**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. общие положения и характеристика здравоохранения в россии

1.1 Состояние здоровья населения Российской Федерации

.2 Подходы ВОЗ И ЕС к оценке кадрового потенциала

.3 Неадекватность нормативно-правовой базы потребностям здравоохранения и проблемы совершенствования законодательства

.4 Диспропорция кадрового обеспечения

1.5 Основные направления модернизации российского здравоохранения

.5.1 Цель модернизации российского здравоохранения

.5.2 Задачи модернизации российского здравоохранения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

# **ВВЕДЕНИЕ**

В связи с развитием роста производства, совершенствования и создания новых технологий, промышленных предприятий, автотранспорта, испытаний ядерного оружия, чрезмерного применения минеральных удобрений и пестицидов, а так же других проблем современного общества все более важным ставится вопрос здравоохранения. Конечно, по всему миру проблемам здравоохранения в наше время уделяют пристальное внимание и, естественно, в каждом уголке мира есть свой определенный подход, понимание и методы решения сложившихся проблем. Объектами рассмотрения настоящей работы являются системы здравоохранения Российской Федерации и других иностранных государств, но не в полном объеме, а именно сравнение организационных основ кадровой политики в здравоохранении. Анализ выбранных мною стран обусловлен рядом факторов.

По важнейшим показателям здоровья населения Россия уступает многим странам, а одной из главных причин такого положения названа «неэффективность отечественного здравоохранения» (из послания Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию РФ). Состояние здоровья населения России, неблагоприятная демографическая ситуация в регионах, недостаточная эффективность системы отечественного здравоохранения требуют ресурсных инвестиций и, в большей степени, кадровых ресурсов.

Проблемами медицинских кадров занимались многие отечественные ученые (Вялкова Г.М., 2006; Перфильева Г.М., 1995; Лапотников В.А. и соавт., 2001; 2002; Дзугаев К.Г., 2002, 2009; Долженкова И.В. и соавт., 2007; Михайлова Ю.В. и соавт., 2007, 2008; Каспрук Л.И., 2008; Расторгуева Т.И., 2009; Ронжина Л.Г., 2009, Сибурина Т.А., 2002; Щепин В.О. и соавт., 2007; Щепин О.П. и соавт., 2009 и др.) и зарубежные исследователи (Hutchinson L. et coll., 2001; Buchan J. et coll., 2002, 2008; Parle J. et coll., 2006; Sibbald B. et coll., 2004, Wrede S., 2008).

Оценка уровня подготовки специалиста по наличию сертификата, по аттестации на квалификационную категорию проводится не везде в регионах, уровень обучения не всегда соответствует современным требованиям. Особенно низкий уровень профессиональной подготовки отмечен среди руководящих кадров здравоохранения.

Отдельные направления по совершенствованию системы обеспечения кадрами в здравоохранении находят своё отражение в правовых документах.

Несмотря на вышеперечисленные проблемы, уровень обеспеченности врачебными кадрами в целом по России за последние годы возрастал, но по субъектам Российской Федерации отмечалась диспропорция этого роста более чем вдвое.

Всё вышесказанное приводит к выводу о возможности, а учитывая потребность дальнейшего поступательного развития российского здравоохранения, и о настоятельной необходимости проведения подобного сравнительно-правового исследования. Сопоставление организационных основ кадровой политики в здравоохранении России, естественно, можно производить с огромным количеством государств, но для сравнения я пыталась выбирать опыт тех государств, который может внести соответствующий вклад в состояние кадрового обеспечения России, естественно только положительный опыт. Ознакомление с этим опытом и использование, хотя бы некоторой его части в условиях обновляющейся российской системы, представляется крайне полезным и важным. Наличие общих черт, у выбранных мной объектов даёт возможность проводить определённые параллели, тогда как рассмотрение различий делает процесс сравнительного анализа более интересным и показательным.

**ГЛАВА 1. общие положения и характеристика здравоохранения в россии**

## 1.1 Состояние здоровья населения Российской Федерации

Охрана здоровья населения составляет одну из основ конституционного строя России. Право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции Российской Федерации (статья 41).

Мероприятия по охране здоровья населения включают в себя организацию здравоохранения, в том числе предоставление гражданам бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, финансирование федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения, реализацию мер по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, обеспечению экологического и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, развитию физической культуры и спорта.

Совершенствование системы здравоохранения - одно из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а состояние здоровья населения - важнейшая цель этого развития. Модернизация системы здравоохранения направлена, в первую очередь, на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

Ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи неминуемо приведет к негативным социально-политическим последствиям, потребует значительных дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала российского общества.

Демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется следующими показателями: численность населения страны на 1 июля 2010 года - 142,9 млн. человек; рождаемость - 10,5 на 1000 человек населения; смертность - 16,0; естественная убыль населения - 5,5.

Всероссийская диспансеризация детей в показала, что здоровых детей 32,1 %, имеющих функциональные отклонения - 51,7 %, детей с хроническими заболеваниями 16,2 %.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2009 году составила 65,5 года, в том числе у мужчин - 59,1, у женщин - 72,5 года.

Продолжительность жизни населения Россия на 12 лет меньше, чем в США, на 8 лет меньше, чем в Польше, на 5 лет меньше, чем в Китае. Прежде всего это связано с высокой преждевременной смертностью. Детская смертность хотя и сокращается, но остается в полтора-два раза выше, чем в развитых странах; младенческая смертность в 2004 году составила в России 11,5 ‰, (в США - 7 ‰, в Англии - 5 ‰, в Японии - 4,5 ‰).

Перспективы изменения численности населения стран - постоянных членов Совета Безопасности ООН (млн. чел.):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страны | 1994 г. | 2015 г. |
| Россия | 147 | 137 |
| США | 261 | 309 |
| Великобритания | 58 | 60 |
| Франция | 58 | 61 |
| Китай | 1200 | 1400 |

## 1.2 Подходы ВОЗ И ЕС к оценке кадрового потенциала

Роберт Фогель (Нобелевский лауреат по экономике):

· Экономики развитых стран с середины 2020-х будут развиваться благодаря сфере здравоохранения;

В США к 2016 году расходы удвоятся и достигнут 4,1 триллиона долларов (если не будет результативной реформа Обамы);

Глобальные расходы на кадры здравоохранения ВОЗ составляют:

· 39 миллиардов долларов США- на зарплаты,

· нужно подготовить 2,4 миллиона мед. работников,

· по подсчетам ВОЗ в 38 странах Африки в районе Сахары не выполняется норматив 20 врачей на 100000 населения и в 17 странах менее половины нормативного количества мед. сестер (50 на 100000).

