

ISSN 1999-5431

В О П Р О С Ы

# ГОСУДАРСТВЕННОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Public Administration Issues

№ 4

2016

Р

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ»

## В О П Р О С Ы

# ГОСУДАРСТВЕННОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Public Administration Issues

№ 4

2016

Журнал входит в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК, включен в ведущие международные базы данных: Scopus, RePEc, EBSCO, а также Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science.

Ежеквартальный научно-образовательный журнал. Издается с 2007 г.

М О С К В А

# ГОСУДАРСТВЕННОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

*Главный редактор –  
ЯКОБСОН Лев Ильич*

*Заместитель главного редактора –  
БАРАБАШЕВ Алексей Георгиевич*

*Заместитель главного редактора –  
ЗВЕРЕВА Ирина Александровна*

*Члены редакционного совета*

АЛЕКСАНДРОВ Д.А.

АУЗАН А.А.

АФАНАСЬЕВ М.П.

БАРЦИЦ И.Н.

ВУКОЛОВ В.Л.

КЕМПБЕЛЛ Э. (Великобритания)

КЛИМЕНКО А.В.

КОРДОНСКИЙ С.Г.

КОСАРЕВА Н.Б.

КРАСНОВ М.А.

КУК Л. (США)

НЕМЕЦ Ю. (Чешская Республика)

НЕСТЕРЕНКО Т.Г.

ОБОЛОНСКИЙ А.В.

ОВЧИННИКОВ И.И.

ПИРОГ М. (США)

ПЛЮСНИН Ю.М.

ПРОКОПОВ Ф.Т.

ПЧЕЛИНЦЕВ С.В.

РУДНИК Б.Л.

СЕМЕННИКОВА Л.И.

СИВИЦКИЙ В.А.

СИНЬЮЙ Я. (КНР)

СТРАУССМАН ДЖ. (США)

ТИХОМИРОВ Ю.А.

ХЛИВИЦКАС Е. (Литва)

ШАРОВ А.В.

ЮЖАКОВ В.Н.

Учредитель: НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ»

Позиция редакции может  
не совпадать с мнением авторов.  
Перепечатка материалов возможна  
только по согласованию с редакцией.

Отв. секретарь: Захарова И.А.  
Корректура: Щигорева Н.Н.  
Верстка и дизайн: Медведева М.В.

Адрес редакции фактический:  
109074, Россия,  
Москва, Славянская пл., 4, стр. 2,  
офис 307, НИУ ВШЭ  
почтовый: 101000, Россия,  
Москва, ул. Мясницкая, 20,  
НИУ ВШЭ  
Тел.: (495) 624 06 39  
Факс: (495) 624 06 39  
Web-site: <http://vgmu.hse.ru>  
E-mail: vgmuhse.ru

Адрес издателя и распространителя,  
фактический: 117418, Россия,  
Москва, ул. Профсоюзная, 33, корп. 4  
Издательский дом НИУ ВШЭ  
почтовый: 101000, Россия,  
Москва, ул. Мясницкая, 20,  
НИУ ВШЭ  
Тел.: (499) 611 15 08  
E-mail: id@hse.ru

LEV I. JAKOBSON – Editor-in-Chief of the journal, First Vice-Rector of the National Research University Higher School of Economics (HSE), Russian Federation

ALEXEY G. BARABASHEV – Deputy Editor-in-Chief of the journal, Professor, Academic Supervisor of the Department of Public and Local Service Faculty of Social Sciences HSE, Russian Federation

IRINA A. ZVEREVA – Deputy Editor-in-Chief of the journal, Russian Federation

#### *Editorial Council*

DANIIL A. ALEXANDROV – Professor, Deputy Director of the HSE Campus in St. Petersburg, Dean of the HSE Faculty of Social Sciences and Humanities, HSE Campus in St. Petersburg, Russian Federation

ALEXANDER A. AUZAN – Dean of the Faculty of Economics, Moscow State University, President of the Institute of National Project «Social Contract», Russian Federation

MSTISLAV P. AFANASIEV – Professor, HSE, Russian Federation

IGOR N. BARTSITS – Dean of the International Institute of Public Administration and Management of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Russian Federation

VSEVOLOD L. VUKOLOV – Head of the RF Federal Service for Labour and Employment, Russian Federation

ADRIAN CAMPBELL – Professor, School of Government and Society University of Birmingham, United Kingdom

LINDA J. COOK – Professor, Department of Political Science, Chesler-Mallow Senior Research Fellow, Pembroke Center Brown University, United States of America

ANDREY V. KLIMENKO – Professor Director of the Institute for Public Administration and Municipal Management, HSE, Russian Federation

SIMON G. KORDONSKY – Head of the Laboratory for Local Administration; Professor, Head of the Department of Local Administration, School of Public Administration, Faculty of Social Sciences HSE, Russian Federation

NADEZHDA B. KOSAREVA – President of the Foundation Institute for Urban Economics, Academic Supervisor of the Graduate School of Urban Studies and Planning HSE, Russian Federation

MIHAEL A. KRASNOV – Head of the Department of Constitutional and Municipal Law, Faculty of Law HSE, Russian Federation

JURAJ NEMEC – Professor, Masaryk University in Brno, Czech Republic, Vice-president of IRSPM and IASIA HYPERLINK

TATIANA G. NESTERENKO – Deputy Minister of the Finance Ministry of the Russian Federation

ALEXANDER V. OBOLONSKY – Professor of the Department of Public and Local Service, of School of Public Administration, Faculty of Social Sciences HSE, Russian Federation

IVAN I. OVCHINNIKOV – Professor of the Department Of Constitutional and Municipal Law, Faculty of Law HSE, Russian Federation

MAUREEN PIROG – Rudy Professor of Policy Analysis, SPEA, Indiana University Affiliated Professor, Evans School, University of Washington, United States of America

JURI M. PLUSNIN – Professor of the Department of Local Administration, School of Public Administration, Faculty of Social Sciences HSE, Russian Federation

FEDOR T. PROKOPOV – Professor, Head of the Department of Theory and Practice of Public Administration, School of Public Administration, Faculty of Social Sciences HSE, Russian Federation

SERGEY V. PCHELINTSEV – Deputy Head of the State & Legal Department of the President Administration of the Russian Federation

BORIS L. RUDNIK – Director of the Institute of Public Resource Management HSE, Russian Federation

LIUBOV I. SEMENNIKOVA – Professor, Head of the Department of the History of the Russian State of the Faculty of Public Administration of Lomonosov Moscow State University, Russian Federation

VLADIMIR A. SIVITSKY – Professor, Head of the Department of Constitutional and Administrative Law, Faculty of Law HSE, Campus in St. Petersburg, Leading Research Fellow HSE–Skolkovo International Institute for Law and Development, Russian Federation

YANG XINYU – Professor, China Scholarship Council, China

JEFFRY STRAUSSMAN – Professor, Rockefeller College of Public Affairs & Policy, United States of America

YURIY A. TIKHOMIROV – Professor, Director of the Institute of Legal Research, HSE, Russian Federation

EUGENIJUS CHLIVICKAS – Professor, Dr., Director of the Training Centre of the Ministry of Finance, Republic of Lithuania, President of the Lithuanian Public Administration Training Association, Professor of Vilnius Gediminas Technical University, Vilnius, Lithuania

ANDREY V. SHAROV – Candidate of Legal Sciences, Russian Federation

VLADIMIR N. YUZAKOV – Professor, Senior Researcher, Director of the Center for Technology of Public Administration of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Russian Federation

The journal PUBLIC  
ADMINISTRATION ISSUES  
has been published at the National  
Research University Higher School  
of Economics (HSE) since 2007  
in Moscow, Russian Federation

The mission of the journal  
is to create a modern platform  
of full value for discussion, exchange  
of international and national  
experience and specific knowledge  
among professionals in the  
field of Public Administration;  
for working out and further  
correcting the development  
strategy of public and municipal  
administration.

The editorial policy is to provide  
a very clear emphasis on the specific  
subject along with the focusing  
on the interconnection of the  
properly public administration  
problems with the relative  
economic, legal, political science  
and managerial problems, including  
interaction of the state and civil  
society.

The following key issues are addressed:

- The theory and practices of the public administration;
- Legal aspects of the state and municipal administration;
- The analyses of experts;
- The discussions;
- Case Studies;
- The training and the improvement of specialists in public administration.

