

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОТРАСЛЕВОЙ ЦЕНТР КОМПЕТЕНЦИЙ И ОРГАНИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ
КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ КАДРОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рекомендации для органов исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
по ликвидации дефицита кадров

(версия 3.1)

Москва, 2025 г.

| | |
|---|----|
| Оглавление | |
| Введение..... | 3 |
| 1. Общие положения..... | 3 |
| 2. Методика комплексной оценки потребности медицинских организаций в медицинских кадрах..... | 6 |
| 2.1. Оценка текущей кадровой ситуации в региональной системе здравоохранения..... | 6 |
| 2.2. Оценка основных характеристик движения медицинских кадров..... | 9 |
| 2.3. Определение кадровой потребности региональной системы здравоохранения..... | 13 |
| 2.4. Планирование объемов подготовки и привлечения медицинских кадров | |
| 27 | |
| 3. Мероприятия кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах | 32 |
| 3.1. Общие принципы реализации кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации | 33 |
| 3.2. Оценка текущей ситуации, причин, факторов и рисков реализации кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации..... | 36 |
| 3.3. Типовой перечень мероприятий и решений кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации | 42 |
| 4. Методика оценки эффективности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах | 48 |
| 4.1. Уровни оценки результатов мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах | 48 |
| 4.2. Методика оценки продуктивности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах | 50 |
| 4.3. Методика оценки результативности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах..... | 54 |
| 4.4. Методика оценки эффективности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах | 57 |

Введение

Рекомендации для органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по ликвидации дефицита кадров (далее – Рекомендации) разработаны Отраслевым центром компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) с целью определения комплекса мероприятий по ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении на территории субъекта Российской Федерации на основании результатов оценки эффективности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах, обеспечению медицинскими кадрами населения субъекта Российской Федерации.

Настоящие Рекомендации позволяют определить механизмы совершенствования планов реализации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах, подходов к организации мониторинга кадрового обеспечения медицинских организаций региональной системы здравоохранения, своевременно выявить риски реализации мероприятий кадровой политики, скорректировать комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию кадрового дефицита на территориях субъектов Российской Федерации, а также оптимально использовать факторы, влияющие на реализацию кадровой политики в сфере здравоохранения региона.

Рекомендации предназначены для руководителей и специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, глав администраций и их заместителей по социальным вопросам, руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций, для специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, для специалистов кадровых служб и других профильных специалистов.

Рекомендации в полном объеме позволяют обеспечить организацию мониторинга кадрового обеспечения медицинских организаций на территории субъекта Российской Федерации.

1. Общие положения

Для выстраивания эффективной государственной политики в сфере здравоохранения необходимы синхронизация и обеспечение преемственности стратегических документов, определение целевых показателей и результатов кадровой политики в сфере здравоохранения, направленной на повышение качества и доступности медицинской помощи.

Согласно пункту 6 статьи 4, статье 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья) основным принципом охраны здоровья являются доступность и качество медицинской помощи. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в том числе наличием

необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации, возможностью выбора медицинской организации и врача.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – Госпрограмма). Приоритеты государственной политики в сфере реализации Госпрограммы определены стратегическими документами:

Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»;

Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации»;

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»;

Стратегия пространственного развития Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 13.02.2019 № 207-р.

В соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400, целями государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала являются устойчивый естественный рост численности и повышение качества жизни населения, укрепление здоровья граждан.

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» определена национальная цель развития Российской Федерации на период до 2036 года – «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи».

Задачи Госпрограммы определены в соответствии с национальными целями:

- создание и развитие медицинской инфраструктуры, в том числе в малонаселенных пунктах, развитие сети медицинских организаций первичного звена в малонаселенных пунктах, приобретение передвижных медицинских комплексов, организация санитарно-авиационной эвакуации в труднодоступных населенных пунктах;

- совершенствование системы оказания медицинской помощи лицам с болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом, инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ-инфекцию и гепатит С, а также детям;

- ликвидация дефицита медицинских работников;
- повышение доступности квалифицированной помощи женщинам и детям, в том числе охрана репродуктивного здоровья;

- реализация мероприятий, направленных на увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;

-
- повышение качества и доступности медицинской помощи для лиц старше трудоспособного возраста;
 - реализация стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения;
 - повышение эффективности сектора исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения, совершенствование управления прикладными медицинскими научными исследованиями;
 - продолжение внедрения пациент-ориентированных подходов в организации и оказании медицинской помощи;
 - обеспечение дальнейшей интеграции новых субъектов Российской Федерации в систему здравоохранения Российской Федерации;
 - медико-социальная помощь ветеранам боевых действий, принимавшим участие (содействовавшим выполнению задач) в специальной военной операции.

Реализация мероприятий Госпрограммы для решения задач, определенных национальными целями, осуществляется в следующих направлениях:

- совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;
- развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- развитие кадровых ресурсов в здравоохранении;
- развитие международных отношений в сфере охраны здоровья;
- экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья;
- медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан;
- информационные технологии и управление развитием отрасли.

2. Методика комплексной оценки потребности медицинских организаций в медицинских кадрах

2.1. Оценка текущей кадровой ситуации в региональной системе здравоохранения

Мониторинг текущего состояния кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения осуществляется для оперативной диагностики, которая должна своевременно сигнализировать о негативных тенденциях изменения в сфере охраны здоровья. По этой причине финансовые показатели, используемые в мониторинге, должны быть высоко информативными. Вместе с тем, количество таких показателей не должно быть очень велико. В противном случае сложно будет их совместно проанализировать и принять адекватное решение.

Мониторинг кадрового обеспечения – систематизированное, специально организованное, регулярное отслеживание развития профессионализма и компетентности медицинского персонала в целях разработки адекватных управленческих решений по коррекции плана развития кадрового потенциала сферы и созданных условий для его реализации на основе анализа собранной информации.

Объективность оценки кадрового потенциала неразрывно связана с соблюдением определенных ключевых принципов.

Принцип стратегичности означает, что мониторинг кадрового потенциала должен отвечать потребностям развития системы здравоохранения региона, способствовать обеспечению медицинских организаций медицинскими кадрами, адаптированными к технологическим изменениям оказания медицинской помощи

Принцип непрерывности предполагает, что мониторинг кадрового потенциала рассматривается как постоянно осуществляемая деятельность органов государственной власти, направленная на проведение комплексной оценки имеющегося кадрового потенциала

Принцип ресурсного соответствия основывается на использовании проектирования системы мониторинга в соответствии с имеющимися ресурсами

Принцип реалистичности нацеливает на то, что показатели мониторинга должны отвечать требованиям, предъявляемым к соответствующим категориям медицинского персонала и должностям медицинских работников

Принцип открытости и прозрачности позволяет заинтересованным лицам увидеть применяемые параметры, шкалы, результаты оценки, а также принятые на основании полученных данных управленческие решения в отношении объекта мониторинга

Принцип доступности, полноты и достоверности требует, чтобы информация о состоянии и качестве кадрового потенциала медицинского персонала, полученная в результате мониторинговых исследований, детально раскрывала результаты оценки, не содержала фальсифицированных данных о состоянии медицинских кадров системы здравоохранения.

Важность кадрового обеспечения любой отрасли обоснована тем, что работник оказывает детерминирующее влияние на все процессы производства-потребления продуктов и услуг. Мониторинг кадрового обеспечения обеспеченности оптимизирует кадровое планирование: позволяет прогнозировать сезонные колебания потребности в медицинском персонале и своевременно корректировать стратегию найма.

При организации мониторинга кадрового мониторинге необходимо использование следующего минимального набора показателей, в том числе по видам медицинской помощи:

- укомплектованность государственных и муниципальных медицинских организаций (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских организациях), %: врачами;
- укомплектованность государственных и муниципальных медицинских организаций (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских организациях), %: средними медицинскими работниками;
- обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел. на 10 тыс. населения;
- обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел на 10 тыс. населения;
- коэффициент совместительства врачей, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях, ед.;
- коэффициент совместительства средних медицинских работников, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях, ед.;
- коэффициент достаточности врачей, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях, ед.;
- коэффициент достаточности средних медицинских работников, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях, ед.

Укомплектованность медицинских организаций медицинскими работниками – это соотношение фактически занятых должностей к общему количеству штатных единиц, установленных в организационной структуре медицинской организации. Данный параметр выражается в процентах и позволяет оценить, насколько полно укомплектован штат медицинских

работников в конкретный момент времени.

Анализ уровня укомплектованности выполняет несколько важных функций в рамках кадрового обеспечения медицинских организаций региональной системы здравоохранения. Во-первых, это индикатор кадровой стабильности в регионе. Низкие значения показателя сигнализируют о проблемах в системе подбора и адаптации медицинского персонала. Во-вторых, это показатель операционной эффективности – дефицит медицинских кадров неизбежно приводит к перераспределению трудовой нагрузки и снижению доступности и качества медицинской помощи населению.

При оценке уровня укомплектованности важно учитывать отраслевую специфику, сформированную порядками оказания медицинской помощи и объемами оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

- сбалансированная укомплектованность медицинских организаций медицинскими кадрами – от 95% до 100%;
- низкая укомплектованность медицинских организаций медицинскими кадрами – от 90% до 95%;
- критически низкая укомплектованность медицинских организаций медицинскими кадрами – до 90%.

Вместе с тем сведений о штатной укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками недостаточно для объективной оценки кадровой ситуации.

Для обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи крайне важно соблюдение нормативных требований с учётом плотности населения. Таким показателем является **обеспеченность** медицинскими работниками соответствующей категории, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, на 10000 населения. Показатель характеризует доступность медицинской помощи населению, способность своевременного ее оказания. Рост данного показателя сопровождается увеличением обращаемости населения в медицинские организации, сокращением времени ожидания визита к врачу, увеличением плановой госпитализации в стационар, проведением мероприятий по профилактике заболеваемости, снижением экстренной госпитализации, связанной с обострением хронических заболеваний. Показатель рассчитывается как отношение числа медицинских работников – основных работников на занятых должностях к численности населения.

Дополнительными, но не менее важными показателями кадровой ситуации являются следующие коэффициенты.

Под **коэффициентом совместительства** понимается показатель, определяющий соотношение занятых должностей и числа медицинских

работников – основных работников. Работник имеет право заключать трудовые договоры о выполнении в свободное от основной работы время другой регулярной оплачиваемой работы у того же работодателя (внутреннее совместительство) и (или) у другого работодателя (внешнее совместительство) (статья 60.1 Трудового Кодекса Российской Федерации). Показатель позволяет оценить нагрузку медицинских работников при обеспечении укомплектованности медицинских организаций медицинскими кадрами. Для расчета указанного коэффициента необходимо число штатных должностей по определенной категории работников разделить на фактическое количество работников по рассчитываемой категории.

Для оценки уровня трудовой нагрузки следует использовать следующую шкалу:

- недостаточная трудовая нагрузка медицинских работников (коэффициент менее 1,0);
- сбалансированная трудовая нагрузка медицинских работников (коэффициент от 1,0 (включительно) до 1,2 (включительно));
- избыточная трудовая нагрузка медицинских работников (коэффициент от 1,2 (исключая) до 1,5 (включительно));
- чрезмерная трудовая нагрузка медицинских работников (коэффициент более 1,5).

Под **коэффициентом достаточности** понимается показатель, определяющий соотношение общего числа штатных должностей и числа медицинских работников – основных работников. Исходя из позиции, что штатное расписание медицинских организаций составляется на основании порядком оказания медицинской помощи и объемами оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и отражает оптимальную кадровую потребность в медицинских кадрах, показатель позволяет определить способность / возможность оказания необходимого объема медицинской помощи населению медицинским персоналом медицинской организации.

Для оценки уровня следует использовать следующую шкалу:

- избыточное кадровое обеспечение (коэффициент менее 1,0);
- сбалансированное кадровое обеспечение (коэффициент от 1,0 (включительно) до 1,2 (включительно));
- дефицит кадрового обеспечения (коэффициент от 1,2 (исключая) до 1,5 (включительно));
- критический дефицит кадрового обеспечения (коэффициент более 1,5).

2.2. Оценка основных характеристик движения медицинских кадров

Движение персонала является важной составляющей трудового рабочего

процесса. Обновление профессионального коллектива – это неизбежный процесс в любой организации, привнося новые импульсы в ее развитие. В то же время излишне высокий уровень приема и увольнения медицинских работников, характерный для современных медицинских организаций, приводит к дестабилизации трудового коллектива и снижению эффективности управления персоналом. При этом от того, насколько работников устраивает организация, в которой они осуществляют свою трудовую, мотивационную, квалификационную деятельность, зависит изменение динамики процессов движения кадров, а именно: их перемещение, прием и увольнение. От того, как медицинская организация спланировала перемещение медицинских работников, сумела адаптировать их к новым условиям работы, удовлетворить и стимулировать их трудовую деятельность, зависит их решение остаться в этой организации или же устроиться на другое место работы с лучшими социально-экономическими условиями труда.

В теории управления персоналом, в том числе в здравоохранении, определяют большое число показателей и коэффициентов, характеризующих интенсивность движения медицинских кадров. С точки зрения, оценки эффективности реализуемых мер по привлечению и закреплению медицинских работников на рабочих местах наиболее продуктивными, на наш взгляд, являются следующие:

- коэффициент оборота по приему медицинских кадров
- коэффициент оборота по выбытию медицинских кадров
- коэффициент замещения медицинских кадров
- коэффициент текучести медицинской кадров

Мониторинг движения медицинских кадров в регионе должен осуществляться с периодичностью не реже 1 раза в квартал. Учитывая многопрофильность медицинских организаций по видам оказываемой медицинской помощи в качестве типовой формой организации сбора информации в пределах указанного мониторинга может быть использована форма, приведенная в приложении № 4 к настоящим рекомендациям

1) Коэффициент оборота по приему медицинских работников. Объемы и источники привлечения медицинских кадров в 2024 г.

Коэффициент оборота по приему медицинских работников является показателем результативности мероприятий по привлечению медицинских работников в систему здравоохранения. Он позволяет определить удельный вес вновь трудоустроенных в медицинскую организацию медицинских работников к среднесписочной численности медицинского персонала в анализируемом периоде. Коэффициент рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{оп} = \frac{\Pi}{C_{сч}}, \text{ где}$$

$K_{оп}$ – коэффициент оборота по приему медицинских работников;

Π – число принятых медицинских работников, чел.;

$C_{сч}$ – среднесписочная численность медицинских работников, чел.

2) Коэффициент оборота по выбытию медицинских работников.

Объемы и направления выбытия медицинских кадров в 2024 г.

Коэффициент оборота по выбытию медицинских работников является показателем результативности мероприятий по закреплению медицинских работников в систему здравоохранения. Он позволяет определить удельный вес уволившихся из медицинской организации медицинских работников по всем основаниям к среднесписочной численности медицинского персонала в анализируемом периоде. Коэффициент рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{ов} = \frac{y}{C_{сч}}, \text{ где}$$

$K_{ов}$ – коэффициент оборота по выбытию медицинских работников;

y – число уволившихся медицинских работников, чел.;

$C_{сч}$ – среднесписочная численность медицинских работников, чел.

