

ПРОЕКТ 5.**«ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННЫМИ КАДРАМИ»**

Т.В. СЕМЁНОВА¹, к.м.н.,
заместитель министра здравоохранения РФ

Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении



СЕМЁНОВА Т.В.

Ключевые слова: федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»; методика расчета потребности в специалистах; устранение кадровых дисбалансов и дефицитов

Semenova T. V.

Health care staff of Russia. Staff imbalance and its elimination in health care

The article dedicated to the realization of the federal project «Provision of medical organizations of the health care system with qualified staff» that aimed at increase of staffing levels in health care system. The article presents the schemes of staff provision for regional health care systems and recommended methods of requirement estimation of professional staff, as well as the ways of elimination of staff imbalances and deficits in the regions of the Russian Federation.

Keywords: federal project «Provision of medical organizations of the health care system with qualified staff»; method of requirement estimation of professional staff; elimination of staff imbalances and deficits

Введение

Национальный проект «Здравоохранение», реализуемый в Российской Федерации с 2019 г., предусматривает развитие всей отрасли и ее качественное преобразование до 2024 г. Восемь федеральных проектов, из которых он состоит, направлены на развитие отдельных системных сегментов в отрасли, однако достижение целей, определенных Указом Президента Российской Федерации № 204 [1], возможно только при эффективной реализации всех проектов. «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» – один из восьми федеральных проектов. Он – базис для реализации остальных проектов. В него входит работа со школьниками, абитуриентами, студентами, ординаторами, аккредитация, повышение эффективности трудоустройства специалистов, закрепление их в отрасли, меры социальной поддержки и другие ключевые мероприятия и механизмы кадровой политики в отрасли.

На уровне Национального проекта «Здравоохранение» для оценки кадрового обеспечения разработан ряд показателей. Контроль за их исполнением и достигнутыми результатами происходит на всех уровнях системы здравоохранения. Они очень важны

Статья посвящена реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», направленного на увеличение укомплектованности врачебных должностей и должностей среднего медперсонала в системе здравоохранения. Представлены механизмы кадрового обеспечения региональных систем здравоохранения и рекомендованные методики расчета потребности в специалистах, а также пути устранения кадровых дисбалансов и дефицитов в субъектах РФ.

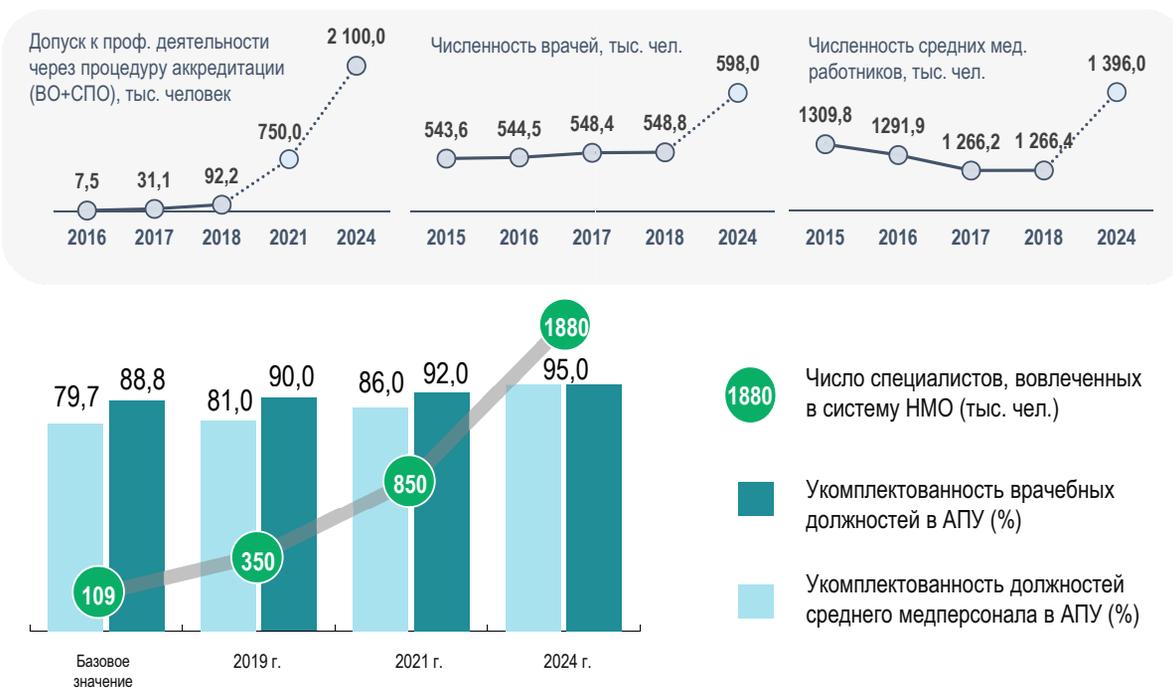
для достижения поставленных целей и предполагают увеличение укомплектованности врачебных должностей и должностей среднего медперсонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также рост числа специалистов, вовлеченных в современную систему повышения квалификации – непрерывное медицинское образование (рис. 1).

Чтобы понять, насколько эффективно реализуются мероприятия по устранению кадрового дефицита на региональном уровне, прежде всего, в первичном звене здравоохранения, как работает система повышения квалификации врачей и среднего медперсонала, необходимо провести анализ механизмов кадрового обеспечения системы здравоохранения.