The journal is meant for analysts  
and researchers, workers  
in the public and municipal  
administration, for academic  
purposes and for a wider  
readership interested in current  
becoming and developing  
the system of public and municipal  
administration in the Russian  
Federation and abroad.

---

Indexing and abstracting:  
Ulrichsweb RePEc Socionet  
Russian Science Citation Index

---

The thematic focus of the journal  
makes it a unique Russian  
language edition in this field.  
"Public Administration  
Issues" is published quarterly  
and distributed in Russian  
Federation and abroad.

*Editorial Staff*

*Executive Secretary* - Irina A. Zakharova  
*Proof Reader* - Natalia N. Schigoreva  
*Pre-Press* - Marina V. Medvedeva

*Our address:*

National Research University  
Higher School of Economics, room 11,  
20 Myasnitskaya Str.,  
Moscow 101000, Russian Federation  
Tel/fax: 7 (495) 624-06-39  
E-mail: [vgnu@hse.ru](mailto:vgnu@hse.ru)  
Web: <http://vgnu.hse.ru>

**ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

МЕРСИЯНОВА И.В., БЕНЕВОЛЕНСКИЙ В.Б.

Преимущества НКО как поставщиков социальных услуг:  
апробация в российских условиях ..... 7

ВИШНЕВСКАЯ Н.Т.

Регионализация минимальных заработных плат ..... 27

АБАНКИНА Т.В., ДЕРКАЧЕВ П.В.

Стратегии повышения эффективности использования  
объектов культурного наследия ..... 45**ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ**

ЮЖАКОВ В.Н., ДОБРОЛЮБОВА Е.И., МАУ В.А., ПОКИДА А.Н.

Оценка россиянами административных услуг государства:  
результаты социологических опросов 2011–2015 гг. ..... 75

МАНТУРОВ Д.В.

Государственное регулирование промышленности в течение 25 лет.  
Промышленность в 2000–2009 гг. ..... 99

ТАРАСЕНКО Е.А., ХОРЕВА О.Б.

Экономическое стимулирование для устранения дефицита  
медицинских кадров в сельских территориях ..... 117

ШЕЙМАН И.М.

Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной  
медицинской помощи ..... 143

РУДНИК Б.Л., КУШТАНИНА Е.В.

О нормативном финансировании организаций исполнительских  
искусств. Экспертный анализ ..... 165**ВОПРОСЫ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ**

ЗАЙЦЕВА Т.В.

Материальное стимулирование государственных служащих  
в условиях ограниченного бюджетного финансирования ..... 179**CASE STUDY**

АНТИПОВА Е.И., ЛАПШИНА Н.Д.

Иновационные технологии социальной работы: социальный  
контракт и приемные семьи (опыт Челябинской области) ..... 197**НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ**

ГРАБОВЫЙ П.Г., ВОЛКОВ Р.В., БЕЛЯКОВ С.И.

Формирование подходов к удовлетворению потребности населения  
в объектах недвижимости спортивно-развлекательного назначения  
и развитию хоккея в России ..... 211**РЕЦЕНЗИЯ**

АФАНАСЬЕВ М.П., ДЕЛЬПЛА Ж., ШАШ Н.Н.

Новый труд нобелевского лауреата

Tirole Jean. *Economie du Bien Commun*, Paris, PUF, 2016, 630 p.[Экономика общего блага. Париж, Университетское  
издательство Франции, 2016, 630 с. (на французском языке)]. ..... 220

# CONTENTS

---

## THE THEORY AND PRACTICES OF THE PUBLIC ADMINISTRATION

MERSIANOVA I.V., BENEVOLENSKI V.B.	
The Comparative Advantages of NPOs as Social Welfare Services Providers: An Examination in the Russian Context .....	7
VISHNEVSKAYA N.T.	
Regionalization of Minimum Wages .....	27
ABANKINA T.V., DERKACHEV P.V.	
Strategies for Increasing Efficiency of Cultural Heritage Management .....	45

---

## THE ANALYSES OF EXPERTS

YUZHAKOV V.N., DOBROLYUBOVA E.I., MAU V.A., POKIDA A.N.	
Evaluation of Public Service Delivery by Russians: Results of 2011–2015 Sociological Surveys .....	75
MANTUROV D.V.	
State Regulation in the Sphere of Industry within 25 Years. Industry in 2000–2009 .....	99
TARASENKO E.A., KHOREVA O.B.	
Economic Incentives for Medical Personnel Deficit Elimination in Rural Areas .....	117
SHEIMAN I.M.	
Problems of Transition to the Capitation Method of Primary Care Payment .....	143
RUDNIK B.L., KUSHTANINA E.V.	
On Normative Financing Performing Arts Organizations. Expert Analysis .....	165

---

## PERSONNEL POLICIES

ZAYTSEVA T.V.	
Civil Servants Material Incentives under the Fiscal Stress Conditions .....	179

---

## CASE STUDY

ANTIPOVA E.I., LAPSHINA N.D.	
Innovative Technologies in Social Work: Social Contract and Foster Families (Experience of Chelyabinsk Region) .....	197

---

## SCIENTIFIC INFORMATION

GRABOVY P.G., VOLKOV R.V., BELYAKOV S.I.	
The Formation of Approaches to Meet the Needs of the Population in the Real Estate Sports and Entertainment Destination and the Development of Ice Hockey in Russia .....	211

---

## REVIEW

AFANASIEV M.P., DELPLA J., SHASH N.N.	
A New Work Of Nobel Prizewinner	
A book review: Tirole, J. (2016). <i>Economie du bien commun</i> . Paris: PUF, 630 p. (in French) .....	220

# ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ

**Тарасенко Е.А., Хорева О.Б.\***

## Аннотация

Проблема преодоления дефицита медицинских кадров в сельских и отдаленных районах, в разной степени выраженности существует во всех субъектах Российской Федерации. Цель статьи – показать, что может способствовать совершенствованию текущих программ, и какие меры социальной поддержки и экономического стимулирования врачей и медицинских сестер будут способствовать устранению дефицита медицинских кадров в сельских и отдаленных территориях. Авторами было проведено социологическое исследование, в ходе которого собраны и проанализированы данные по 20 фокусным регионам с различными показателями обеспеченности бюджетной системы, характеризующие опыт преодоления в них дефицита медицинских кадров. В результате исследования были определены наиболее перспективные направления совершенствования региональных и муниципальных программ и отдельных инициатив по привлечению и закреплению медицинских работников в сельских и отдаленных районах. А именно: целевой прием, программы софинансирования обучения, дополнительные стипендии и льготы, единоразовые «подъемные» и содействие в решении жилищных проблем, содействие в получении поствузовского профессионального образования, дополнительные денежные выплаты на регулярной основе, получение дополнительного образования и повышение квалификации, денежные премии победителям районных и региональных конкурсов мастерства и т.д.

Авторы делают вывод, что управление региональными и муниципальными программами экономического стимулирования и мерами социальной поддержки медицинских работников в сельских и отдаленных районах должно стать самостоятельным направлением кадровой политики в сфере здравоохранения.

**Ключевые слова:** кадровое обеспечение системы здравоохранения; кадровая политика в сельском здравоохранении; экономическое стимулирование медицинского персонала; привлечение и закрепление медицинских работников в сельских и отдаленных районах; программа «Земский доктор».

\* Тарасенко Елена Анатольевна – кандидат социологических наук, доцент, заместитель заведующего кафедрой управления и экономики здравоохранения департамента государственного и муниципального управления факультета социальных наук НИУ ВШЭ. Адрес: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20; E-mail: etarasenko@hse.ru  
Хорева Ольга Борисовна – кандидат экономических наук, доцент, заместитель заведующего кафедрой управления развитием территорий и регионалистики департамента государственного и муниципального управления факультета социальных наук НИУ ВШЭ. Адрес: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20; E-mail: ohoreva@hse.ru

**У**лучшение социально-демографической ситуации в сельской местности, а именно: увеличение коэффициента рождаемости, снижение смертности и повышение ожидаемой продолжительности жизни сельского населения за счет повышения доступности и качества оказания первичной медицинской помощи и развития сети фельдшерско-акушерских пунктов и (или) офисов врачей общей практики в сельской местности – является важнейшим показателем социально-экономической эффективности реализации Федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года».

Улучшение социально-демографической ситуации невозможно в условиях дефицита медицинских кадров в сельских и отдаленных районах, который в разной степени выраженности существует во всех субъектах Российской Федерации. При этом дисбаланс в распределении кадровых ресурсов наблюдается как между *отдельными регионами* (разная степень низкой укомплектованности медицинскими кадрами в сельском здравоохранении), так и в результате неоднородности показателя обеспеченности населения врачами и средними медицинскими работниками среди разных муниципальных образований *внутри одного региона*, а также диспропорции между различными врачебными специализациями.