3) Коэффициент замещения медицинских кадров.

Коэффициент характеризует общую результативность мероприятий кадровой политики региона по привлечению и закреплению медицинских работников на рабочих местах, представляет собой число привлеченных медицинских работников на одного выбывшего медицинского работника, рассчитывается по формуле:

$$K_3 = \frac{\Pi}{y}, \text{ где}$$

K_3 – коэффициент замещения медицинских кадров;

Π – число принятых медицинских работников, чел.;

y – число уволившихся медицинских работников, чел.

Для оценки уровня следует использовать следующую шкалу:
критический отток медицинских кадров (до 0,75 (включительно));
отток медицинских кадров (от 0,75 (исключая) до 0,97 (включительно));
замещение медицинских кадров (от 0,97 (исключая) до 1,02 (включительно));
приток медицинских кадров (свыше 1,02).

4) Коэффициент текучести медицинских кадров.

Коэффициент текучести медицинских кадров характеризует результативность мероприятий кадровой политики региона по закреплению

медицинских работников на рабочих местах, неоправданное движение медицинских кадров, вызывающее потери рабочего времени на подготовку новых медицинских работников, освоение ими оборудования, и представляет число уволенных по собственному желанию, а также по инициативе работодателя (по другим причинам) на среднесписочную численность рабочих за соответствующий период. Коэффициент рассчитывается по следующей формуле:

$$K_t = \frac{Y_c}{C_{c\chi}}, \text{ где}$$

K_t – коэффициент оборота по выбытию медицинских работников;

Y – число уволившихся медицинских работников по собственному желанию, чел.;

C_{c\chi} – среднесписочная численность медицинских работников, чел.

Принято различать естественную текучесть кадров и повышенную текучесть кадров. *Естественная текучесть* кадров способствует обновлению трудового коллектива и не требует от руководства организации каких-либо особых мер. *Излишняя текучесть* вызывает значительные экономические потери, создает кадровые, организационные, технологические и психологические проблемы. *Неконтролируемая текучесть* кадров указывает на недостатки в управлении медицинскими персоналом и на серьезные проблемы в отрасли / медицинской организации в целом. В то же время полное *отсутствие текучести кадров* на предприятии ведет к кадровому застою.

В сфере здравоохранения показатель текучести медицинских кадров:

0-3% (исключая) - отсутствие текучести кадров;

от 3% (включительно) до 9% (исключая) - естественная текучесть кадров;

от 9% (включительно) до 15% (исключая) - излишняя текучесть кадров;

15% и более - неконтролируемая текучесть кадров.

5) Коэффициент воспроизводства медицинских кадров.

Дополнительной характеристикой движения медицинских кадров является коэффициент воспроизводства медицинских кадров. Важной функцией системы здравоохранения является ее способность к воспроизводству профессиональной структуры в части сбалансированности объемов подготовки молодых специалистов, объемов привлечения молодых специалистов в систему здравоохранения, объемам естественного оттока медицинских кадров старших возрастов.

Коэффициент воспроизводства медицинских кадров характеризует результативность мероприятий кадровой политики региона по повышению эффективности трудоустройства выпускников образовательных организаций, реализующих образовательные программы медицинского профиля, в государственную систему здравоохранения и представляет собой число

привлеченных молодых специалистов на одного медицинского работника, выбывшего на пенсию по возрасту, по инвалидности, умершего. Коэффициент рассчитывается по следующей формуле:

$$K_b = \frac{\Pi_{mc}}{Y_{cb}}, \text{ где}$$

K_b – коэффициент воспроизводства медицинских кадров;

Π_{mc} – число принятых медицинских работников из числа молодых специалистов, завершивших обучение по основным образовательным программам медицинского образования в текущем году, чел.;

У – число уволившихся медицинских работников, вышедших на пенсию по возрасту, по инвалидности, умерших, чел.

Для оценки уровня следует использовать следующую шкалу:

до 0,75 (включительно) – критически низкое воспроизводство;

от 0,75 (исключая) до 0,95 (включительно) – низкое воспроизводство;

от 0,95 (исключая) до 1,05 (включительно) – замещающее воспроизводство;

от 1,05 (исключая) до 2,0 (включительно) – достаточное воспроизводство;

свыше 2,0 – развивающее воспроизводство (при остром дефиците медицинских кадров).

2.3. Определение кадровой потребности региональной системы здравоохранения

Законом об охране здоровья установлено, что медицинская деятельность – это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно- противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская деятельность в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» подлежит лицензированию. Медицинскую деятельность в качестве основного (уставного) вида осуществляют медицинские организации и иные организации, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (статья 2 Закона об охране здоровья).

Пунктом 13 части 1 статьи 2 Закона об охране здоровья медицинский работник определяется как физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской

деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Трудовые отношения медицинской организации с медицинским работником согласно Трудовому кодексу Российской Федерации основаны на их соглашении о личном выполнении работником за плату трудовой функции (работы по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретного вида поручаемой работнику работы) в интересах, под управлением и контролем работодателя, подчинении работника правилам внутреннего трудового распорядка при обеспечении работодателем условий труда, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором.

Таким образом, учитывая организационный уровень осуществления медицинской деятельности кадровый дефицит определяется исходя из количества незанятых должностей (ставок) штатного расписания, для занятия которых работнику требуется обладать определенной специальностью, квалификацией, видом (видами) трудовой функций.

Потребность в медицинских кадрах в данном ключе характеризуется как число медицинских работников соответствующей специальности и квалификации, необходимое для обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению.

Расчет потребности в медицинских кадрах может проводится на основании сопоставления имеющейся потребности в заполнении вакантных ставок штатного расписания конкретной медицинской организации. При этом необходимо учитывать предельную штатную численность медицинских работников, определяющую максимальное экономически обоснованное число медицинских работников (физических лиц, допустимый коэффициент совместительства медицинскими работниками), а также сопоставление вакантной должности медицинских работников и медицинской специальности, необходимой для занятия такой должности.

Учитывая сроки подготовки специалистов, в рамках реализации кадровой политики потребность в медицинских кадрах следует определять на двух уровнях:

1. Уровень текущей потребности в медицинских кадрах. На этом уровне потребность в медицинских кадрах складывается из имеющейся на конкретную дату суммы вакантных ставок штатного расписания в разрезе специальностей и числа медицинских работников пенсионного возраста.

2. Уровень перспективной потребности в медицинских кадрах. Определение перспективной потребности прежде всего необходимо для

определения объемов подготовки медицинских работников для воспроизведения профессиональной структуры. Она складывается из числа специалистов старших возрастов (предпенсионный возраст).

На региональном уровне необходимо периодически проводить оценку текущей и перспективной (среднесрочной) потребности сферы здравоохранения в регионе и возможностей региона в воспроизведстве медицинских кадров в субъекте Российской Федерации вне зависимости от ведомственной принадлежности образовательной организации высшего и среднего профессионального образования, а также оценку адекватности объемов штатного расписания медицинских организаций реальной потребности в медицинских кадрах региона.

Определение потребности сферы здравоохранения субъекта Российской Федерации в медицинских кадрах включает три этапа:

1. Определение необходимого объема кадрового обеспечения медицинских организаций для обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению;
2. Оценка достаточности кадрового обеспечения медицинских организаций;
3. Планирование потребности в медицинских кадрах.

Определение необходимого объема кадрового обеспечения медицинских организаций для обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению. В системе здравоохранения на уровне федерального законодательства и правовых норм разработан ряд нормативных правовых актов, регламентирующих принципы формирования оптимального штатного расписания медицинской организации государственной системы здравоохранения. К ним относятся приказы Минздрава России о методиках расчета потребности в медицинских кадрах от 29.11.2019 № 974 и от 29.11.2019 № 973.

В соответствии с пунктом 2 Методики расчета потребности во врачебных кадрах, утвержденной приказом Минздрава от 29.11.2019 № 974 (далее – методика расчета потребности во врачебных кадрах), при определении потребности во врачебных кадрах в субъекте Российской Федерации учитываются:

- особенности заболеваемости с учетом пола и возраста населения;
- территориальные особенности (расположение субъекта в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, плотность населения, удельный вес сельского населения);
- наличие в субъекте Российской Федерации населенных пунктов, удаленных (более 300 км) от медицинских организаций, где оказывается специализированная медицинская помощь;

-
- возрастной состав врачей, работающих в медицинских организациях;
 - данные, содержащиеся в ФФСН № 30;
 - плановые объемы медицинской помощи, принятые в территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, утвержденные в субъекте Российской Федерации (далее - ТПГГ).

В соответствии с пунктом 2 Методики расчета потребности во врачебных кадрах, утвержденной приказом Минздрава от 29.11.2019 № 973, при определении потребности в среднем медицинском персонале в субъекте Российской Федерации учитываются:

- данные, содержащиеся в ФФСН № 30;
- расчетная численность врачей, оказывающих медицинскую помощь, в амбулаторных условиях населению субъекта Российской Федерации, рассчитанная согласно методике расчета потребности во врачебных кадрах;
- расчетное число больничных коек, рассчитанное согласно методике расчета потребности во врачебных кадрах;
- особенности оказания доврачебной медицинской помощи средним медицинским персоналом, предусмотренной порядками оказания медицинской помощи, установленными Минздравом России;
- наличие в субъекте Российской Федерации населенных пунктов, удаленных (более 300 км) от медицинских организаций, в которых оказывается специализированная медицинская помощь;
- территориальные особенности субъектов Российской Федерации (расположение субъекта в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, плотность населения, удельный вес сельского населения);
- объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ;
- возрастной состав среднего медицинского персонала, работающего в медицинских организациях;
- наличие в медицинских организациях структурных подразделений: фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов, здравпунктов.

Указанные позиции определяют объем труда медицинских работников и формируют перечень должностей и число ставок штатного расписания медицинской организации.

Использование методик расчета потребностей при текущем планировании штатного расписания медицинских организаций позволит также определить дефицит и профицит штатного расписания по конкретным медицинским организациям и конкретным должностям медицинских работников, что выражается как разница между расчетной потребностью в медицинских работниках и фактическим числом штатных должностей (ставок штатного расписания) медицинских работников.

Необходимый объем кадрового обеспечения медицинских организаций для обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению определяется в соответствии с приказами Минздрава России от 29.11.2019 № 973 и от 29.11.2019 № 974.

Оценка достаточности кадрового обеспечения медицинских организаций. Для проведения оценки достаточности кадрового обеспечения медицинских организаций необходимо рассчитать число медицинских работников на начало календарного года в соответствии с приказами Минздрава России от 29.11.2019 № 973 и от 29.11.2019 № 974, и сопоставить его с итоговыми данными о кадровом обеспечении медицинских организаций по состоянию на конец предыдущего календарного года по ФФСН №30 по трем позициям: 1) число штатных должностей; 2) число занятых должностей; 3) число физических лиц основных работников на занятых должностях. При этом расчетное число медицинских работников (потребность) является базовым (минимальным) значением для определения числа ставок штатного расписания медицинских организаций.

Оценка достаточности кадрового обеспечения по должностям медицинских работников в целом проводится на основании расчета показателей укомплектованности штатного расписания медицинскими кадрами и определении разницы итоговых данных о кадровом обеспечении медицинских организаций с общим расчетным числом медицинских работников (потребность).

На основании сопоставления указанных данных могут быть получены следующие оценки достаточности кадрового обеспечения медицинских организаций.

1. **Оценка оптимальности действующего штатного расписания** осуществляется на основании определения разницы числа ставок штатного расписания по должностям медицинских работников и расчетного числа медицинских работников (потребность). Для определения достаточного числа ставок штатного расписания в конкретной медицинской организации следует для каждой должности установить экономически обоснованное число ставок штатного расписания по каждой должности или медицинской организации в целом, в том числе учитывающее месторасположение медицинской организации и фактическую ситуацию для конкретной медицинской организации (далее – увеличивающий коэффициент), который может быть больше или равен 1,0, в том числе с учетом рекомендуемых штатных нормативов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

- баланс штатного расписания – число ставок штатного расписания, в том числе по конкретным должностям, соответствует расчетному числу медицинских работников (потребности) с учетом увеличивающего коэффициента;

- дефицит штатного расписания – число ставок штатного расписания, в том числе по конкретным должностям, ниже базового значения для определения числа ставок штатного расписания медицинских организаций;

- профицит штатного расписания – число ставок штатного расписания, в том числе по конкретным должностям, превышает расчетное число медицинских работников (потребности) с учетом увеличивающего коэффициента.

2. Оценка укомплектованности штатного расписания характеризует укомплектованность медицинской организации медицинскими кадрами по всем видам привлечения медицинского работника (основной работник, внутренний совместитель, внешний совместитель). Показывает уровень оптимальной укомплектованности штатного расписания для обеспечения нормального функционирования медицинской организации по оказанию соответствующих видов медицинской помощи, в том числе по конкретным должностям медицинских работников, что позволяет говорить о необходимости или об отсутствии необходимости его дальнейшего заполнения, в том числе в части пересмотра трудовых обязанностей и трудовой нагрузки:

- баланс укомплектованности штатного расписания – число занятых ставок штатного расписания, в том числе по конкретным должностям, соответствует расчетному числу медицинских работников (потребности) с учетом увеличивающего коэффициента, при этом показатель укомплектованности не ниже 95,0%. Дальнейшее укомплектование нормального функционирования медицинской организации по оказанию соответствующих видов медицинской помощи не требуется;

- дефицит укомплектованности штатного расписания – число занятых ставок штатного расписания, в том числе по конкретным должностям, ниже базового значения для определения числа ставок штатного расписания медицинских организаций;

- профицит укомплектованности штатного расписания – число занятых ставок штатного расписания, в том числе по конкретным должностям, превышает расчетное число медицинских работников (потребности) с учетом увеличивающего коэффициента. Требуется пересмотр трудовых функций, трудовой нагрузки, профиля коек и т.д., так как может являться причиной кредиторской задолженности медицинской организации.

3. Оценка штатной численности медицинских работников определяет достаточность числа медицинских работников (основных работников) медицинских организаций для обеспечения нормального функционирования медицинской организации по оказанию соответствующих видов медицинской помощи. Базовое (минимальное) значение штатной численности медицинского персонала определяется на основании расчетного числа медицинских работников (потребности) и допустимого коэффициента

совместительства медицинскими работниками, рассчитанного в соответствии с экономической целесообразностью. Предельная штатная численность медицинского персонала (максимальное экономически обоснованное число медицинских работников для конкретной медицинской организации) определяется исходя из числа ставок штатного расписания, рассчитанного с учетом увеличивающего коэффициента:

- баланс медицинских кадров – число медицинских работников (физических лиц) находится в интервале между базовым (минимальным) и максимальным (плановым) значениями штатной численности, при этом коэффициент совместительства не превышает установленного для медицинской организации. Привлечение медицинских работников осуществляется в целях удовлетворения перспективной потребности в медицинских кадрах. Трудовая нагрузка распределяется равномерно, рабочее время используется медицинскими работниками рационально, фонд заработной платы не имеет перерасхода средств;

- дефицит медицинских кадров – число медицинских работников (физических лиц), в том числе по конкретным должностям, ниже базового (минимального) значения штатной численности медицинского персонала. Трудовая нагрузка медицинских работников завышена, установлен высокий коэффициентом совместительства основных работников;

- профицит медицинских кадров – число медицинских работников (физических лиц), в том числе по конкретным должностям, максимального плановое значение штатной численности. Трудовая нагрузка распределяется неравномерно, рабочее время используется медицинскими работниками нерационально, фонд заработной платы имеет перерасхода средств.