Конечно, достижение положительного эффекта является первостепенным. Однако,

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации

Рисунок 1. Основные результаты и целевые показатели Национального проекта «Здравоохранение» в части кадрового обеспечения отрасли



когда в конце 2018 г. планировали и федеральный проект, и его региональные сегменты, мы исходили из показателей системы 2017 г. По результатам 2018 г. по ряду ключевых показателей отмечен прирост в абсолютном росте численности врачей, который отражен в достижениях федерального проекта. Но наряду с этим проявились и некоторые негативные тенденции в обеспеченности средним медицинским персоналом, в частности, в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) (рис. 2).

«Три кита» здравоохранения

Остановимся на трех ключевых сегментах обеспечения медицинских организаций кадрами:

- определение реальной потребности в кадрах;
- устранение дисбаланса и дефицита кадров;
- повышение качества подготовки специалистов.

Важно правильно определить потребность в медицинских кадрах, как в настоящий момент, так и на перспективу, как среднесрочную, так и долгосрочную. Не зная где, сколько и каких специалистов необходимо, устранить кадровый дефицит или дисбаланс невозможно.

Минздравом РФ были утверждены рекомендованные методики расчета потребности в специалистах, и мы уже несколько лет работаем по этой системе. Расчет кадровой потребности системы здравоохранения регионов ведется в соответствии с установленными территориальными программами государственных гарантий объемами медицинской помощи. Реальный дефицит специалистов в субъекте Российской Федерации рассчитывается как разница между необходимым числом специалистов для выполнения территориальной программы государственных гарантий и работающими в медицинских организациях субъекта специалистами.

В этом году рассчитывается кадровая потребность не только по каждой должности, каждой специальности, но и в разрезе каждой медицинской организации. Что это даёт? Проанализировав сведения по регионам, мы можем увидеть сложившуюся ситуацию с обеспечением кадрами и на макроуровне – в федеральном масштабе.

Вместе с тем оценку потребности в кадрах необходимо проводить в том числе с учетом утвержденной в регионе маршрутизации пациентов, видов оказываемой медицинской помощи в медицинской организации и ее доступности по каждому профилю. Руководитель органа исполнительной власти субъекта

Рисунок 2. Результаты и показатели федерального проекта, реализуемые субъектами Российской Федерации



РФ и курирующий эту деятельность его заместитель должны видеть ситуацию в целом. Причем анализ кадрового дефицита и дисбаланса следует проводить для каждой медицинской организации региона с учетом ее местонахождения. Трактовать общую ситуацию и оценивать ее необходимо системно.

Профицит и дефицит кадров

Рассмотрим примерный регион – *субъект N*, в котором суммарный дефицит врачей составляет 466 специалистов (рис. 3).

Мы видим, что в субъекте сложился профицит кадров в стационарах города, но есть и определенный дефицит.

Офтальмологи. Абсолютный дефицит (специалистов не хватает и в стационаре, и в поликлинике, и в сельских территориях, и в городских).

Терапевты. Есть профицит в стационаре, но не хватает специалистов в поликлинике. Поэтому в данном случае в отношении терапевтов существует дисбаланс между поликлиникой и стационаром, городом и селом.

Рентгенологи. Дефицит – в поликлиниках и в городе, и на селе, в стационарах в сельских территориях. То есть, наблюдается дисбаланс между стационарами города и села.

Акушеры-гинекологи – общий профицит этих специалистов и в стационарах,

и в поликлиниках. Имеется дисбаланс на селе. Но истинного дефицита этих специалистов в рассматриваемом субъекте нет.

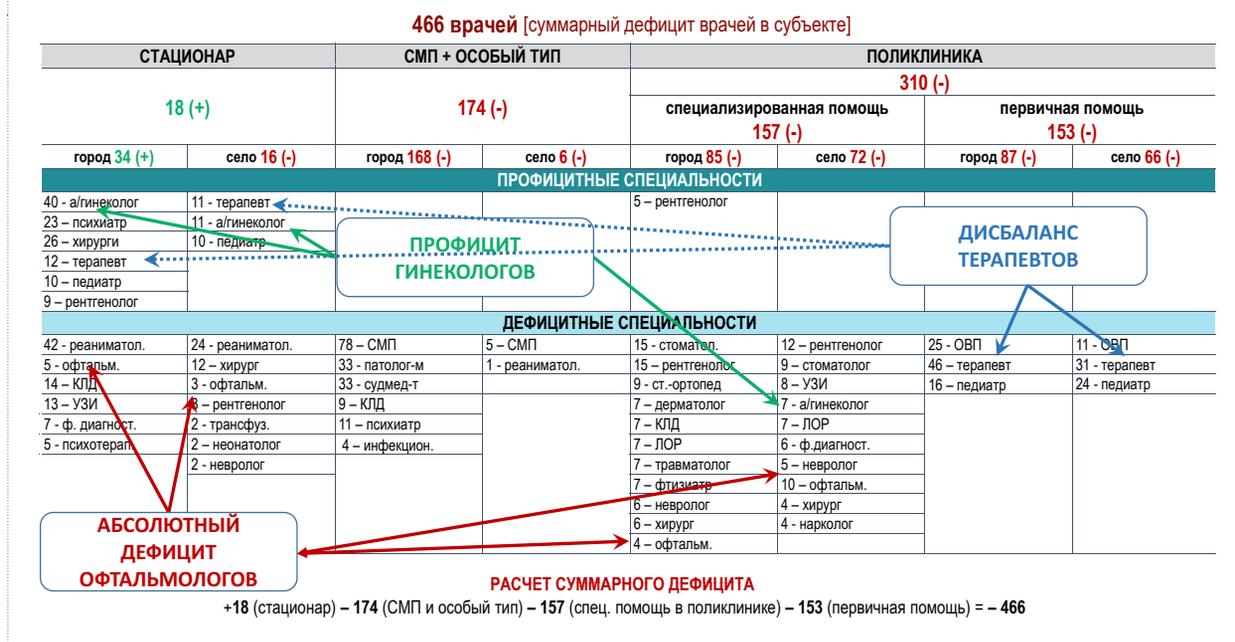
Специалисты хирургической службы.