Необходимо отметить, что пути решения данной проблемы активно обсуждаются за рубежом (Dolea, 2010), поскольку дефицит медицинских кадров в отдаленных и сельских районах наблюдается не только в развивающихся (Meliala et all., 2013), но и в развитых странах, включая США, Канаду, Японию, Великобританию, Норвегию, Австралию и др. (WHO, 2011). Ряд авторов отстаивают точку зрения, что необходим переход на интенсивный путь развития сельского здравоохранения, делая акцент на большем использовании прорывных дистанционных диагностических технологий и телемедицины, что снизит дефицит медицинских работников в сельских и отдаленных районах (Kruse, 2016). Однако большинство зарубежных исследователей склоняются к поиску наиболее эффективных мер социальной поддержки и экономического стимулирования медицинских кадров со стороны государства (Barninghausen & Bloom, 2009). Так, например, в Германии хорошие результаты показало введение льготного добровольного медицинского страхования для закрепления врачей в сельской местности (Sundmacher & Ozegowski, 2016). А в Австралии студентам медицинских школ, являющимся представителями коренного населения и давшим согласие после обучения работать в сельской местности, правительство выплачивает дополнительную ежегодную стипендию в размере \$12 500, а после получения лицензии медсестры – дополнительную ежегодную выплату в размере \$ 25 000 (Lyle & Barclay, 2015). В Финляндии и Норвегии в качестве одной из достаточно эффективных мер привлечения выпускников медицинских университетов для работы в отдаленных районах используется обязательная 6-месячная практика студентов выпускного курса с последующими бонусами (Straume & Shaw, 2010).

Проблемы дефицита кадров в сельском здравоохранении у нас в стране затрагивали в своих трудах И. Шейман и В. Шевский (Шейман, Шевский, 2014), В. Щепин (Щепин, 2013), Е. Жолобова и другие авторы (см., например: Жолобова, 2014). Все они сходятся во мнении, что необходимо развивать ка-

дровое обеспечение и устранять сложившиеся за последние десятилетия кадровые диспропорции в отрасли, выражющиеся в:

- неудовлетворительной укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельских и отдаленных районах;
- профиците врачей, работающих в городских стационарах, при серьезном дефиците врачей, участвующих в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в сельской местности;
- структурной диспропорции в распределении врачей по отдельным специализациям, в частности врачей-специалистов и участковых врачей-терапевтов и врачей общей практики;
- дисбалансе соотношения между численностью врачей и медсестринского персонала;
- отсутствии прироста из-за естественной убыли медицинских работников, сохранении существенной доли работающих пенсионного возраста и высоком коэффициенте совместительства среди медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

В настоящее время в России для устранения дефицита медицинских кадров в сельских и отдаленных районах на федеральном, региональном и муниципальном уровнях также реализуется целый ряд весьма разнообразных как по составу, так и направленности инициатив при государственной поддержке. Однако пока еще практически не представлены труды по анализу и критической оценке таких программ. Осуществлять такую работу необходимо, чтобы определить экономическую и клиническую эффективность программ, удовлетворенность ими медицинских работников, а также чтобы в долгосрочной перспективе улучшить результаты принимаемых мер, связанных с рекрутингом медицинских кадров в сельские и отдаленные районы.

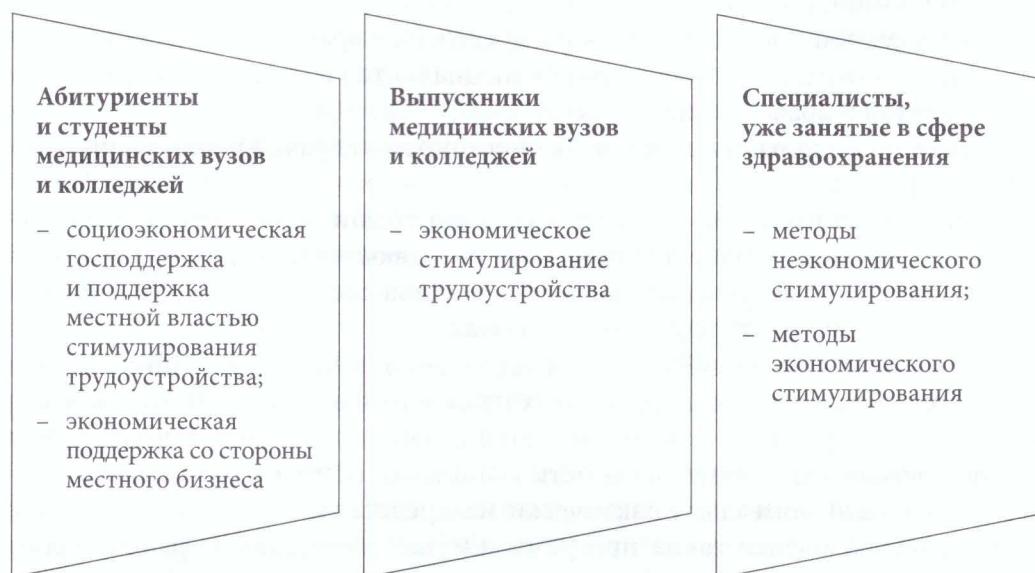
Цель настоящей статьи заключается в обобщении, смысловом структурировании и сравнительном анализе текущих программ и отдельных мер социальной поддержки и экономического стимулирования врачей и медицинских сестер, что, по мнению авторов, особенно актуально для совершенствования кадровой политики в российском здравоохранении.

В качестве эмпирической базы были исследованы разделы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» в докладах «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения» за 2015 г. органов управления здравоохранением в 20 «фокусных» субъектах Российской Федерации, имеющих различные характеристики обеспеченности бюджетной системы: Алтайском крае, Московской области, Воронежской области, Вологодской области, Пермском крае, Ульяновской области, Томской области, Самарской области, Хабаровском крае, Астраханской области, Ставропольском крае, Смоленской области, Республике Чувашия, Костромской области, Волгоградской области, Республике Татарстан, Курганской области, Республике Бурятия, Курской и Калужской областях. Кроме того, в рамках исследования были проведены включенные наблюдения в Верхнекавском районе Воронежской области, осуществленные в июле 2015 г., и проведены две экспертные фокус-группы со студентами магистратуры «Управление и экономика здравоохранения» НИУ ВШЭ в апреле–июне 2016 г.

Рассмотрим основные сегменты кадрового рынка медицинских услуг в РФ и меры стимулирования развития этого рынка (рис. 1).

Рисунок 1

### Основные сегменты кадрового рынка медицинских услуг в РФ



Необходимо отметить, что все меры социальной поддержки и экономического стимулирования рассчитаны для трех сегментов медицинских работников:

- абитуриенты и студенты медицинских вузов и колледжей (управление образовательным процессом, с помощью мер социально-экономической поддержки стимулирование трудоустройства будущих выпускников в сельские и отдаленные районы);
- выпускники медицинских вузов и училищ (колледжей), а также уже работающие специалисты, которые только собираются трудиться в сельских и отдаленных районах в сфере здравоохранения (экономическое стимулирование трудоустройства);
- специалисты, уже занятые в сфере здравоохранения в сельских и отдаленных районах: чтобы они находили для себя основания и смысл оставаться и дальше работать в сельских и отдаленных районах (неэкономическое и экономическое стимулирование для закрепления специалистов в сельских и отдаленных районах).

При этом инициативы, направленные на привлечение студентов для работы в сельских и отдаленных районах после окончания образования, можно подразделить на две большие подгруппы:

- 1) содействие в получении высшего и среднего медицинского образования (целевой прием в учебное заведение, программы софинансирования обучения);

- 2) меры социальной поддержки во время обучения (дополнительные стипендии и льготы).

В свою очередь, инициативы, направленные на привлечение выпускников медицинских вузов и училищ (колледжей), а также работающих специалистов, которые только собираются трудиться в сельских и отдаленных районах, можно подразделить на две подгруппы:

- 1) одноразовая финансовая помощь («подъемные») и содействие в решении жилищных проблем («Земский доктор», «Земский фельдшер», «Льготная социальная ипотека», приобретение служебного жилья и др.);
- 2) содействие в получении послевузовского профессионального образования (целевая ординатура, интернатура и др.).