Рассмотрим на конкретном примере на уровне субъекта Российской Федерации (субъект N).

Таблица 1

**Пример оценки достаточности кадрового обеспечения медицинских кадров в регионе
(на примере субъекта N по врачебным должностям)**

| | | Потребность в медицинских кадрах на предстоящий год. ¹ | Ставки штатного расписания (ФФСН № 30 на конец предыдущего года) | Занятые ставки (ФФСН № 30 за конец предыдущего года) | Физические лица (ФФСН № 30 на конец предыдущего года) | Расчетная штатная численность при коэффициенте совмещения 1,2 | Оценка оптимальности действующего штатного расписания (при оценке использован увеличивающий коэффициент 1,05) | Оценка укомплектованности штатного расписания (при оценке использован увеличивающий коэффициент 1,05) | Оценка штатной численности медицинских работников (при коэффициенте совместительства 1,2) |
|----------------------|-------|---|--|--|---|---|---|---|---|
| Врачи, всего | 12967 | 19502,00 | 16630,25 | 10511 | 10806 | + 6535,00 (профицит) | +3663,25 (профицит) | -2456/-295 (дефицит) | |
| в том числе: | | | | | | | | | |
| амбулаторные условия | 7929 | 9801,00 | 8389,50 | 5815 | 6608 | +1872,00 (профицит) | +460,50 (достаточность) | -2114/-793 (дефицит) | |
| стационарные условия | 4517 | 8836,75 | 7731,5 | 4309 | 3764 | +4319,75 (профицит) | +2311,1 (профицит) | -208/+545 (достаточность) | |

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы:

1. Совокупное штатное расписание медицинских организаций системы здравоохранения субъекта N является избыточным (число ставок действующего штатного расписания более чем на 5% превышает потребность во врачебных кадрах).

2. Отмечается дефицит медицинских работников (основных работников) на фоне профицита кадрового обеспечения штатного расписания (число занятых ставок штатного расписания), что свидетельствует о высоком коэффициенте внутреннего совместительства либо об интенсивном использовании механизмов внешнего совместительства вместо формирования устойчивого пула собственных медицинских кадров.

3. Объем профицита штатного расписания (число избыточных ставок в действующем штатном расписании) существенно превышает объем профицита кадрового обеспечения штатного расписания (число избыточных занятых ставок), что существенно влияет на показатели укомплектованности медицинских организаций медицинскими кадрами и искажает реальную потребность в медицинских кадрах для привлечения в медицинскую организацию.

Аналогичная методика должна быть применена в отношении оценки достаточности кадрового обеспечения медицинских организаций каждой должности медицинских работников в целом.

¹ В соответствии с приказом Минздрава России от 29.11.2019 №974.

Таблица 2

Пример оценки достаточности кадрового обеспечения медицинских кадров в регионе по должностям медицинских работников (на примере субъекта N по врачебным должностям)

| Наименование должности медицинского работника | Потребность в медицинских кадрах на предстоящий год. ² | Ставки штатного расписания (ФФСН № 30 на конец предыдущего года) | Занятые ставки (ФФСН № 30 на конец предыдущего года) | Физические лица (ФФСН № 30 на конец предыдущего года) | Оценка оптимальности действующего штатного расписания (при оценке использован увеличивающий коэффициент 1,05) | Оценка укомплектованности штатного расписания (при оценке использован увеличивающий коэффициент 1,05) | Оценка штатной численности медицинских работников (при коэффициенте совместительства 1,2) |
|--|---|--|--|---|---|---|---|
| акушеры-гинекологи | 691 | 1163 | 1047,5 | 678 | профицит | профицит | достаточно |
| аллергологи-иммунологи | 37 | 47,75 | 38,75 | 29 | профицит | достаточно | дефицит |
| врачи по медицинской реабилитации | 78 | 14 | 7,75 | 3 | дефицит | дефицит | дефицит |
| врачи по паллиативной медицинской помощи | 32 | 43,75 | 29,5 | 14 | профицит | дефицит | дефицит |
| врачи по рентгенэдоваскулярным диагностике и лечению | 23 | 53,25 | 50,75 | 33 | профицит | профицит | профицит |
| гематологи | 34 | 34,5 | 33 | 20 | достаточно | дефицит | дефицит |
| педиатры | 519 | 948,75 | 810 | 484 | профицит | профицит | норма |
| педиатры участковые | 765 | 591,75 | 532 | 471 | дефицит | дефицит | дефицит |
| руководители и заместители руководителей | 450 | 519,75 | 453,25 | 425 | профицит | достаточно | достаточно |
| терапевты | 617 | 1126,5 | 976,25 | 495 | профицит | профицит | дефицит |
| терапевты участковые | 1293 | 836,5 | 723 | 606 | дефицит | дефицит | дефицит |
| токсикологи | 1 | 1 | 1 | 1 | достаточно | достаточно | достаточно |

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы:

1. В субъекте N отсутствует необходимое для обеспечения доступности и качества медицинской помощи кадровое обеспечение по должностям врачей по медицинской реабилитации, педиатров участковых, терапевтов участковых. Требуется увеличение числа ставок штатного расписания по указанным должностям, активизация мер по привлечению медицинских работников, обладающих необходимой квалификацией.

2. Врачи-гематологи, врачи по медицинской реабилитации, врачи по паллиативной медицинской помощи, педиатры участковых, терапевты участковых являются дефицитными специальностями для региона, так имеющегося медицинского персонала не хватает для укомплектования медицинских организаций.

² В соответствии с приказом Минздрава России от 29.11.2019 №974.

3. По должностям врачей по паллиативной медицинской помощи, аллергологов-иммунологов, руководителей и заместителей руководителей требуется пересмотр штатного расписания для технического сокращения избыточных вакантных ставок штатного расписания.

4. По должностям терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, врачей по рентгенэдоваскулярным диагностике и лечению оптимизации штатного расписания для сокращения избыточных вакантных ставок штатного расписания должно предшествовать проведение мероприятий по обеспечению трудовых прав медицинских работников в части установленных трудовых отношений работника с работодателем, в том числе при сокращения доли привлечения внешних совместителей.

5. Дисбаланс должностей терапевтов и терапевтов участковых, педиатров и педиатров участковых.

Для выбора оптимальных мер по укомплектованию медицинских организаций медицинскими кадрами необходим также анализ ситуации по конкретным должностям в части условий оказания медицинской помощи.

Таблица 3

Пример оценки достаточности кадрового обеспечения медицинских кадров в регионе по должностям медицинских работников по условиям оказания медицинской помощи (на примере субъекта N по врачебным должностям)

| Наименование должности медицинского работника | Оценка кадрового обеспечения в целом | Оценка кадрового обеспечения в амбулаторных условиях | Оценка кадрового обеспечения в стационарных условиях |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Оценка оптимальности действующего штатного расписания (при оценке использован увеличивающий коэффициент 5%) | | | |
| бактериологи | профицит | профицит | профицит |
| гастроэнтерологи | профицит | профицит | достаточно |
| врачи по лечебной физкультуре | дефицит | дефицит | профицит |
| врачи по медицинской реабилитации | дефицит | дефицит | дефицит |
| психиатры детские и подростковые | профицит | профицит | дефицит |
| пульмонологи | профицит | дефицит | профицит |
| радиологи | дефицит | профицит | дефицит |
| урологи-андрологи | дефицит | достаточно | дефицит |
| фармакологи клинические | профицит | достаточно | профицит |
| Оценка укомплектованности штатного расписания (при оценке использован увеличивающий коэффициент 5%) | | | |
| аллергологи-иммунологи | достаточно | профицит | дефицит |
| анестезиологи- реаниматологи | профицит | профицит | профицит |
| дерматовенерологи | профицит | профицит | достаточно |
| колопроктологи | дефицит | дефицит | достаточно |
| по лечебной физкультуре | дефицит | дефицит | профицит |
| по паллиативной медицинской помощи | дефицит | профицит | дефицит |
| психиатры детские и подростковые | профицит | профицит | дефицит |
| пульмонологи | достаточно | дефицит | профицит |
| руководители и заместители руководителей | достаточно | достаточно | достаточно |
| урологи-андрологи | дефицит | дефицит | дефицит |

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| фтизиатры | профицит | достаточно | профицит |
| эндокринологи | профицит | дефицит | профицит |
| Оценка штатной численности медицинских работников (при коэффициенте совмещения 1,2) | | | |
| акушеры-гинекологи | достаточно | профицит | достаточно |
| врачи гигиенического профиля | дефицит | дефицит | дефицит |
| гематологи | дефицит | достаточно | дефицит |
| клинической лабораторной диагностики | достаточно | достаточно | достаточно |
| неврологи | достаточно | дефицит | достаточно |
| нефрологи | достаточно | дефицит | профицит |
| онкологи | дефицит | дефицит | достаточно |
| по рентгенэдоваскулярным диагностике и лечению | профицит | достаточно | профицит |
| оториноларингологи, включая сурдологов-оториноларингологов | дефицит | дефицит | профицит |
| патологоанатомы | дефицит | профицит | достаточно |
| педиатры | достаточно | достаточно | профицит |
| психиатры-наркологи | дефицит | профицит | дефицит |
| хирурги торакальные | профицит | дефицит | профицит |
| эндокринологи детские | достаточно | достаточно | дефицит |

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы:

1. При оптимизации штатного расписания необходимо определить области разбалансированности действующих штатных расписаний. Например, по должностям врачей по лечебной физкультуре - введению дополнительных ставок, позволяющих устранить дефицит штатной расписания в амбулаторных условиях, должно предшествовать сокращение профицитных ставок штатного расписания в стационарных условиях. По должностям пульмонологов - сокращению «лишних» ставок штатного расписания необходимо устранить дефицит штатного расписания в амбулаторных условиях за счет перераспределения профицитных ставок штатного расписания в стационарных условиях.

2. При оптимизации укомплектованности штатного расписания следует определить области дисбаланса заполненности штатного расписания. Так, по должностям врачей по лечебной физкультуре, врачей по паллиативной медицинской помощи, пульмонологов, аллергологов-иммунологов, эндокринологов, психиатров детских и подростковых для сокращения профицитных ставок штатного расписания в качестве мероприятий по обеспечению трудовых прав медицинских работников в части установленных трудовых отношений работника с работодателем должна быть предусмотрена возможность перевода работника по соответствующим должностям структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в разных условиях, либо установление приоритета трудоустройства в медицинских организациях, где отмечен дефицит.

3. При оптимизации штатной численности медицинских работников следует определить области дисбаланса штатной численности медицинского персонала и области безусловного дефицита медицинских работников для формирования планов подготовки, переподготовки медицинских кадров, в

также применения адресных мер социальной поддержки. Так, дефицитными специальностями являются врачи гигиенического профиля, онкологи, гематологи, неврологи, эндокринологи детские. В то время, как нефрологи, хирурги торакальные, оториноларингологи, включая сурдологов-оториноларингологов, психиатры-наркологи такими специальностями не являются, несмотря на наличие дефицита медицинских работниках в определенных условиях оказания медицинской помощи.

Планирование потребности в медицинских кадрах. Определение потребности медицинских организаций системы здравоохранения субъекта Российской Федерации в медицинских работниках является основополагающим для достоверного планирования мероприятий по их укомплектованию в краткосрочной и среднесрочной перспективах, выбора оптимальных источников привлечения медицинских кадров, включая выстраивание мероприятий по подготовке и переподготовке медицинских кадров.

Таблица 4
**Пример планирования объемов удовлетворения потребности
в медицинских кадрах на соответствующий период**

| | отчетная дата, предшествующая предыдущему году | | начало отчетного периода (конец предыдущего года) | | отчетная дата | |
|---|--|---------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| | Количество ставок ШР ³ | Количество занятых ставок | Количество ставок ШР | Количество занятых ставок | Количество ставок ШР | Количество занятых ставок |
| Абсолютные значения: | 9893,25* | 8263,25* | 10445,50* | 8906,75* | 12275,00* | 10482,50* |
| Укомплектованность: | 83,52*% | | 85,27*% | | 85,40*% | |
| Плановое значение показателя на год**: | | | | | 83,70*% | |
| Динамика изменения должностей в штатном расписании: | в течение предыдущего года | 552,25* стavok | 5,58*% процентов | на отчетную дату | 1829,50* стavok | 17,5*1% процент |
| Динамика изменения занятых должностей: | в течение предыдущего года | 643,50* стavok | 7,79*% процентов | | 1575,75* стavok | 17,69*% процент |
| Количество ставок штатного расписания необходимых для укомплектования в соответствии с плановым значением показателя на год | | | 172,20* стavok | | | |

* Пример использования данных

В рамках реализации в 2019-2024 гг. федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» ежегодно органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья издавались нормативные акты «О

³ ШР – штатное расписание.

потребности в работниках (персонале) различных категорий и квалификаций», практика издания которых является продуктивной для фиксирования и планирования мероприятий по привлечению медицинских работников для трудоустройства в медицинские организации. В целях решения такой задачи рекомендуется использовать следующую форму определения потребности медицинских организаций в медицинских кадрах в соответствии со штатным расписанием медицинской организации. Такая форма позволит соотнести выявленную текущую потребность в медицинских кадрах с плановыми значениями показателей кадровой политики, а также определить вклад каждой медицинской организации в достижении таких показателей, характеризующих укомплектованность. Кроме того, на базе формализованной текущей потребности в регионе должен быть сформирован годовой план укомплектованности медицинских организаций медицинскими кадрами.