Есть общий профицит специалистов в регионе. Но дефицит в учреждениях специализированной помощи в поликлинике – как в городе, так и на селе. При этом отмечается дисбаланс по разным типам организаций.

Такой детальный разбор нужен для того, чтобы понимать, какова истинная кадровая ситуация в регионе. Итоговые результаты необходимо анализировать и рассматривать регулярно в зависимости от изменяющейся ситуации на уровне органа исполнительной власти и, соответственно, руководителей регионов. Нужно использовать все механизмы для исправления ситуаций, связанных как с дисбалансом кадров, так и дефицитом специалистов.

Итак, в рамках федерального проекта и его региональных сегментов была определена кадровая потребность регионов, которую необходимо устранять в процессе его реализации. Эти расчеты с перечнем вакантных должностей для каждой организации на 2019 г. утверждены нормативными правовыми актами. Они представлены не только в Минздрав России, но и в соответствии с проектным

Рисунок 3. Анализ потребности в медицинских кадрах на примере субъекта N



управлением – в федеральный офис Правительства РФ. Документы фиксируют планы на 2019 г. Далее ежегодно с корректировкой на результаты, достигнутые в предыдущем году, рассчитываются и утверждаются региональные планы преодоления кадрового дисбаланса.

Таким образом, нам известно, какие имеются дефициты и дисбалансы в регионах, и нашей ключевой задачей является устранение дисбалансов и абсолютных дефицитов, если они наблюдаются в субъектах Российской Федерации. Есть различные механизмы, которые помогут их устранить.

Рекрутинг и вахтовый метод

К сожалению, на сайтах медицинских организаций не всегда полно отражена информация о вакансиях; некоторые медорганизации такую информацию вообще не публикуют! Всего количество заявленных вакансий региона, которые размещены в открытых источниках «Труд всем», «Работа в России» и HeadHunter, значительно ниже данных, которые определяются расчетным дефицитом медицинских работников.

Поэтому один из ключевых элементов кадровой политики – определение потребностей – необходимо привести в соответствие с реальностью и расширять варианты поиска свободных специалистов, находящихся на рынке труда.

В паспорте федерального проекта прописаны меры по созданию центров трудоустройства на базе вузов и колледжей как для врачей, так и для среднего медицинского персонала. К 1 июня 2019 г., – ключевой точке, обозначенной в проекте – регионы создали такие центры трудоустройства, и эта работа продолжается.

Некоторые субъекты Российской Федерации используют для рекрутинга специалистов дополнительные HR-мероприятия. Например, Владимирская область проводит форумы с выпускниками медвузов, на которых активно привлекает в свой район новых сотрудников, а Сахалин использует для поиска специалистов стороннюю организацию, работающую в сфере подбора персонала.

Однако, если проанализировать имеющиеся в регионе кадровые дисбалансы в части профицита специалистов отдельных специальностей, то можно эффективно использовать имеющиеся сегодня в арсенале здравоохранения современные технологии и новые организационные модели. При этом зачастую можно обойтись без поиска и найма нового специалиста, сохраняя при этом доступную и качественную медицинскую помощь.

В соответствии со сложившимися «перекосами», имеющимися в модельном субъекте N, можно эффективно использовать вахтовый метод, формируя бригады,

которые будут приезжать в стационары на селе и оказывать качественную медицинскую помощь в плановом режиме. В первую очередь, возможно создание передвижных мобильных комплексов исходя из того, каких объемов помощи и каких специалистов не хватает (например, передвижные мобильные комплексы с рентгеновскими установками для региона).

Не стоит забывать и про использование лучших практик расширения функций персонала, в том числе среднего; внедрение информационных технологий, таких как телемедицинское консультирование по принципу «врач – врач»; автоматизацию процессов; референсные центры; внедрение бережливых технологий и др.

Благоприятная среда и кадровый рост

Помимо существующей нехватки и дисбаланса кадров, вызывает озабоченность проблема так называемого искусственного дефицита. Медицинские работники жалуются на то, что они не могут уйти в отпуск, их не отпускают на обучение, им практически невозможно уйти на больничный, потому что в организациях их нечем заменить.

Дело в том, что руководители медицинских организаций, стремясь сохранить средства подушевого норматива в своем бюджете, не показывают дефицит специалистов, временно нетрудоспособных или находящихся в отпуске, иногда ограничивая доступность пациента к определенным видам медицинской помощи. Но ведь этот риск можно планомерно предусмотреть и решить на местах в рамках деятельности учреждения.