Оценка нехватки кадров на 2012 году в США показывает, что страна будет нуждаться в 100000 врачей, 1 миллионе медицинских сестер, 250000 профессиональных работников общественного здравоохранения.

В Австралии 5 % всей рабочей силы- в здравоохранении, они адсорбируют две трети всех расходов на здравоохранение, т.е. 9,7 % от ВВП. Наиболее быстро растут группы профессионалов «комплиментарных» системе (косметологи, массажисты и т.д.). Состав кадровых ресурсов и их подготовки разнообразен.

Кадровый потенциал NHS Великобритании:

NHS- самый большой работодатель в Великобритании- 1,4 миллиона сотрудников. Сотрудники работают примерно в 435 различных организациях NHS, в 64 специальностях и подспециальностях, 70% бюджета NHS идет на оплату кадров. В 2008 году- 90 миллиардов фунтов стерлингов, в 2010 уже 110.

К проблемам кадрового потенциала относятся отсутствие достоверной и своевременной информации по многим направлениям, включая skill mix, источники и уровни денежных компенсаций, феминизация, основные кадры, интернациональные и национальные стратегии international для решения кризиса кадрового потенциала здравоохранения на основе принципа показательности.

Состояние здоровья населения России, неблагоприятная демографическая ситуация в регионах, недостаточная эффективность системы отечественного здравоохранения требуют ресурсных инвестиций и, в большей степени, кадровых ресурсов.

Проблемами медицинских кадров занимались многие отечественные ученые (Вялкова Г.М., 2006; Перфильева Г.М., 1995; Лапотников В.А. и соавт., 2001; 2002; Дзугаев К.Г., 2002, 2009; Долженкова И.В. и соавт., 2007; Михайлова Ю.В. и соавт., 2007, 2008; Каспрук Л.И., 2008; Расторгуева Т.И., 2009; Ронжина Л.Г., 2009, Сибурина Т.А., 2002; Щепин В.О. и соавт., 2007; Щепин О.П. и соавт., 2009 и др.) и зарубежные исследователи (Hutchinson L. et coll., 2001; Buchan J. et coll., 2002, 2008; Parle J. et coll., 2006; Sibbald B. et coll., 2004, Wrede S., 2008).

Оценка уровня подготовки специалиста по наличию сертификата, по аттестации на квалификационную категорию проводится не везде в регионах, уровень обучения не всегда соответствует современным требованиям. Особенно низкий уровень профессиональной подготовки отмечен среди руководящих кадров здравоохранения.

Отдельные направления по совершенствованию системы обеспечения кадрами в здравоохранении находят своё отражение в правовых документах. Полное отражение государственная кадровая политика в здравоохранении Российской Федерации нашла в следующих документах:

· в Приказе Минздрава РФ от 03.07.2002г. №210 «О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации»;

· в Решении Коллегии Минздрава РФ от 17.12.2002г. №18 «Кадровое обеспечение здравоохранения в условиях выполнения государственного задания на подготовку специалистов»;

· в Приказе Минздрава РФ от 31.12.2002г. №418 «О кадровом обеспечении здравоохранения»;

· в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 04.08.06г. №584;

· в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 07.07.09г. №415Н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

В этих документах отмечены недостатки и проблемы кадровой политики здравоохранения, основные концептуальные задачи и мероприятия по реализации кадровой политики.

Несмотря на вышеперечисленные проблемы, уровень обеспеченности врачебными кадрами в целом по России за последние годы возрастал, но по субъектам Российской Федерации отмечалась диспропорция этого роста более чем вдвое.

Отмечена несбалансированность подготовки кадров по специальностям: рост численности врачей-специалистов «узкого» профиля и уменьшение врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи (на 8,8%) и др.

Асимметрия показателей обеспеченности кадрами в субъектах, разнонаправленность имеющихся тенденций не могут обеспечить равные доступность и качество медицинской помощи всех категорий населения.

Отмечены явные проблемы в сестринской службе: снижение обеспеченности здравоохранения средним медицинским персоналом, ухудшение соотношения числа врачей и медсестер, медсестер и младшего персонала, тенденции уменьшения сестринского персонала общей практики, отток среднего персонала из отрасли и др. Особенно остро эти проблемы проявляются в сельском здравоохранении.

В целом по Российской Федерации за период 2000-2008 гг. отмечается увеличение обеспеченности населения врачами с 42,21 до 43,79 на 10 тысяч населения. В 2008 году в учреждениях здравоохранения России работало 621835 врачей. Однако, имеются значительные различия по округам и субъектам (табл.1).

Таблица 1 **Динамика обеспеченности населения Российской Федерации врачами**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 |
| на 10 тысяч населения |
| РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | 42,2 | 42,3 | 42,7 | 43,2 | 43,8 |
| Центральный федеральный округ | 45,8 | 44,4 | 45,0 | 46,0 | 47,2 |
| Северо-Западный федеральный округ | 45,0 | 46,0 | 47,0 | 47,9 | 49,3 |
| Южный федеральный округ | 39,5 | 38,4 | 38,5 | 38,5 | 38,7 |
| Приволжский федеральный округ | 41,4 | 41,8 | 41,7 | 41,7 | 41,3 |
| Уральский федеральный округ | 34,4 | 35,2 | 35,9 | 36,9 | 37,6 |
| Сибирский федеральный округ | 40,6 | 42,4 | 42,8 | 43,4 | 44,4 |
| Дальневосточный федеральный округ | 44,0 | 46,3 | 46,2 | 46,5 | 46,6 |
| показатели наглядности |
| РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | 100,0 | 100,2 | 101,0 | 102,3 | 103,7 |
| Центральный федеральный округ | 100,0 | 97,0 | 98,3 | 100,5 | 103,2 |
| Северо-Западный федеральный округ | 100,0 | 102,2 | 104,4 | 106,3 | 109,5 |
| Южный федеральный округ | 100,0 | 97,1 | 97,5 | 97,4 | 98,0 |
| Приволжский федеральный округ | 100,0 | 101,0 | 100,8 | 100,8 | 99,7 |
| Уральский федеральный округ | 100,0 | 102,4 | 104,4 | 107,2 | 109,2 |
| Сибирский федеральный округ | 100,0 | 104,4 | 105,4 | 106,9 | 109,5 |
| Дальневосточный федеральный округ | 100,0 | 105,3 | 105,0 | 105,6 | 105,9 |

Практически во всех федеральных округах (5) обеспеченность населения врачами превышала и только в двух они были ниже средних её размеров по Российской Федерации. Наиболее высокие темпы роста отмечались в Северо-Западном, Уральском и Сибирском федеральных округах (9,2-9,5%).

