Л. Социальный портрет врача общей практики / С. Л. Бойко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 113–121.

14. Бондаренко, Л. В. Программно-целевой подход к развитию сельских территорий / Л. В. Бондаренко // АПК: экономика, управление. – 2020. – № 2. – С. 47–62.

15. Бугаев, Д. А. Кадровое обеспечение травматолого-ортопедической службы субъекта Российской Федерации в условиях реализации программы

«Земский доктор» / Д. А. Бугаев // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 2. – С. 53–58.

16. Бугаев, Д. А. Проблемы кадрового обеспечения травматолого-ортопедической службы субъектов Российской Федерации врачами-специалистами и пути их решения / Д. А. Бугаев // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 4. – С. 18–22.

17. Валиев, М. Особенности профессиональной мотивации медицинских работников / М. Валиев // Этнос: естественное и искусственное совершенствование человека: материалы IV Международной научно-практической конференции (Тверь, 03–04 апреля 2019 г.) / под ред. Е. А. Евстифеева. – Тверь: Тверской государственный технический университет, 2019. – С. 93–97.

18. Витенко, Н. В. Медико-социальное исследование состояния и формирования кадровых ресурсов врачей в современных условиях: 14.02.03: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Витенко Николай Валерьевич; науч. руководитель В. К. Юрьев; Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. – СПб., 2012. – 19 с.

19. Гаджиев, Р. С. Организация медицинской помощи сельскому населению на дому и пути ее совершенствования / Р. С. Гаджиев, Л. С. Агаларова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2017. – № 1. – С. 62–66.

20. Гаджиев, Р. С. Современные проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению: 14.00.33: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Гаджиев Рашид Сейфиевич ; Российский государственный медицинский университет. – М., 1992. – 47 с.

21. Голотина, В. Ю. Мультипликативные эффекты развития социально-трудовых отношений в здравоохранении / В. Ю. Голотина, О. А. Чернова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2017. – Т. 6, № 1. – С. 58–61.

22. Григорьева, А. Н. Здоровье медицинских работников: медико-социальные аспекты и пути оздоровления : (на примере г. Якутска) : 14.02.03 : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Григорьева Айталы Николаевна ; науч.

руководитель Н. В. Саввина ; Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова. – Хабаровск, 2012. – 24 с.

23. Григорьян, М. Р. Системы мотивации персонала в медицинском учреждении / М. Р. Григорьян // Современные научные исследования и инновации: электронный журнал. – 2016. – № 7. – С. 415–418. – URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/07/69723> (дата обращения: 27.02.2023).

24. Гущин, А. В. Поколенческие различия в среде современных российских врачей / А. В. Гущин, А. А. Кондрашов // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 49–50.

25. Данилова, Н. В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения / Н. В. Данилова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 3. – С. 20–24.

26. Делигирова, О. А. Проблемы кадрового обеспечения и стимулирования персонала в учреждениях здравоохранения / О. А. Делигирова, Ю. Н. Никулина // Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры: материалы Всероссийской научно-методической конференции (Оренбург, 29–31 января 2014 г.) / Оренбургский государственный университет. – Оренбург: ИПК Университет, 2014. – С. 1547–1553.

27. Дефицит врачебных кадров: есть ли перспективы для изменений? / И. П. Артюхов, А. В. Шульмин, Е. А. Добрецова [и др.] // Социология медицины. – 2017. – Т. 16, № 2. – С. 115–118.

28. Динамика числа врачебных кадров в Российской Федерации в 2005–2011 годах / М. П. Артамошина, О. В. Ципириг, В. П. Кузнецова, Ю. А. Коротков // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 7. – С. 35–40.

29. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой в Государственной Думе в рамках «Правительственного часа» // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [сайт]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2017/12/06/6547-doklad-ministra-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-veroniki-skvortsovoy-v-gosudarstvennoy-dume-v-ramkah-pravitelstvennogo-chasa> (дата обращения: 27.02.2023).

30. Долаева, А. А. Способы мотивации и стимулирования труда медицинских работников / А. А. Долаева // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции (Волгоград, 17–18 ноября 2017 г.) / под ред. С. Ю. Соболевой, С. А. Князева. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. – С. 428–433.

31. Донских, И. Н. Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи сельскому населению / И. Н. Донских // Алтайский вестник государственной и муниципальной службы. – 2017. – № 15 – С. 95–97.

32. Дьяченко, В. Г. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса / В. Г. Дьяченко, Т. А. Костакова, И. В. Пчелина. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. – 421 с. – ISBN 978-5-85797-275-5.

33. Дьяченко, В. Г. Динамика формирования профессиональных мотиваций студентов / В. Г. Дьяченко, О. В. Лемещенко, С. А. Литвинцева // Власть и управление на Востоке России. – 2017. – № 2. – С. 63–74.

34. Евсюков, А. А. Медико-демографические и организационные основы медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: 14.02.03 : дис. ... д-ра мед. наук / Евсюков Андрей Александрович; науч. консультант А. А. Калининская ; Башкирский государственный медицинский университет. – Уфа, 2010. – 315 с.

35. Елина, Е. Г. Целевое обучение: социальные риски и их преодоление / Е. Г. Елина, В. М. Аникин // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. – 2018. – Т. 18, № 4. – С. 373–377.

36. Еремина, М. Г. К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе: сборник VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции (Пермь, 03–04 декабря 2019 г.) – Пермь : Изд-во ПГНИУ, 2019. – С. 367–371.

37. Еремина, М. Г. Проблемы доступности и качества медицинской помощи сельскому населению / М. Г. Еремина, Г. Н. Бочкарёва, Е. А. Мокшина //

Проблемы и приоритеты развития науки в XXI веке: сборник научных статей Международной научно-практической конференции (Смоленск, 30 декабря 2017 г.) / под ред. З. Г. Алиева [и др.]. – Смоленск: НОВАЛЕНСО, 2017. – Ч. 1. – С. 63–65.

38. Еремина, М. Г. Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, В. Л. Кром // Главврач. – 2020. – № 12. – С. 70–74.

39. Жилина, А. А. Особенности мотивации медицинских работников частных и государственных клиник / А. А. Жилина, Е. В. Сидоренко // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2018. – Т. 6. – С. 21–29.

40. Здравоохранение России: взгляд в будущее: доклад Российской медицинской ассоциации V (XXI) Всероссийскому Пироговскому съезду врачей (Москва, 15–16 апреля 2004 г.) / подгот. Ю. М. Комаров. – М.: Российская медицинская ассоциация, 2004. – 191 с. – ISBN 5-98302-009-9.

41. Иванинский, О. И. Основные направления оптимизации неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи сельскому населению на региональном уровне / О. И. Иванинский // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2017. – № 4. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/847/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 01.08.2017.

42. Иванинский, О. И. Экспертная оценка проблем неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи в сельских районах / О. И. Иванинский, И. В. Шарапов, М. А. Садовой // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 43–47.

43. Исследование факторов мотивации участников программы «Земский доктор» в Тюменском муниципальном районе / Н. С. Брынза, О. П. Горбунова, Л. А. Сунгатуллина [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – Т. 18, № 1. – С. 88–91.



44. Кадровая политика в медицинских организациях / А. В. Датий, А. А. Федосеев, Н. С. Агеева, А. А. Карпухин // Символ науки. – 2017. – Т. 2, № 1. – С. 166–167.
45. Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения / Т. В. Семёнова, И. А. Купеева, И. М. Сон [и др.]. – М.: ЦНИИОИЗ, 2014. – 80 с.
46. Кайсинов, А. А. Миграция населения из сельских районов и проблемы рационального размещения трудовых ресурсов / А. А. Кайсинов, Л. М. Кубатиева // Modern Science. – 2020. – № 5, ч. 3. – С. 75–79.
47. Калашников, К. Н. Здравоохранение сельских территорий: пространственно-временные аспекты доступности / К. Н. Калашников, И. В. Артамонов // Проблемы развития территории. – 2020. – № 2. – С. 120–132.
48. Калашников, К. Н. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях / К. Н. Калашников, Т. Н. Лихачева // Вопросы территориального развития: электронный журнал. – 2017. – № 2. – URL: <http://vtr.isert-ran.ru/article/2205> (дата обращения: 27.02.2023).
49. Калининская, А. А. Оценка медико-демографической ситуации, медико-социальных факторов и организации медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса) / А. А. Калининская, А. К. Дзугаев, В. М. Воробьев // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2011. – № 6. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/371/30>. – Дата публикации: 08.02.2012.
50. Калининская, А. А. Передвижные медицинские комплексы в условиях села / А. А. Калининская, Н. А. Баянова, Ф. А. Сулькина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики: электронный журнал. – 2019. – № 1. – С. 144–154. – URL: <https://www.healthproblem.ru/ru/magazines?rezume=225> (дата обращения: 27.02.2023).
51. Калининская, А. А. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения / А. А. Калининская, И. М. Сон, С. И. Шляфер // Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 152–157.