Основным элементом кадровой политики, помимо вахтового способа, мобильных передвижных комплексов, борьбы с искусственным дефицитом, является приток в систему здравоохранения новых кадров. Но для того, чтобы эта политика была эффективной, имеется множество способов воздействия на разные фокус-группы и их стимулирования. Работа по привлечению в регион специалистов со стажем отличается от методов влияния на молодых специалистов, для которых важно создание благоприятной среды, возможность кадрового роста (карьерные и социальные лифты),

меры социальной поддержки. Разработаны и могут быть успешно применены методы влияния на студентов вузов, абитуриентов или школьников, направленные на вовлечение в профессию и профессиональную ориентацию.

Аккредитация специалистов

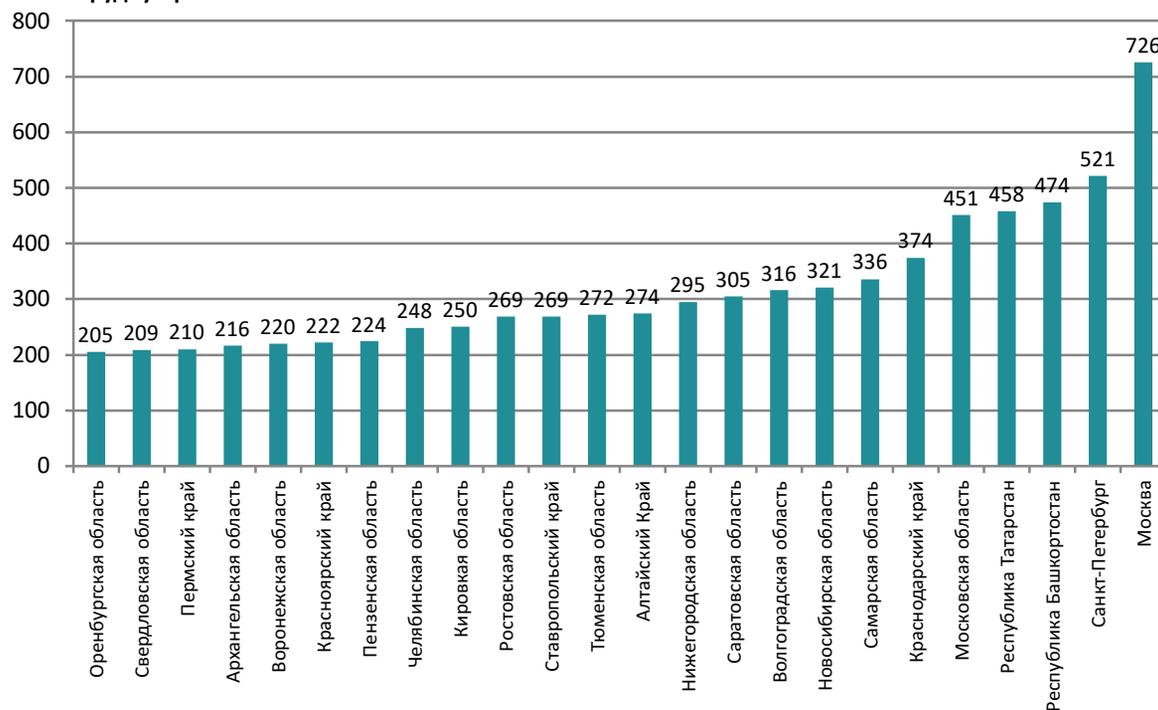
На федеральном уровне мы попытались не только предусмотреть все возможные механизмы реализации устранения кадрового дефицита, но и учесть способы его устранения. Поэтапное внедрение с 2016 г. первичной аккредитации специалистов априори должно позволить ликвидировать дефицит врачей – участковых педиатров и участковых терапевтов, стоматологов общей практики – т. е. медиков, работающих непосредственно с пациентами в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

Отрадно отметить, что в таких субъектах РФ как Астраханская область, республики Северная Осетия–Алания и Мордовия дефицита участковых терапевтов не существует. В этих регионах, а также в Ярославской и Рязанской областях, отсутствует и нехватка участковых педиатров. Знаменательно, что в расчетных показателях Москвы как субъекта РФ абсолютного дефицита участковых терапевтов и участковых педиатров также нет. Сегодня Москва – лидер по количеству привлеченных специалистов, прошедших процедуру первичной аккредитации – 726 человек (рис. 4). Почему так, если в столице нет абсолютного дефицита? Потому что здесь постоянно происходит движение кадров – одни уходят на пенсию, другие уезжают (внутрирегиональная и межрегиональная миграция). И всех нужно замещать. Это естественное «движение кадров», которое организаторам здравоохранения и руководителям медицинских организаций необходимо учитывать в своей деятельности, поскольку устранение дефицита возможно только при положительном балансе, когда ежегодный приток кадров превышает его отток.

Таким образом, первичная аккредитация и возможность выхода на рынок труда специалистов сразу после окончания вуза – это механизм, позволяющий быстро

Рисунок 4. Эффективность трудоустройства выпускников специалитета в 2017–2018 гг.

Число трудоустроенных



и эффективно ликвидировать абсолютные дефициты, имеющиеся на участковых должностях.

Целевое обучение

Кроме аккредитации следует отметить эффективность системного механизма целевого обучения. В этом направлении здравоохранение всегда находилось на передовых позициях.