Темпы снижения уровней обеспеченности врачами были не значительны и не превышали 2% (Южный федеральный округ).

По сравнению с Россией в целом во всех Федеральных округах РФ отмечается рост обеспеченности населения врачами на 6,0%, за исключением Приволжского округа, где этот показатель снизился с начала тысячелетия на 2,0%. Наименьший прирост показателя произошел в Дальневосточном округе (на 2,2%), наибольший - в Северо-Западном (на 9,7%) и Уральском (на 9,3%) округах. Тем не менее, Уральский федеральный округ по-прежнему остается наименее обеспеченным врачебными кадрами. Обеспеченность врачами в нем составляет лишь 37,8 на 10 тысяч населения.

Невысокая обеспеченность врачами наблюдается и в Южном округе (38,7). Так, в Южном федеральном округе, как в целом, так в 9 из 13 субъектов, входящих в этот округ, отмечалась тенденция к снижению уровней обеспеченности врачами (Чеченская, Кабардино-Балкарская Республики, Республика Ингушетия, Ставропольский край и др.).

Аналогичная картина наблюдается и в Приволжском федеральном округе, где в 8 субъектах из 14 отмечены снижение размерности этих показателей (Самарская, Нижегородская, Саратовская, Ульяновская области, Республика Татарстан и др.).

Отмечено снижение обеспеченности врачами в Чеченской Республике (12,3%), Калининградской области (9,6%), Кабардино-Балкарской Республике (9,2%), г. Москве (7,9%), Ставропольском крае (4,5%) и Костромской области (4,3%).

Наиболее высокие темпы прироста врачебного персонала отмечены в таких субъектах, как: Чукотский автономный округ (+80,0%), Ханты-мансийский автономный округ (+31,3%), Забайкальский край (+30,7%), Республика Ингушетия (+30,6%), Республика Тыва (+25,2%), Ненецкий автономный округ (+22,6%), Республика Алтай (+22,0%) и Магаданская область (+20,4%).

Следует отметить, что самые низкие показатели обеспеченности врачами (менее 30 врачей на 10 тысяч населения) были зарегистрированы в Чеченской республике (24,1), Курганской области (24,5), Республике Ингушетии (24,9), Калининградской области (29,8), Еврейской автономной области (29,9) и Тульской области (30,0).

Классификация субъектов Российской Федерации по обеспеченности врачами представлена в таблице 2.

Таблица 2 **Классификация субъектов Российской Федерации по уровню обеспеченности врачами (2008 г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения | Субъекты Российской Федерации |
| до 30 | Чеченская республика (24,09), Курганская область (24,46), Республика Ингушетия (24,94), Калининградская область (29,84), Еврейская автономная область (29,86), Тульская область (29,99). |
| от 30 до40 | Ленинградская область (31,52), Республика Марий Эл (31,63), Костромская область (31,73), Калужская область (32,05), Ульяновская область (32,3), Вологодская область (32,8), Республика Хакасия (33,13), Рecпублика Бурятия (33,26), Пензенская область (33,54), Брянская область (33,85), Московская область (34,32), Новгородская область (34,47), Ростовская область (34,71), Орловская область (35,0), Республика Адыгея (35,2), Челябинская область (35,59), Свердловская область (35,88), Карачаево-Черкесская республика (35,98), Ставропольский край (36,59), Белгородская область (37,32), Республика Дагестан (37,77), Ненецкий автономный округ (37,84), Республика Башкopтoстан (37,95), Краснодарский край (38,04), Липецкая область (38,36), Кабардино-Балкарская Республика (38,52), Нижегородская область (38,66), Республика Алтай (39,2), Республика Татарстан (39,38), Республика Коми (39,86). |
| от 40 до 50 | Кировская область (40,35), Иркутская область (40,81), Республика Тыва (40,82), Мурманская область (40,97), Сахалинская область (41,17), Камчатский край (41,46), Алтайский край (41,64), Самарская область (41,71), Красноярский край (41,77), Кемеровская область (42,33), Саратовская область (42,96), Ямало-Ненецкий автономный округ (43,19), Приморский край (43,97), Архангельская обл. (44,07), Республика Карелия (44,35), Курская область (44,63), Чувашская Республика (44,87), Волгоградская область (44,94), Оренбургская область (45,37), Тюменская oбласть (45,51), Воронежская область (46,05). Республика Мордовия (46,26), Тверская область (46,43), Республика Калмыкия (46,72), Ивановская область. (47,14), Пермский край (48,02), Хабаровский край (49,63), Республика Саха (Якутия) (49,76), Магаданская область (49,81). |
| 50 и более | Забайкальский край (50,12), Омская область (50,39), Новосибирская область (50,5), Ханты-Мансийский автономный округ (50,78), Амурская область (50,82), Рязанская область (50,89), Смоленская область (51,23), Ярославская область (52,55), Удмуртская Республика-53,04 Томская область-57,82, Астраханская область (58,25), Республика Северная Осетия-Алания (64,33), г. Москва (68,85), г.Санкт-Петербург (74,87), Чукотский автономный округ (78,39). |

В тоже время, в ряде регионов этот показатель был выше более чем в два раза (более 60 врачей на 10 тысяч населения). Так, в республике Северная Осетия-Алания она составляла 64,3, в г. Москве - 68,9, в г. Санкт-Петербурге - 74,9, в Чукотском автономном округе - 78,4 на 10000 населения.

Следует отметить, что самые низкие показатели (менее 30 врачей на 10 тысяч населения) обеспеченности врачами были зарегистрированы в Чеченской республике (24,1), Курганской области (24,5), Республике Ингушетия (24,9), Калининградской области (29,8), Еврейской автономной области (29,9) и в Тульской области (29,9).

Доля врачей, работающих в сельской местности, среди всех врачей России составляет лишь 7,4%, тогда как 27,0% населения страны проживает на селе. Наибольшее значение этот показатель имеет в Республиках Алтай и Адыгея, наименьшее значение в Тверской, Псковской и Магаданской областях. В среднем по России обеспеченность врачами городского населения выше обеспеченности сельского населения в 4,4 раза.

Наименьшее различие показателей обеспеченности врачами городского и сельского населения наблюдается в Ямало-Ненецком автономном округе - в 1,6 раз, а наибольшее - в Псковской области (в 74,7 раза). На порядок и более обеспеченность врачами городского населения превышает обеспеченность сельского населения в Брянской, Тверской, Калининградской, Саратовской и Ульяновской областях, а также в Республике Марий Эл.

Обеспеченность сельского населения врачами, варьируют на территории России в гораздо более широких пределах, чем обеспеченность городского населения. Наибольшие его значения отличаются от наименьших в городах в 3,6 раза, а в сельской местности - в 43,8 раза.