Таблица 5

Форма приложения к нормативному акту органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья

**Потребность во врачах и средних медицинских работниках
в государственных и муниципальных медицинских организациях**

Врачебные должности:

| №п /п | Наимено вание должност и ¹⁾ | Наименованием специальн ости ²⁾ | Вид медицин ской помохи ³⁾ | Потребн ость, рассчита ная по приказу Минздра ва России от 29.11.20 19 № 974 | Количе ство ставок штатно го расписа ния по должно сти | Количе ство занятых ставок штатно го расписа ния по должно сти | Количество вакантных ставок, запланирова нных к укомплект ованию | Число физических лиц, планируем ых для укомплект ования вакантных ставок |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | Наименование медицинской организации | | | | | | | |
| 1.1. | | | | | | | | |
| 1.2. | | | | | | | | |
| 1... | | | | | | | | |
| ... | Наименование медицинской организации | | | | | | | |
| N. | | | | | | | | |
| N.1 | | | | | | | | |
| . | | | | | | | | |
| N.2 | | | | | | | | |
| . | | | | | | | | |
| N ... | | | | | | | | |
| ВСЕГО п о медицинской организации: | | | первичная медико-санитарная помощь | | | | | |
| | | | специализиро ванная медицинская помощь | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | скорая медицинская помощь | | | | | |
| | пallиативная медицинская помощь | | | | | |

Должности среднего медицинского персонала:

| №п /п | Наимено вание должност и ¹⁾ | Наименованием специальн ости ²⁾ | Вид медицин ской помохи ³⁾ | Потребн ость, рассчита нная по приказу Минздрава России от 29.11.2019 № 973 | Количе ство ставок штатно го расписа ния по должно сти | Количе ство занятых ставок штатно го расписа ния по должно сти | Количество вакантных ставок, запланирова нных к укомплект ованию | Число физических лиц, планируем ых для укомплекто вания вакантных ставок |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 1. Наименование медицинской организации | | | | | | | | |
| 1.1. | | | | | | | | |
| 1.2. | | | | | | | | |
| 1... | | | | | | | | |
| ... Наименование медицинской организации | | | | | | | | |
| N. | | | | | | | | |
| N.1 | | | | | | | | |
| . | | | | | | | | |
| N.2 | | | | | | | | |
| . | | | | | | | | |
| N | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | |
| ВСЕГО по медицинской организации: | | | первичная медицинско-санитарная помощь | | | | | |
| | | | специализиро ванная медицинская помощь | | | | | |
| | | | скорая медицинская помощь | | | | | |
| | | | пallиативная медицинская помощь | | | | | |

¹⁾ Заполняется в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н.

²⁾ Заполняется в соответствии с Номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н, Номенклатурой специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2008 № 176н, профессиональными стандартами.

³⁾ На основании статей 32-36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с методиками расчета значений показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», утвержденными приказом Минздрава России от 01.04.2021 № 284, к первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара; специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, оказывается в

стационарных условиях. Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара.

2.4. Планирование объемов подготовки и привлечения медицинских кадров

Кадровое планирование — это прогнозирование, оценка и управление потребностями организации в медицинской персонале. Его цель — найти медицинских работников, которые могут оказывать необходимую медицинскую помощь населению с необходимой доступностью и качеством.

При построении модели установления соответствия заявленной в субъекте Российской Федерации потребности в подготовке по программам среднего профессионального и высшего медицинского и фармацевтического образования на установленный период и прогнозируемой кадровой потребности субъекта Российской Федерации в соответствующих специалистах, подготовка которых реализуется в рамках образовательных программ в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» на период, соответствующий сроку обучения, определяются три направления анализа:

- 1) определение кадровой потребности региональной системы здравоохранения (далее – потребность) (дает представление о структуре необходимого числа медицинских работников в конкретный момент времени);
- 2) определение конверсии подготовки и трудоустройства молодых специалистов в государственные медицинские организации региональной системы здравоохранения (далее – конверсия) (является результатом ретроспективных данных);
- 3) установление соответствия заявленной в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по программам среднего профессионального и высшего медицинского и фармацевтического образования и потребностью.

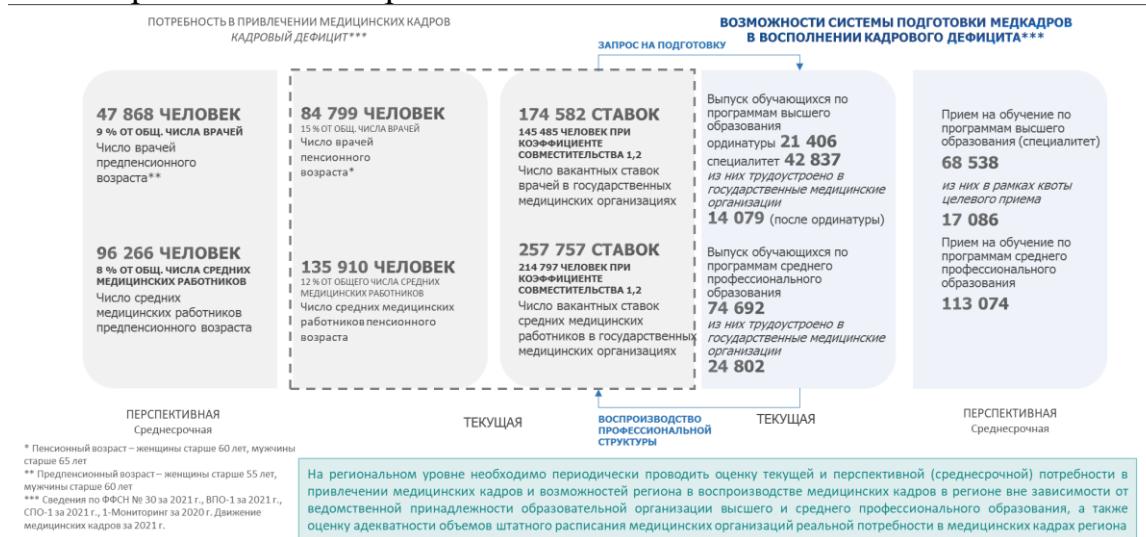


Рисунок 5 – Схема обоснованных прогнозов подготовки и развития квалификации медицинских работников

При определении общего объема потребности используются следующие параметры (с указанием источника данных):

- текущая кадровая потребность устанавливается исходя из числа вакантных ставок совокупного штатного расписания государственных медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (свободные рабочие места) по каждой должности медицинских работников. На основании требований базовому профессиональному образованию (уровень образования, специальность), установленных в профессиональных стандартах либо квалификационных требованиях (при отсутствии профессионального стандарта) рассчитывается текущая кадровая потребность в медицинских кадрах в соответствии с полученной специальностью высшего образования – специалитет. Источник данных: таблица 1100 формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации»;

- перспективная (прогнозная) кадровая потребность включает в себя текущую, но также учитывает объем рабочих мест, имеющих возможность к быстрому высвобождению по естественным причинам (выход на пенсию по возрасту). Устанавливается исходя из числа вакантных ставок совокупного штатного расписания государственных медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по каждой должности медицинского работника, увеличенного пропорционально доле ставок, занятых лицами старших возрастов (пенсионный и предпенсионный возраст – женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет). Источник данных: таблицы 1100, 1109 формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации».

Для врачей на основании требований высшему медицинскому и фармацевтическому образованию (уровень высшего образования, специальность), установленных в профессиональных стандартах либо квалификационных требованиях (при отсутствии профессионального стандарта) высчитывается кадровая потребность в медицинских кадрах в соответствии с полученной специальностью высшего образования – специалитет.

По результатам расчета общего объема потребности получены две группы потребности:

потребность в трудоустройстве после получения высшего медицинского и фармацевтического образования по программам специалитета;

потребность в подготовке кадров высшей квалификации по программам ординатуры с учетом необходимой для их освоения и последующего трудоустройства специальности.

С учетом этапности замещения вакантных и занимаемых лицами старших возрастов должностей врачей объем групп потребности распределялся на число лет, соответствующих срокам обучения по соответствующей специальности соответствующего уровня образования (при отсутствии критического

кадрового дефицита) либо на число лет, предусмотренных для обеспечения сбалансированности кадрового обеспечения (при наличии кадрового дефицита).

Для прогнозирования числа молодых специалистов, которые будут подготовлены и трудоустроены в государственные медицинские организации региональных систем здравоохранения, необходим учет конверсии. Рассчитывается на основании ретроспективных данных не менее трех законченных циклов подготовки и трудоустройства (в скобках приведены пример определения года происхождения данных для трудоустройства молодых специалистов в течение 1 года после завершения обучения в 2024 г. для специальности 31.05.01 Лечебное дело):

- 1) заявленная потребность в субъектах Российской Федерации – потребность в целевой подготовке по программам специалитета (на 2018 г.);
- 2) число абитуриентов, подавших заявление на обучение по соответствующей образовательной программе по «целевому направлению» (в 2018 г.);
- 3) число поступивших на обучение по соответствующей образовательной программе в рамках квоты целевого приема (в 2018 г.);
- 4) число выпускников (поступивших на обучение по соответствующей образовательной программе в рамках квоты целевого приема), завершивших обучение по соответствующей образовательной программе по договору о целевом обучении (в 2024 г.);
- 5) число выпускников (поступивших на обучение по соответствующей образовательной программе в рамках квоты целевого приема, завершивших обучение по соответствующей образовательной программе по договору о целевом обучении), допущенных к осуществлению профессиональной деятельности по соответствующей специальности по итогам аккредитации (в 2024-2025 гг.);
- 6) число выпускников (поступивших на обучение по соответствующей образовательной программе в рамках квоты целевого приема, завершивших обучение по соответствующей образовательной программе по договору о целевом обучении, допущенных к осуществлению профессиональной деятельности по соответствующей специальности по итогам аккредитации), трудоустроенных в государственные медицинские организации на должности врача (в 2024-2025 гг.).
- 7) число выпускников (поступивших на обучение по соответствующей образовательной программе в рамках квоты целевого приема, завершивших обучение по соответствующей образовательной программе по договору о целевом обучении, допущенных к осуществлению профессиональной деятельности по соответствующей специальности по итогам аккредитации), продолживших обучение по программам ординатуры по договорам о целевом обучении (в 2024 г.)

Предложенные параметры в разрезе каждой образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность по основным

профессиональным образовательным программам в области образования «Здравоохранение и медицинские науки», являются основой для оценки целесообразности направления на целевое обучение в образовательные организации иных регионов, при наличии в субъекте Российской Федерации вуза, реализующего образовательные программы по соответствующей специальности.

Предложенный перечень параметров может быть уточнен, так как анализ указанных данных может позволить оценить эффективность деятельности и организации взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, образовательных организаций высшего образования, иных заинтересованных сторон.

Одним числом коэффициент конверсии, используемый для количественного определения соответствия заявленной в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по основным образовательным программам и прогнозируемой кадровой потребности субъектов Российской Федерации в специалистах, подготовка которых реализуется в рамках основных образовательных программ среднего профессионального и высшего образования в области образования «Здравоохранение и медицинские науки», может быть рассчитан:

для потребности в трудоустройстве после получения среднего профессионального высшего медицинского и фармацевтического образования: как отношение числа выпускников, трудоустроенных в государственные медицинские организации на должности медицинских работников, к заявленной потребности в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по основным образовательным программам (параметр 6 к параметру 1);

для потребности в подготовке кадров по основным образовательным программам следующего уровня образования с учетом необходимой для их освоения и последующего трудоустройства специальности: как отношение числа выпускников, продолживших обучение по основным образовательным программам следующего уровня, к заявленной потребности в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по программам основным образовательным программам предыдущего уровня образования (параметр 7 к параметру 1).

Для оценки соответствия заявленной в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по основным образовательным программам и прогнозируемой кадровой потребности субъектов Российской Федерации в специалистах, подготовка которых реализуется в рамках основных образовательных программ высшего образования в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» предлагается следующая схема:

Определение заявленной в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по основным образовательным программам:

1) уточнение заявленной в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по основным образовательным программам в соответствии с

рассчитанным коэффициентом конверсии на этапе обучения (умножение на коэффициент);

2) соотнесение потребности в трудоустройстве после получения среднего профессионального и высшего медицинского и фармацевтического образования с уточненной заявленной в субъектах Российской Федерации потребности в подготовке по основным образовательным программам в соответствии с рассчитанным коэффициентом конверсии трудоустройства (умножение на коэффициент).

Используемые критерии оценки:

потребность отсутствует (отсутствуют соответствующие должности в совокупном штатном расписании либо имеющиеся в штатном расписании должности в пятилетней перспективе не нуждаются в замещении);

подготовка не ведется (при наличии должностей в совокупном штатном расписании, требующих замещения, заявленная потребность отсутствует);

недостаточная заявленная потребность (заявленная потребность соотносится с кадровой потребностью от 0 до 1);

достаточная заявленная потребность (заявленная потребность соотносится с кадровой потребностью от 1 и 2);

избыточная заявленная потребность (заявленная потребность соотносится с кадровой потребностью выше 2);

Факторы, влияющие на обеспечение ликвидации дефицита медицинского персонала за счет объемов привлечения выпускников, завершивших обучение по основным образовательным программам среднего профессионального в высшего медицинского и фармацевтического образования:

1. Конверсия трудоустройства:

- высокий ($\geq 100\%$) уровень эффективности трудоустройства выпускников, завершивших обучение по образовательным программам среднего профессионального в высшего медицинского и фармацевтического образования;

- достаточный уровень ($\geq 90\%$) уровень эффективности трудоустройства выпускников, завершивших обучение по образовательным программам среднего профессионального в высшего медицинского и фармацевтического образования;

- низкий уровень ($< 90\%$) уровень эффективности трудоустройства выпускников, завершивших обучение по образовательным программам среднего профессионального в высшего медицинского и фармацевтического образования (недостаточный для ликвидации дефицита медицинского персонала).

2. Объемы текущей потребности (потребность системы здравоохранения в медицинских кадрах формируется исходя из наличия дефицита в медицинских кадрах для укомплектования медицинских организаций работниками, имеющими соответствующую квалификацию):

- сбалансированная укомплектованность медицинских организаций

медицинскими кадрами – от 95% до 100%;

- низкая укомплектованность медицинских организаций медицинскими кадрами – от 90% до 95%;

- критически низкая укомплектованность медицинских организаций медицинскими кадрами – до 90%.

3. Объемы замещающей потребности (потребность системы здравоохранения в медицинских кадрах формируется также исходя из возрастной структуры и характеризуется долей лиц старших возрастов в общем числе средних медицинских работников).

- критически высокая ($\geq 25\%$) замещающая потребность;
- высокая ($\geq 25\%$) замещающая потребность;
- сбалансированная ($< 10\%$) замещающая потребность.

Возможные выводы по результатам проводимой оценки:

1) Низкая эффективность трудоустройства (низкая конверсия).

Выделение достаточного объема контрольных цифр приема не является фактором ликвидации дефицита региональной системы здравоохранения в средних медицинских работниках при отсутствии эффективных мер по привлечению молодых специалистов к трудуустройству в государственные медицинские организации и закреплению их на рабочих местах.

2) Дисбаланс объемов подготовки между отдельными специальностями среднего профессионального в высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с кадровой потребностью.

Например, в пяти субъектах Российской Федерации при превышении кадровой текущей потребности в подготовке по специальности 33.02.01 Фармация более чем в 10 раз, отмечается недостаток объемов подготовки по другим специальностям.

3) Недостаточность (или отсутствие) подготовки по отдельным специальностям среднего профессионального образования при наличии дефицита средних медицинских работников соответствующей специальности.

Например, при наличии кадровой текущей потребности в объеме не менее 1 полноценной учебной группы ежегодно по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика контрольные цифры приема на указанную специальность не выделяется в 16 субъектах Российской Федерации.

