

Список использованных источников:

1. Бойко А.И., Карманов М.В. Экономическая демография. М.: Московский государственный университет экономики, статистики и информатики, 2008. 64 с.
2. Волгин Н.А. Демография. М.: Изд-во РАГС, 2007. 384 с.
3. Гаврилов А.И. Региональная экономика и управление. Нижний Новгород: РАНХиГС, 2014. 571 с.

ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Г.П. Королева

Научный руководитель В.В. Лукьянова

В любой стране здравоохранение является социальной функцией общества. Охрана здоровья рассматривается как система мер политического, научного, медицинского, в том числе санитарно – эпидемиологического характера, которая осуществляется органами государственной власти России, органами самоуправления медицинских организаций и их должностными лицами, а так же гражданами, в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, и предоставление ему необходимой медицинской помощи [1]. Обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи каждому гражданину является одним из ключевых критериев для оптимального распределения трудовых ресурсов в трехуровневой системе оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

В настоящее время система здравоохранения претерпевает значительные изменения. Перед российским здравоохранением поставлена важнейшая задача – повысить доступность и качество оказания медицинской

помощи. Одним из пунктов реализации этой задачи является совершенствование системы управления кадровыми ресурсами. Обеспечение сферы здравоохранения квалифицированными кадрами лечебно – профилактических учреждений - это главная составляющая в развитии и стабилизации отрасли.

В российском здравоохранении существует значительная нехватка врачей среднего медицинского персонала. В более 50 регионах РФ наблюдается сокращение медицинских работников. Дефицит медицинских кадров вызван недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов. Именно выпускники медицинских образовательных учреждений являются одной из наиболее уязвимых категорий.[6] На данный момент престиж медицинской профессии – врача, медицинской сестры, фельдшера, научного работника является одним из самых низких. Низкий престиж и слабая мотивация к качественному труду медицинских работников обусловлены, в первую очередь, крайней низкой заработной платой, по сравнению с рядом других отраслей экономики, которая не компенсирует им высокую ответственность, тяжелый и небезопасный труд [7]. К тому же, негативное влияние оказала реализация Федерального закона «О специальной оценке условий труда» [2], согласно которому произошло сокращение срока отпусков; увеличение продолжительности рабочего времени; уменьшения разных доплат за вредные условия работы специалистов здравоохранения. Это одна из проблем как для городских, так и для сельских медицинских учреждений, поскольку именно в сельской местности укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в целом по стране. Так же существует ряд причин сокращения количества медицинских работников в сельских населенных пунктах и малых городах: отсутствие жилья, достойной работы для супруга (и), условий для развития ребенка, слабое развитие инфраструктуры.

Наблюдается существенная диспропорция в распределении медицинского персонала по городам и сельским районам, по учреждениям

различных типов и в соотношении медперсонала в различных врачебных специальностях. Как правило, большинство медицинских кадров сосредоточено в стационарных учреждениях, что приводит к существенной нехватке медицинских специалистов в первичном звене оказания медицинской помощи. Так же ухудшает ситуацию профицит обучения представителей одних врачебных специальностей (стоматологи, гинекологи, урологи) при существенном дефиците других (педиатры, окулисты, кардиологи, врачи общей практики, врачей скорой помощи).

Немало важным является тот факт, что среди медперсонала, работающего в поликлиниках и стационарах, высокий процент женщин, которые уходят в декретные отпуска.

Развитие частной системы здравоохранения негативно отразилось на уровне кадрового обеспечения в бюджетных организациях здравоохранения, поскольку государственное здравоохранение оказалось неконкурентоспособным перед частным. Система частного здравоохранения обладает лучшими условиями труда, в ней более высокие зарплаты и меньшая ответственность, включая отсутствие конкретной территории с прикрепленным населением, за которое нужно отвечать по всей строгости закона[5].

Различный уровень оценки и оплаты труда медицинских работников в разных субъектах страны спровоцировал миграцию кадров[8].

Совершенствование кадрового обеспечения государственных учреждений здравоохранения в связи с дефицитом и диспропорциями трудовых ресурсов (территориальной и профессионально-квалификационной) является актуальным и для Самарской области. В условиях «старения кадров» особое внимание обращает на себя уровень обеспеченности врачами населения сельских территорий [3].