За последние годы в здравоохранении обострились диспропорции в развитии медицинских кадров. Ключевой диспропорцией последних лет в развитии здравоохранения является возникновение «ножниц» между ростом численности должностей врачей в стране и объемами помощи, предоставляемой населению.

В Российской Федерации за период 2000-2008 гг. отмечается уменьшение обеспеченности населения средним медицинским персоналом с 96,9 до 94,1 на 10 тысяч населения, т.е. размеры его снизились почти на 3%. Снижение это проходило равномерно на 0,4-0,5% в год.

В федеральных округах показатели обеспеченности средним медицинским персоналом также снизились, но снижение это носило разнонаправленный характер (таблица 3).

Таблица 3 **Динамика обеспеченности населения Российской Федерации средним медицинским персоналом**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Субъекты Российской Федерации | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 |
| на 10 тысяч населения |
| Российская Федерация | 96,9 | 96,5 | 96,1 | 95,4 | 94,1 |
| Центральный федеральный округ | 97,4 | 92,9 | 90,9 | 91,1 | 90,9 |
| Северо-Западный федеральный округ | 96,2 | 96,2 | 96,8 | 96,9 | 94,4 |
| Южный федеральный округ | 88,6 | 85,9 | 85,5 | 84,6 | 84,1 |
| Приволжский федеральный округ | 104,6 | 106,0 | 105,5 | 103,1 | 100,1 |
| Уральский федеральный округ | 95,9 | 98,0 | 98,9 | 99,0 | 98,1 |
| Сибирский федеральный округ | 92,1 | 96,4 | 97,7 | 97,8 | 97,4 |
| Дальневосточный федеральный округ | 92,6 | 96,7 | 96,3 | 95,3 | 93,2 |
| показатели наглядности |
| Российская Федерация | 100,0 | 99,6 | 99,2 | 98,4 | 97,1 |
| Центральный федеральный округ | 100,0 | 95,4 | 93,3 | 93,5 | 93,3 |
| Северо-Западный федеральный округ | 100,0 | 100,0 | 100,6 | 100,8 | 98,1 |
| Южный федеральный округ | 100,0 | 97,0 | 96,5 | 95,5 | 94,9 |
| Приволжский федеральный округ | 100,0 | 101,4 | 100,9 | 98,6 | 95,7 |
| Уральский федеральный округ | 100,0 | 102,2 | 103,2 | 103,2 | 102,3 |
| Сибирский федеральный округ | 100,0 | 104,7 | 106,25 | 106,2 | 105,8 |
| Дальневосточный федеральный округ | 100,0 | 104,5 | 104,0 | 103,0 | 100,7 |

В Центральном Федеральном округе с 2000 по 2004 год размерность показателей снизилась на 6%оо. В последующие годы они снижались не более чем на 0,2%оо в год. С 2000 по 2008 год они снизились на 6,5%оо и это снижение было самым большим в Российской Федерации. В Северо-Западном федеральном округе показатели оставались практически стабильными с 2000 по2006 год, но к 2008 году уровень их снизился до 94,4 на 10 тысяч населения. В Южном федеральном округе показатели обеспеченности стабильно снижались и в 2008 году её размеры составили 84,1 на 10 населения и были самыми низкими в стране. Аналогично протекали процессы и в Приволжском федеральном округе. В Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах с начала ХХ века показатели наоборот выросли. Особенно интенсивно этот рост проходил в Сибирском федеральном округе.

По субъектам Российской Федерации выраженная тенденция к снижению была отмечена в Калининградской области (-23,3%), Чеченской республике (-17,6%), г. Москве (-15,5%), Республике Татарстан (-13,3%), Московской области (-10,9%). Наибольший рост обеспеченности средним медицинским персоналом за тот же период отмечен в Чукотском автономном округе (+62,3%), Республике Ингушетии (+33,3%), Забайкальском крае (+26,0%), Ханты-Мансийском автономном округе (+19,8%).

Самые низкие показатели обеспеченности средним медицинским персоналом (менее 80 человек на 10 тысяч населения) были в Приморском крае (67,6), Калининградской (67,8), Ленинградской (69,4), Московской (71,2) областях и Ставропольском крае (73,3).

Самыми обеспеченными (более 130 человек среднего медицинского персонала на 10 тысяч населения) субъектами являются Республика Алтай (131,5), Республика Тыва (131,9), Ханты-мансийский автономный округ (138,0), Магаданская область (139,1) и Чукотский автономный округ (155,4).

В структуре среднего медицинского персонала в 2008г. 68,4% составили медицинские сестры, 10,7% - фельдшеры (лечебное дело), 4,8% - акушерки, 1,4% - зубные врачи, 1,3% - зубные техники, 1,1% - организаторы сестринского дела и др.

За этот период наиболее выраженная тенденция к снижению обеспеченности средним медицинским персоналом отмечалась в Калининградской области (-23,3%), Чеченской республике (-17,6%), городе Москве (-15,5%), Республике Татарстан (-13,3%), Астраханской (-11,9%), Самарской (-11,1%) и Московской (-10,9%) областях.

Увеличение численности среднего медицинского персонала за тот же период отмечено в таких субъектах, как Республика Алтай (+11,1%), Карачаево-Черкесская республика (+13,1%), Ненецкий автономный округ (+14,9%), Pecпублика Бурятия (+16,6%), Амурская область (+17,1%), Магаданская область (+18,7%), Ханты-мансийский автономный округ (+19,8%), Забайкальский край (+26,0%), Республика Ингушетия (+33,3%) и Чукотский автономный округ (+62,3%).

Самые низкие показатели обеспеченности средним медицинским персоналом (менее 80 человек на 10 тысяч населения) отмечены в Республике Ингушетии (56,16), Чеченской республике (67,0), Приморском крае (67,64), Калининградской области (67,8), Ленинградской области (69,35), Московской области (71,22), Ставропольском крае (73,3).

Самыми обеспеченными территориями (более 120 человек среднего медицинского персонала на 10 тысяч населения) являются Республика Коми-(121,36), Республика Саха (Якутия) (124,5), Республика Алтай (131,52), Республика Тыва (131,92), Ханты-мансийский автономный округ (138,02), Магаданская область (139,07) и Чукотский автономный округ (155,38).

В процессе оказания медицинской помощи населению большое значение придается соотношению врачей и сестринского персонала. В Российской Федерации за 2000-2008 гг. показатель соотношение числа среднего медицинского персонала к врачам уменьшился с 2,3 до 2,15.