3. Мероприятия кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

3.1. Общие принципы реализации кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации

Основная цель кадровой политики в сфере здравоохранения региона России состоит в развитии системы управления кадровым потенциалом отрасли, основанной на рациональном планировании объемов подготовки медицинских кадров, выборе эффективных механизмов трудоустройства медицинских работников, использовании современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации медицинскими персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской помощи населению. При этом основным либо значительным источником привлечения медицинских кадров не должно быть привлечение медицинских работников из других регионов России.

Кадровая работа в современной региональной системе здравоохранения, как правило, не имеет системного характера, что проявляется в отсутствии или недостаточной развитости ряда ее направлений (планирование медицинского персонала, работа с резервом руководителей, поддержание и развитие организационной культуры, других механизмов закрепления медицинского персонала на рабочих местах). Для повышения эффективности кадровой работы в регионе на первый план выступают вопросы совершенствования кадрового состава организации. Планирование численности и структуры кадров здравоохранения должно строиться с учетом территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, схем маршрутизации и объемов оказания медицинской помощи, а также на основе перспективного прогноза потребности населения в медицинском, лекарственном и санитарно-гигиеническом обеспечении, построенного с учетом медико-демографических параметров региона, естественного движения медицинских кадров, характера миграционных процессов и задач структурной оптимизации отрасли.

Совершенствование планирования целесообразно осуществлять на основе определения реальной потребности в медицинских кадрах. При этом расчет реальной текущей потребности является действенным инструментом выравнивания региональных, социальных (город – село, центр – периферия) и структурных (по видам помощи, типам учреждений и специальностям) кадровых дисбалансов. Перспективная потребность составляет основу планов приема в образовательные организации, реализующие образовательные программы медицинского профиля, и должна учитываться при профессиональной ориентации выпускников, переподготовке специалистов, формировании государственного задания на подготовку специалистов. В настоящее время при расчете потребности в медицинских работниках следует

руководствоваться методикой расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием, утвержденной приказом Минздрава России от 29.11.2019 № 973, и методикой расчета потребности во врачебных кадрах, утвержденной приказом Минздрава России от 29.11.2019 № 974.

Предлагаемые настоящими Рекомендациями подходы к выработке управленческих решений кадровой политики в сфере здравоохранения региона могут служить основой для разработки региональных программ кадрового обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами, учитывающих специфику каждого субъекта Российской Федерации на базе результатов системной и объективной диагностики сложившихся в регионе условий (реальная ситуация, проблемы, причины, факторы и риски, влияющие на кадровое обеспечение сферы здравоохранения) и имеющихся возможностей по подготовке и переподготовке медицинских кадров.

Основные задачи кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации состоят в следующем (см. рисунок 6):

1. Создание комплексной системы регулирования потребности в кадровом ресурсе здравоохранения в субъектах Российской Федерации, в том числе в первичном звене здравоохранения, включая повышение эффективности действующих и внедрение новых механизмов мотивации персонала медицинских организаций (социальные, правовые и финансовые гарантии).

2. Оптимизация трудовых функций и диверсификация форм трудового процесса работников медицинских организаций с учетом принципов бережливого производства в здравоохранении, и модернизации первичного звена здравоохранения, в том числе цифровой трансформации.

3. Повышение качественного уровня профессиональной подготовки медицинских работников для медицинских организаций, в том числе первичного звена здравоохранения, на основе дальнейшего развития системы непрерывного медицинского образования.

Реализация поставленных задач должна обеспечить оптимальный баланс процессов обновления и сохранения количественного и качественного состава работников системы здравоохранения, развитие кадровых ресурсов в соответствии с потребностями сферы здравоохранения, требованиями законодательства и состоянием рынка труда.

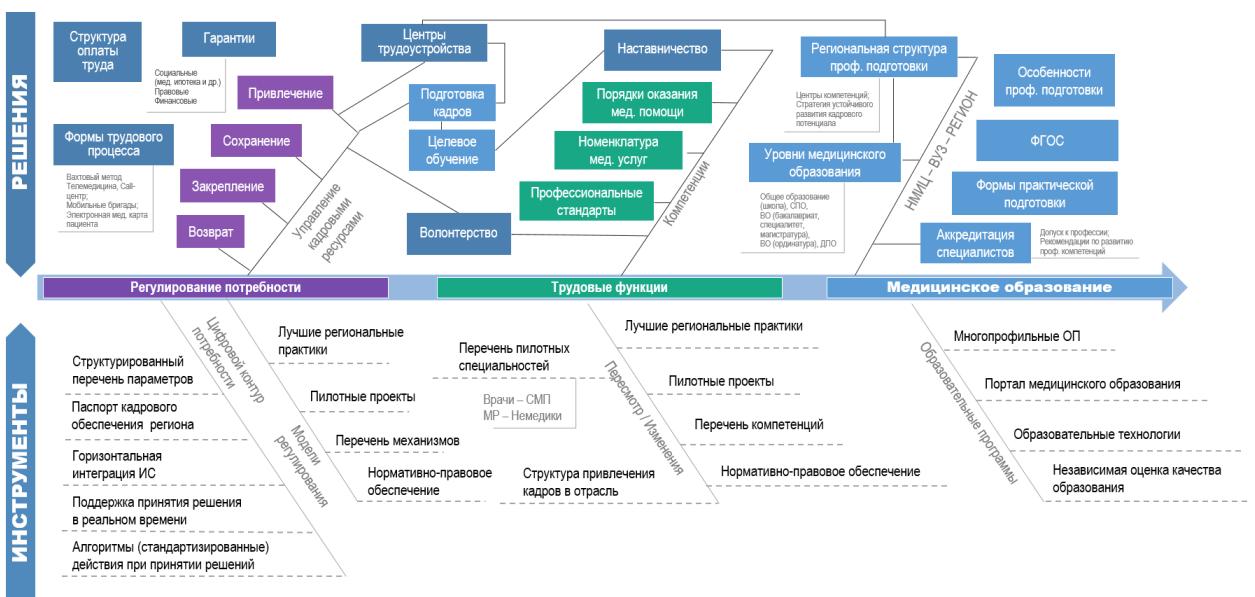


Рисунок 6 – Концептуально-инструментальная схема построения кадровой политики в сфере здравоохранения в регионе России

Региональная кадровая политика должна реализовывать следующие механизмы:

- определение реальной текущей и перспективной потребности в медицинских кадрах в субъекте Российской Федерации, основывающейся на текущих и прогнозных значениях медико-демографических показателей;
- формирование кадровых резервов специалистов для организаций системы здравоохранения, в том числе управленческих кадров;
- повышение престижа медицинских специальностей и востребованности молодежью специальностей укрупненной группы профессий, направлений подготовки и специальностей «Здравоохранение и медицинские науки», в том числе расширение проводимых профориентационных мероприятий, создание условий и вовлечение обучающихся в медицинские добровольческие (волонтерские) движения;
- совершенствование системы оплаты труда в субъекте Российской Федерации в целях повышения конкурентоспособности профессии на рынке труда;
- разработка комплекса мер, способствующих возврату специалистов к осуществлению медицинской деятельности;
- повышение эффективности формирования объемов государственной задания на подготовку специалистов с учетом реальной потребности субъекта Российской Федерации, в том числе целевого приема и целевого обучения;
- повышение эффективности трудоустройства и адаптации молодых специалистов, выпускников образовательных организаций;
- развитие организационной структуры независимой оценки квалификаций, с принятием решения о возможности их допуска к профессиональной деятельности – аккредитации специалиста;

- поддержание высокой активности вовлечения медицинских работников в систему непрерывного профессионального образования и повышение их квалификации;

- внедрение комплекса мер по привлечению граждан, получивших медицинское образование за рубежом, к осуществлению медицинской деятельности на территории Российской Федерации;

- создание социальных условий закрепления медицинских работников и адресной социальной поддержки отдельных категорий медицинских работников и обучающихся.

Решение задач формирования кадрового ресурса, обеспечение адекватности его структуры тенденциям развития системы медицинской помощи рекомендуется сопровождать информационно-аналитическим и экспертным обеспечением на каждом этапе принятия управленческих решений в реализации кадровой политики в сфере здравоохранения в регионе России (см. рисунок 7).

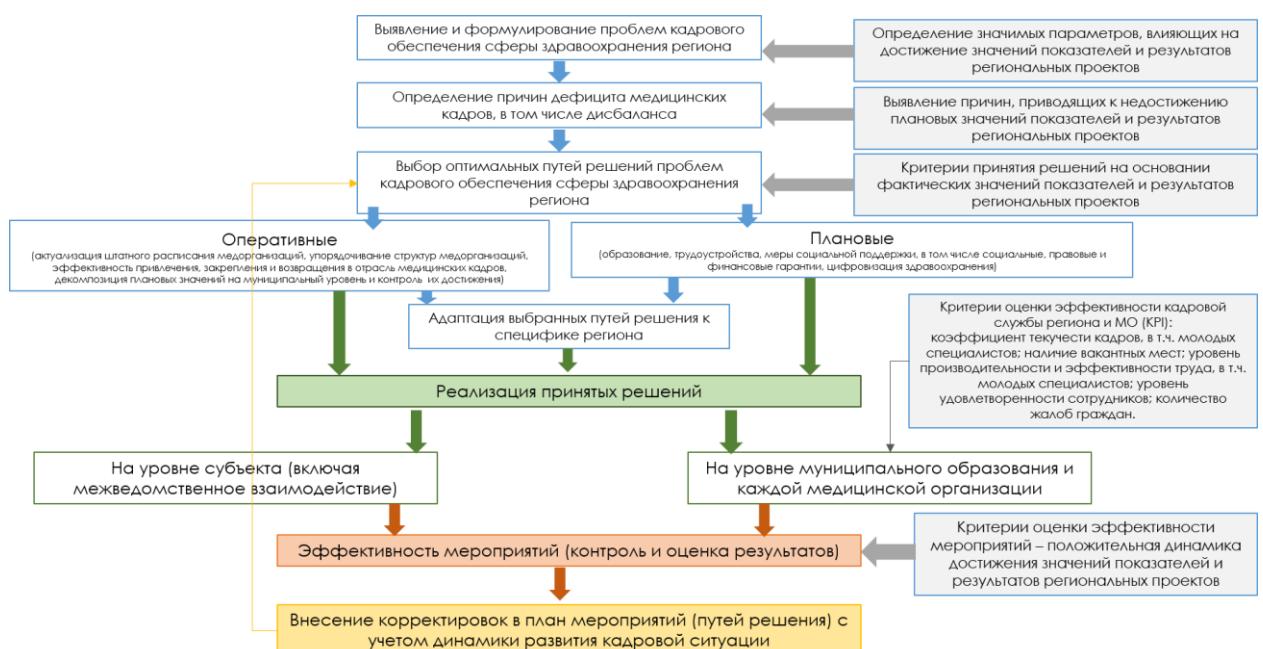


Рисунок 7 – Алгоритм формирования системы решений кадровой политики в сфере здравоохранения в регионе России

3.2. Оценка текущей ситуации, причин, факторов и рисков реализации кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации

Меры и мероприятия реализации кадровой политики в сфере здравоохранения в регионе должны разрабатываться на основе анализа текущей ситуации в области здравоохранения, результатов сбора, обработки и представления текущей кадровой информации, необходимой органам управления здравоохранением и медицинским, образовательным и другим организациям здравоохранения субъекта Российской Федерации для обеспечения эффективного управления отраслью.

Оценку текущей ситуации в кадровом обеспечении медицинских организаций рекомендуется проводить с использованием технологии SWOT-анализа при определении факторов, влияющих на эффективность проводимой в соответствующем направлении кадровой политики региона, возможностей медицинских организаций и рисков кадровой работы в медицинской организации по следующему алгоритму:

1. Текущая обеспеченность населения субъекта Российской Федерации необходимым числом медицинских работников.

Раздел должен содержать информацию о текущей ситуации кадрового обеспечения системны здравоохранения региона: структура организации оказания медицинской помощи в регионе, в том числе в первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, паллиативной помощи (число врачей, средних медицинских работников, укомплектованность медицинских организаций, объемы кадрового дефицита / профицита / дисбаланса, дефицитные специальности, причины и проблемы кадрового обеспечения).

Должны быть отражены общая потребность в медицинских кадрах, рассчитанная по методикам приказов Минздрава России от 29.11.2019 № 973, 974 (по расчетным таблицам «Расчет потребности во врачах и средних медицинских работниках» на отчетный год); текущая потребность в медицинских кадрах (сколько медицинских работников и по каким специальностям / должностям требуется оперативно).

Необходимо описать применяемые в регионе способы планирования и определения источников удовлетворения потребности в медицинских кадрах, в том числе имеющиеся в регионе нормативные правовые акты, регламентирующие процедуры оценки применяемые в регионе способы планирования, определения источников удовлетворения потребности в медицинских кадрах с учетом текущей и перспективной потребностей в медицинских кадрах.

2. Привлечение медицинских кадров в медицинские организации. Принятые меры по трудоустройству работников на вакантные рабочие места

В разделе раскрываются основные механизмы привлечения медицинских кадров: СМИ, кадровые агентства и др. Необходимо указать доли (в процентах) привлеченных кадров по наиболее успешным механизмам привлечения, а также описать имеющиеся уникальные источники привлечения.

Описать источники привлечения: образовательные организации (выпускники), частные медицинские организации, иностранные государства, другие субъекты Российской Федерации и др. Указать доли (в процентах) в числе трудоустроенных специалистов в 2024 гг. по таким источникам.

Необходимо также указать, какие меры социальной поддержки и государственные и региональные программы применяются в регионе для привлечения медицинских работников к трудоустройству в государственные медицинские организации, в том числе расположенные в сельской местности, отдаленной местности. Указать число медицинских работников, привлеченных к трудоустройству в рамках таких программ и мероприятий.

Кроме того, в разделе должна быть дана оценка эффективности применяемых в регионе мер по привлечению медицинских работников к трудоустройству в государственные медицинские организации.

Указать дополнительные мероприятия, направленные на трудоустройство работников на вакантные рабочие места.

3. Создание условий по закреплению привлеченных медицинских работников на рабочих местах.

3.1. Заработка плата медицинских работников

В разделе указывается средняя заработная вражей, средних медицинских работников в абсолютном выражении и в процентном отношении к средней заработной плате по экономике в регионе.

Необходимо раскрыть структуру оплаты труда медицинских работников по категориям, по местности трудоустройства, типам медицинских организаций. Отношение средней заработной платы медицинских работников по категориям по отношению к средней заработной плате в регионе, по отношению к частной сфере оказания медицинских услуг.

Описать используемые методы увеличения заработной платы медицинских работников, в том числе стимулирующие и компенсационные выплаты.

3.2. Меры социальной поддержки

В разделе необходимо описать применяемые меры социальной поддержки работающих в системе здравоохранения медицинских работников как федерального, так и регионального уровней. По каждой мере необходимо дать характеристику объема ее реализации, включая категории задействованных лиц, число задействованных лиц, виды, объемы финансирования общие и на одно задействованное лицо, др.