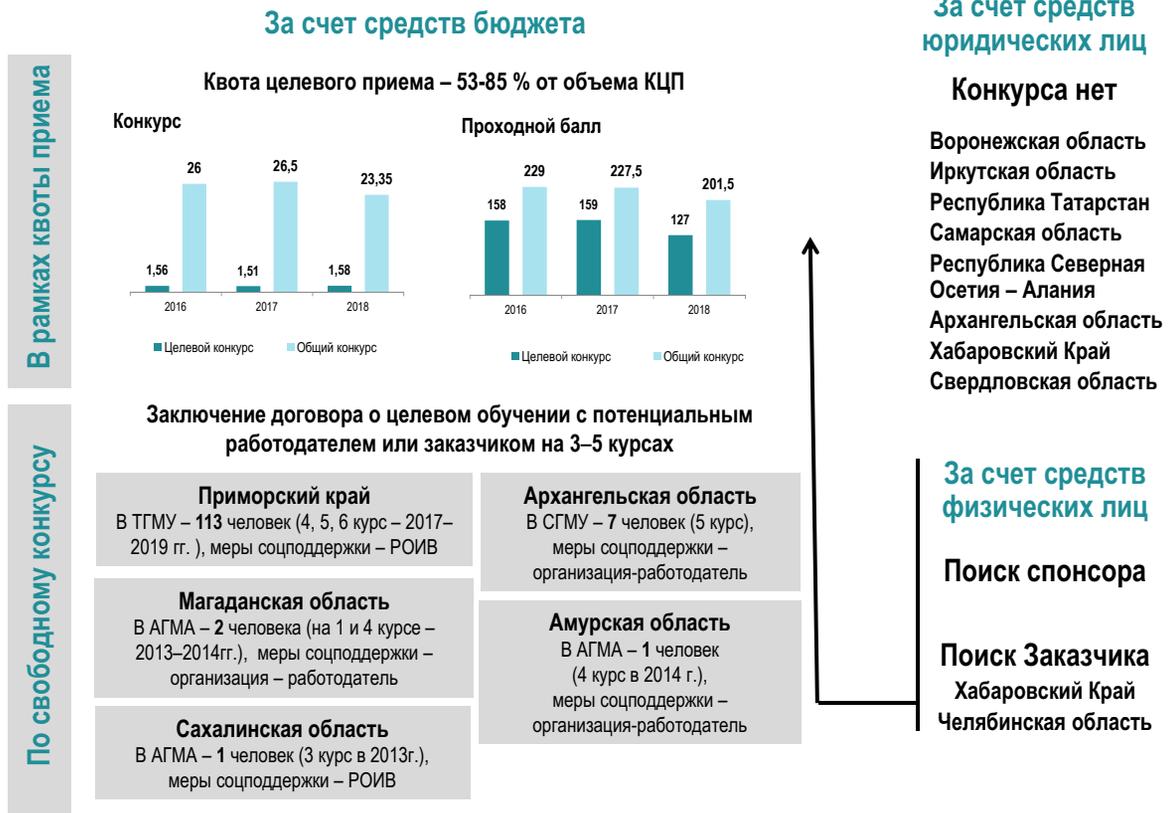
В 2012 г. в обновленном ФЗ № 273 «Об образовании в Российской Федерации» был установлен приоритет целевого обучения. Его суть заключается в том, что когда абитуриенты поступают в образовательные учреждения по свободному конкурсу, приходит «заказчик» (субъект РФ, организация-работодатель) и заключает с ними договор о целевом обучении, с последующим привлечением к работе в конкретной медицинской организации после получения диплома об образовании. В 2013–2014 гг. такой опыт привлечения специалистов применяли Магаданская, Сахалинская и Амурская области.

К сожалению, не все еще осознали значимость этого сегмента. Только два субъекта РФ – Архангельская область и Приморский край – используют эту практику

сегодня. В перспективе это может отразиться на кадровом обеспечении отрасли. Поэтому нам следует расширять масштабы взаимодействия между образовательными организациями и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (рис. 5).

Есть так называемый «губернский прием», когда регионы осуществляют прием в образовательные заведения, оплачивая обучение за счет собственных средств (юридических лиц). Эта практика применяется в Воронежской, Иркутской, Самарской, Архангельской и Свердловской областях, республиках Татарстан и Северная Осетия – Алания, Хабаровском крае. Однако затраты государства на образование с каждым годом увеличиваются, и мы наращиваем объемы обучения за счет средств федерального бюджета. Механизмы «целевого заказа» через планирование потребности позволяют корректировать (увеличивать) объемы подготовки специалистов в любом региональном вузе. Есть все возможности осуществлять подготовку достаточного количества специалистов для региона в рамках бюджетных мест, отказываясь от «губернского приема», и расширять квоты целевого приема, направив высвободившиеся финансовые

Рисунок 5. Целевое обучение



средства на меры социальной поддержки обучающихся.

Сегодня часть студентов обучается за свои средства на коммерческой основе. В процессе обучения они могут найти заказчика своей подготовки в лице органов исполнительной власти. Есть хорошие примеры в Хабаровском крае и Челябинской области, когда заключается «целевой» договор со студентом, который обучается на коммерческой основе, после чего его переводят на бюджет (в пределах имеющихся квот в приоритетном порядке, в соответствии с локальным актом организации), при этом у будущего специалиста возникают обязательства отработки в государственной медицинской организации после получения соответствующей квалификации. Не будем останавливаться на действующей норме закона и ответственности, которую этот договор налагает на студента. Напомним только, что в случае невыхода на работу после окончания вуза студенту, поступившему на целевое обучение в рамках квоты целевого приема (по отдельному конкурсу в вуз), необходимо будет полностью компенсировать затраты государства на его образование.