52. Калининская, А. А. Проблемы и пути реформирования здравоохранения села / А. А. Калининская, Л. М. Маликова // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2015. – № 4. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/693/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 24.09.2015.

53. Каменев, И. И. Связи риска при принятии решений с мотивацией и саморегуляцией (на выборке медицинских работников) / И. И. Каменев, Т. В. Корнилова, А. Ю. Разваляева // Вопросы психологии. – 2018. – № 1. – С. 127–137.

54. Карамова, А. С. Кадровое обеспечение как фактор повышения конкурентоспособности государственных учреждений здравоохранения (на примере Краснодарского края) / А. С. Карамова // Вестник Поволжского государственного университета сервиса. Серия: Экономика. – 2016. – № 4. – С. 72–76.

55. Качество оказания медицинской помощи населению сельской местности / Т. М. Богданова, А. С. Демин, А. А. Лопаткина [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2019. – Т. 63, № 3. – С. 122–128.

56. Квачахия, Л. Л. Привлечение врачебного персонала в городские и районные больницы / Л. Л. Квачахия // Карельский научный журнал. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 121–124.

57. Коваленко, Е. Г. Проблемы инвестирования в развитие инфраструктуры сельских территорий региона / Е. Г. Коваленко, А. А. Князькина // Экономика и менеджмент в условиях цифровых перемен. – 2019. – № 1. – С. 62–67.

58. Комаров, Ю. О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации / Ю. О. Комаров // Медицина: электронный журнал. – 2013. – Т. 1, № 3. – С. 1–11. – URL: <https://fsmj.ru/015121.html> (дата обращения: 27.02.2023).

59. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. : ред. от 04.10.2022 г. // Электронный фонд правовых

нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/9004937?section=text> (дата обращения: 27.02.2023).

60. Короткова, М. Н. Социальная политика государства: о перспективах целевого приема в медицинских ВУЗах России / М. Н. Короткова // Политика и общество. – 2016. – № 5. – С. 680–687.

61. Косенко, А. А. Разработка системы стимулирования медицинского персонала к повышению доступности и качества медицинской помощи / А. А. Косенко, И. Ю. Стволинский // Заместитель главного врача. – 2014. – № 4. – С. 86–92.

62. Костакова, Т. А. Оптимизация системы управления врачебными кадрами в условиях модернизации здравоохранения (на примере Дальневосточного федерального округа): 14.02.03: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Костакова Татьяна Александровна: науч. руководитель В. Г. Дьяченко; Дальневосточный государственный медицинский университет. – Хабаровск, 2011. – 23 с.

63. Кудрявцев, А. А. Особенности смертности сельского населения в Республике Башкортостан / А. А. Кудрявцев, В. М. Воробьев // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2011. – Т. 17, № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/265/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 28.02.2011.

64. Кузьмич, Н. П. Развитие социальной инфраструктуры сельских территорий региона в целях улучшения качества жизни населения / Н. П. Кузьмич // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2019. – Т. 9, № 4, ч. 1. – С. 392–399.

65. Кукушкина, О. Ю. Специфика мотивации в сфере здравоохранения / О. Ю. Кукушкина, А. М. Гирфанова // Казанский экономический вестник. – 2017. – № 3. – С. 70–75.

66. Курманалиев, Э. И. Пути развития сельского здравоохранения в современных условиях / Э. И. Курманалиев, Ф. Ж. Мейтиев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. – № 2. – С. 53–57.

67. Легенькова, Н. М. Проблема мотивации и оплаты труда медицинских работников / Н. М. Легенькова // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции (Волгоград, 17–18 ноября 2017 г.) / под ред. С. Ю. Соболевой, С. А. Князева. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. – С. 350–355.

68. Линденбратен, А. Л. Актуальные проблемы Российского здравоохранения / А. Л. Линденбратен. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 60–71.

69. Логотова, Е. В. Гендерные особенности проявления синдрома профессионального выгорания у медицинских работников / Е. В. Логотова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 268–271.

70. Марин, Е. Б. Ценности, мотивация и удовлетворенность трудом медицинских работников / Е. Б. Марин, С. Ю. Цой // Образование России и актуальные вопросы современной науки: сборник статей II Всероссийской научно-практической конференции (Пенза, 27–28 мая 2019 г.). – Пенза: Пензенский ГАУ, 2019. – Ч. 2. – С. 82–85.

71. Марухно, В. М. Социально-правовой аспект кадрового обеспечения сельского здравоохранения / В. М. Марухно // Научное обеспечение агропромышленного комплекса: сборник статей по материалам IX Всероссийской конференции молодых ученых, посвященная 75-летию В. М. Шевцова (Краснодар, 24–26 ноября 2016 г.) / ред. А. Х. Шеуджен [и др.]. – Краснодар : Кубанский ГАУ, 2016. – С. 561–562.

72. Маятниковая миграция сельского населения Нижегородской области / И. А. Шевченко, С. А. Соткина, А. А. Голованева, [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2019. – № 1. – С. 117–122.

73. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С.

Токмачев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 400 с. – (Учебное пособие для медицинских ВУЗов). – ISBN 978-5-9704210-0-0.

74. Медико-демографические особенности сельского населения / А. А. Калининская, В. В. Стрючков, А. А. Евсюков, А. А. Кудрявцев // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2010. – № 2. – С. 97–101.

75. Медико-демографические проблемы сельского населения России / А. А. Калининская, Н. А. Баянова, А. В. Муфтахова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 6. – С. 1247–1251.

76. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 256–260.

77. Меренков, А. В. Социальное неравенство в системе медицинского обслуживания на селе / А. В. Меренков, Л. Н. Антонова, М. В. Клейменов // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – Т. 19, № 10. – Р. 397–399.

78. Мерзлякова, С. В. Особенности мотивации профессиональной деятельности медицинских работников / С. В. Мерзлякова, Н. В. Кулигина // Современные исследования социальных проблем: электронный научный журнал. – 2018. – Т. 9, № 12. – С. 127–139. –URL: <http://journals.org/index.php/sisp/article/view/11988/pdf> (дата обращения: 27.02.2023).

79. Методические рекомендации по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения: письмо Минздрава России от 09.04.2013 г. № 16-5/10/2-2540 // Электронный фонд правовых нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/499061181?section=text> (дата обращения: 27.02.2023).

80. Москвичева, М. Г. Проблемы службы скорой медицинской помощи сельской местности / М. Г. Москвичева, М. М. Полинов // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2017. – № 2. – С. 4–14.

81. Мотивационный механизм управления государственным медицинским учреждением / С. А. Коростелев, Е. В. Песенникова, О. В. Гриднев, С. Д. Марченко // Вестник новых медицинских технологий: электронный научный журнал. – 2018. – № 5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsionnyy-mehanizm-upravleniya-gosudarstvennym-meditsinskim-uchrezhdeniem> (дата обращения: 27.02.2023).

82. Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению республики Таджикистан / А. Г. Гаибов, Н. Т. Мирзоали, Х. К. Каримзода, Р. А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 415–419.

83. Нефедова, Т. Г. Урбанизация, дезурбанизация и сельско-городские сообщества в условиях роста горизонтальной мобильности / Т. Г. Нефедова, Н. Е. Покровский, А. И. Трейвиш // Социологические исследования. – 2015. – № 12. – С. 60–69.

84. Никитина, Т. И. Состояние сферы здравоохранения как фактор устойчивого социально-экономического развития сельских территорий / Т. И. Никитина // Вестник Челябинского государственного университета. – 2019. – № 9. – С. 235–245.