3.3. Применяемые формы организации оказания медицинской помощи, в том числе формы организации трудового процесса медицинских работников

В разделе необходимо описать применяемые формы организации оказания медицинской помощи, позволяющие эффективно использовать кадровый ресурс и направленный в том числе на ликвидацию кадрового дефицита. Например, устранение однотипных функций в разрезе должностей медицинских и немедицинских работников, а также категорий работников медицинских организаций, бережливое производство, применение вахтового метода, оптимальная маршрутизация; информационные технологии, новые организационно-кадровые модели, которые способствуют оптимизации кадрового ресурса медицинской организации, и др.

Описать используемые информационные системы и их возможности при оптимизации работы медицинских работников (например, электронная медицинская карта), включая их эффективность, а также информационные системы, содержащие интерактивные формы мониторинга кадрового обеспечения медицинских организаций, описания терапевтических и педиатрических участков, базы данных кадрового резерва, иные формы «диагностики» кадрового ресурса регионов.

3.4. Трудовой стаж медицинских работников на рабочих местах в регионе

В разделе заполняются нижеследующие таблицы:

Таблица 6
Оценка среднего общего стажа работы медицинских работников в регионе

| Медицинские работники | Пол | Число полных лет трудового стажа в субъекте Российской Федерации (суммарно по медицинским организациям системы здравоохранения субъекта Российской Федерации) | | | | | | |
|--|-----|---|-------------|-------|---------------|---------------|----------------|-----------------|
| | | Всего | в том числе | | | | | |
| | | | до 1 года | 1 лет | от 1 до 3 лет | от 3 до 5 лет | от 5 до 10 лет | от 10 до 20 лет |
| Врачи, человек | М | | | | | | | |
| | Ж | | | | | | | |
| Средние медицинские работники, человек | М | | | | | | | |
| | Ж | | | | | | | |

Таблица 7

Оценка среднего стажа работы медицинских работников, трудоустроенных в рамках договоров о целевом обучении, в регионе

| | | | | | | | |
|--|-----|---|-------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| Медицинские работники | Пол | Число полных лет трудового стажа в субъекте Российской Федерации после завершения срока действия договора о целевом обучении (суммарно по медицинским организациям системы здравоохранения субъекта Российской Федерации) | | | | | |
| | | Всего человек, завершивших целевое обучение | в том числе | | | | |
| | | | до 1 года | от 1 до 3 лет | от 3 до 5 лет | от 5 до 10 лет | более 10 лет |
| Врачи, человек | М | | | | | | |
| | Ж | | | | | | |
| Средние медицинские работники, человек | М | | | | | | |
| | Ж | | | | | | |

Таблица 8

Оценка среднего стажа работы медицинских работников, трудоустроенных в рамках реализации государственных программ «Земский доктор» / «Земский фельдшер», в регионе

| | | | | | | | |
|--|-----|--|-------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| Медицинские работники | Пол | Число полных лет трудового стажа в субъекте Российской Федерации после завершения срока действия договора "Земский доктор" / "Земский фельдшер" (суммарно по медицинским организациям системы здравоохранения субъекта Российской Федерации) | | | | | |
| | | Всего человек, привлеченных в рамках указанных государственных программ | в том числе | | | | |
| | | | до 1 года | от 1 до 3 лет | от 3 до 5 лет | от 5 до 10 лет | более 10 лет |
| Врачи, человек | М | | | | | | |
| | Ж | | | | | | |
| Средние медицинские работники, человек | М | | | | | | |
| | Ж | | | | | | |

4. Повышение эффективности труда выпускников организаций, реализующих образовательные программы медицинского образования.

4.1. Подготовка медицинских кадров.

В разделе описывается образовательная структура подготовки медицинских кадров в регионе, механизмы взаимодействия с образовательными организациями, обеспечивающими профессиональную подготовку врачей и средних медицинских работников, уникальная практика участия медицинских организаций при подготовке специалистов в среднем профессиональном и высшем образовании, принципы организации профориентационной работы.

В разделе также заполняется нижеследующая таблица:

Таблица 9

Характеристика участия субъектов системы здравоохранения в организации профессиональной подготовки

| Наименование субъекта Российской Федерации | Наименование организации, осуществляющей образовательную | Тип ОО (ВУЗ, ОО ДПО, СПО, Научная | Наличие договоров о целевом обучении | Наличие договоров об организации практической подготовки(да/нет) | Наличие договора о сотрудничестве (да/нет) | Наличие центра трудаустроительства (наименование центра) |
|--|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------|---------------|--|--|--|
| | деятельность (далее - ОО) | организаци я) | и (да/нет) | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Обязательным является описание организации целевого обучения специалистов для медицинских организаций регионов. В том числе, объемы целевого обучения для нужд сферы здравоохранения региона за последние три года, процент их трудоустройства по завершению обучения, принципы отбора кандидатов для заключения договоров о целевом обучении, заключение договоров о целевом обучении в ходе обучения, виды и формы социальной и материальной поддержки целевиков в процессе обучения, другие механизмы работы с целевиками до этапа трудоустройства.

Отдельная часть должна быть отведена разработанной совместно с образовательными организациями, осуществляющими образовательную деятельность в регионе, по образовательным программам медицинского профиля программе кадрового обеспечения медицинских организаций региональной системы здравоохранения с учетом текущей и перспективной потребности в медицинских кадрах, возрастной структуры системы здравоохранения, проведения профильной довузовской подготовки.

4.2. Привлечение молодых специалистов для трудоустройства в государственные медицинские организации.

В разделе должны приведены сведения о числе молодых специалистов, трудоустроенных в течение 2024 г. в государственные медицинские организации; об организации в регионе прохождения процедур допуска молодых специалистов к профессиональной деятельности.

Отдельная часть должна быть посвящена работе центров трудоустройства, включая базы их организаций, адреса официальных сайтов, а также успешным механизмам и мероприятиям.

Указать меры социальной, правовой и финансовой поддержки молодых специалистов. По каждой мере необходимо дать характеристику объема ее реализации, включая категории задействованных лиц, число задействованных лиц, виды, объемы финансирования общие и в пересчете на одно задействованное лицо, др.

Описать дополнительные мероприятия, направленные на привлечение молодых специалистов к трудоустройству в государственные медицинские организации.

4.3. Организация адаптации молодых специалистов, в том числе наставничество

Необходимо описать организацию наставничества как механизма адаптации молодых специалистов, в том числе уровень реализации наставничества (региональный, муниципальный, уровень медицинской организации), организационные формы передачи опыта в процессе работы, категории медицинских работников, которые являются наставниками, нормативное (региональное, локальное) обеспечение организации наставничества и др.

Организация аналитической оценки эффективности реализации участниками мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах.

Раздел должен отражать алгоритмы оценки проводимых мероприятий, включая объективные данные по количеству привлеченных медицинских работников и снижению оттока кадров, включая идентификацию, оценку рисков, и оперативное реагирование на отклонения запланированных результатов. Наличие декомпозиции плановых значений показателей мероприятий кадровой политики, в том числе с абсолютными значениями, на уровень муниципальных образований и медицинских организаций. Проведение мониторинга

декомпозированных показателей с формированием рейтинга медицинских организаций, муниципальных образований или иных участников мероприятий кадровой политики. Определение медицинских организаций, оказывающих наибольшее негативное влияние на достижение плановых значений показателей мероприятий кадровой политики (периодичность).

В разделе также указываются мероприятия, направленные на организацию работы медицинских организаций и иных заинтересованных лиц по поддержанию в актуальном состоянии сведений о кадровом обеспечении, размещенных в Федеральном реестре медицинских организаций и Федеральном регистре медицинских работников.

5. Факторы, влияющие на реализацию мероприятий кадровой политики в региональной системе здравоохранения

В разделе заполняется нижеследующая таблица:

Таблица 10

Матрица оценки рисков реализации мероприятий кадровой политики в региональной системе здравоохранения

| Наименование | Краткое описание | Пути управления |
|--|------------------|-----------------|
| 1. Факторы, способствующие реализации мероприятия | | |
| 1.1. | | |
| 1.N. | | |
| 2. Факторы, оказывающие негативное влияние на реализацию мероприятия | | |
| 2.1. | | |
| 2.N. | | |
| 3. Возможности региона по повышению эффективности мероприятия | | |
| 3.1. | | |
| 3.N. | | |
| 4. Риски снижения эффективности мероприятия | | |
| 4.1. | | |
| 4.N. | | |

Каждый из указанных тематических блоков вопросов должен завершаться SWOT-анализом, проводимом по следующей матрице:

Таблица 11

Схема SWOT-анализ

| Среда организации | Положительное влияние | Отрицательное влияние |
|-------------------|---|---|
| Внутренняя среда | Strengths: свойства и планируемые кадровые мероприятия медицинской организации, дающие преимущества перед другими в отрасли | Weaknesses: риски нереализации планируемых мероприятий в данном направлении кадровой политики региона |
| Внешняя среда | Opportunities: факторы, способствующие проводимой в данном направлении кадровой политики региона | Threats: факторы, негативно влияющие на эффективность проводимой в данном направлении кадровой политики региона |

Систематическое и объективное оценивание осуществляемых или завершенных проектов, ее программ или мер, реализации и/или результатов является необходимым мероприятием для своевременного корректирования мероприятий кадровой политики. Цели такого оценивания должны включать в себя актуальность и эффективное достижение целей, результативно, оказанное влияние и устойчивость. Такую оценку следует проводить не реже одного раза в год. При этом, учитывая системный, комплексный характер кадрового обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения, мероприятий кадровой политики региона, рекомендуется использовать следующую концептуальную схему, которая также позволяет оценивать

такие задачи мероприятий кадровой политики, как эффективности трудоустройства выпускников образовательных организаций, реализующих образовательные программы медицинского образования; удовлетворение в течение отчетного периода установленной потребности в медицинских работниках; определение источников привлечения медицинских работников в медицинские организации системы здравоохранения; принятые меры привлечению медицинских работников в медицинские организации системы здравоохранения; создание условий по закреплению привлеченных медицинских работников на рабочих местах.

3.3. Типовой перечень мероприятий и решений кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации

В соответствии с направлениями развития кадровой политики в сфере здравоохранения в регионе необходимо проводить комплекс мероприятий, обеспечивающих реализацию поставленной цели и решения поставленных задач кадровой политики в сфере здравоохранения региона России на оперативном и стратегическом уровнях принятия управленческих решений.

Оперативный уровень принятия управленческих решений

1. Определение основных факторов, негативно влияющих на кадровое обеспечение в регионе.

2. Декомпозиция плановых значений показателей на уровнях муниципальных образований и медицинских организаций, и контроль их достижения.

3. Активное внедрение «эффективных контрактов» руководителей медицинских организаций и муниципальных округов региона, связанных с вопросами кадрового обеспечения оказания медицинской помощи населению.

4. Эффективное использование медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориальных фондов.

5. Периодический анализ доступных механизмов организации трудовых процессов в государственных медицинских организациях (использование выездных форм работы, телемедицинских технологий, упорядочение структур медицинских организаций и маршрутизации оказания медицинской помощи в регионе, населенном пункте, с учетом нормативов обеспечения населения региона медицинскими кадрами).

6. Актуализация маршрутизации пациентов в профильные медицинские организации, участвующие в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с закреплением нормативным актом органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации. По результатам проводимой работы осуществление периодической корректировки штатных расписаний соответствующих медицинских организаций.

7. Проведение оценки достаточности и эффективности, применяемых на региональном уровне мер социальной поддержки, направленных на привлечение, закрепление и возврат медицинских кадров, с определением

значимых мер, влияющих на достижение показателей мероприятий кадровой политики и подготовкой предложений по повышению их эффективности, в том числе с учетом внесения изменений в соответствующие нормативные правовые акты.

8. Проведение детального анализа движения медицинских кадров в разрезе медицинских организаций, уточнения причин увольнения, определение медицинских организаций, существенно влияющих на общий отток медицинских кадров из государственной системы здравоохранения.

9. Актуализация «дорожной карты» (плана-графика) по ликвидации кадрового дефицита и устранению кадровых дисбалансов до 2030 года (Указ № 474).

10. Обеспечение разработки совместно с образовательными организациями программы кадрового обеспечения сферы здравоохранения, соответствующей перспективной потребности региона в медицинских кадрах, в том числе в межрегиональном формате (включая расширение перечня реализуемых образовательных программ в образовательных организациях, формирование заявок на обучение по договорам о целевом обучении в других субъектах Российской Федерации, участие медицинских организаций – работодателей в подготовке специалистов и др.)

11. Подготовка единого плана профориентации школьников, мотивации студентов образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования, предполагающий проведение дней открытых дверей, экскурсий в медицинские организации, презентаций системы здравоохранения в образовательных организациях.

12. Внедрение мероприятий, направленных на адаптацию новых работников (молодых специалистов системы здравоохранения).

13. Организации системы мониторинга: выполнения заявки КЦП; условий по закреплению привлеченных медицинских работников; эффективности трудоустройства медицинских работников; причин/проблем кадрового дефицита на уровне медицинских организаций, администраций муниципальных образований; движения кадров (отток, приток, источники привлечения; эффективности работы кадровой службы региона и медицинской организации (наличие вакантных мест, перераспределение трудовых функций, коэффициент текучести медицинских кадров, количество жалоб граждан, уровень удовлетворенности сотрудников); выполнения эффективных контрактов; уровня лояльности и вовлеченности медицинского персонала.

14. Приведение и поддержание в актуальном состоянии штатных расписаний в ФРМО и сведений о медицинских работниках в ФРМР.

15. Определение направлений использования механизмов целевого обучения, включая заключения договоров о целевом обучении в процессе обучения, так как такой механизм наиболее эффективен, так как работодатель может ознакомиться с ходом и промежуточными результатами обучения потенциального работника, в том числе на этапе практической подготовки, что позволит использовать наиболее эффективные меры социальной и

организационной поддержки, а будущий выпускник будет больше мотивирован к трудоустройству.

Стратегический уровень принятия управленческих решений

1. Создание комплексной системы регулирования потребности в кадровом ресурсе здравоохранения в субъектах Российской Федерации, в том числе в первичном звене здравоохранения, включая повышение эффективности действующих и внедрение новых механизмов мотивации персонала медицинских организаций, (социальные, правовые и финансовые гарантии).

Мероприятие 1.1. Паспортизация кадрового обеспечения субъектов Российской Федерации по структурированному перечню параметров. Целью паспортизации является диагностика достаточности кадрового ресурса, эффективности принимаемых мер по организации обеспечения медицинских организаций квалифицированными работниками, выявление проблем, причин, рисков и факторов, влияющих на возникновение дефицита/профицита/дисбаланса медицинских кадров в каждом конкретном регионе. Паспортизация должна осуществляться с использованием средств горизонтальной и вертикальной интеграции имеющихся информационных систем, что обеспечит поддержку принятия решений в реальном времени с учетом стандартизованных алгоритмов действия при принятии таких решений.

Интеграция информационных систем может служить основой для создания интерактивного паспорта кадрового обеспечения медицинских организаций субъектов Российской Федерации как доступного автоматизированного инструмента оперативного получения информации о кадровом ресурсе региона (статистические, текущее состояние, проблемы, причины, факторы и риски) и принятия управленческих решений в режиме реального времени с учетом предлагаемых мер для соответствующего региона.