И, наконец, инициативы, направленные на закрепление уже работающих медицинских работников в сельских и отдаленных районах, можно подразделить на три подгруппы:

- 1) содействие в решении жилищных проблем (безвозмездные субсидии, покупка квартир в собственность, выплаты за наём жилого помещения, приобретение служебного жилья);
- 2) дополнительные денежные выплаты на *регулярной основе*, как правило ежемесячные;
- 3) содействие в карьерном и профессиональном росте (дополнительное образование и повышение квалификации, денежные премии победителям районных и региональных конкурсов мастерства).

Региональные и муниципальные инициативы по привлечению и закреплению медицинских работников в сельских и отдаленных районах зависят от социально-экономического положения региона. В дотационных регионах наблюдается как меньший набор предлагаемых мер социальной поддержки и экономического стимулирования, так и сниженные предложения в финансовом плане по мерам социальной поддержки и экономическому стимулированию. Так, например, в Курганской и Смоленской областях, где ряд региональных и муниципальных инициатив, наблюдавшихся в других субъектах (региональная программа «Земский фельдшер»), отсутствуют, ежемесячная доплата к стипендии студентов-«целевиков» в Курганской области составляет 1,5 тыс. руб., а в Смоленской области лишь 500 руб., в то время как в Калужской области доплата составляет 5 тыс. руб.

В будущем ввиду сложного социально-экономического положения ряда регионов стоит ожидать снижения их участия в Федеральной программе «Земский доктор», поскольку ее финансирование осуществляется, в том числе, за счет средств субъектов РФ:

- 2015 г. (50% стоимости – федеральный бюджет, 50% стоимости – бюджет субъектов РФ);
- 2016 г. (60% стоимости – федеральный бюджет, 40% стоимости – бюджет субъектов РФ).

Каждый из описанных выше регионов обладает уникальным набором законодательно-нормативных практик в области привлечения и закрепления медицинских кадров. Для анализа региональных особенностей и определения типа проводимой в них политики сделаем группировку «пилотных»

регионов на основе ранжирования по показателям нагрузки на работников сферы здравоохранения и удельному весу населения старше трудоспособного возраста в РФ за 2014 г. (табл. 1).

Таблица 1

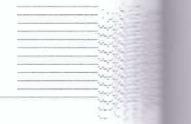
**Основные показатели нагрузки на работников сферы здравоохранения «пилотных» регионов РФ за 2014 г.**

Регионы	Численность населения на одного врача, человек	Численность населения на одного работника среднего медицинского персонала, человек	Население старше трудоспособного возраста, %
Алтайский край	222,8	90,7	25,3
Астраханская область	155,4	86,0	22,7
Московская область	262,7	132,0	24,3
Вологодская область	284,5	90,1	24,8
Волгоградская область	207,4	97,1	26,0
Воронежская область	185,0	88,3	27,7
Калужская область	245,8	102,2	26,8
Костромская область	284,0	85,6	26,5
Курганская область	331,4	82,4	27,3
Курская область	193,0	86,0	27,4
Пермский край	196,6	94,4	23,5
Республика Бурятия	225,8	85,9	18,7
Республика Татарстан	237,6	94,0	23,2
Чувашская республика	205,6	89,9	23,3
Самарская область	216,0	102,2	25,8
Смоленская область	183,5	93,6	26,8
Ставропольский край	231,0	103,5	23,1
Томская область	163,4	96,5	21,5
Ульяновская область	249,7	77,8	26,8
Хабаровский край	177,3	97,1	22,1

**Источники:** Федеральная служба государственной статистики. Регионы России. Социально-экономические показатели-2015. Здравоохранение. Нагрузка на работников сферы здравоохранения. Население. Возрастной состав населения [[http://www.gks.ru/bgd/regl/b15\\_14p/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_14p/Main.htm)].

Ранжирование регионов осуществлялось по следующим признакам.

Численность населения на одного врача (человек): 1-й ранг – свыше 260; 2-й ранг – от 230 до 260; 3-й ранг – от 200 до 230; 4-й ранг – ниже 200 жителей.



Численность населения на одного работника среднего медицинского персонала (человек): 1-й ранг – ниже 80; 2-й ранг – от 80 до 90; 3-й ранг – от 90 до 100; 4-й ранг – свыше 100.

Население старше трудоспособного возраста (в %): 1-й ранг – ниже 22; 2-й ранг – от 22 до 24; 3-й ранг – от 24 до 26; 4-й ранг – свыше 26.

В результате ранжирования выделены четыре типа «пионерных» регионов РФ по состоянию нагрузки на работников сферы здравоохранения (табл. 2).

Таблица 2

**Типология регионов РФ по состоянию нагрузки на работников сферы здравоохранения**

Регион	Тип регионов
Костромская область	Регионы I типа
Курганская область	
Ульяновская область	
Вологодская область	Регионы II типа
Республика Бурятия	
Республика Татарстан	
Томская область	Регионы III типа
Чувашская республика	
Алтайский край	
Астраханская область	Регионы IV типа
Волгоградская область	
Калужская область	
Московская область	Регионы IV типа
Пермский край	
Самарская область	
Ставропольский край	Регионы IV типа
Хабаровский край	
Воронежская область	
Курская область	Регионы IV типа
Смоленская область	

*Источник:* Составлена авторами.

*Регионы I и II типа похожи:* они имеют относительно высокую численность населения, приходящегося на одного врача, при низкой численности населения, приходящегося на одного среднего медицинского работника, нуждаются в увеличении как врачебного, так и медсестринского персонала. Это регионы с большим соотношением сельского населения и развитой

структурой ФАПов (фельдшерско-акушерских пунктов с преобладанием медсестринского персонала). Дополнительной характерной особенностью этих регионов является также высокий процент преобладания населения старше трудоспособного возраста.

В этих регионах необходимо увеличение врачебного и среднего медицинского персонала.

*Регионы III типа* имеют высокую численность населения, приходящуюся на одного врача, и высокую численность населения, приходящуюся на одного среднего медицинского работника. Данные показатели характерны для регионов с системой регионального здравоохранения, не успевающей развиваться в связи с ростом населения. Для них характерно сосредоточение здравоохранения в региональных центрах и слабое его развитие в сельской местности. Дополнительная особенность этих регионов – это достаточно высокое процентное преобладание населения старше трудоспособного возраста.

*Регионы IV типа* характеризуются низкой численностью населения, приходящегося на одного врача, и низкой численностью населения, приходящегося на одного среднего медицинского работника. В этих регионах следует более продуманно перераспределить потоки врачебных кадров из городов в сельскую местность. Дополнительная особенность регионов данного типа – процентный показатель населения старше трудоспособного возраста может быть как достаточно высоким, так и приемлемым.

По итогам проведенного ранжирования состояния нагрузки на работников сферы здравоохранения «пилотных» регионов проанализируем актуальные региональные и муниципальные инициативы в Российской Федерации по привлечению и закреплению медицинских кадров (табл. 3).

Как видно из таблицы, все регионы используют такой инструмент привлечения к работе в сельской местности абитуриентов сразу после получения ими высшего образования, как целевой прием в медицинские вузы. Однако, за исключением Республики Татарстан, пока ни один из исследуемых субъектов не ввел софинансирование обучения в медицинских вузах, хотя это достаточно привлекательно для потенциальных абитуриентов и способствует росту притока выпускников в сельскую местность.

Во всех рассмотренных регионах действуют программа «Земский доктор» и единовременные компенсационные выплаты для вновь прибывающих специалистов для работы в сельской местности, а также содействие в повышении квалификации, социальная поддержка и компенсация затрат для уже работающих врачей и среднего медицинского персонала. Только в 6 из 20 исследуемых «пилотных регионов» субъектов действует программа «Земский фельдшер» для привлечения среднего медицинского персонала для работы в сельской местности, и только в одном – программа «Сберегательный капитал».

Необходим мониторинг региональных практик по привлечению и закреплению медицинских кадров РФ, а также распространения результатов внедрения новаторских программ в данных регионах для возможного заимствования положительного опыта другими субъектами России.