85. Николаева, У. Г. Качество и образ жизни сельского населения в условиях нарастающей депопуляции: региональный аспект / У. Г. Николаева, Н. Е. Покровский, С. Н. Смирнов // Социально-трудовые исследования. – 2019. – № 4. – С. 33–44.

86. О реализации Межведомственной программы содействия трудоустройству и адаптации к рынку труда выпускников учреждений профессионального образования: Приказ Министерства образования Российской Федерации и Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 24.07.2000 г. № 2285/187 // Электронный фонд правовых нормативно-технических документов: [сайт]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/901772096> (дата обращения: 27.02.2023).

87. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ: принят Государственной Думой 19.11.2010 г.: одобрен Советом Федерации 24.11.2010 г. : ред. от 19.12.2022 г. // Электронный фонд правовых нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/902247618?section=text> (дата обращения: 27.02.2023).

88. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ : принят Государственной Думой 01.11.2011 г. : одобрен Советом Федерации 09.11.2011 г. : ред. от 28.12.2022 г. // Электронный фонд правовых нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/902312609?section=text> (дата обращения: 27.02.2023).

89. Об утверждении комплекса мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Распоряжение Правительства РФ от 28.02.2013 г. № 267-р // Электронный фонд правовых нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/499004526?section=text> (дата обращения: 27.02.2023).

90. Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»: распоряжение Правительства РФ № 2599-р от 28.12.2012 г. : ред. от 19.07.2017 г. // Электронный фонд правовых нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/902392008?section=text> (дата обращения: 27.02.2023).

91. Образ жизни и состояние здоровья сельского населения проживающего в разных зонах доступности медицинской помощи / А. А. Калининская, А. В. Муфтахова, Н. А. Баянова, Ф. А. Сулькина // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 55–61.

92. Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях: монография / М. Г. Еремина, М. В.

Еругина, И. Л. Кром [и др.]. – Саратов: Наука, 2021. – 129 с. – ISBN 978-5-9999-3508-3.

93. Особенности профессионального выгорания, психологического статуса и качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / Н. В. Погосова, С. С. Исакова, О. Ю. Соколова [и др.] // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 6. – С. 69–78.

94. Отставных, Т. В. Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях / Т. В. Отставных // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России: электронный журнал. – 2012. – № 4. – URL: <http://eport.fesmu.ru/voz/20124/2012405.aspx#r4> (дата обращения: 27.02.2023).

95. Оценка организации и транспортной доступности медицинской помощи жителям села / А. А. Калининская, Н. А. Баянова, А. В. Муфтахова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 2. – С. 27–34.

96. Оценка социально-экономических аспектов здоровья сельского населения / Н. Е. Комлева, А. Н. Данилов, М. Н. Конькова, М. В. Поздняков // Санитарный врач. – 2018. – № 5. – С. 46–51.

97. Панов, М. М. Трудовые ресурсы сельских территорий: состояние и проблемы / М. М. Панов // Вопросы территориального развития : электронный журнал. – 2014. – № 5. – С. 10–16.

98. Панчук, Е. Ю. Изучение мотивации труда медицинских работников / Е. Ю. Панчук // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2019. – Т. 19, № 2. – С. 183–187.

99. Пехова, Ю. В. Добровольчество – одно из приоритетных направлений воспитания и формирования профессиональной мотивации будущих медицинских работников / Ю. В. Пехова, Н. И. Шестакова // Профессионально-ориентированное волонтерство: актуальное состояние и перспективы: сборник научных трудов по материалам V Всероссийского Форума / Курский государственный медицинский университет. – Курск: Изд-во КГМУ, 2018. – С. 93–99.



100. Покровский, Н. Е. Динамика «человеческого капитала» в сельских поселениях России: проблемы сохранения и развития / Н. Е. Покровский, В. А. Шилова // Социологическая наука и социальная практика. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 183–198.

101. Полухина, М. Г. Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития / М. Г. Полухина // Региональная экономика: теория и практика. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 308–330.

102. Потёмкина, Л. В. Мотивация обучающихся как ключевой компонент подготовки медицинских работников / Л. В. Потёмкина // Перспективы развития науки и образования: сборник научных трудов по материалам XXIV международной научно-практической конференции (Москва, 28 декабря 2017 г.) / под общ. ред. А. В. Туголукова. – М. : ИП Туголуков А. В., 2017. – С. 41–46.

103. Потенциал кадрового развития региональной системы здравоохранения в представлениях организаторов здравоохранения (по результатам экспертного фокус-группового исследования) / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром [и др.] // Социология медицины. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 13–20.

104. Потребность Российской Федерации во врачебных кадрах / И. В. Маев, И. А. Купеева, И. М. Сон [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 6–11.

105. Проблема мотивации медицинских работников и нематериальное стимулирование персонала медицинских организаций / Н. А. Пульвер, В. Е. Соболева, Н. В. Коноплина [и др.] // Многопрофильный стационар. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 49–52.

106. Проблемы здравоохранения села: учебное пособие / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, К. Г. Дзугаев, В. В. Стрючков. – М.: Академия Естествознания, 2012. – 207 с. – ISBN 978-5-91327-193-8.

107. Романов, С. В. Обоснование необходимости создания системы мониторинга подготовки студентов, обучающихся по целевому направлению, как

составляющей кадрового планирования медицинской организации системы ФМБА России / С. В. Романов, А. А. Родина, А. П. Абаева // Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – Т. 20, № 2. – С. 16–171.

108. Рубцова, В. Н. Новые вызовы здравоохранению в социально-экономическом пространстве сельской местности / В. Н. Рубцова // Научное обозрение: теория и практика. – 2018. – № 8. – С. 147–158.

109. Савельев, В. Н. Исследование социальной эффективности здравоохранения среди городского и сельского населения / В. Н. Савельев, Г. М. Хафизова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2018. – № 2, ч. 2. – С. 78–80.

110. Сельское здравоохранение России в 2012 году: статистические материалы / Г. А. Александрова, Е. В. Огрызко, Н. А. Голубев [и др.]. – М.: ЦНИИОИЗ, 2013. – 83 с.

111. Сельское здравоохранение России в 2017 году: статистические материалы / А. В. Поликарпов, Г. А. Александрова, Н. А. Голубев [и др.]. – М.: ЦНИИОИЗ, 2018. – 83 с.

112. Сельское здравоохранение России в 2019 году: статистические материалы / Е. Г. Котова, В. И. Стародубов, Г. А. Александрова [и др.]. – М.: ЦНИИОИЗ, 2020. – 83 с.

113. Сельское здравоохранение России в 2020 году: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. – М.: ЦНИИОИЗ, 2021. – 84 с.

114. Сергеева, Н. М. Состояние медицинских кадров в сельской местности / Н. М. Сергеева // Карельский научный журнал. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 169–172.

115. Скворцова, В. И. Система здравоохранения в РФ обескровлена дефицитом кадров // Московский комсомолец: [сайт]. – URL: <http://www.mk.ru/social/news/2013/12/09/956545-skvortsova-sistema-zdravoohraneniya-v-rf-obeskrovlena-defitsitom-kadrov.html> (дата обращения 27.02.2023).

116. Совершенствование мотивации медицинских работников / С. А. Коростелев, А. В. Белостоцкий, Е. В. Песенникова [и др.] // Дневник казанской медицинской школы. – 2018. – № 3. – С. 47–51.

117. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / М. В. Еругина, И. Л. Кром, О. В. Ермолаева [и др.] // Современные проблемы науки и образования: электронный журнал. – 2016. – № 5. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25246>. – Дата публикации: 06.10.2016.

118. Соломоницина, Т. О. Мотивация трудовой деятельности персонала: учебное пособие / Т. О. Соломоницина, В. Г. Соломонидин. – 2-е изд. – М.: Юнити-Дана, 2017. – 312 с. – ISBN 978-5-238-01609-2.

119. Сорокина, А. Н. Проблемы мотивации при выборе профессии медицинского работника / А. Н. Сорокина // Успехи современной науки. – 2017. – Т. 5, № 2. – С. 87–90.

120. Социологическое исследование приверженности студентов-медиков к трудоустройству по полученной в ВУЗе специальности / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева, С. В. Макаров, И. В. Маевская // Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – Т. 3, № 6. – С. 137–143.