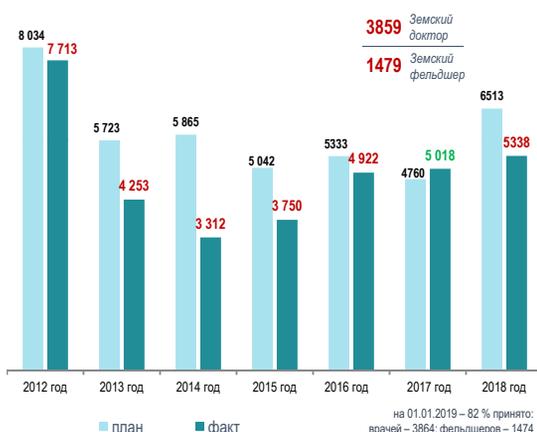
Планирование целевой подготовки

Лечебное дело и педиатрия – основные, базовые специальности в медицине для подготовки врачей. Выпускники, обучающиеся по этим специальностям, пройдя первичную аккредитацию, могут работать в первичном звене здравоохранения. Однако при планировании объемов подготовки по программам специалитета при наборе студентов на первый курс вуза в рамках квоты целевого приема необходимо в перспективе рассчитывать не только на устранение дефицита в первичном звене, но, и учитывать подготовку узких специалистов по программам ординатуры с долгосрочным горизонтом планирования и учетом прогноза потребностей на 6–8 лет.

Безусловно, сложно планировать обеспеченность кадрами на среднесрочный и долгосрочный периоды. Например, в Псковской области расчетный дефицит онкологов составляет 20 человек. В плане устранения дефицита на этот год указано 4 ординатора-целевика (прием 2017 г., выпуск в 2019 г.). И хотя эти выпускники ординатуры будут сейчас трудоустроены на местах, нехватка врачей-онкологов не ликвидирована. И, значит, для устранения дефицита

Рисунок 6. «Земский доктор» и «Земский фельдшер»

В 2018 году 28 субъектов выполнили программу «Земский доктор»/ «Земский фельдшер» на 100%



К снижению численности врачей в селе привело:

- Появление программы «Земский фельдшер»
- Включение малых городов до 50 тыс. жителей

придется использовать другие имеющиеся механизмы, в т. ч. краткосрочную профессиональную переподготовку.

Следует отметить и недостатки в планировании профессиональной переподготовки, которая позволяет достаточно быстро ликвидировать дефицит узких специалистов. Понятно, что необходимо выполнять требования нормативно-правовых документов, согласовывать заявки с образовательными организациями, которые в проекте «вуз – регион» оказывают организационно-методическую и практическую поддержку органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ. Однако вызывает недоумение, что в запросах на профессиональную переподготовку некоторых субъектов РФ присутствуют неврологи, нейрохирурги, хирурги, в т. ч. детские хирурги, травматологи, лор-врачи, эндокринологи, – т. е. специалисты, подготовка которых осуществляется исключительно в ординатуре, и квалификационные требования (приказы Минздрава России от 08.10.2015 № 707н и от 10.02.2016 № 83н) не позволяют обучать их по программам профессиональной переподготовки [2, 3]. Подготовка по этим специальностям следует заранее планировать в среднесрочных и долгосрочных дорожных картах развития системы здравоохранения.

Программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер»

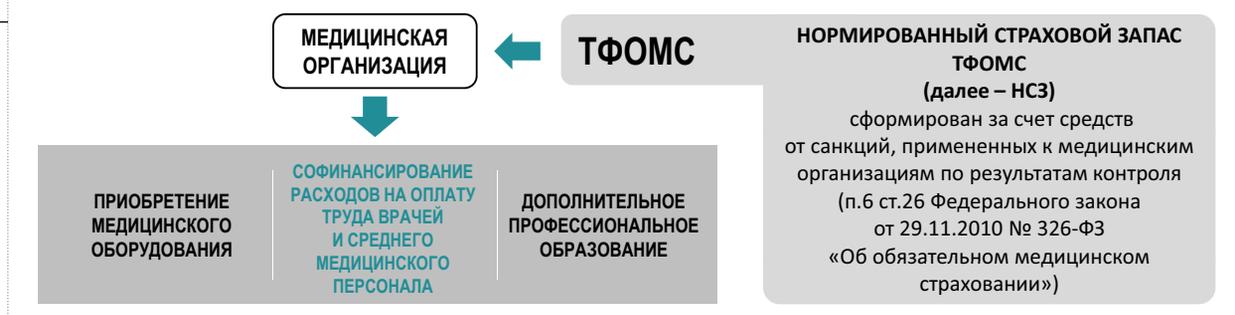
Отдельным механизмом привлечения специалистов в отрасль является программа «Земский доктор» / «Земский фельдшер».

В 2018 г. софинансирование этой программы перешло из средств обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет. Были запланированы примерно те же средства, что и в 2017 г. – 3,1 млрд руб., но фактический показатель результативности использования субсидии составил в стране 82,6%. Есть субъекты РФ, которые по разным причинам не смогли израсходовать все запланированные средства.