В большинстве развитых зарубежных стран этот показатель значительно выше, чем в России (в Канаде - 4,7; Норвегии - 4,4; Ирландии - 4,7; Дании - 5,6 и др.).

Наибольший показатель соотношения отмечен в больницах сестринского ухода (1:7,4), далее идут участковые больницы (1:4,2), хосписы (1:3,3), туберкулезные больницы для детей (1:3,2), гериартрические больницы (1:2,9), психиатрические и психоневрологические больницы (1:2,9), центральные районные больницы (1:2,9).

Наименее низкие показатели были в наркологических клиниках (1:1,9), областных, краевых, республиканских больницах (1:1,8), клиниках ВУЗов (1:1,8).



**Рис. 1. Соотношение численности врачей и среднего медицинского персонала в субъектах Российской Федерации (по отклонению от оптимального соотношения 1:3)**

Соотношение врачей и сестринского персонала в сельской местности равно 1:3,3, в учреждениях федерального подчинения - 1:2,0, учреждениях подчинения субъекта РФ - 1:2,2, муниципального подчинения - 1:2,5.



**Рисунок 2. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала больничных учреждений разного уровня подчинения(по занятым должностям) в Российской Федерации в 2008г. (в %)**

При анализе этого показателя по типам учреждений обращают на себя внимание больницы сестринского ухода, где это соотношение равно 7,38, что связано со спецификой этого типа учреждений, где преобладают элементы сестринского ухода. Далее идут участковые больницы (4,17), хосписы (3,29), туберкулезные больницы для детей (3,15), гериартрические больницы (2,91), психиатрические и психоневрологические больницы (2,91), центральные районные больницы (2,88). Наименее низкие показатели в наркологических клиниках (1,88), областных, краевых, республиканских больницах (1,81), клиниках ВУЗов (1,80), хозрасчетных больничных учреждениях (1,61) (рисунок 6).



**Рисунок 3. Соотношение врачей и среднего медицинского персонал в областных, городских, центральных районных и участковых больницах Российской Федерации в 2008г.**

Можно высказать предположение, что в субъектах с наибольшим отклонением от оптимального соотношения оно происходит за счет относительного избытка врачей.

Все сказанное выше позволяет утверждать, что кадровые ресурсы являются одним из главных компонентов ресурсного обеспечения системы здравоохранения. В последние годы нарастают проблемы в развитии кадрового потенциала здравоохранения России, которые связаны с сокращением финансирования, отсутствием государственной системы планирования подготовки кадров с учетом потребности населения в медицинской помощи, возникновением новых видов специализированной помощи.

Разрыв вертикальных управленческих связей в российской системе здравоохранения отрицательно сказался на кадровой политике в регионах, нарушилась система государственного планирования подготовки кадров с учетом потребности населения в медицинской помощи.

Недостаточна информация о состоянии кадрового потенциала в регионах РФ, которая необходима для определения потребности в медицинских кадрах того или иного профиля, для прогнозирования развития кадрового потенциала.

Состояние здоровья населения России, неблагоприятная демографическая ситуации в регионах, недостаточная эффективность системы отечественного здравоохранения требуют ресурсных инвестиций и, в большей степени, кадровых ресурсов, а также повышения уровня профессиональной подготовки медицинских работников.

Многие кадровые проблемы вызваны несовершенством управления уровнем обеспечения здравоохранения медицинским персоналом, выраженной диспропорцией в обеспечении врачами в регионах РФ, отсутствием четкой системы планирования кадровых ресурсов в регионах. Решение кадровых проблем недостаточно подкреплено правовой поддержкой, имеет место недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения и др.

Так не были разработаны механизмы и методология оценки кадрового потенциала, расчёта потребности в тех или иных специалистах, прогнозы развития кадрового потенциала в здравоохранении. До сих пор не определена четкая стратегия управления кадровым потенциалом, кадровой политикой в здравоохранении и мониторинга медицинских кадров.

Уровень обеспеченности врачебными кадрами в целом по России за последние годы возрастал, но по субъектам Федерации отмечалась диспропорция этого роста более чем вдвое; отмечена несбалансированность подготовки кадров по специальностям. Рост численности врачей-специалистов «узкого» профиля сопровождался уменьшением числа врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи (на 8,8%) и др.

Асимметрия показателей обеспеченности кадрами в субъектах Федерации, разнонаправленность имеющихся тенденций не могут обеспечить равные доступность и качество медицинской помощи всех категорий населения.

Отмечены явные проблемы в сестринской службе: снижение обеспеченности здравоохранения средним медицинским персоналом, ухудшение соотношения числа врачей и медсестер, медсестер и младшего персонала, тенденции уменьшения сестринского персонала общей практики, отток среднего персонала из отрасли и др. Особенно остро эти проблемы проявляются в сельском здравоохранении.

Планирование и прогнозирование развития медицинских кадров различного профиля в здравоохранении требуют специальной методологии, системы мониторинга. Создание в отдельных регионах работающих многоуровневых мониторингов позволяет регулировать развитие кадров в направлениях, необходимых для полноценного функционирования отрасли.

Некоторые проблемы с медицинскими кадрами за рубежом аналогичны нашим, в частности, в развитых странах Европы существуют проблемы со средним медицинским персоналом. Так, за последние два года отмечен значительный отток медсестер из Британских государственных клиник, который объясняется относительно невысоким уровнем зарплаты, увеличением нагрузки в связи с сокращением штатов и др. Однако отмечен более высокий уровень профессиональной подготовки медсестер, чем в России.

Проблемы медицинских кадров и профессиональной подготовки медицинских работников за рубежом решаются по-разному в зависимости от особенностей социально-экономического развития страны, сложившегося опыта системы здравоохранения и т.д. В ряде стран Европы имеется опыт и положительные результаты реорганизации системы профессиональной подготовки медицинских работников и управления кадровым потенциалом.

## 1.3 Неадекватность нормативно-правовой базы потребностям здравоохранения и проблемы совершенствования законодательства

Федеральное законодательство в сфере здравоохранения в настоящее время отличают недостаточная полнота законодательного регулирования системы охраны здоровья людей и оказания медицинской помощи, несоответствие современному состоянию и потребностям развития здравоохранения, длительность принятия необходимых законодательных актов.

Вопросы охраны здоровья населения регулируются более чем 40 федеральными законами, причем основополагающие законодательные акты были приняты еще в 1991-1993 годах.

С 1991 года органы государственной власти Российской Федерации предпринимали неоднократные попытки реформирования здравоохранения. Но активное решение существующих проблем началось с 2000 года, когда появилась ясно выраженная политическая воля к преобразованиям в социальной сфере.