121. Степанов, В. В. Доходы населения и доступ к услугам здравоохранения в удаленных районах / В. В. Степанов, С. Д. Капелюк // Экономический анализ: теория и практика. – 2016. – № 12. – С. 97–110.

122. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента РФ от 06.06.2019 г. № 254 // ГАРАНТ : [сайт]. – URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения: 27.02.2023).

123. Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации до 2030 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 02.02.2015 г. № 151-р // ГАРАНТ : [сайт]. – URL: <https://base.garant.ru/70861426/> (дата обращения: 27.02.2023).

124. Тарасенко, Е. А. Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях / Е. А. Тарасенко, О. Б.

Хорева // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 117–142.

125. Титова, Е. Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения / Е. Я. Титова // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 125–131.

126. Устинова, К. А. Социально-демографические характеристики сельского населения, влияющие на смену места жительства / К. А. Устинова // Исследования молодых учёных: экономическая теория, социология, отраслевая и региональная экономика / под ред. О. В. Тарасовой, А. А. Горюшкина. – Новосибирск: ИЭОПП СО РАН, 2017. – С. 138–144.

127. Фадеева, Е. В. Оптимизация здравоохранения и пенсионная реформа как факторы вытеснения медицинской интеллигенции из государственного сектора здравоохранения / Е. В. Фадеева // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. – 2018. – № 4. – С. 107–117.

128. Фоминых, Т. А. О необходимости возвращения государственного распределения выпускников в высшую медицинскую школу России / Т. А. Фоминых // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 128–133.

129. Хрупалов, А. А. Обоснование концептуальных подходов гибридной модели мотивации для управления персоналом медицинских учреждений / А. А. Хрупалов // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2014. – № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/540/30/lang,ru/>. – Дата публикации 17.03.2014.

130. Хуснутдинова, Г. А. Мобилизационная медицина: социальный портрет медицинского работника в современных условиях / Г. А. Хуснутдинова, Ю. Р. Хайруллина // Электронный экономический вестник Татарстана. – 2020. – № 1. – С. 71–79. – URL: <https://cepi.tatarstan.ru/issues.html> (дата обращения: 27.02.2023).

131. Цыпленкова, Л. П. Изучение составляющих социологического статуса врача в системе медико-социологического мониторинга / Л. П.

Цыпленкова, И. В. Слюсарь, К. В. Шуть // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 32–34.

132. Чернышев, В. М. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России / В. М. Чернышев, М. И. Воевода, И. Ф. Мингазов // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – Т. 39, № 6. – С. 107–115.

133. Шамалова, Е. В. Сравнительная оценка факторов трудовой мотивации сотрудников медицинских учреждений России и Китая / Е. В. Шамалова, Ф. Ц. Ван, Г. И. Исламова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7, № 3. – С. 325–328.

134. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров / И. М. Шейман, С. В. Сажина // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27, № 3. – С. 130–153.

135. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ Российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.

136. Шляфер, С. И. Анализ состояния здоровья и оказания медицинской помощи сельскому населению Российской Федерации / С. И. Шляфер // Медицина: электронный журнал. – 2016. – Т. 4, № 3. – URL: <https://fsmj.ru/015241.html> (дата обращения: 27.02.2023).

137. Щепин, В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения / В. О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 24–28.

138. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 591 с. – (ПослеВУЗовское образование). – ISBN 978-5-9704-1783-6.

139. Югай, М. Т. Роль неэкономических стимулов в системе мотивации медицинских работников государственных медицинских организаций / М. Т.

Югай, В. И. Панкевич // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2018. – № 3. – С. 62–78.

140. Юрова, И. Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема / И. Ю. Юрова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 11, ч. 3. – С. 88–89.

141. Юрьев, В. К. Самооценка врачами различных специальностей своего профессионального положения и профессиональной деятельности / В. К. Юрьев, В. С. Тарханов // Современные проблемы образования и науки: электронный журнал. – 2014. – № 2. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12498>. – Дата публикации: 25.03.2014.

142. Яппаров, К. С. Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья работающего населения, проживающего в сельской местности / К. С. Яппаров, А. А. Евсюков // Санитарный врач. – 2012. – № 2. – С. 35–39.

143. A systematic review of reviews: recruitment and retention of rural family physicians / S. Asghari, M. C. Kirkland, J. Blackmore [et al.] // Canadian journal of rural medicine: the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada. – 2020. – Vol. 25, № 1. – P. 20–30.

144. Aboagye, J. K. Rural-urban differences in access to specialist providers of colorectal cancer care in the United States: a physician workforce issue / J. K. Aboagye, H. E. Kaiser, A. J. Hayanga // JAMA surgery. – 2014. – Vol. 149, № 6. – P. 537–543.

145. Access and utilization of primary health care services comparing urban and rural areas of Riyadh Province, Kingdom of Saudi Arabia / G. Alfaqeeh, E. J. Cook, G. Randhawa, N. Ali // BMC health services research : electronic journal. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 106–112. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5288856/>. – Дата публикации: 02.02.2017.

146. Access to medicines in remote and rural areas: a survey of residents in the Scottish highlands and western isles / G. F. Rushworth, L. Diack, A. MacRobbie [et al.] // Public health. – 2015. – Vol. 129. – P. 244–251.

147. Agiro, A. Organizational and environmental correlates to preventive quality of care in US rural health clinics / A. Agiro T. T. Wan, J. Ortiz // *Journal of primary care and community health*. – 2012. – Vol. 3, № 4. – P. 264–271.
148. Ajayi, I. O. Quality assessment of the practice of focused antenatal care (FANC) in rural and urban primary health centres in Ekiti State / I. O. Ajayi<sup>1</sup>, D. C. Osakinle<sup>1</sup>, E. O. Osakinle // *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2013. – Vol. 3. – P. 319–326.
149. Assessing health literacy in rural settings: a pilot study in rural areas of Cluj county, Romania / O. M. Pop, A. Brinzaniuc, E. O. Sirlincan [et al.] // *Global health promotion*. – 2013. – Vol. 20, № 4. – P. 35–43.
150. Assessment of the knowledge, attitude and practice of rural women of northeast Nigeria on risk factors associated with cancer of the Cervix / B. A. Omotara, S. J. Yahya, M. O. Amodu, J. Bimba // *Health*. – 2013. – Vol. 5, № 9. – P. 1367–1371.
151. Blinova, T. V. Factors and Determinants of Interregional Unemployment Rate Differences in Rural Russia / T. V. Blinova<sup>1</sup>, S. G. Bylina, V. A. Rusanovsky // *Agricultural Sciences*. – 2016. – Vol. 7. – P. 630–641.
152. Castro-Lara, A. Characteristics of depressed patients treated in rural areas of Chile / A. Castro-Lara, V. Guajardo, R. Fritsch [et al.] // *Psychology*. – 2013. – Vol. 4, № 11A. – P. 11–15.
153. Chandra, S. Role of AYUSH doctors in rural healthcare: authors' responses to critical comments / S. Chandra, K. Patwardhan // *Journal of Ayurveda and integrative medicine*. – 2019. – Vol. 10, № 2. – P. 154–155.
154. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? / S. Frehywot, F. Mullan, P. W. Payne, H. Ross // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2010. – Vol. 88, № 5. – P. 364–370.
155. Cross-sectional population based study ascertaining the characteristics of US rural adults with mental health concerns who perceived a stigma regarding mental health issues / K. J. Pederson, M. N. Lutfiyya, L. C. Palombi, D. R. Simmong // *Health*. – 2013. – Vol. 5, № 4. – P. 695–702.

156. Cross-sector, sessional employment of pharmacists in rural hospitals in Australia and New Zealand: a qualitative study exploring pharmacists' perceptions and experiences / A. C. Tan, L. M. Emmerton, H. L. Hattingh, A. L. Caze // *BMC health services research : electronic journal*. – 2014. – Vol. 14. – P. 567–573. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236748/>. – Дата публикации: 13.11.2014.

157. Design and development of a two channel telemedicine system for rural healthcare / M. P. Ramesh, S. Balasubramanian, V. Vijayan, G. Balasubramanian // *Engineering*. – 2013. – Vol. 5, № 10. – P. 579–583.