В 2018 г. произошло небольшое снижение численности врачей в сельских территориях. Это связано с тем, что по предложениям регионов эта программа была модернизирована: на федеральном уровне к программе «Земский доктор» добавлен проект «Земский фельдшер» и включена возможность выплаты специалисту единовременных компенсаций в медицинских организациях малых городов численностью до 50 тысяч населения. Как результат, медработники захотели прийти работать туда, где условия лучше и где они чувствуют себя более комфортно. В результате возникла проблема с привлечением их в сельские медицинские организации (рис. 6).

К примеру, в 2017 г. во Владимирской области поступили на работу 15 врачей, и все они трудятся в сельской местности. В 2018 г. вроде бы и специалистов стало больше – 24 врача и 12 фельдшеров, но 22 врача и 8 фельдшеров пришли в малые населенные пункты, а село в итоге получило меньший приток специалистов, чем даже в 2017 г. Похожая динамика наблюдается в ряде регионов.

Рисунок 7. Привлечение новых специалистов с использованием средств НСЗ для оплаты труда



Социальная поддержка и финансирование

Меры социальной поддержки также являются одним из ключевых механизмов удержания специалистов в отрасли. В 2018 г. по этой статье суммарно было потрачено более 23 млрд руб. В итоге 2056 врачей и 1389 средних медработников получили жилую площадь, но в масштабах страны – это всего 0,4% врачей и 0,1% средних медицинских работников. Выше таких показателей только действия по частичной оплате аренды жилья и компенсация услуг ЖКХ – 5,8% и 8,8% соответственно. Кроме того, не сбрасываем со счетов и возмещение процентной ставки по линии «кредит – льготное кредитование», но этим пользуются тоже только 0,1% и 0,2% медиков соответственно. В итоге, то, что на уровне регионов декларируется как передовой опыт, на федеральном уровне выглядит грустно.

Естественно, каждый из наших специалистов надеется на то, что ежемесячная оплата его труда будет соответствовать ожиданиям и потребностям исходя из норм, которые были закреплены в Указе Президента России № 597 в 2012 г.

Это очень чувствительный пункт договора для наших молодых специалистов, у которых нет ни стимулирующих выплат, ни выплат за стаж. Выпускники вузов приходят фактически на базовый оклад. И если он составляет 18% от суммы, что в среднем получает специалист отрасли, то, конечно, молодых специалистов никакими другими стимулирующими выплатами удержать невозможно. Потому что уверенность в завтрашнем дне, эквивалент которой – ежемесячная заработная плата, очень важное условие для каждого работающего человека. И базовый оклад должен быть по отрасли не менее 55%,

а остальное – стимулирующие и компенсаторные выплаты.

Для софинансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, пришедшим в отрасль в 2019 г., была сформирована сумма в 5,6 млрд руб. в рамках нормированного страхового запаса (НСЗ) в территориальных фондах ОМС субъектов РФ (рис. 7). За полгода лишь 17 субъектов Российской Федерации добились положительной динамики прироста численности сотрудников в своих медицинских организациях и использовали 283,6 млн руб. на выплату зарплат своим новым работникам. Считаем, что это еще один эффективный инструмент для осуществления кадровой политики в здравоохранении.