В соответствии с Посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию страны от 3 апреля 2001 года и 18 апреля 2002 года необходимо было осуществить завершение перехода к страховому принципу оплаты медицинской помощи, устранение пробелов в законодательном регулировании системы оказания медицинских услуг. Однако это не было реализовано.

Вопросы развития обязательного медицинского страхования были рассмотрены 2 апреля 2003 года президиумом Государственного совета Российской Федерации в г. Тамбове. Принятые решения не выполнены, так как на федеральном уровне не была утверждена необходимая нормативная база, не установлены принципы и порядок проведения реструктуризации здравоохранения, изменения системы финансирования отрасли.

Проекты необходимых федеральных законов «О здравоохранении», «Об обязательном медицинском страховании», «О государственных гарантиях медицинской помощи» до сих пор не приняты.

Отсутствие этих и ряда других законов, недостаточное финансирование здравоохранения, непоследовательность осуществляемых мер привели не только к сдерживанию назревших преобразований, но и к серьезным негативным последствиям в масштабах страны.

Без законодательного укрепления сферы здравоохранения в целом исполнение Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» в части, определяющей деятельность муниципальной системы здравоохранения, может привести к тому, что система здравоохранения потеряет внутренние взаимосвязи, утратит управляемость и свою целостность.

Развитие федерального законодательства в сфере здравоохранения может и должно дать новый толчок к крупным преобразованиям в системе здравоохранения, улучшить финансовое обеспечение отрасли, повысить качество и доступность медицинской помощи, усилить ее профилактическую направленность, повысить ответственность граждан за состояние собственного здоровья.

В отличие от федерального законодательства, отраслевые нормативные акты принимаются более оперативно («Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и План мероприятий по реализации этой Концепции, «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации», «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации», «Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации»), но остаются в большей части нереализованными. В немалой степени это связано с недостаточной разработкой федерального законодательства.

К недостаткам отраслевого нормотворчества можно отнести низкие темпы развития системы стандартизации в здравоохранении. По состоянию на сентябрь 2005 года разработано и утверждено 16 Протоколов ведения больных, разработаны и находятся в стадии согласования - 7, еще 76 - на разных стадиях разработки (при минимальной потребности в 800-1000 протоколов), утверждено 90 стандартов амбулаторной, 50 - по высокотехнологичным видам медицинской помощи, более 70 стандартов находятся на этапах согласования и рецензирования.

Несовершенство федеральной нормативно-правовой базы приводит к тому, что каждый субъект Российской Федерации самостоятельно принимает на своей территории нормативные правовые акты в сфере здравоохранения, содержание которых, в ряде случаев, противоречит федеральному законодательству. Этот процесс не имеет общей идеологии и остается разорванным.

1.4 Диспропорция кадрового обеспечения

В настоящее время в России работают более 607 тыс. врачей и около 1,4 млн. специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Обеспеченность населения (в расчете на 10 000 населения) специалистами с высшим образованием составляет 42,5 и 96,9 - средним медицинским персоналом, что сопоставимо с развитыми Европейскими странами. Однако соотношение врачей и среднего персонала составляет 1:2,5 (в развитых странах 1:4 и более).

Несмотря на оптимистические среднестатистические показатели, в России имеется неблагоприятная динамика кадрового потенциала. На протяжении многих лет она характеризуется различными диспропорциями.

Обеспеченность врачебными кадрами в городе составляет 60, а в сельской местности лишь 13,1 на 10000 населения, то есть почти в 5 раз меньше. Численность среднего медицинского персонала на селе в 2 раза меньше городского.

Имеет место несоответствие общей численности медицинских работников и структуры кадров необходимым объемам деятельности, задачам и направлениям модернизации отрасли. Наибольшая потребность имеется во врачах терапевтах, педиатрах, анестезиологах и реаниматологах, хирургах, других специалистах.

В последнее время увеличивается убыль врачебного персонала в городе - 1,4 % в год, на селе в 2 раза больше - 2,9 %. Среди среднего медперсонала убыль в городе составляет 5,8%, на селе - 5,5 %.

В результате возрастает число вакантных врачебных должностей -56610, средних медицинских работников - 47704. В 13,4 % сельских участковых больницах и сельских амбулаториях в 2009 году ни одна штатная должность не была укомплектована врачами.

Около 25 % практикующих врачей и провизоров в стране не имеют сертификата специалиста, без которого в соответствии с российским законодательством они не имеют право заниматься профессиональной деятельностью.

Из общего числа молодых специалистов менее 50 % возвращаются в территории, откуда они были направлены на учебу.

В результате сложилась парадоксальная ситуация, когда значительная часть выпускников, подготовленных за счет бюджетных средств, находит себе применение вне государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а во многих случаях и вообще вне медицины, игнорируя свободные рабочие места во врачебных амбулаториях, территориальных поликлиниках, станциях скорой помощи.

Отрицательное влияние на кадровую ситуацию в здравоохранении оказывают не только материальные и социальные факторы, но и условия труда. В медицинских учреждениях, прежде всего в сельской местности, где годами не было ремонта, имеется нехватка лекарств, необходимой медицинской аппаратуры, нередко присутствует атмосфера бесперспективности и даже безнадежности.

.5 Основные направления модернизации российского здравоохранения

.5.1 Цель модернизации российского здравоохранения

Главная цель модернизации российского здравоохранения - повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения на основе повышения эффективности использования ресурсов и возрождения профилактической направленности в здравоохранении.

Современная концепция модернизации системы здравоохранения предполагает системное направление усилий и ресурсов на финансово-экономическое и нормативно-правовое обеспечение процесса реструктуризации здравоохранения в целях повышения доступности и реализации гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью на основе приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, профилактики, укрепления службы охраны материнства, отцовства и детства, совершенствования подготовки и переподготовки специалистов в соответствии с потребностями отрасли, улучшения лекарственного обеспечения граждан, развития медицинской науки.

Все это преследует одну стратегическую цель - улучшение состояния здоровья населения страны.