158. Development of village doctors in China: financial compensation and health system support / D. Hu, W. Zhu, Y. Fu [et al.] // *International journal for equity in health : electronic journal*. – 2017. – Vol. 16, № 1. – P. 9–17. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493879/>. – Дата публикации: 01.07.2017.

159. Diagnostics barriers and innovations in rural areas: insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru / C. F. Anticona Huaynate, M. J. Pajuelo Travezano, M. Correa [et al.] // *BMC health services research: electronic journal*. – 2015. – Vol. 15. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4595324/>. – Дата публикации: 05.10.2015.

160. Dolea, C. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas / C. Dolea, L. Stormont, J.-M. Braichet // *Bulletin of the World health organization*. – 2010. – Vol. 88, № 5. – P. 379–385.

161. Emigration preferences and plans among medical students in Poland / K. Krajewski-Siuda, A. Szromek, P. Romaniuk [et al.] // *Human resources for health: electronic journal*. – 2012. – Vol. 10. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465221/>. – Дата публикации: 30.04.2012.

162. Encouragers and discouragers affecting medical graduates' choice of regional and rural practice locations / A. McKillop, C. Webster, W. Bennett [et al.] //



Rural and remote health : electronic journal. – 2017. – Vol. 17, № 4. – URL: <https://www.rrh.org.au/journal/article/4247>. – Дата публикации: 07.12.2017.

163. Engaging and staying engaged: a phenomenological study of barriers to equitable access to mental healthcare for people with severe mental disorders in a rural African setting / M. Hailemariam, A. Fekadu, M. Prince, C. Hanlon // International journal for equity in health : electronic journal. – 2017. – Vol. 16, № 1. – P. 156–162. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5576237/>. – Дата публикации: 29.08.2017.

164. Evaluation of the management of family physicians health care services to diabetic patients in rural areas of Northern Iran / G. Mahmodi, M. Omraninava, B. Nikpour, E. O. Qasemabad // International journal of clinical medicine. – 2018. – Vol. 9. – P. 92–103.

165. Explaining differences in education-related inequalities in health between urban and rural areas in Mongolia / J. Dorjdagva, E. Batbaatar, B. Dorjsuren, J. Kauhanen // International journal for equity in health : electronic journal. – 2015. – Vol. 14. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4688929/>. – Дата публикации: 22.12.2015.

166. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA / N. Douthit, S. Kiv, T. Dwolatzky, S. Biswas // Public health. – 2015. – Vol. 129, № 6. – P. 611–620.

167. Factors influencing recruitment and retention of professional nurses, doctors and allied health professionals in rural hospitals in KwaZulu Natal / J. L. Haskins, S. A. Phakathi, M. Grant, C. M. Horwood // Health SA Gesondheid. – 2017. – Vol. 22. – P. 174–183.

168. Fairchild, R. Perceptions of rural emergency department providers regarding telehealth-based care: perceived competency, satisfaction with care and tele-ed patient disposition / R. Fairchild, S. F. F. Kuo, S. Laws [et al.] // Open Journal of Nursing. – 2017. – Vol. 7. – P. 721–733.

169. Frequency of modifiable cardiovascular risk factors such as obesity, diabetes mellitus and hypertension in a Benin rural area / M. Zannou, A. K. Agbodante,

A. Azon-Kouanou, A. Wanvoegbe // *Open journal of internal medicine*. – 2015. – Vol. 5, № 3. – P. 50–57.

170. Germack, H. D. When rural hospitals close, the physician workforce goes / H. D. Germack, R. Kandrack, G. R. Martsof // *Health Aff (Millwood)*. – 2019. – Vol. 38, № 12. – P. 2086–2094.

171. Health promotion through existing community structures: a case of churches' roles in promoting rotavirus vaccination in rural Zambia / A. Wesevich, J. Chipunqu, M. Mwale [et al.] // *Journal of primary care and community health*. – 2016. – Vol. 7, № 2. – P. 81–87.

172. Higher US rural mortality rates linked to socioeconomic status, physician shortages, and lack of health insurance / G. Gong, S. G. Phillips, C. Hudson [et al.] // *Health aff (Millwood)*. – 2019. – Vol. 38, № 12. – P. 2003–2010.

173. Hospitals in rural or remote areas: an exploratory review of policies in 8 high income countries / B. Rechel, A. Dzakula, A. Duran [et al.] // *Health policy*. – 2016. – Vol. 120, № 7. – P. 758–769.

174. How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience / P. Zurn, L. Codjia, F. L. Sall, J.-M. Braichet // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2010. – Vol. 88, № 5. – P. 386–389.

175. Implementing transnational telemedicine solutions: a connected health project in rural and remote areas of six northern periphery countries Series on European collaborative projects / M. Casey, P. S. Hayes, D. Heaney [et al.] // *European journal of general practice*. – 2013. – Vol. 19, № 1. – P. 52–58.

176. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations / World Health Organization. – [S. l. : s. n.], 2010. – 72 p. – ISBN-13 978-92-4-156401-4.

177. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results / L. Huicho, M. Dieleman, J. Campbell [et al.] // *Bulletin of the World health organization*. – 2010. – Vol. 88, № 5. – P. 357–363.

178. Inder, K. J. Factors impacting on the well-being of older residents in rural communities / K. J. Inder, T. J. Lewin, B. J. Kelly // *Perspectives in public health*. – 2012. – Vol. 132, № 4. – P. 182–191.

179. Is attending birth dying out? Trends in obstetric care provision among primary care physicians in British Columbia / L. Hedden, S. Munro, K. M. McGrail [et al.] // *Can fam physician*. – 2019. – Vol. 65, № 12. – P. 901–909.

180. Is geographical distance a barrier in the use of public primary health services among rural and urban young adults? Experience from Northern Finland / T. Lankila, S. Näyhä, A. Rautio [et al.] // *Public health*. – 2016. – Vol. 131. – P. 82–91.

181. Kaduszkiewicz, H. Shortage of physicians in rural areas and in the public health service: a critical analysis of the evidence on the role of medical education and training / H. Kaduszkiewicz, U. Teichert, H. Bussche // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. – 2018. – Vol. 61, № 2. – P. 187–194.

182. Kirby, J. B. Rural-urban differences in access to primary care: beyond the usual source of care provider / J. B. Kirby, K. R. Yabroff // *American journal of preventive medicine*. – 2020. – Vol. 58, № 1. – P. 89–96.

183. Kirchhoff, A. C. Rural and urban primary care physician professional beliefs and quality improvement behaviors / A. C. Kirchhoff, G. Hart, E. G. Campbell // *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. – 2014. – Vol. 30, № 3. – P. 235–243.

184. Kumar, A. Mental health services in rural India: challenges and prospects / A. Kumar // *Health*. – 2011. – Vol. 3, № 12. – P. 757–761.

185. Kumar, R. Healing the heart of healthcare: leaving no one behind: impact of 15<sup>th</sup> World rural health conference New Delhi / R. Kumar, P. Kumar // *Journal of family medicine and primary care*. – 2019. – Vol. 8, № 10. – P. 3077–3082.

186. Lyle, D. M. Securing a rural health workforce for the next generation of rural Australians / D. M. Lyle, L. M. Barclay // *The Medical journal of Australia*. – 2015. – Vol. 202, № 9. – P. 469.

187. Lynch, S. Hospice and palliative care access issues in rural areas American / S. Lynch // *Journal of hospice and palliative medicine*. – 2012. – Vol. 30, № 2. – P. 172–177.
188. Measuring the reasons that discourage medical students from working in rural areas: development and validation of a new instrument / S. Goel, F. Angeli, N. Singla, D. Ruwaard // *Medicine*. – 2018. – Vol. 97, № 2. – P. 9448–9456.
189. Meliala, A. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations / A. Meliala, K. Hort, L. Trisnantoro // *Social science and medicine*. – 2013. – Vol. 82. – P. 30–34.
190. O'Connor, A. Rural-urban disparities in the prevalence of diabetes and coronary heart disease / A. O'Connor, G. Wellenius // *Public health*. – 2012. – Vol. 126, № 10. – P. 813–820.
191. O'Sullivan, B. G. Reasons why specialist doctors undertake rural outreach services: an Australian cross-sectional study / B. G. O'Sullivan, M. R. McGrail, J. U. Stoelwinder // *Human resources for health: electronic journal*. – 2017. – Vol. 15, № 1. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219693/>. – Дата публикации: 07.01.2017.
192. Pagaiya, N. Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study / N. Pagaiya, L. Kongkam, S. Sriratana // *Human resources for health : electronic journal*. – 2015. – Vol. 13. – P. 10–16. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355566/>. – Дата публикации: 01.03.2015.
193. Paina, L. Implementing the code of practice on international recruitment in Romania – exploring the current state of implementation and what Romania is doing to retain its domestic health workforce / L. Paina, M. Ungureanu, V. Olsavszky // *Human resources for health : electronic journal*. – 2016. – Vol. 14. – P. 22–28. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943505/>. – Дата публикации: 30.06.2019.