Мероприятие 1.2. Упорядочение структур медицинских организаций с учетом маршрутизации медицинских услуг в регионе, населенном пункте, разработка их типовых структур на основе методик расчета предельной численности работников системы здравоохранения, учитывающих нормативы обеспечения населения региона медицинскими кадрами и позволяющих в конечном итоге выявить дефицит / профицит / дисбаланс штатных единиц в штатном расписании. Уточнение положений о структурных подразделениях системы здравоохранения региона, которые должны осуществлять планирование потребности в кадрах, привлечение, отбор, оценку и расстановку персонала, обеспечивать соответствие структуры профессионального образования потребностям системы здравоохранения.

Мероприятие 1.3. Разработка методических рекомендаций по прогнозированию потребности в медицинских кадрах в регионе с привлечением участников мероприятий кадровой политики, главных внештатных специалистов органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и Минздрава России на текущий, среднесрочный и долгосрочный периоды. Используя разработанные региональные методики, кадровые подразделения должны составлять срочные, среднесрочные и перспективные прогнозы потребности системы здравоохранения региона в медицинских кадрах, а также формировать

соответствующие заявки организациям, осуществляющим образовательную деятельность, на подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов конкретных специальностей.

Мероприятие 1.4. Уточнение системы мотивации труда работников системы здравоохранения. Разработка комплекса материальных и нематериальных (социальных) стимулов, призванных обеспечить качественную работу персонала медицинских организаций, а также привлечь в медицинские организации талантливых специалистов и удержать их, вовлечь и раскрыть их потенциал.

Мероприятие 1.5. Разработка порядка адаптации новых работников (при отсутствии). Формирование системы целенаправленной работы с молодыми специалистами в системе здравоохранения, в том числе разработка нормативной базы по формированию в медицинских организациях института наставничества (при отсутствии).

Мероприятие 1.6. Разработка / Развитие системы формирования кадрового резерва на замещение должностей руководителей всех уровней для систематического отбора в резерв наиболее перспективных работников, которые после специального обучения смогут занять ключевые позиции в медицинских организациях и в органах исполнительной власти в сфере охраны здоровья. Формирование перспективного и мобильного кадрового резерва осуществляется по результатам оценки работников системы здравоохранения по компетентности и оценки их результативности осуществляется отбор кандидатов в кадровый резерв. Качествами кадрового состава, непосредственно влияющими на достижение целей, станут квалификация, производительность, пациентоцентричность, мотивация, лояльность к системе здравоохранения.

Мероприятие 1.7. Продолжение реализации адресных мер социальной поддержки. Тиражирование лучших практик.

2. Оптимизация трудовых функций и диверсификация форм трудового процесса работников медицинских организаций с учетом принципов бережливого производства в здравоохранении и модернизации первичного звена здравоохранения.

Мероприятие 2.1. Обеспечение совершенствования порядка организации документооборота в сфере охраны здоровья, в том числе при ведении медицинской документации в форме электронных документов, предусмотрев при этом снижение нагрузки на медицинских работников, связанной с заполнением медицинской документации и отчетности.

Мероприятие 2.2. Ревизия (определение) дублирующих, однотипных функций и формирование их в функциональные блоки. Определение перечня трудовых функций для перераспределения между категориями работников медицинских организаций (трудовые функции медицинских работников, немедицинских работников). Расширение функций и передача отдельных функций, в том числе - врача среднему медицинскому персоналу, в том числе за счет пересмотра номенклатуры медицинских услуг, нормативов потребности в медицинских работниках по профилям, номенклатуры должностей

медицинских работников и фармацевтических работников.

Мероприятие 2.3. Пересмотр подходов к установлению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи с учетом региональных особенностей. Уточнение порядка оплаты медицинской помощи, оказанной за счет средств обязательного медицинского страхования в целях выравнивания стоимости (оплаты) лечения одних и тех же заболеваний во всех медицинских организациях, расположенных на территории субъекта Российской Федерации.

Мероприятие 2.4. Внедрение «новых технологий» для выполнения/упрощения части трудовых функций, включая автоматизацию рабочих мест.

3. Повышение качественного уровня профессиональной подготовки медицинских работников для медицинских организаций, в том числе первичного звена здравоохранения, на основе дальнейшего развития системы непрерывного медицинского образования.

Мероприятие 3.1. Изменение подходов к организации целевого приема и целевого обучения по медицинским образовательным программам.

Мероприятие 3.2. Наличие программы (стратегии) развития образовательной организации, соответствующей структуре кадровой потребности региона в медицинских кадрах.

Мероприятие 3.3. Внедрение новых образовательных программ среднего профессионального образования, бакалавриата, специалитета, магистратуры, ординатуры и аспирантуры для решения системных медицинских и фармацевтических задач. Внедрение процедуры оценки качества практической подготовки обучающихся по образовательным программам среднего профессионального образования в виде демонстрационного экзамена в рамках промежуточной и государственной итоговой аттестации. Профилирование программ ординатуры на междисциплинарный характер подходов к профессиональной деятельности.

Мероприятие 3.4. Модернизация учебной, тренажерной и лабораторной базы образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по образовательным программам медицинского и фармацевтического профилей. Обязательными элементами современной инфраструктуры образовательной организации должны стать оснащенные актуальным оборудованием лаборатории для научных исследований и разработок, симуляционные центры, аудитории, коворкинги и передвижные компьютерные классы, комфортные библиотеки как пространства для социально-культурного развития и центры общего пользования, трансформируемые для учебы, общения, командной и проектной работы. Помещения для обучения должны быть оснащены современными тренажерами, манекенами, моделями-муляжами, в том числе высокореалистичными роботами-симуляторами, виртуальными симуляторами, мультимедийным оборудованием, необходимыми для проведения тренингов, построенных на принципах проблемного и модульного обучения, направленных на выработку навыков стабильной работы при оказании экстренной, неотложной и плановой

медицинской помощи, при чрезвычайных ситуациях, а также работе в команде.

Мероприятие 3.5. Привлечение, удержание и развитие талантливых педагогических кадров, формирование максимально комфортных для работников образовательных организаций инфраструктурных и организационных условий, внедрение прозрачной системы показателей эффективности и материального стимулирования за достижение результата, меры по дебюрократизации внутренних процедур, использование реальных конкурсных инструментов в части кадровой политики.

Мероприятие 3.6. Разработка и строгое выполнение планов повышения квалификации в каждой медицинской организации, в которой необходимо соблюдать требования, предъявляемые к непрерывному медицинскому образованию работников и учитывать их стремления к профессионализму и всестороннему развитию. Совершенствование профессионального мастерства, формирование сбалансированной системы дополнительного профессионального образования работников системы здравоохранения по основным направлениям деятельности, которое предусматривает масштабное использование средств портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования, включая возможность реализации разных по форме дистанционных курсов. Совершенствование системы контроля за полнотой и качеством обучения на региональном уровне. Оперативная актуализация образовательных программ для работников системы здравоохранения с учетом актуализации порядков и стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций.

Мероприятие 3.7. Обеспечение механизмов коррекции государственного задания на подготовку и переподготовку медицинских и фармацевтических специалистов с учетом современных потребностей практического здравоохранения.

4. Методика оценки эффективности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

4.1. Уровни оценки результатов мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

В пределах реализуемой в каждом субъекте Российской Федерации кадровой политики предусмотрен комплексный перечень мероприятий, направленных на привлечение медицинских кадров в медицинские организации, оптимизацию структуры оплаты труда медицинских работников, социальную поддержку медицинских работников, изменение форм организации оказания медицинской помощи, в том числе форм организации трудового процесса медицинских работников, цифровизацию отдельных видов деятельности медицинских работников, подготовку медицинских кадров в регионе, адаптацию молодых специалистов, в том числе посредством

внедрения института наставничества, планирование потребности в медицинских кадрах и др.

Результаты реализуемой кадровой политики в сфере здравоохранения как системы мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в рамках реализации в субъектах Российской Федерации оценивается на трех уровнях:

1. Продуктивность мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах может быть описана как непосредственный результат реализации мероприятий кадровой политики, учитывающий только прямые следствия реализации мероприятий кадровой политики; определяется в рамках реализации мероприятий кадровой политики как фактически достигнутое значение планового показателя по состоянию на определенную дату; характеризует состояние кадрового обеспечения населения медицинскими кадрами в субъекте Российской Федерации; позволяет оценивать уровень влияния (вклад) каждого участника мероприятий кадровой политики в достижение планового значения показателя.

При определении фактического значения показателя мероприятий кадровой политики используются первичные количественные параметры кадрового обеспечения системы здравоохранения.

2. Результативность мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах представляет собой уровень достижения запланированных показателей мероприятий кадровой политики и конечный социально-экономический эффект. Учитывая существенно различные характеристики регионов России использование расчета результативности как уровня достижения запланированных значений показателей позволяет нормализовать достигнутые результаты кадрового обеспечения путем выражения через отношение этих значений к плановым / нормативным, отражающим удовлетворение потребности сферы здравоохранения регионов в кадровом обеспечении.

Результативность может оцениваться как комплексно, так и в отношении каждого конкретного параметра кадрового обеспечения системы здравоохранения.

3. Эффективность мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в рамках реализации кадровой политики в сфере здравоохранения может рассматриваться в двух аспектах: 1) как способность производить устойчивый эффект (результат) от применяемых мер по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах; 2) как соотношение реального проявления результативности мероприятий кадровой политики с объемом финансирования, материально-техническим вложением и достигнутыми результатами (социально-экономическая эффективность).

4.2. Методика оценки продуктивности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

Значения показателей мероприятий кадровой политики определяются на основе данных федерального статистического наблюдения и/или оперативной статической или информационной отчетности, в том числе по субъектам Российской Федерации (группам субъектов Российской Федерации).

Перечень первичных параметров, необходимых для расчета показателей мероприятий кадровой политики определяется исходя из составляющих показатели мероприятий кадровой политики.

Важными действими планирования общего результата / показателей мероприятий кадровой политики являются: 1) определение состава участников мероприятий кадровой политики; 2) декомпозиция плановых / нормативных значений показателей. Каскадирование плановых значений показателей мероприятий кадровой политики предполагает, что итоговый результат формируется из «вкладов» участников мероприятий кадровой политики. К основным принципам каскадирования относятся: 1) все мероприятия кадровой политики должны служить достижению заданной конечной цели или группе целей; 2) цели каждого уровня управленческой иерархии должны быть необходимыми, а по совокупности – достаточными условиями для достижения целей следующего уровня иерархии; 3) постановка целей осуществляется только через согласование с участниками мероприятий кадровой политики; 4) планируемый вклад (измеряемый результат) должен быть достижимым и соответствовать ресурсам (компетенциям и полномочиям) участника мероприятий кадровой политики.

Таким образом, в рамках каскадирования цели, задачи и мероприятия кадровой политики устанавливаются сверху вниз, на каждом уровне управления разделяясь на подцели, соответствующие ресурсам объекта управления и его месту в реализации мероприятий кадровой политики.

Декомпозиция плановых значений показателей мероприятий кадровой политики, мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах, реализуемых в рамках мероприятий кадровой политики, в субъекте Российской Федерации до уровня муниципальных образований и медицинских организаций должна осуществляться по следующей схеме в формате установления системы ключевых показателей эффективности для муниципальных образований (в части обеспечения реализации мероприятий кадровой политики) и для медицинских организаций (в части достижения показателей мероприятий кадровой политики) (см. рисунок 1).

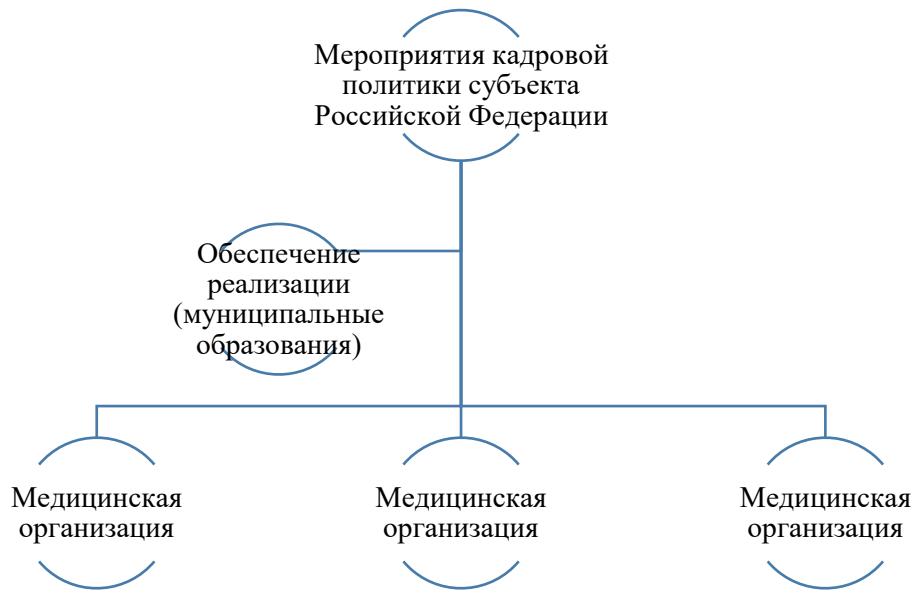


Рисунок 1 – Организационная схема декомпозиции значений показателей мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

Достижение установленных мероприятием кадровой политики плановых значений показателей во многом зависит от активности муниципальных образований по созданию благоприятных условий для привлечения и закрепления медицинских работников на рабочих местах. Расчет декомпозированных на муниципальный уровень показателей / результатов на плановый период должен производиться, исходя из ключевых для субъекта Российской Федерации критериев. Например, 1) на основании оценки динамики оттока врачей и средних медицинских работников за три года до планового периода, прежде всего, в декомпозированные показатели закладывается компенсация ежегодного оттока кадров по различным основаниям (в том числе выходом на пенсию); 2) число медицинских работников, планируемых к привлечению в рамках договоров о целевом обучении, федеральных программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» и других государственных программ в планируемый период; 3) привлекательность муниципалитетов для трудоустройства потенциальных работников (для ряда городских округов устанавливается более высокий показатель). При этом мониторинг декомпозированных показателей с формированием рейтинга медицинских организаций, муниципальных образований или иных участников мероприятий кадровой политики должен осуществляться с периодичностью не реже одного раза в месяц.

Декомпозиция показателей мероприятий кадровой политики позволяет определять вклад каждого участника мероприятий кадровой политики в достижение общего планового результата.

Для проведения оценки вклада участников мероприятий кадровой политики в достижение (недостижение) показателей мероприятий кадровой политики, выраженных абсолютной величиной, возможно использование

методики, заключающейся в вычислении разности фактического и целевого значения показателя в отчетном периоде с последующим ранжированием участников мероприятий кадровой политики по полученному значению.