Таблица 3

**Региональные и муниципальные инициативы в современной РФ  
по привлечению и закреплению медицинских кадров (наличие/отсутствие)**

Регионы	Целевой прием абитуриентов в медицинские вузы	Софинанси- рование обучения*	РП «Земский врач»	РП «Земский фельдшер»	Единовременные компенсационные выплаты**	Повышение квалификации, переподо- товка***	Компенсация затрат на жилье и социальная поддержка	РП «Сбере- гательный капитал»
<i>Регионы I типа</i>								
Костромская область	+	-	+	-	+	+	+	-
Курганская область	+	-	+	-	+	+	+	-
Ульяновская область	+	-	+	+	+	+	+	-
Вологодская область	+	-	+	-	+	+	+	-
<i>Регионы II типа</i>								
Республика Бурятия	+	-	+	+	+	+	+	-
Республика Татарстан	+	+	+	-	-	+	+	-
Чувашская республика	+	-	+	-	-	+	+	-
<i>Регионы III типа</i>								
Томская область	+	-	+	+	+	+	+	-
Алтайский край	+	-	+	+	+	+	+	-
Астраханская область	+	-	+	-	+	+	+	-

Регионы	Целевой прием абитуриентов в медицинские вузы	Софинансирование обучения*	РП «Земский врач»	РП «Земский фельдшер»	Единовременные компенсационные выплаты**	Повышение квалификации, переподготовка***	Компенсация затрат на жилье и социальная поддержка	РП «Сберегательный капитал»
<i>Регионы III типа</i>								
Волгоградская область	+	-	+	+	+	+	+	-
Калужская область	+	-	+	-	+	+	+	-
Московская область	+	-	+	-	+	+	+	-
Пермский край	+	-	+	-	+	+	+	-
Самарская область	+	-	+	-	+	+	+	-
Ставропольский край	+	-	+	-	+	+	+	-
Хабаровский край	+	-	+	-	+	+	+	+
<i>Регионы IV типа</i>								
Воронежская область	+	-	+	-	+	+	+	-
Курская область	+	-	+	+	+	+	+	-
Смоленская область	+	-	+	-	+	+	+	-

\* Софинансиование муниципалитетом обучения в медицинском вузе.

\*\* Единовременные компенсационные выплаты предусмотрены для выпускников медицинских вузов и колледжей, прибывающих для работы в сельские и отдаленные районы.

\*\*\* Повышение квалификации, переподготовка, предусмотренная для медицинских работников за счет региональных бюджетов.

*Источники:* Составлена авторами.

## Привлечение студентов для работы в сельских и отдаленных районах после окончания образования

Рассмотрим более подробно инициативы, направленные на привлечение студентов для работы в сельских и отдаленных районах после окончания образования. Это, как уже отмечалось, целевой прием в медицинские колледжи и вузы (на программы бакалавриата, специалитета и в клиническую ординатуру) с условием дальнейшего трудоустройства выпускников в государственные ЛПУ сельских и отдаленных районов. С каждым гражданином, поступающим в вуз по целевому приему, органом управления здравоохранением субъекта РФ в рамках регионального заказа заключается договор о целевом обучении, в котором гражданин принимает на себя обязательства отработать в учреждении здравоохранения, указанном в договоре, не менее трех лет, а также нести ответственность за неисполнение этого обязательства. Целевой прием абитуриентов в медицинские вузы с условием дальнейшего трудоустройства выпускников в государственные ЛПУ сельских и отдаленных районов активно проходит во всех регионах. Так, укомплектованию государственных медицинских организаций в сельских районах Республики Бурятия медицинскими кадрами в значительной степени способствует система целевого приема студентов в медицинские вузы РФ и медицинские колледжи республики. На конец 2015 г. в 13 медицинских вузах страны обучалось 710 студентов по целевому направлению, в 2015 г. поступило 195 студентов-«целевиков». На целевую подготовку по программам интернатуры и ординатуры в 2015 г. было направлено 85 врачей, в настоящее время в рамках целевого приема обучается 62 врача-интерна и 57 врачей-ординаторов. За счет целевой подготовки ежегодно в республику прибывает 70–90 врачей. За последние годы отмечается рост эффективности целевого обучения: доля возвращения выпускников в государственные медицинские организации республики в 2015 г. составил 85%, целевой показатель по Дорожной карте в 2015 г. – 85% (Доклад Правительства Республики Бурятия о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за отчетный 2015 год в Правительство Российской Федерации, 2016).

Другой пример инициативы, направленной на привлечение студентов для работы в сельских и отдаленных районах после окончания образования, – это Программы софинансирования обучения в медицинском вузе, заключаемые между муниципалитетом и студентом. Например, в Республике Татарстан действует программа финансирования 50% стоимости обучения на лечебном факультете медицинского университета. Половину оплачивает сам студент, половину – муниципальное образование, где позже молодой врач и будет работать. При этом стоимость – 109 тыс. руб. в год – остается фиксированной на всем сроке обучения. В программу попали две группы из 49 человек на лечебном и педиатрическом факультетах<sup>1</sup>. Чтобы покрыть нехватку врачей-фтизиатров, инфекционистов, наркологов, психиатров и решить вопрос трудоустройства выпускников

медицинско-профилактического факультета КГМУ, студентов 4-го и 5-го курсов переводят на лечебный факультет. Каждый студент заключает договор со специализированными учреждениями на условиях софинансирования обучения. Обязательная отработка после окончания вуза в этом случае длится 5 лет.

Имеет смысл также упомянуть и такую меру социальной поддержки студентов на этапе получения базового медицинского образования, как выплата дополнительных стипендий.

Например, в Костромской области выплата стипендии студентам 5–6-го курсов в размере 5 тыс. руб. осуществляется ежемесячно, а в Курганской области в 2015 г. доплату к стипендии в размере 1,5 тыс. руб. получали 427 студентов-целевиков.

Корпоративные программы подготовки будущих кадров, включающие экономическую поддержку обучающихся студентов со стороны местного бизнеса, являются частью политики корпоративной социальной ответственности бизнеса в регионах современной России.

В настоящее время в РФ существуют следующие документы, способствующие развитию корпоративной социальной ответственности российских компаний и корпораций:

- Социальная хартия российского бизнеса, разработанная Российской союзом промышленников и предпринимателей (РСПП);
- Меморандум о принципах корпоративной социальной ответственности, утвержденный Ассоциацией менеджеров России;
- Кодекс предпринимательской этики Торгово-промышленной палаты РФ (ТПП РФ) «12 принципов ведения дел в России» и др.

Все эти документы в той или иной степени касаются вопросов корпоративной этики, корпоративной социальной политики в отношении общества, политики в сфере охраны окружающей среды, принципов и подходов к корпоративному управлению, вопросов соблюдения прав человека в отношении с поставщиками, потребителями, персоналом, политики в отношении персонала. Кроме того, значительная часть крупных и средних российских компаний (преимущественно с государственным участием) разрабатывает собственные корпоративные стратегии (программы и другие документы), а также стандарты социальной ответственности.

В части подготовки кадров для своих компаний (в том числе и медицинских) многие руководители практикуют следующие меры: организационную и финансовую поддержку дополнительного образования школьников по восребованным профильным направлениям; оплату обучения выпускников школ в вузах (по востребованным профессиям); обеспечение студенту рабочего места по завершении обучения; стажировки и обучение за границей будущих предполагаемых сотрудников и т.д. Эти же меры способствуют развитию корпоративной политики в отношении общества, помогают развитию практики частно-государственного партнерства на местном уровне.

Ежегодно в РФ проводится рейтинг ТОП-25 менеджеров по корпоративной социальной ответственности (Ассоциация менеджеров РФ). В нем побеждают те российские управленцы, деятельность которых обусловила

успех компаний в области социальной ответственности и устойчивого развития. Также в регионах РФ проводятся различные мероприятия (конкурсы, вручение премий и др.). Например, в Воронежской области ежегодно в рамках торжественной церемонии вручения премии «Лидер года» Экспертный совет выбирает победителя в номинации «Социальная ответственность» (в числе критериев – создание дополнительных рабочих мест, строительство жилых комплексов и др.).

**Привлечение выпускников медицинских вузов и училищ (колледжей), а также работающих специалистов, которые только собираются трудиться в сельских и отдаленных районах**

Самые известные инициативы – это Федеральная целевая программа «Земский доктор» и функционирующие с начала 2016 г. в ряде регионов в тестовом режиме муниципальная программа «Земский фельдшер».

С 2012 г. в РФ реализуется статья 51 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» о привлечении на работу врачей в сельские учреждения здравоохранения (в рабочие поселки и поселки городского типа – с 2016 г.) при условии заключения 5-летнего трудового контракта с единовременной компенсационной выплатой в размере 1 млн. руб. С 2013 г. указанные выплаты осуществляются за счет 50-процентного софинансирования из средств бюджета регионов, с 2016 г. – 60% средств должны поступать из ФОМС, тем самым снижается нагрузка на региональные бюджеты.