194. Pati, D. Delivering rural health in a changing health model / D. Pati, K. Gaines, S. Valipoor // *HERD*. – 2016. – Vol. 10, № 1. – P. 76–86.
195. Patterson, D. G. Preparing physicians for rural practice: availability of rural training in rural-centric residency programs / D. G. Patterson, C. H. Andrilla, L. A. Garberson // *Journal of graduate medical education*. – 2019. – Vol. 11, № 5. – P. 550–557.
196. Perceptions of residents among rural communities with medical group practice in Japan / T. Manabe, T. Sawada, T. Kojo [et al.] // *International journal of environmental research and public health*. – 2019. – Vol. 16, № 24. – P. [1–8].
197. Peritogiannis, V. Mental health care delivery for older adults in rural Greece: unmet needs / V. Peritogiannis, C. Lixouriotis // *Journal of neurosciences in rural practice*. – 2019. – Vol. 10, № 4. – P. 721–724.
198. Physician burnout in a rural Kansas community / D. Marquez-Cunningham, E. Lenherr, E. Flynn [et al.] // *Kansas journal of medicine : electronic journal*. – 2019. – Vol. 12, № 4. – P. 109–116. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6884012/>. – Дата публикации: 02.11.2019.
199. Physician wellness in rural America: a review / T. S. Haggerty, S. A. Fields, E. M. Selby-Nelson [et al.] // *International journal of psychiatry in medicine*. – 2014. – Vol. 46, № 3. – P. 303–313.
200. Policies and challenges on the distribution of specialists and subspecialists in rural areas of Iran / S. M. Mirmoeini, S. S. M. Shooshtari, G. Battineni [et al.] // *Medicina*. – 2019. – Vol. 55, № 12. – P. [1–11].
201. Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment / P. C. Rockers, W. Jaskiewicz, L. Wurts [et al.] // *BMC health services research : electronic journal*. – 2012. – Vol. 12. – P. 212–219. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444383/>. – Дата публикации: 23.07.2012.
202. Prevention of Diabetes in rural India with a telemedicine intervention / V. Mohan, M. Deepa, R. Pradeepa [et al.] // *Journal of diabetes science and technology* :

electronic journal. – 2012. – Vol. 6, № 6. – P. 1355–1364. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570875/>. – Дата публикации: 01.11.2012.

203. Radhakrishnan, A. How collaborative mentoring networks are building capacity in primary care / A. Radhakrishnan, L. Clarke, L. Greenberg // *Healthcare quarterly*. – 2019. – P. 22, № 3. – P. 54–60.

204. Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas / M. Dieleman, S. Kane, P. Zwanikken, B. Gerretsen // *Technical Report*. – 2011. – Vol. 1. – P. 27–34.

205. Reflections and interdisciplinary perceptions of pharmacy learners on an international medical brigade / I. P. Ulrich, W. S. Hitch, D. R. Steeb [et al.] // *Currents in pharmacy teaching and learning*. – 2019. – Vol. 11, № 12. – P. 1316–1322.

206. Renjel, R. A. Internal medicine physician job satisfaction in rural Montana and Northern Wyoming- a qualitative analysis / R. A. Renjel, R. Ficalora, G. Canaris // *Journal of community hospital internal medicine perspectives : electronic journal*. – 2019. – Vol. 9, № 5. – P. 384–391. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830237>. – Дата публикации: 01.11.2019.

207. Roberts, R. Researching for better health for regional and rural Australians? / R. Roberts // *The Australian journal rural health*. – 2019. – Vol. 6. – P. 474–475.

208. Rural area in a European country from a healthcare point of view: an adaption of the rural ranking scale / J. Steinhäuser, P. Otto, K. Goetz [et al.] // *BMC health services research: electronic journal*. – 2014. – Vol. 14. – P. 147–155. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021561/>. – Дата публикации: 02.04.2014.

209. Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment / M. E. Kruk, J. C. Johnson, M. Gyakobo [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2010. – Vol. 88, № 5. – P. 333–341.

210. Schafer, E. Assessing community health needs in a rural area: determining best practices to meet new affordable care act requirements / E. Schafer, R. S. Dawson // *Health*. – 2015. – Vol. 7. – P. 542–546.

211. Self-care in rural residents with heart failure: what we are missing / K. S. Lee, D. K. Moser, M. M. Pelter [et al.] // *European journal of cardiovascular nursing*. – 2016. – Vol. 16, № 4. – P. 326–333.

212. State scholarship and loan forgiveness programs in the United States: forgotten driver of access to health care in underserved areas / K. W. Geletko, R. G. Brooks, A. Hunt, L. M. Beitsch // *Health*. – 2014. – Vol. 6. – P. 1994–2003.

213. Straume, K. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county / K. Straume, D. M. Shaw // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2010. – Vol. 88. – P. 390–394.

214. Straume, K. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? / K. Straume, D. M. Shaw // *Rural and remote health: electronic journal*. – 2010. – Vol. 10, № 2. – URL: <https://www.rrh.org.au/journal/article/1366>. – Дата публикации: 18.06.2010.

215. Sundmacher, L. Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany / L. Sundmacher, S. Ozegowski // *The European journal of health economics: HEPAC : health economics in prevention and care*. – 2016. – Vol. 17, № 4. – P. 443–451.

216. Systematic review of palliative care in the rural setting / M. A. Bakitas, R. Elk, M. Astin [et al.] // *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center*. – 2015. – Vol. 22, № 4. – P. 450–464.

217. Targeted enrollment of medical students for rural China: prospects and challenges / J. Hou, Y. Liang, L. Tong [et al.] // *Advances in medical education and practice: electronic journal*. – 2019. – Vol. 10. – P. 1021–1030. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6900277/>. – Дата публикации: 04.12.2019.

218. Telemedicine use in rural native american communities in the era of the ACA: a systematic literature review / C. S. Kruse, S. Bouffard, M. Dougherty, J. S. Parro // *Journal of medical systems*. – 2016. – Vol. 40, № 6. – P. [1–9].

219. Terschüren, C. Is telemonitoring an option against shortage of physicians in rural regions? Attitude towards telemedical devices in the North Rhine Westphalian health survey, Germany / C. Terschüren, M. Mensing, O. C. Mekel // *BMC health services research : electronic journal*. – 2012. – Vol. 12. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386008/>. – Дата публикации: 16.04.2012.

220. The Chilean rural practitioner programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas / S. Pena, J. Ramirez, C. Becerra [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2010. – Vol. 88, № 5. – P. 371–378.

221. The decline in rural medical students: a growing gap in geographic diversity threatens the rural physician workforce / S. A. Shipman, A. Wendling, K. C. Jones [et al.] // *Health affairs*. – 2019. – Vol. 38, № 12. – P. 2011–2018.

222. The experience of community first responders in co-producing rural health care: in the liminal gap between citizen and professional / A. Roberts, A. Nimegeer, J. Farmer, D. J. Henney // *BMC health services research: electronic journal*. – 2014. – Vol. 14. – P. 460–468. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283089/>. – Дата публикации 18.10.2014.

223. The role of health system governance in strengthening the rural health insurance system in China / B. Yuan, W. Jian, L. He [et al.] // *International journal for equity in health : electronic journal*. – 2017. – Vol. 16. – P. 44–50. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440979/>. – Дата публикации: 23.05.2017.

224. The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning / D. Russell, J. S. Humphreys, M. R. McGrail [et al.] // *Human resources for health: electronic journal*. – 2013. – Vol. 11. – P. 65–72. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029435/>. – Дата публикации: 11.12.2013.