.5.2 Задачи модернизации российского здравоохранения

Основными задачами модернизации здравоохранения являются:

## · изменение принципов финансирования здравоохранения на основе ежегодно утверждаемого федерального минимального подушевого норматива финансирования (с учетом территориальных коэффициентов);

## · обеспечение приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи;

## · обеспечение необходимой нормативно-правовой базы развития здравоохранения;

## · расширение хозяйственной самостоятельности организаций здравоохранения;

## · реформирование системы оплаты труда медицинских работников с учетом качества их деятельности;

## · модернизация системы обязательного медицинского страхования;

## · повышение эффективности функционирования государственной и муниципальной систем здравоохранения;

## · создание систем управления качеством медицинской помощи;

## · внедрение современных подходов к кадровому обеспечению отрасли;

## · укрепление материально-технической базы медицинских организаций;

## · удовлетворение потребностей населения в высокотехнологичной медицинской помощи;

## · усиление профилактической направленности здравоохранения, ориентация на сохранение здоровья здорового человека и укрепление института семьи как основы философии современного общества;

## · поддержка медицинской науки и ее ориентация на решение проблем доступности и качества медицинской помощи;

## · создание на базе развития фармацевтики и биотехнологий принципиально новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, лекарственных средств и диагностических препаратов нового поколения;

Реализация указанных задач возможна через федеральную целевую программу «Развитие здравоохранения Российской Федерации», одно из основных мест в которой должны занять мероприятия по укреплению первичной медико-санитарной помощи, обеспечению населения высокотехнологичными видами медицинских услуг и развитие профилактического направления в здравоохранении.

В программе целесообразно предусмотреть возможность создания национальных служб по лечению наиболее значимых заболеваний (онкологическая, сердечнососудистая, травматолого-ортопедическая, диабетологическая) с разработкой единых (общероссийских) подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

Система предусмотренных программой мер должна также включать вопросы дополнительного лекарственного обеспечения населения, организации реабилитационных больниц и восстановительного лечения в специализированных санаториях за счет средств социального страхования.

здоровье медицинский федеральный укрепление

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

По данным органов управления здравоохранением субъектов РФ, в 2010-2011 гг. будет сохраняться спрос на врачей практически всех специальностей, особенно в первичном звене здравоохранения и в медицинских учреждениях, расположенных в сельской местности. Кроме того, технологическое развитие отрасли требует участия в системе здравоохранения немедицинского персонала, его значение в оказании качественной медицинской помощи возрастает с каждым днем.

Для системы кадрового обеспечения в России в настоящее время характерен существенный кадровый дисбаланс. "Диспропорции в кадровой структуре между врачами первичного звена и врачами-специалистами, между врачами лечебного и диагностического профиля, между врачами и средним медицинским персоналом свидетельствуют о необходимости упорядочения структуры кадров здравоохранения на основе использования прогрессивной нормативной базы, отвечающей требованиям повышения эффективности использования кадровых ресурсов", - сообщила И.Л. Андреева.

Уровень обеспечения врачебными кадрами в целом по России в последние годы возрастал, но по субъектам РФ наблюдается более чем двукратная диспропорция. Отмечена несбалансированность подготовки кадров: рост численности врачей-специалистов узкого профиля и уменьшение - врачей терапевтического, педиатрического, хирургического профилей, санитарных врачей, врачей скорой медицинской помощи.

Численность специалистов со средним медицинским образованием уменьшилась как в городах, так и в сельской местности, врачей - преимущественно в сельской местности, общая тенденция к сокращению численности врачебного и среднего медицинского персонала наблюдается в более чем в половине субъектов РФ.

Проблемой остается и возраст медицинских работников. По оценке органов управления субъектов РФ, доля медицинских работников, продолжающих трудиться после назначения пенсии, составляет от 10 до 30%, до 20% специалистов - работники предпенсионного возраста.

Среди мер, предпринимаемых Минздравсоцразвития России для решения кадровых проблем, И.Л. Андреева отметила создание федерального регистра медицинских работников. В 2009 г. регистр прошел апробацию в Ивановской области, в настоящее время внедряется и в других субъектах РФ. В регистр включены не только медицинские работники учреждений государственной и частной сфер здравоохранения, но и студенты, обучающиеся в учреждениях высшего и среднего профессионального образования. Минздравсоцразвития России внесены соответствующие дополнения и изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, закрепляющие обязательность и доступность федерального регистра и обеспечивающие новому информационному ресурсу соответствие нормам Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных". Создание кадрового регистра позволит обеспечить мониторинг кадровых ресурсов в здравоохранении благодаря регулярной аналитической оценке динамики кадров, разработать методы кадровой политики, направленные на оптимизацию численности специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Следующей мерой, предпринятой Минздравсоцразвития России с целью решения проблемы кадров, стало создание образовательных стандартов в сфере здравоохранения. Разработаны государственные федеральные стандарты среднего профессионального образования - они вводятся в действие в федеральных учреждениях среднего профессионального образования в 2010 г.; в стадии разработки находятся стандарты высшего профессионального образования, их внедрение планируется в 2011 г. Особенностью этих стандартов является право выпускника на самостоятельную профессиональную деятельность в первичном звене здравоохранения на определенных должностях сразу по окончании учебного заведения. Данная мера направлена на реализацию, в первую очередь, программы целевой контрактной подготовки, изменение квалификационной структуры первичного звена здравоохранения.

Также в настоящее время Минздравсоцразвития России рассматривается необходимость изменения функций врача и среднего медработника в целях рационального перераспределения функциональных обязанностей этих специалистов.

"Важно улучшить качество подготовки преподавателей, чтобы они могли на всех этапах обеспечить подготовку специалистов с использованием современных форм и методов обучения, электронных информационных образовательных систем, в т. ч. дистанционных, для реализации на практике современных подходов в системе здравоохранения, перехода на порядки и стандарты оказания медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения", - сказала в заключение И.Л. Андреева.

Продолжили пленарное заседание заместитель руководителя Росздравнадзора И.Ф. Серегина, первый проректор Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова И.Н. Денисов, первый заместитель директора ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Ю.В. Михайлова, а также представители научно-исследовательских институтов и профильных вузов.

В настоящее время концептуальные подходы к укреплению экономики и социальной сферы ориентированы на стратегию активизации кадрового потенциала, от знаний, профессиональных навыков и мотивации которого, в конечном счете, зависят результаты деятельности, перспективы развития, а также итоги проведения реформ, целостность осуществляемых преобразований. Опыт реформирования здравоохранения в течение последних лет свидетельствует о недостаточном учете и недоиспользовании этого фактора.

Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам, требующим больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов. В отличие от большинства ресурсов, ценность которых со временем снижается, ценность кадровых ресурсов с накоплением профессионализма и опыта увеличивается. На протяжении нескольких десятилетий общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения являлось неуклонное наращивание численности медицинских кадров. В результате этой политики наша страна вышла на одно из первых мест в мире по числу врачей и обеспеченности ими населения. В то время как качественный уровень специалистов имел стойкую тенденцию к снижению.

Отмечается несовершенство управления уровнем обеспечения здравоохранения медицинским персоналом, выраженная диспропорция в обеспечении врачами в регионах РФ, отсутствие четкой системы планирования кадровых ресурсов в регионах, недостаточная эффективность мероприятий по улучшению качества подготовки медицинских кадров. Решение кадровых проблем недостаточно подкреплено правовой поддержкой, имеет место недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения и др.