Цели программы:

1. Обеспечение привлекательности работы сельского врача.
2. Организация возможности получения жилья нуждающимся молодым людям, имеющим высшее образование.
3. Решение проблемы с медициной в сельской местности, где уровень обслуживания и доступности гораздо ниже, чем в городах.
4. Замена функций фельдшеров профессиональными врачами, разделение функций младшего и старшего медперсонала,
5. Преодоление нехватки кадрового потенциала.
6. Обеспечение гарантий молодым специалистам в соответствии с долгосрочной национальной программой (которая касается также сельских учителей).

Основное положение программы «Земский доктор» – контроль за расходованием средств только на нужды строительства и обустройства. При недобросовестном отношении к врачебным обязанностям, расторжении договора до истечения пятилетки полученные средства должны быть возвращены в бюджет. Изначально в программе могли принять участие только лица до 25 лет, но позже возрастные границы были сдвинуты в сторону увеличения: до 35 (в 2013 г.), до 45 лет (в 2014 г.) и до 50 лет (в 2016 г.). Обязательным критерием является наличие у кандидатов высшего образования; место проживания не имеет значения; поскольку данная про-

ограмма действует по всей стране, обращаться следует в отделение ФОМС по месту жительства. Учитывая стимулирующий характер средств и их целевое назначение, участникам программы не нужно платить с полученной суммы НДФЛ.

Реализация программы «Земский доктор» фактически началась в 2012 г., и уже можно сделать выводы о ее эффективности и результатах. Так, если с 2007 по 2011 г. число сельских врачей в стране сократилось примерно на 4%, то с 2012 по 2014 г., во многом благодаря «Земскому доктору», оно увеличилось на 14,7%<sup>2</sup>. С 2012 по 2015 г. в сельские населенные пункты и рабочие поселки в целом было привлечено более 15 тыс. молодых специалистов<sup>3</sup>. Например, в Курганской области по программе «Земский доктор» в 2015 г. единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн. руб. произведена 44 врачам-специалистам (для сравнения, в 2014 г. – 24 врачам).

Однако в качестве показателей и критериев эффективности реализации Федеральной программы «Земский доктор» выбраны:

- 1) отсутствие расторгнутых договоров в течение 5 лет с момента заключения трудового договора;
- 2) количество врачей, привлеченных к участию в программе.

Представляется вполне логичным, что большинство участников, заключив трудовой договор на 5 лет с условием возврата денежной суммы в случае неисполнения договора, в первые пять лет действия программы будут стремиться соблюдать условия договора. Для уточнения показателей и критериев эффективности представляется более важным вопрос о том, каковы будут их жизненные приоритеты, карьерные и профессиональные планы после окончания трудового договора.

По результатам включенных наблюдений в Верхнекавском районе Воронежской области, проводившихся летом 2015 г., мы пришли к выводу о том, что цели Федеральной программы «Земский доктор» могут быть там реализованы лишь частично, поскольку большинство приехавших в район по программе врачей не рассматривают перспективу постоянной работы в сельской местности. Их основная цель – на полученные по программе «Земский доктор» 1 млн. руб. купить в Воронеже квартиру и через пять лет вернуться в Воронеж. К причинам, почему врачи не стремятся закрепляться в сельской местности, можно отнести:

- непrestижность и низкий статус сельского врача среди профессионального сообщества;
- отсутствие качественной образовательно-культурной инфраструктуры и невозможность дать детям конкурентное среднее образование для последующего получения высшего профессионального образования;
- невозможность найти для замужества равного по статусу человека (актуально для девушек-выпускниц медицинских институтов).

Получается, что в настоящий момент успешная реализация в сельских регионах РФ программы «Земский доктор» основывается только на временному интервале 2012–2015 гг. Однако никто из официальных разработчиков программы пока не проводил исследований, в том числе глубинных



интервью, с врачами-участниками программы относительно их стратегических планов работать в селе.

Ключевым методологическим критерием может быть целевой индикатор, который стоит взять в качестве позитивного показателя успешной реализации и эффективности Федеральной программы «Земский доктор», но он пока еще не проработан досконально. Дело в том, что государству необходимо привлекать врачей в сельскую местность на долгосрочный период (программа рассчитана именно на это). Но в контракте жестко не оговаривается вопрос дислокации жилья, где именно получивший 1 млн. руб. врач обязан купить (построить) жилье. В связи с чем возникает вопрос о том, насколько эффективно вложение со стороны государства финансовых средств на одного врача на селе сроком на 5 лет.

Введение гендерной дифференциации и увеличение возраста претендентов на участие в программе «Земский доктор» (с «35 до 55» у мужчин-врачей и с «35 до 50 лет» у женщин-врачей), на наш взгляд, могло бы помочь справиться с ситуацией. Врачи-мужчины, приехавшие на работу в сельскую местность в 55 лет, точно будут работать еще минимум лет 10 (до 65–70 лет), поскольку через 5 лет, по достижении 60-летнего возраста, им будет намного сложнее трудоустроиться в городе и выдержать конкуренцию с молодыми врачами.

Возможно, имеет смысл просто выдавать врачам безвозмездную субсидию на приобретение или строительство жилья именно в том населенном пункте или районе, где они трудятся, и дополнительно вводить по-правочный коэффициент в зависимости от стажа работы (по аналогии с субсидиями государственных служащих).

Если для организаторов здравоохранения важно, чтобы приехавший врач отработал на селе как минимум 15 лет, стоит задуматься о введении льготного внеконкурсного поступления в медицинские вузы на бюджетной основе для детей медицинских работников, работающих в сельских и отдаленных районах. Большинство имеющих детей врачей опасаются уезжать работать в сельские и отдаленные районы также из-за снижения шансов на получение качественного школьного образования для своих детей и, как следствие, снижение шансов на получение в будущем бесплатного высшего образования. Однако такая льгота их весьма бы заинтересовала в качестве меры социально-экономической поддержки.

Многое зависит также от выбора показателя, приоритетного для снижения кадрового дефицита в отдаленных и сельских районах, – «обеспеченность врачами на 10 тыс. сельского населения» или «укомплектованность медицинскими работниками ФАПов в сельских и отдаленных районах». Если более важен последний показатель, то имеет смысл более подробно изучить опыт муниципальных программ «Земский фельдшер», так как в этом случае на обеспечение одной медицинской сестры или фельдшера, также заключившими трудовой договор на срок от 5 лет, тратится гораздо меньше финансовых ресурсов (300–500 тыс. руб.).

С начала 2016 г. в тестовом режиме в ряде субъектов РФ стартовала муниципальная программа «Земский фельдшер». Программа направлена

на трудоустройство специалистов со средним медицинским образованием в возрасте 35–50 лет в сельской местности и предусматривает единовременную выплату в размере от 300 до 500 тыс. руб. за счет средств регионов (в зависимости от региона). Проанализируем особенности ее реализации в ряде регионов РФ.

В Курской области<sup>4</sup> по реализуемой муниципальной программе «Земский фельдшер» специалисты ФАПов получают дополнительно компенсацию в размере 300 тыс. руб. В дальнейшем планируется сумму выплат увеличить до 500 тыс. руб. Депутаты областной Думы обратились ко всем главам районов с просьбой поддержать эти программы. Так, например, по инициативе главы Горшеченского района было заложено 2 млн. 400 руб. на 2015 г. для поддержки земских фельдшеров в своем районе (единовременная выплата в размере 300 тыс. руб.).

Муниципальная программа «Земский фельдшер» Ульяновской области<sup>5</sup> предусматривает единовременную выплату на приобретение жилья в размере – 500 тыс. руб. фельдшерам в возрасте до 50 лет за счет областного бюджета, прибывшим работать в фельдшерско-акушерских пунктах районов Ульяновской области и заключившим договор на срок не менее 5 лет.

Программа «Земский фельдшер» Томской области<sup>6</sup>, запущенная в 2015 г., предусматривает единовременную выплату в размере 500 тыс. руб. фельдшерам в возрасте до 45 лет, прибывшим работать в 2016 г. на фельдшерско-акушерские пункты в районах Томской области. По программе «Земский фельдшер» в 2015 г. приступили к работе в сельских фельдшерско-акушерских пунктах 9 специалистов, а в 2016 г. планируется принять еще 17 фельдшеров.