225. Thomas, S. Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia – what core services should be locally available? / S. Thomas, J. Wakerman, J. S. Humphreys // *International journal for equity in health: electronic journal*. – 2015. – Vol. 14. – P. 111–119. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625941/>. – Дата публикации: 29.10.2015.

226. Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger / L. Belaid, C. Dagenais, M. Moha, V. Ridde // *Human resources for health: electronic journal*. – 2017. – Vol. 15, № 1 – P. 60–68. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5583993/>. – Дата публикации: 04.09.2017.

227. Van der Hoeven, M. Differences in health care seeking behavior between rural and urban communities in South Africa / M. van der Hoeven, A. Kruger, M. Greeff // *International journal for equity in health : electronic journal*. – 2012. – Vol. 11. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419677/>. – Дата публикации: 12.06.2012.

228. Views from the field: medical student experiences and perceptions of interprofessional learning and collaboration in rural settings / D. S. Thompson, J. Abourbih, L. Carter [et al.] // *Journal of interprofessional care*. – 2018. – Vol. 32, № 3. – P. 339–347.

229. Vivek, C. Tele-ECG and 24-hour physician support over telephone for rural doctors can help early treatment of acute myocardial infarction in rural areas / C. Vivek, K. Vikrant // *Journal of telemedicine and telecare*. – 2015. – Vol. 22, № 3. – P. 203–206.

230. Wang, L. County integrated healthcare organization, China solution of rural health / L. Wang // *Chinese Studies*. – 2017. – Vol. 6, № 3. – P. 161–166.

231. Weichelt, B. A model for assessing necessary conditions for rural health care's mobile health readiness: qualitative assessment of clinician-perceived barriers / B. Weichelt, C. Bendixsen, T. Patrick // *JMIR mHealth and uHealth : electronic journal*.

– 2019. – Vol. 7, № 11. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6874803/>. – Дата публикации: 08.11.2019.

232. What interventions do rural doctors think will increase recruitment in rural areas: a survey of 2778 health workers in Beijing / J. Wang, J. Su, H. Zuo [et al.] // Human resources for health : electronic journal. – 2013. – Vol. 11. – P. 40–47. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765180/>. – Дата публикации: 21.08.2013.

233. Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda / P. Sernnels, J. G. Montalvo, G. Pettersson [et al.] // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – Vol. 88. – P. 342–349.

234. Workplace stress, job satisfaction, job performance, and turnover intention of health care workers in rural Taiwan Asia / M. C. Chao, R. C. Jou, C. C. Liao C. W. Kuo // Asia-Pacific journal of public health. – 2013. – Vol. 27, № 2. – P. 1827–1836.

235. World medical association recommendations concerning medical care in rural areas // World medical association: [website]. – URL: <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-recommendations-concerning-medical-care-in-rural-areas> (дата обращения 27.02.2023 г.).

236. Wurie, H. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories / H. Wurie, M. Samai, S. Witter // Human resources for health: electronic journal. – 2016. – Vol. 14. – P. 3–10. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4736088/>. – Дата публикации: 01.02.2016.



**14. Какие недостатки работы в государственных медицинских организациях Вы находите? (соотнесите по степени значимости от 1 до 6, где 1 – очень значимо, 6 – не значимо)**

- 1)  недостаточный уровень заработной платы
- 2)  ограничение деятельности врача установленными стандартами
- 3)  недостаточное материально-техническое оснащение
- 4)  недостаточно комфортные бытовые условия
- 5)  вероятность работы с социально-неадаптированными пациентами
- 6)  иное (укажите) \_\_\_\_\_

**15. Интересует ли Вас возможность жить и работать в сельской местности?**

- |   |   |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> если Да (укажите причины)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опыт самостоятельной работы</li> <li>2) возможность работать там, где родился (проживают родственники)</li> <li>3) возможность ведения собственного хозяйства</li> <li>4) более благоприятные экологические условия</li> <li>5) иное (укажите) _____</li> </ol> | <p><input type="checkbox"/> если Нет (укажите причины)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не развита инфраструктура</li> <li>2) недостаточное материально-техническое оснащение</li> <li>3) отсутствие возможности дополнительного заработка</li> <li>4) отсутствие приспособленности к сельской жизни</li> <li>5) иное (укажите) _____</li> </ol> |
|---|---|

**16. Какие виды материальных благ могли бы привлечь Вас для работы в МО сельской местности? (соотнесите по степени значимости от 1 до 7, где 1 – очень значимо, 7 – не значимо)**

- 1)  предоставление служебного жилья
- 2)  возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования
- 3)  обеспечение автотранспортным средством
- 4)  компенсация оплаты услуг ЖКХ, детского сада и пр.
- 5)  компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи
- 6)  предоставление земельного участка
- 7)  иное (укажите) \_\_\_\_\_

**17. Какие виды нематериальных благ могли бы привлечь Вас для работы в МО сельской местности? (соотнесите по степени значимости от 1 до 6, где 1 – очень значимо, 6 – не значимо)**

- 1)  возможность заниматься научно-исследовательской работой
- 2)  возможность профессионального и карьерного роста
- 3)  самостоятельная жизнь (независимость от родителей и т.п.)
- 4)  возможность жить и растить детей вне мегаполиса
- 5)  льготное исчисление медицинского стажа
- 6)  иное (укажите) \_\_\_\_\_

**18. Какие трудности могли бы послужить для Вас препятствием в принятии решения о возможности работать на селе? (соотнесите по степени значимости от 1 до 7, где 1 – очень значимо, 7 – не значимо)**

- 1)  отсутствие необходимого опыта и знаний
- 2)  ограниченная возможность профессионального общения
- 3)  отсутствие современных методов диагностики и лечения
- 4)  недостаточное развитие инфраструктуры
- 5)  особенности менталитета сельского населения
- 6)  отсутствие родных/друзей
- 7)  иное (укажите) \_\_\_\_\_

**19. Какой уровень ежемесячного дохода на каждого члена семьи мог бы способствовать решению связать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности? \_\_\_\_\_ руб/**

**Благодарим за участие в анкетировании! Ниже вы можете оставить свои предложения**

---

## Приложение № 2

## АНКЕТА молодого специалиста сельского здравоохранения

Уважаемый коллега! Министерство здравоохранения Нижегородской области совместно с ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России в рамках социологического исследования проводит опрос врачей - участников Программ социально-экономического стимулирования молодых специалистов сельского здравоохранения.

Просим Вас дать ответы на следующие вопросы

Ф.И.О. (по желанию) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Название медицинской организации \_\_\_\_\_

1. Пол: 1) мужской 2) женский
2. Укажите Ваш возраст \_\_\_\_\_ лет
3. Ваше семейное положение (укажите): \_\_\_\_\_
4. Наличие детей: 1) Есть 2) Нет
5. Укажите Вашу должность \_\_\_\_\_
6. Укажите Вашу специальность \_\_\_\_\_
7. Каков Ваш общий медицинский стаж? \_\_\_\_\_ лет
8. Поставьте отметки в соответствующих разделах таблицы:

Наименование населенных пунктов	Тип населенного пункта, в котором Вы:		
	Родились	Проживаете	Работаете
Село, деревня, поселок			
Районный центр (название)			
Областной центр (название)			

**9. В каком жилье Вы проживаете в настоящее время:**

- 1) В собственной квартире /комнате/ доме
- 2) На съемной квартире /комнате / доме
- 3) В служебной квартире /комнате/ доме
- 4) У родственников
- 5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**10. В каком структурном подразделении вы работаете?**

- 1) Стационар
- 2) Поликлиника
- 3) Сельский врачебный участок (участковая больница, СВА, ОВОП и т.п)
- 4) Станция (отделение СМП)
- 5) Частная медицинская организация

**11. Укажите размер Вашего ежемесячного дохода:**

- 1) Менее 10000 руб.
- 2) 10000 – 19000 руб.
- 3) 20000 – 29000 руб.
- 4) 30000 руб. и более