Министерством здравоохранения Самарской области, в рамках реализации стратегии развития регионального здравоохранения, кадровой политики по обеспечению отрасли высококвалифицированными и

мотивированными специалистами, постоянно проводится работа по привлечению и закреплению квалифицированных кадров в сельской медицине.

Решение проблемы кадрового обеспечения учреждений здравоохранения сельских территорий осуществляется в рамках реализации государственной программы Самарской области - «Развитие здравоохранения в Самарской области» путем предоставления меры социальной поддержки в виде единовременной компенсационной выплаты в размере 1 миллиона рублей медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим на работу в сельский населенный пункт Самарской области после окончания вуза или из другого населенного пункта (город, иной регион или округ с населением менее 50 тыс. жителей), фельдшерам, в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в фельдшерско-акушерские пункты и отделения скорой медицинской помощи сельских больниц - в размере 500 тысяч рублей (программа «Земский доктор», «Земский фельдшер»). По условиям заключенного договора медицинские работники, получившие выплату, обязаны отработать в сельском учреждении в течение 5 лет.[3]

Немаловажным приоритетом является формирование эффективной системы мотивации труда работников здравоохранения, как моральной (награды и поощрения), так и материальной (денежные вознаграждения).

В рамках проводимых в Самарской области торжественных мероприятий, в том числе посвящённым Дню медицинского работника и Международному дню медицинской сестры, специалистам здравоохранения за их профессиональные заслуги вручаются награды Правительства Российской Федерации, Минздрава России, Губернатора Самарской области, Правительства Самарской области, Самарской Губернской Думы, министерства, министра здравоохранения Самарской области.

Также высокоэффективно признание заслуг медицинских сестер в конкурсах профессионального мастерства. Ежегодно профессионализм

средних медицинских работников учреждений здравоохранения отмечается призовыми местами на Всероссийском конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».[4]

На сегодняшний день в Самарской области реализуется Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в рамках Национального проекта «Здравоохранение», целью которого является обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, увеличение численности врачей и средних медицинских работников в медицинских организациях.

Таким образом, в целях реализации национального проекта по улучшению кадрового обеспечения бюджетных организаций здравоохранения необходимо соблюдение и выполнение ряда мер:

- повышение уровня оплаты труда, которое позволит повысить престиж профессии медицинского работника и уменьшить миграцию кадров среди регионов РФ;

- поддержание процедуры первичной аккредитации и целевого обучения специалистов с целью устранения дисбаланса и дефицита обеспеченности врачами и персоналом со средним медицинским образованием;

- обеспечение служебным жильем или возможностью полной или частичной компенсации оплаты съемного жилья для иногородних сотрудников.

Список использованных источников:

1. Федеральный закон от 21.11.2011г № 323-ФЗ (последняя редакция) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

2. Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» (последняя редакция) // СПС «КонсультантПлюс».

3. Постановление Правительства Самарской области от 27.11.2013 № 674 «Об утверждении государственной программы Самарской области «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014–2019 годы» // СПС «КонсультантПлюс».

4. «Реализация региональной политики по обеспечению учреждений здравоохранения квалифицированными кадрами со средним медицинским образованием» [Электронный ресурс] URL: <http://minzdrav.samregion.ru/>

5. Рошаль Л.М. Дефицит медицинских кадров – это общегосударственная проблема. [Электронный ресурс] - URL: <https://medrussia.org/>

6. Титова Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения //Анализ риска здоровья. 2017. № 1. С 125-131

7. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение в России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». краткая версия , 2010 С 41-51

8. Министерство здравоохранения РФ - <https://www.rosminzdrav.ru/>

ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

П.А. Ларцев

Научный руководитель Лаптева Н.В.

После трансформационных процессов 1990-х в РФ, государство и Российское общество в целом стало по-иному относиться к значимости развития человеческого капитала и его роль в повседневной жизни каждого гражданина РФ. Именно это подтолкнуло РФ проводить реформу образования и переход на Болонскую систему, начиная с сентября 2003 года[1].