Отмечены явные проблемы в сестринской службе: снижение обеспеченности здравоохранения средним медицинским персоналом, ухудшение соотношения числа врачей и медсестер, медсестер и младшего персонала, тенденции уменьшения сестринского персонала общей практики, отток среднего персонала из отрасли и др. Особенно остро эти проблемы проявляются в сельском здравоохранении.

Система последипломного образования в России является неотъемлемой частью отечественного здравоохранения, но требуется решение проблем и противоречий в подготовке и переподготовке медицинских кадров. Оценка уровня подготовки специалиста по наличию сертификата, аттестации на квалификационную категорию проводится не везде в регионах, уровень обучения не всегда соответствует современным требованиям. Особенно низкий уровень профессиональной подготовки отмечен среди руководящих кадров здравоохранения.

Решение задач системного развития здравоохранения должно быть направлено не только на оптимизацию использования имеющихся кадровых ресурсов, но и на изменение принципов работы в медицинских коллективах, формирование кадровой политики на уровне каждого учреждения, развитие систем подготовки специалистов и руководителей, создание действенного резерва руководящих кадров, продвижения работников по службе в зависимости от их профессионального и личностного потенциала. Все возрастающая роль человеческого фактора в качестве основы повышения эффективности системы здравоохранения предъявляет все большие требования к профессиональной подготовке специалистов в области экономики и менеджмента в медицине на всех этапах профессионального развития специалиста, начиная с до дипломного периода.

Таким образом, сегодня становится очевидной острая необходимость возрождения на новом научном уровне организации кадровой работы по всем основным компонентам, обеспечивающим высокую эффективность труда, получение качественных результатов, рациональное использование потенциальных возможностей работников на основе непрерывного социального и профессионального развития коллективов.

С учетом вышеназванной стратегической цели предусматривается решить следующие тактические задачи:

• повышение эффективности функционирования системы здравоохранения;

• обеспечение доступности и качества медицинской помощи;

• улучшение состояния здоровья детей и матерей;

• обеспечение доступности качественных и безопасных лекарственных средств;

• предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

Решение этих задач отразится на уровне удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Государством предпринимаются определенные шаги в решении кадрового вопроса в здравоохранении. Проводится повышение заработной платы, обновление оснащения учреждений здравоохранения, обучение работников первичного звена, разработка в рамках пилотного проекта механизмов экономического стимулирования труда, порядка финансирования учреждений, способствующего повышению их управленческой самостоятельности. Все это приводит к позитивным переменам в отрасли, однако масштаб предпринимаемых сверху действий остается несоразмерен огромным задачам, стоящим перед здравоохранением в период экономической стабилизации в стране и перехода ее на рельсы устойчивого развития экономики и социальной сферы.

Принципиальные изменения в России за последние годы происходят в системе профессиональной подготовки медицинских специалистов, внедряется принцип "обучение через всю жизнь" в отличие от старой концепции "обучение на всю жизнь". Это связано с политикой встраивания российского образования в международную систему, основанную на принципах Болонской декларации. Однако этому процессу препятствуют в России отсутствие нормативно-правовой базы, рост числа новых специальностей, необходимость адаптации международной системы к российским условиям и т. д.

**Необходимо:**

. Рекомендовать к широкому применению систему управления интеллектуальным и нравственным потенциалом персонала учреждений здравоохранения.

. Ускорить создание и внедрение федерального регистра врачебных кадров.

. Возродить систему подготовки руководящих кадров в здравоохранении через формирование кадрового резерва.

. Создать информационный ресурс, который позволит обмениваться опытом по вопросам социальной поддержки работников здравоохранения, оплаты труда и т. д.

. Разработать единые учебные программы последипломной подготовки государственных гражданских служащих с медицинским образованием, предусмотрев тематические разделы по медицинским специальностям и государственной гражданской службе.

. Подготовить предложения по обучению специалистов по учебным программам профессиональной переподготовки при смене медицинской специальности, предусмотрев такие формы обучения, как очно-заочная, стажировка, накопительная система набора учебных часов по соответствующим курсам, дистанционные формы обучения и др.

. Поддержать ходатайство Роспотребнадзора в Управление образования Минздравсоцразвития России об установлении соответствия наименования должностей государственных гражданских служащих и классных чинов номенклатуре медицинских специальностей, установленных в сфере здравоохранения.

. Проанализировать и оценить опыт применения системы оплаты труда "по конечному результату".

. Проанализировать и оценить научные кадры медицинских учреждений и систематизировать в единый регистр "Научные медицинские кадры РФ".

. Оценить масштабы межгосударственной миграции медицинских кадров.

. Развивать государственно-частное партнерство.

. Создать специализированный информационный web-сайт с использованием Интернет-технологий для обеспечения специалистов на местах актуальной и достоверной научно-медицинской информацией.

. Обеспечить выпуск и распространение сигнальной информации в виде экспресс-информации или информационного бюллетеня по тематическим направлениям или новым публикациям.

. Проводить изучение информационных потребностей специалистов в области сестринского дела с целью усовершенствования системы информационного обеспечения».

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1) 1. Вялков, А.И. Современные проблемы состояния здоровья населения Российской Федерации / А.И. Вялков // Пробл. управления здравоохранением. - 2002. - №1.

) 2. Григорьева Н. С. Что было...что есть...что будет (некоторые размышления по поводу реформы здравоохранения Российской Федерации) // Управление здравоохранением. - 2003, №1.

) 3. Организация медицинской помощи в Российской Федерации // Поликлиника. - 2001. - №3-4.

) 4. Федорченко, Б.Н. Каким будет "кит", на котором стоит ОМС?: [Беседа с исполнительным директором тульского территориального фонда ОМС Б. Федорченко] / Беседу вела О. Глебова // Мед. вестник. - 2002. - №12. - С.4-5.

) 5. Шевченко Ю. Российское здравоохранение: итоги и планы / Ю. Шевченко // Мед. вестник. - 2002. - №9

) Вялкова Г.М. Состояние обеспеченности врачебными кадрами населения Российской Федерации в период 2000-2005 годов. // Экономика здравоохранения. - 2006. - № 10. - С. 11-13

) Долженкова И.В., Греков И.Г. Анализ кадровых и медико-социальных показателей сестринской службы центральной районной больницы. //Главная медицинская сестра. - 2007- № 6. - С.40-46.

) Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О., Медик В.А.. Здоровье населения - основа развития здравоохранения. - М. : 2009. - 220 с.