В Волгоградской области программа «Земский фельдшер» предусматривает единовременную выплату в размере 500 тыс. руб. фельдшерам в возрасте до 35 лет, в 2016 г. прибывшим на работу в районные фельдшерско-акушерские пункты области.

***Единовременные компенсационные выплаты выпускникам медицинских вузов и колледжей, прибывающим для работы в сельские и отдаленные районы.***

В Вологодской области с целью закрепления медицинских кадров в сельских населенных пунктах (Закон Вологодской области от 30 марта 2011 г. N 2488-ОЗ «О единовременных выплатах врачам, проживающим в сельской местности») осуществляются выплаты в размере 100 тыс. руб.

В Костромской области за счет средств регионального бюджета выплачиваются единовременные пособия в размере 100 тыс. руб. выпускникам учреждений среднего или высшего профессионального образования, принятых на работу в учреждения, расположенные в сельских населенных пунктах.

***Частичная или полная компенсация затрат на приобретение (строительство) жилья, компенсация расходов за коммерческий найм жилья, субсидии и приобретение служебного жилья.***

Так, в рамках программы предоставления грантов Правительства Республики Татарстан врачам, прибывшим на работу в республику в 2014 г.,

на основании решения конкурсной комиссии предоставлялись гранты размером 500 тыс. руб. для улучшение жилищных условий. В Костромской области с 1 января 2015 г. вступил в силу закон Костромской области, предусматривающий выплаты врачам в счет погашения ипотечного кредита до 8 тыс. руб.

*Калужская область.* На 2015 г. 123 медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения компенсируется часть процентной ставки по ипотечным жилищным кредитам. 547 медицинских работников, приглашенных для работы в государственных учреждениях здравоохранения, получают компенсацию за коммерческий наём жилых помещений.

*Курганская область.* Предусмотрены как компенсации за аренду жилого помещения врачам-специалистам в размере 3 тыс. руб. (5 тыс. руб. – на семью), так и приобретение ведомственного жилья для молодых врачей-специалистов в возрасте до 35 лет за счет средств областного бюджета (в 2015 г. для молодых врачей-специалистов было приобретено 15, а в 2014 г. – 17 квартир).

В Московской области в 2016 г. начала работу *Программа льготной социальной ипотеки* для работников бюджетной сферы. В рамках этой программы областной бюджет «гасит» основную часть кредита по покупке жилья, а получатель ипотеки – проценты по кредиту<sup>7</sup>.

### Меры социальной поддержки уже работающим в сельских и отдаленных районах медицинским работникам

Говоря о социальной поддержке уже работающих в сельской местности врачей, в первую очередь необходимо отметить ежемесячные денежные выплаты. Так, в Смоленской области в целях сокращения дефицита медицинских работников медицинскими организациями и органами местного самоуправления установлены ежемесячные денежные выплаты (10 тыс. руб. – врачам анестезиологам и реаниматологам, 5 тыс. руб. – медицинским сестрам-анестезистам).

Также активно применяются повышение квалификации и дополнительная послевузовская подготовка для медицинских работников по целевым направлениям за счет региональных бюджетов (для уже работающих медицинских работников или в качестве бонуса для привлечения нового медицинского персонала). В Нижегородской области с целью реализации комплекса мер по устранению дефицита врачебных кадров внедряются технологии дистанционного обучения, с 2015 г. также организуются образовательные программы для главных врачей и их заместителей. Например, уже 68 заместителей главных врачей по экономическим вопросам прошли программу повышения квалификации по теме «Эффективное управление ресурсами в медицинской организации». В течение 2015 г. дополнительную профессиональную подготовку по программам общего и тематиче-

ского усовершенствования, а также профессиональной переподготовки и специализации получили 9328 врачей и 9200 средних медицинских работника (в 2014 г. – 7923 и 9181), что составило, соответственно 40,8% и 17,8% от общего числа работающих специалистов данных категорий (2014 г. – 35,2% и 19,4%).

В целях повышения престижа профессии медицинского работника, морального и материального стимулирования в регионах РФ проводятся конкурсы профессионального мастерства. В *Московской области* в целях повышения престижа профессии медицинских работников в 2015 г. организованы и проведены конкурсы профессионального мастерства: «Лучший по профессии» среди рентгенолаборантов; областная Олимпиада выпускников медицинских колледжей; областной конкурс «Лучший специалист со средним медицинским образованием Московской области»; областной конкурс «Лучший врач Московской области» и т.д.

В 2015 г. впервые победители областных конкурсов среди врачей и средних медработников (28 человек) получили денежные премии в размере 150 и 80 тыс. руб. соответственно.

В *Курганской области* проведена работа по моральному стимулированию кадрового потенциала: государственными наградами в 2014 г. были награждены трое медицинских работников, ведомственными наградами – 116, областными наградами – 317; Почетными грамотами Департамента здравоохранения Курганской области – 664 медработника.

В целях повышения престижа профессии медицинского работника было организовано проведение: приема молодых врачей-специалистов Губернатором Курганской области; конкурса лучших врачей Курганской области по различным специальностям; конкурса молодых врачей «Молодость, новаторство, талант» в рамках ежегодного конкурса на звание «Лучший врач года». По результатам конкурсов победителям вручены дипломы, ценные подарки и премии.

В ряде субъектов РФ во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (пп. «г» п. 2) по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров с целью обеспечения высококвалифицированными и мотивированными медицинскими кадрами официально утверждены и достаточно успешно реализуются региональные комплексные программы по кадровому обеспечению. Так, в *Курганской области*, *Пермском крае* и *Костромской области* с 2014 г. действуют подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственных региональных программ «Развитие здравоохранения до 2020 г.».

В *Московской области* в целях привлечения медицинских кадров в государственные учреждения здравоохранения в 2015 г. была специально разработана и утверждена «Дорожная карта»<sup>8</sup>.

В соответствии с утвержденным планом мероприятий и планом-заключением для руководителей учреждений здравоохранения Московской области в срок до 1 сентября 2015 г. на работу было привлечено 1500 медицинских работников.



Таблица 4

**Основные региональные инициативы по стимулированию трудоустройства медицинских кадров в современной Российской Федерации и предложения по их совершенствованию**

№	Региональные инициативы	Предложения по совершенствованию
1.	Целевой прием абитуриентов в медицинские вузы	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Формирование системы индикаторов и критериев оценки федерального, регионального и ведомственного контроля за выполнением со стороны выпускников вузов условий целевого приема (с возвратом денежных средств в случае их невыполнения);</li> <li>- введение льготного всенконтурского поступления в медицинские вузы на бюджетной основе для детей медицинских работников, работающих в сельских и отдаленных районах</li> </ul>
2.	Программы софинансирования обучения в медицинском вузе, заключаемые между муниципалитетом и студентом	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Расширение программы и распространение положительного опыта на все регионы;</li> <li>- обеспечение должного контроля на региональном и ведомственном уровне за выполнением со стороны выпускников вузов условий целевого приема с возвратом денежных средств в случае невыполнения условий (с четкой методологической проработкой индикаторов и критериев оценки)</li> </ul>
3.	Региональная программа «Земский доктор»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дополнительное обеспечение должного уровня бесплатной переподготовки медицинского персонала, работающего в сельской местности, в зависимости от потребностей региона;</li> <li>- предоставление возможности бесплатного повышения квалификации (в том числе дистанционно);</li> <li>- гендерная дифференциация и увеличение возраста «с 35 до 55» у мужчин-врачей и «с 35 до 50 лет» у женщин-врачей – претендентов на участие в программе «Земский доктор»;</li> <li>- введение льготного всенконтурского поступления в медицинские вузы на бюджетной основе для детей врачей, работающих в сельских и отдаленных районах;</li> </ul>