**12. Из каких источников формируется Ваш ежемесячный доход?**

- 1) Работа на 1 ставку
- 2) Работа более чем на 1 ставку (совместительство, совмещение, дежурства) в этой же МО
- 3) Работа на 1 ставку и совместительство в другой МО
- 4) Работа более чем на 1 ставку и подработка в другой сфере деятельности
- 5) Работа на 1 ставку (или более) и получение прибыли от ведения собственного хозяйства
- 6) Иное \_\_\_\_\_

**13. Является ли Ваш доход, получаемый по месту работы достаточным для обеспечения потребностей Вашей семьи?**

- 1) Да, он полностью покрывает все расходы
- 2) Да, но приходится сократить уровень потребностей до самых необходимых
- 3) Нет, приходится дополнительно подрабатывать в других МО

- 4) Нет, приходится дополнительно подрабатывать в других немедицинских организациях
- 5) Нет, дополнительно занимаюсь сельским хозяйством

**14. В каком году Вы стали участником Программы поддержки молодых специалистов:** в \_\_\_\_\_ году

**15. Когда Вы приняли для себя решение о возможности жить и работать в сельской местности?**

- 1) Всегда считал возможным жить и работать только на селе
- 2) В студенческие годы (сравнив особенности жизни в городе и на селе)
- 3) Во время прохождения производственной практики в МО сельской местности
- 4) Когда узнал о появлении государственных мер поддержки молодых специалистов
- 5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**16. Каким образом наличие Программы поддержки молодых специалистов повлияло на Ваше решение связать свою профессиональную деятельность с работой на селе?**

- 1) Поехал исключительно ради участия в Программе (получения жилья, автомобиля, стим. выплат)
- 2) Всегда хотел жить и работать на селе, Программа лишь способствовала принятию данного решения
- 3) Не смог найти работу в городе, был вынужден уехать на село, Программа оказалась очень кстати
- 4) Иное (укажите свой вариант) \_\_\_\_\_

**17. Как Вы нашли работу в сельской местности?**

- 1) Самостоятельно обратился в ЦРБ и получил возможность трудоустройства
- 2) Пришел в ЦРБ «за компанию» вместе с другом
- 3) Обратился в Центр трудоустройства НижГМА и получил необходимую информацию
- 4) Опросил друзей, знакомых, родственников и узнал, куда обратиться по вопросу трудоустройства
- 5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**18. Чем Вы руководствовались при выборе населенного пункта с целью последующего переезда?**

- 1) Близостью расположения к областному центру
- 2) Благоприятными экологическими условиями района
- 3) Высоким уровнем развития инфраструктуры района
- 4) Возможностью жить и работать там, где родился
- 5) Высоким уровнем привлекательности ЦРБ
- 6) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**19. Какие материальные преференции Вы получили, участвуя в Программе социально-экономической поддержки:**

- 1) Дом
- 2) Квартира
- 3) Автомобиль
- 4) Единовременная выплата (\_\_\_\_\_ рублей)
- 5) Земельный участок
- 6) Льготное ипотечное кредитование (на срок \_\_\_\_\_ лет)
- 7) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**20. Каким образом решался вопрос приобретения жилья в Вашем случае?**

- 1) Мне было предоставлено готовое жилье в новом фонде
- 2) Мне предоставили готовое жилье во вторичном фонде
- 3) Самостоятельно находил подходящий вариант жилья и приобретал на полученные деньги
- 4) Самостоятельно находил подходящий вариант жилья и оформлял кредит на его приобретение
- 5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**21. Как Вы решали вопрос территориальной дислокации будущего жилья?**

- 1) Приобрел жилье там, где осуществлялось мое трудоустройство
- 2) Приобрел жилье в другом районе, с более развитой инфраструктурой
- 3) Приобрел жилье в районе, наиболее близко расположенном к областному центру
- 4) Приобрел жилье в областном центре

5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**22. Каков Ваш дополнительный материальный вклад в благоустройство приобретенного жилья?**

- 1) Жилье было полностью благоустроено (хороший ремонт, мебель, благоустроенный участок) и не требовало значительных материальных вложений
- 2) Пришлось дополнительно вложить деньги в косметический ремонт, покупку мебели, благоустройство участка
- 3) Жилье требовало материальных вложений на выполнение капитального ремонта, проведения коммуникаций, благоустройства участка
- 4) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**23. Какие преимущества жизни в сельской местности Вы находите?**

- 1) Благоприятные экологические условия
- 2) Возможность ведения личного подсобного хозяйства
- 3) Спокойствие, тишина и удаленность от городской суеты
- 4) Возможность заниматься сельскохозяйственной деятельностью
- 5) Возможность заниматься частным предпринимательством
- 6) Иное \_\_\_\_\_

**24. С какими трудностями сопряжена Ваша жизнь в сельской местности?**

- 1) Ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий
- 2) Трудности в организации обучения детей
- 3) Особенности менталитета сельского населения
- 4) Необходимость ведения подсобного хозяйства
- 5) Большие затраты на содержание дома
- 6) Недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры
- 7) Иное \_\_\_\_\_

**25. Планируете ли Вы покинуть данный населенный пункт по окончании срока участия в Программе?**

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Планирую покинуть населенный пункт, но останусь работать в этом медицинском учреждении
- 4) Не планирую покинуть населенный пункт, но уволюсь из данного медицинского учреждения
- 5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**26. Если вы планируете покинуть данный населенный пункт, укажите основную причину \_\_\_\_\_**

**27. Если Вы не планируете оставаться в данном населенном пункте, укажите основной мотив \_\_\_\_\_**

**28. Если Вы планируете уезжать, то укажите тип населенного пункта, в который собираетесь переехать:**

- 1) Другое село (деревня, поселок)
- 2) Районный центр
- 3) Нижний Новгород
- 4) Другой регион
- 5) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**29. Если Вы планируете покинуть данный населенный пункт, то каким образом поступите с имеющимся жильем:**

- 1) Планирую продать
- 2) Планирую сдавать в аренду
- 3) Планирую использовать в качестве загородного дома
- 4) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**30. Как Вы считаете, каким образом можно привлечь молодых специалистов в сельскую местность?**

- 1) Развивать инфраструктуру сельских и отдаленных районов
- 2) Обеспечивать жильем (строительство дома, квартиры)

- 3) Расширять социальные гарантии (добровольное медицинское страхование, ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха в РФ, досрочный выход на пенсию, полная компенсация услуг ЖКХ, сберегательный капитал)
- 4) Внедрять телемедицинские технологии для совершенствования профессионального развития молодых врачей
- 5) Повышать материально-техническое оснащение ЦРБ
- 6) Иное (укажите) \_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за участие в анкетировании!**  
***Ниже Вы можете оставить свои комментарии***

---




 УТВЕРЖДАЮ  
 Заместитель Губернатора  
 Нижегородской области,  
 министр здравоохранения  
 Нижегородской области  
 Д.В.Мелик-Гусейнов  
 31 октября 2022 года

**АКТ**  
**внедрения результатов научно-исследовательской работы**

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской диссертации Доцанниковой Ольги Александровны «Комплекс организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами» внедрены в организацию деятельности государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Нижегородской области, а также в работу министерства здравоохранения Нижегородской области, в том числе:

- соглашение о взаимодействии при реализации механизма целевого обучения;
- соглашение о реализации наставничества.

Первый заместитель министра здравоохранения  
 Нижегородской области



Г.В.Михайлова

Начальник управления по правовой и кадровой работе  
 министерства здравоохранения Нижегородской области



В.В.Тимофеева

Заместитель начальника отдела по правовой и кадровой работе  
 министерства здравоохранения Нижегородской области



Т.Н.Козлова



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной  
и воспитательной работе

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Е.С. Богомолова

« 14 » сентября 20 22 г.**АКТ****внедрения результатов научно-исследовательской работы**

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской диссертации Дощаниковой Ольги Александровны «Комплекс организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения медицинскими кадрами» внедрены в организацию образовательного процесса кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО, а также деятельности ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, в том числе в виде:

- электронного модуля «Мониторинг целевого обучения»
- консолидированной электронной базы «Когорты студентов»
- дополнительной профессиональной программы – программы повышения квалификации «Актуальные вопросы наставничества в подготовке обучающихся медицинского вуза»

Начальник  
учебно-методического управления

О.М. Московцева

Декан факультета дополнительного  
профессионального образования

М.С. Незнахина