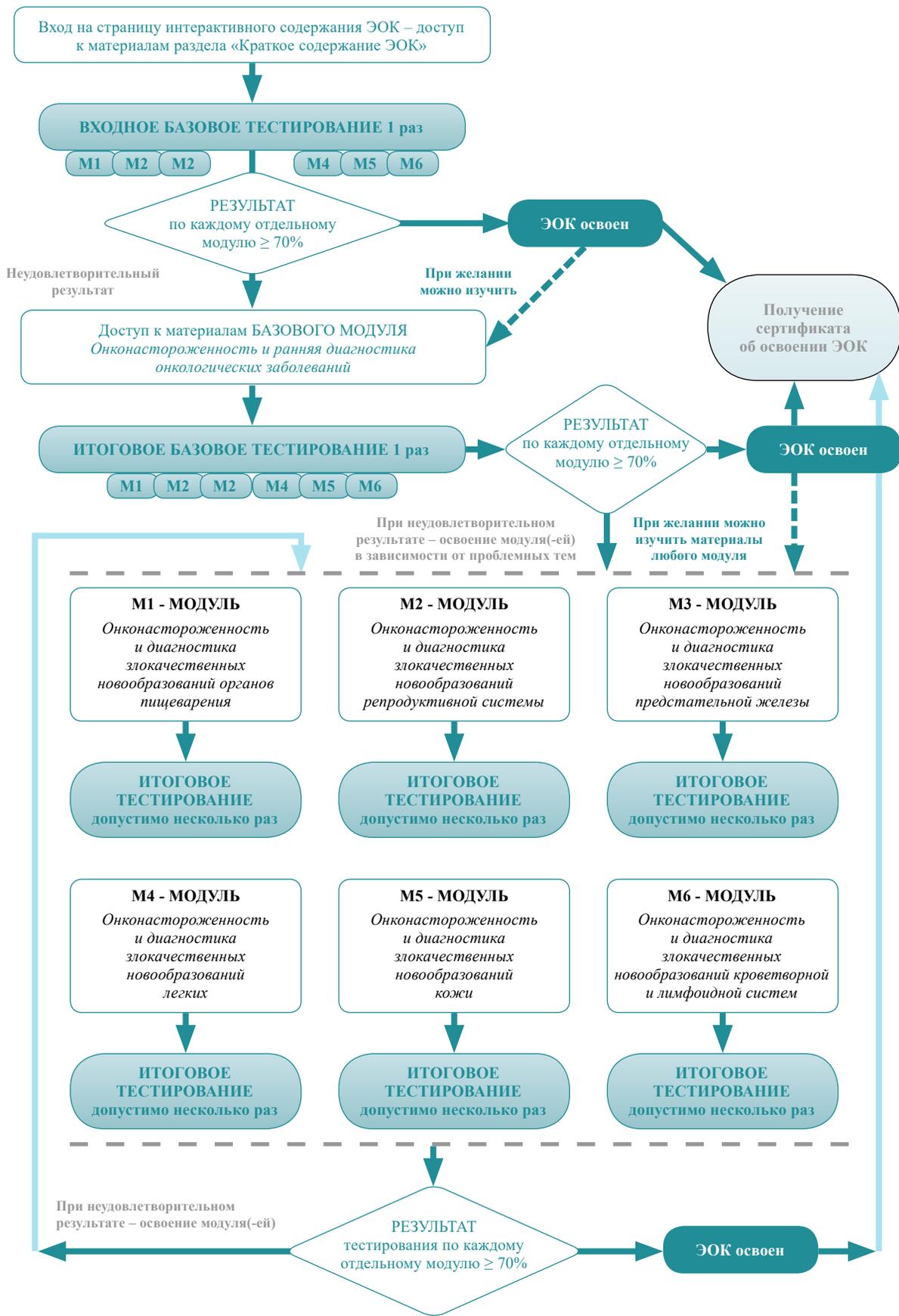
Контроль НМО

Сегодня вузы предоставляют все возможности для повышения уровня компетентности будущих и действующих специалистов – базовый, профессиональный, общепрофессиональный универсальный, а также используют технологии мгновенного распространения новых знаний через портал непрерывного медицинского образования (НМО). Возможности повышения профессиональных знаний через систему НМО практически безграничны и имеются способы повысить уровень профессионализма, компетенций и навыков каждого специалиста.

В федеральном проекте имеются два контрольных показателя: число специалистов, вовлеченных в систему НМО, и количество интерактивных образовательных модулей, созданных с учетом принимаемых в РФ клинических рекомендаций.

На портале НМО сразу видна разница между пользователями, которые вошли и просто зарегистрировались, и людьми, активно работающими с контентом. В некоторых регионах

Рисунок 8. Информационный образовательный модуль «Онконастороженность»



наблюдается максимальное расхождение этих показателей: от 19 до 22% пользователей энергично работают в нем, остальные зарегистрировались и пассивно присутствуют на сайте. Эти цифры наводят на размышления: как заинтересовать в получении новых знаний всех медицинских работников, чтобы нареканий со стороны населения к системе здравоохранения по качеству их подготовки стало меньше?

В 2017 г. мы уже рассматривали эти проблемы и разясняли, как современные знания, полученные на сетевом ресурсе, могут помочь расширить компетенции специалистов отрасли. Тогда был озвучен сегмент деятельности врачей первичного звена – онконастороженность, и был разработан специальный интерактивный образовательный модуль (рис. 8).

К сожалению, в некоторых регионах системное освоение этого модуля не ведется. То есть, принимаются на работу новые люди, идет постоянное движение кадров, но эти компетенции остаются ими не освоенными.

Корпоративная этика и школа лидерства

В медицинской отрасли разработаны факторы влияния на доступность качественной медицинской помощи каждому гражданину Российской Федерации. К ним относятся факторы, напрямую связанные с пациентами: развитие у персонала эмпатии, пациенто-ориентированности и вовлеченности, внедрение корпоративной этики. Есть факторы, не связанные с пациентами. Это анализ лучших практик, внедрение бережливых технологий, инновационные образовательные подходы. Кто должен объединить все эти факторы в практической работе? Бесспорно, только эффективный руководитель, которому необходимо развивать лидерские качества.

А навыки формирования кадровых резервов можно получить в школе лидерства, которая не первый год функционирует в нашей системе здравоохранения.

Итак, ключевым элементом кадровой политики должен стать главный врач. Но без регионального министра и вице-губернатора, курирующего социальную сферу, заинтересованных в положительных результатах, главный врач не использует все свои возможности, практически не занимается кадровыми вопросами и развитием своего персонала, зачастую не имея таких обязательств в своих должностных инструкциях. Считаем, что в рамках заключения эффективного контракта с руководителем медицинской организации необходимо добавить эти компетенции и приплюсовать ответственность за работу с кадрами. Главный врач любого медучреждения должен уметь использовать современные инструменты кадрового развития. Указанные требования закреплены и в соответствующем профессиональном стандарте.

Выводы

Важными условиями для выполнения федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» становятся коммуникация и взаимодействие всех участников вертикали системы здравоохранения. Поэтому при реализации федерального проекта следует объединить действия Минздрава России, региональных органов власти и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Только вместе мы сможем решить задачи, поставленные Национальным проектом «Здравоохранение», и достичь результатов, необходимых для развития всей медицинской отрасли России.

ИСТОЧНИКИ

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».
2. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н (ред. от 15.06.2017) «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
3. Приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (зарегистрировано в Минюсте России 09.03.2016 № 41337).