№	Региональные инициативы	Предложения по совершенствованию
3.	Региональная программа «Земский доктор»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- упрощение процедуры выбора региона и получения финансового обеспечения согласно данным программам;</li> <li>- ведомственный контроль как на федеральном, так и субъектном уровне за выполнением со стороны медицинских работников условий программы (с уточненной и более четкой системой показателей и критериев успешного выполнения программы со стороны медицинского работника)</li> </ul>
4.	Региональная программа «Земский фельдшер»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Расширение программы и распространение положительного опыта на другие регионы;</li> <li>- предоставление возможности бесплатного повышения квалификации (в том числе дистанционно);</li> <li>- упрощение процедуры выбора региона и получения финансового обеспечения согласно данным программам;</li> <li>- введение льготного внеконкурсного поступления в медицинские учреждения на бюджетной основе для детей среднего медицинского персонала, работающего в сельских и удаленных районах</li> </ul>
5.	Единоременные компенсационные выплаты выпускникам медицинских вузов и колледжей, прибывающим для работы в сельские и удаленные районы (суммы разнятся по отдельным районам, муниципальным образованиям)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Увеличение выплат по существующим программам, в том числе назначение дополнительных выплат в зависимости от потребности в медицинских кадрах (интенсивности труда) в соответствующих регионах;</li> <li>- предоставление возможности льготного приобретения личного автотранспорта для регионов большой протяженности и с малой плотностью населения</li> </ul>
6.	Повышение квалификации и дополнительная послевузовская подготовка для медицинских работников по целевым направлениям за счет региональных бюджетов	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение возможности преемственной передачи медицинской информации – организация наставничества со стороны уже работающего медицинского персонала;</li> <li>- обеспечение должного уровня бесплатной переподготовки медицинского персонала, работающего в сельской местности, в зависимости от потребностей региона;</li> <li>- предоставление возможности бесплатного дистанционного обучения;</li> <li>- предоставление возможности проведения онлайн-консультаций с узкими специалистами высокоспециализированных региональных центров</li> </ul>

№	Региональные инициативы	Предложения по совершенствованию
7.	Частичная или полная компенсация затрат на приобретение (строительство) жилья, компенсация расходов за коммерческий найм жилья, субсидии и приобретение служебного жилья (большая вариабельность по регионам по сумме компенсаций, субсидиям и др.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Возможность получения льготной ипотеки (контракт на 10 лет);</li> <li>- увеличение возраста для льготной ипотеки с 45 до 50 лет;</li> <li>- в рамках льготной ипотеки регион может либо полностью выплатить весь кредит, либо выплачивать основную часть кредита по покупке жилья, а получатель ипотеки – проценты – проценты по кредиту (в зависимости от региона)</li> </ul>
8.	Региональная программа «Сберегательный капитал»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Расширение программы и распространение положительного опыта на другие регионы;</li> <li>- перераспределение выплат по программам с федерального бюджета в регионы, в которых имеется выраженный дефицит кадров и бюджетских работников не предусматривает экономических мер стимулирования медицинских работников</li> </ul>
9.	Меры социальной поддержки	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Предоставление служебного транспорта для регионов большой протяженности и с малой плотностью населения;</li> <li>- увеличение количества календарных дней отпуска специалистов в зависимости от удаленности от центра региона;</li> <li>- введение льгот для медицинских работников на услуги общественного транспорта в регионе, междугороднего транспорта (раз в год во время отпуска);</li> <li>- Уменьшение возраста выхода на пенсию, обеспечение возможности при выходе на пенсию продолжать трудовую деятельность;</li> <li>- введение льготного внеконкурсного поступления в медицинские вузы и училища на бюджетной основе для детей медицинского персонала, работающего в сельских и отдаленных районах</li> </ul>

*Источники:* Составлена авторами.

За подпрограммами по кадровому обеспечению системы здравоохранения и «дорожными картами» большое будущее благодаря их системности, структурированности и разнообразным мероприятиям по решению кадрового дефицита медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Необходимо дальнейшее развитие мер социальной поддержки и экономического стимулирования медицинских работников для устранения кадрового дефицита в сельском здравоохранении.

Результаты проведения двух фокус-групп со студентами магистратуры «Управление и экономика здравоохранения» НИУ ВШЭ в апреле-июне 2016 г. позволили сформулировать ряд мер по привлечению и закреплению в сельской местности медицинского персонала, приведенных в таблице 4.

Представленный перечень рекомендаций может служить основой для поиска и внедрения новых мер по экономическому стимулированию врачей и медсестринского персонала для устранения кадрового дефицита. Проведенное исследование косвенно дает возможность оценить особенности реализации региональных и муниципальных инициатив привлечения и закрепления медицинских кадров в субъектах РФ. Каждый «пилотный» регион сформировал свою нормативную практику и реализует свои мероприятия на региональном и муниципальном уровне. Оценить результативность данных мероприятий можно будет только на основании проведения серьезных выборочных и специальных обследований, а также многолетних данных мониторинга. Необходимо широкое экспертное обсуждение как общих тенденций кадровой политики в сельском здравоохранении, так и регионального опыта внедрения новых организационно-экономических и управлеченческих инструментов экономического стимулирования врачей и медсестринского персонала для устранения кадрового дефицита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Жолобова Е.В., Мухачева Е.А., Шипицына В.В., Березовская Л.Л. Проблемы кадрового обеспечения средним медицинским персоналом лечебно-профилактического учреждения в сельской местности // Вятский медицинский вестник. – 2014. – № 1. – С. 21–24.
2. Суворова И. Деревенская надбавка // Российская газета от 28.04.2016. URL: <https://rg.ru/2016/04/28/reg-pfo/perm-medicin-selo.html> (дата обращения: 21.08.2016).
3. Шейман И.М., Шевский В.И. Почему в России не хватает врачей? // Экономическая политика. – 2014. – № 3. – С. 157–177.
4. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 24–28.
5. Barninghausen T., Bloom D. Financial incentives for return of services in underserved areas: a systematic review. BMC Health Serv. Res. 2009. Vol. 9. P. 86.
6. Dolea C., Stormont L., Braichet J.M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bulletin of the World Health Organization. 2010. Vol. 88. P. 379–385.
7. Kruse C.S., Bouffard S., Dougherty M., Parro J.S. Telemedicine Use in Rural Native American Communities in the Era of the ACA: a Systematic Literature Review. Journal of Medical Systems. 2016. Vol. 40. N. 6. P. 145.
8. Lyle D., Barclay L. Securing a rural health workforce for the next generation of rural Australians The Medical Journal of Australia. 2015. Vol. 202. N. 9. P. 469.
9. Meliala A., Hort K., Trisnantoro L. Adressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations. Soc. Sci. Med. 2013. Vol. 82. P. 30–34.
10. Straume K., Shaw D.M. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? Rural Remote Health. 2010. Vol. 10. P. 1366. URL: [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_1366.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1366.pdf) (дата обращения: 21.08.2016).
11. Sundmacher L., Ozegowski S. Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. The European Journal of Health Economics. 2016. Vol. 17. N. 4. P. 443–451.
12. WHO. World Health Organization Dieleman M., Kane S., Zwanikken P., Gerretsen B. Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Technical Report. 2011. N. 1. P. 27.

## ПРИМЕЧАНИЯ

- 1 О грантах Правительства Республики Татарстан врачам-специалистам, врачам клинико-лабораторной диагностики, принятых в 2015 г. на работу в государственные учреждения здравоохранения Республики Татарстан (с изменениями) // (электронный ресурс) <http://docs.cntd.ru/document/463307263> (дата обращения: 16.05.2015).
- 2 Интервью члена комитета ГД по охране здоровья Салии Мурзабаевой о реализации программы «Земский доктор» (данные на 2015 г.) // (электронный ресурс) <http://www.komitet2-km.duma.gov.ru/site.xp/052057124050054049055.html> (дата обращения: 16.05.2015).
- 3 Комментарий Минздрава России об эффективности программы «Земский доктор» (15.06.2015) // (электронный ресурс) <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/07/15/2449-komentariy-minzdrava-rossii-ob-effektivnosti-programmy-zemskiy-doktor> (дата обращения: 09.11.2016).
- 4 В Курской области благодаря «Единой России» появляются земские фельдшеры // (электронный ресурс) <http://er.ru/news/128913/> (дата обращения: 09.11.2016).
- 5 Постановление Правительства Ульяновской области от 04.12.2015 N 617-П «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат на приобретение жилья фельдшерам в возрасте до 50 лет, прибывшим в 2015–2016 годах на работу в ФАП, расположенные в УО».
- 6 Программу «Земский фельдшер» нужно развивать // (электронный ресурс) <http://tomsk.bezformata.ru/listnews/programmu-zemskij-feldsher-nuzhno/47659802/> (дата обращения: 09.11.2016).
- 7 800 врачей Подмосковья получат льготную ипотеку (февраль 2016) // (электронный ресурс) <http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/02/16/111mosobl/> (дата обращения: 09.11.2016).
- 8 Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 22.04.2015 N 594 «О плане мероприятий («Дорожная карта») по привлечению медицинских кадров в государственные учреждения здравоохранения Московской области».