Однако такой способ неприменим для показателей мероприятий кадровой политики – относительных величин, поскольку они являются нормализованными и не отражают реальный вклад участников мероприятий кадровой политики в зависимости от размера соответствующей медицинской организации в достижение соответствующего показателя. В этой связи при построении ранжированного списка такой показатель требует первичной подготовки (денормализации). Денормализация может достигаться путем умножения разности фактического и целевого значения показателя на величину знаменателя и последующего деления результата на коэффициент, применяющиеся при расчете соответствующего показателя, предусмотренные методикой расчета показателя мероприятий кадровой политики.

В таблице 1 и на рисунке 2 представлен пример денормализации планового показателей мероприятий кадровой политики для определения вклада участника мероприятий кадровой политики в достижение / недостижение планового значения показателя мероприятий кадровой политики.

Такая методика позволяет определять участников мероприятий кадровой политики, в отношении которых необходимо принятие более активных мер по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах.

Таблица 12

Пример расчета вклада участника мероприятий кадровой политики в достижение / недостижение планового значения показателя, характеризующего укомплектованность медицинской организации медицинскими кадрами

| Медицинская организация (МО) | Количество ставок штатного расписания | Укомплектованность по плану | Фактическая укомплектованность | Количество занятых ставок штатного расписания в соответствии с планом | Количество занятых ставок штатного расписания фактически | Вклад МО в достижение / недостижение планового значения | Процент достижения планового показателя |
|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|--|---|---|
| МО 1 | 1092,75 | 78,10 | 82,30 | 853,50 | 899,50 | 46,00 | 105,38 |
| МО 2 | 582,75 | 80,40 | 84,30 | 468,50 | 491,25 | 22,75 | 104,85 |
| МО 3 | 3096,50 | 96,00 | 95,00 | 2972,75 | 2941,75 | -31,00 | 98,96 |
| МО 4 | 737,00 | 80,30 | 79,40 | 591,75 | 585,25 | -6,50 | 98,88 |
| МО 5 | 1361,50 | 84,60 | 69,90 | 1151,75 | 951,75 | -200,00 | 82,62 |
| МО 6 | 75,25 | 95,00 | 76,10 | 71,50 | 57,50 | -14,00 | 80,11 |
| МО 7 | 704,50 | 84,70 | 76,90 | 596,75 | 541,75 | -55,00 | 90,79 |
| МО 8 | 2217,75 | 89,80 | 81,50 | 1991,50 | 1807,50 | -184,00 | 90,76 |
| МО 9 | 853,50 | 87,50 | 86,00 | 746,75 | 734,00 | -12,75 | 98,29 |
| МО 10 | 2551,00 | 100,00 | 98,10 | 2551,00 | 2502,50 | -48,50 | 98,10 |

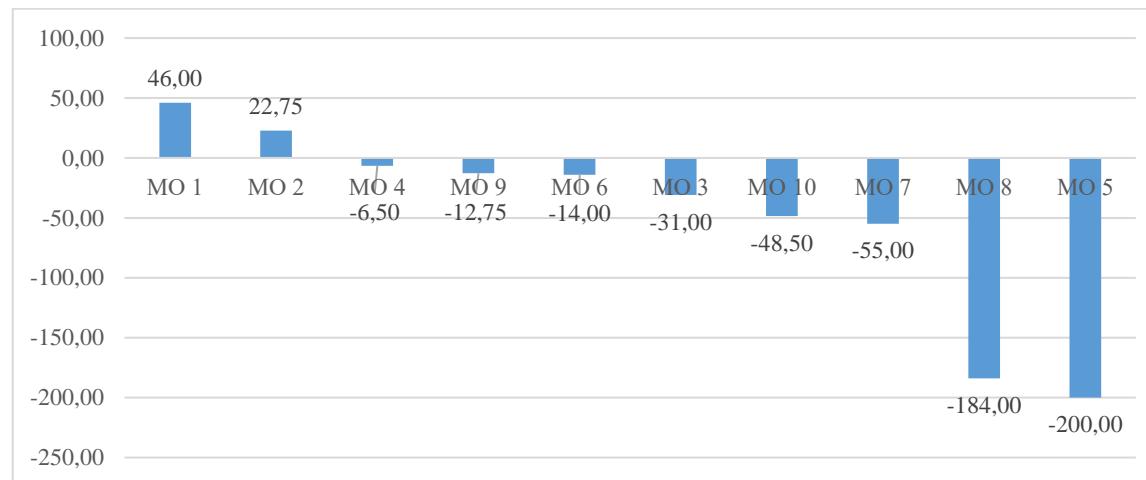


Рисунок 2 – Пример визуализации вклада участника мероприятий кадровой политики в достижение / недостижение планового значения показателя мероприятий кадровой политики, характеризующего укомплектованность медицинской организации медицинскими кадрами

4.3. Методика оценки результативности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

Мониторинг реализации мероприятий кадровой политики представляет собой систему мероприятий по измерению их фактических параметров, расчету отклонений фактических параметров от плановых параметров, определенных в планах мероприятий кадровой политики. При этом планами мероприятий кадровой политики должны быть предусмотрены значения показателей по годам, месяцам реализации, результаты с указанием значений результатов по годам реализации, контрольные точки, сроки реализации и объемы финансового обеспечения (при необходимости), в том числе по месяцам реализации.

Таким образом, результативность мероприятий кадровой политики представляет собой итог оценки достижения участником мероприятий кадровой политики плановых значений показателей мероприятий кадровой политики.

Уровень (процент) достижения плановых значений мероприятий кадровой политики на территориях субъектов Российской Федерации рассчитывается для показателя мероприятий кадровой политики по следующей формуле:

$$L_j = \frac{A_{\text{факт } j}}{A_{\text{цель } j}} \times 100\%,$$

где: L_j – уровень (процент) достижения целевых значений показателей мероприятий кадровой политики; $A_{\text{факт } j}$ – фактическое значение показателей мероприятий кадровой политики; $A_{\text{цель } j}$ – целевое значение показателей мероприятий кадровой политики

Определить системную результативность реализации участниками мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в соответствии с декомпозицией показателей мероприятий кадровой политики позволяет **интегральный верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами**, который является результатом объединения (свертки) достигнутых значений показателей мероприятий кадровой политики в единый аналитический показатель, характеризующий системное выполнение целевых ориентиров и эффективность реализуемых мероприятий кадровой политики.

При оценке результативности мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в целях обеспечения медицинских организаций медицинскими кадрами невозможно получение одного комплексного (интегрального) показателя на основании использования исключительно фактических значений показателей, результатов, контрольных точек мероприятий кадровой политики в силу различий в единицах измерения, различий в целевых ориентирах в кадровом обеспечении регионов в связи с

различными демографическими, географическими и социально-экономическими условиями региона. Поэтому свертке предшествует операция нормализации на основе соотношения полученных фактических значений с плановыми ежемесячными либо годовыми значениями показателей мероприятий кадровой политики – уровень достижения плановых значений показателей мероприятий кадровой политики.

Верхнеуровневый индикатор определяется следующими способами в зависимости от наличия/отсутствия проблемных зон и приоритетных направлений:

- 1) среднее арифметическое значение рассчитанных уровней достижения плановых значений показателей мероприятий кадровой политики;

$$I_{\text{ср.а.}} = \frac{\sum_{j=1}^n \frac{A_{\text{факт } j}}{A_{\text{цель } j}}}{n} = \frac{\sum_{j=1}^n L_j}{100},$$

где: $I_{\text{ср.а.}}$ – верхнеуровневый индикатор, вычисляемый методом среднего арифметического; n – общее число показателей мероприятий кадровой политики, учитываемых при расчете.

- 2) средневзвешенное по весовому коэффициенту, определяемому на основании экспертной оценки показателей мероприятий кадровой политики, характеризующих проблемные зоны и/или приоритетные направления.

Для расчета может использоваться следующая формула:

$$I = \frac{\sum_{j=1}^n \frac{A_{\text{факт } j}}{A_{\text{цель } j}} w_j}{\sum_{j=1}^n w_j} = \frac{\sum_{j=1}^n L_j w_j}{\sum_{j=1}^n w_j} / 100,$$

где: I – верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами; w_j – весовой коэффициент показателя / результата, относящегося к соответствующей группе медицинских работников; n – общее число показателей мероприятий кадровой политики, относящихся к соответствующей группе медицинских работников.

Определение значений весовых коэффициентов путем экспертной оценки осуществляется достижением консенсуса по итогам обсуждения значений, предлагаемых экспертами-специалистами, обладающими компетенциями в вопросах анализа организационно-медицинской информации.

Интегральный верхнеуровневый индикатор обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами может быть положен в основу **ранжирования** субъектов Российской Федерации (участников мероприятий кадровой политики) по признаку результативности реализации мероприятий кадровой политики.

В общем виде ранжирование (метод ранговой оценки) на основе использования верхнеуровневого индикатора обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами требует расположения участников мероприятий кадровой политики по достигнутому уровню верхнеуровневого индикатора результативности

мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в определенной последовательности (обычно в порядке убывания или нарастания каких-либо показателей) и, соответственно, определения места в этом ряду каждого из исследуемых (см. рисунок 3).

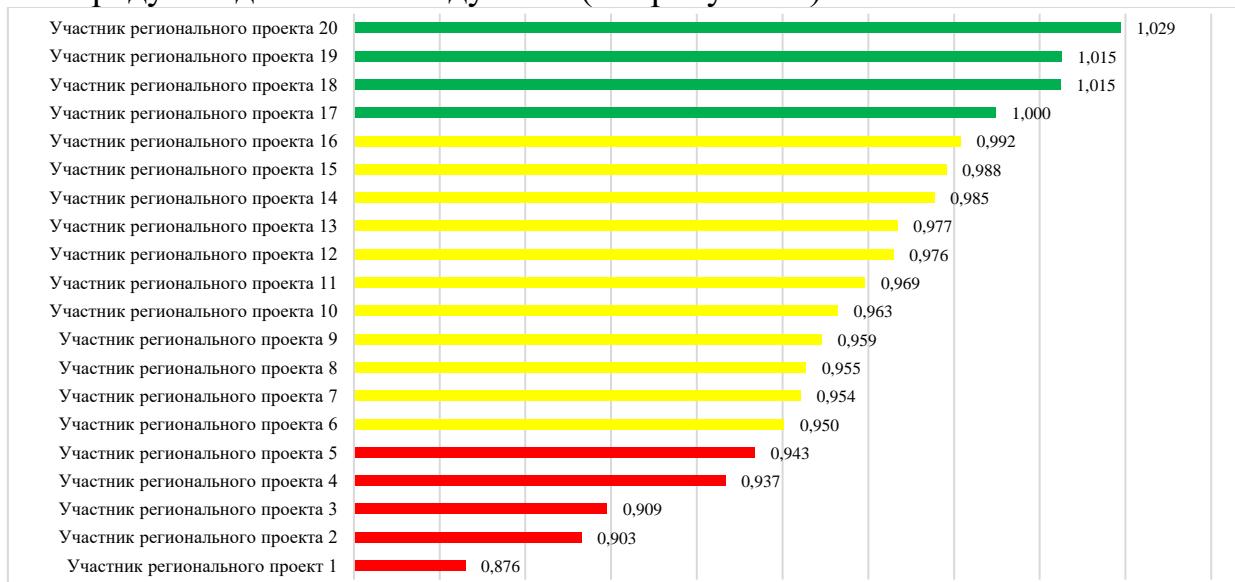


Рисунок 3 – Пример визуализации ранжирования участников мероприятий кадровой политики на основании системной результативности

По итогам ранжирования субъектов Российской Федерации (участников мероприятий кадровой политики) можно определить три основные группы системной результативности кадровой политики:

1) Первую группу результативности составляют субъекты Российской Федерации (участники мероприятий кадровой политики), имеющие по итогам реализации мероприятий кадровой политики за отчетный период низкие риски недостижения целевых значений показателей в целом, что в то же время не исключает наличие отдельных сфер кадровой политики, нуждающихся в корректировке применяемых мер для достижения плановых годовых значений. На рисунке 3 выделены зеленым цветом.

2) Ко второй группе результативности относятся субъекты Российской Федерации (участники мероприятий кадровой политики), имеющие по итогам реализации мероприятий кадровой политики за отчетный период значимые риски недостижения отдельных целевых значений показателей. На рисунке 3 выделены желтым цветом.

3) В третью группу результативности входят субъекты Российской Федерации (участники мероприятий кадровой политики), имеющие по итогам реализации мероприятий кадровой политики за отчетный период существенные риски недостижения целевых значений показателей, что свидетельствует о наличии сфер кадровой политики, нуждающихся в существенной корректировке применяемых мер для достижения плановых годовых значений и являющихся оптимальными в условиях жизнедеятельности региона. На рисунке 3 выделены красным цветом

4.4. Методика оценки эффективности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах

Оценка эффективности мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах обусловлена опосредованностью результата обеспечения медицинских организаций медицинским кадрами от прямых вложенных затрат. Этот результат является комплексным, относящимся к разным сферам человеческой деятельности и мультиплективным, полученным одновременно за счет разных факторов.

Аналитическая оценка эффективности реализации субъектами Российской Федерации (участниками мероприятий кадровой политики) мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах основана на построении модели **оценки трендов динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами по субъектам Российской Федерации (участникам мероприятий кадровой политики)**. В качестве исходных данных используется временной ряд ежемесячных значений интегральных верхнеуровневых показателей за определенный период. Для временных рядов по каждому субъекту Российской Федерации (участнику мероприятий кадровой политики) при оценке эффективности осуществляется:

1) построение диаграмм двоичного типа, показывающих каждую точку данных в виде верхнего или нижнего блока;

2) построение графиков, отражающих динамику значения интегральных верхнеуровневых индикаторов за определенный период времени;

3) вычисление коэффициента линейной регрессии (скорость изменения интегрального верхнеуровневого индикатора во времени).

4) ранжирование участников мероприятий кадровой политики по вычисленному значению коэффициента линейной регрессии с указанием ранга значения интегральных верхнеуровневых индикаторов по итогам отчетного периода.

Полученная пара рангов (значения интегральных верхнеуровневых индикаторов и коэффициента линейной регрессии) позволяет провести аналитическую оценку как уровня достижения субъектом Российской Федерации показателей мероприятий кадровой политики относительно иных субъектов Российской Федерации и среднего значения между ними, так и Российской Федерации в целом (см. рисунок 4).

Большее положительное значение коэффициента линейной регрессии отражает положительную динамику интегрального верхнеуровневого индикатора в отчетном периоде; низкое отрицательное значение коэффициента линейной регрессии – отрицательную динамику интегрального верхнеуровневого индикатора в отчетном периоде. При этом отрицательная динамика интегрального верхнеуровневого индикатора в случае его низкого ранга в последнем месяце позволяет выявить субъекты Российской Федерации

(участника мероприятий кадровой политики), имеющие существенные риски реализации мероприятий кадровой политики, низкую эффективность осуществляющей кадровой политики в здравоохранении по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах.



Рисунок 4 – Пример оценки трендов динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами по участникам мероприятий кадровой политики

Оценка трендов динамики интегральных верхнеуровневых показателей обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами по субъектам Российской Федерации (участникам мероприятий кадровой политики) позволяет определить шесть основных групп эффективности мероприятий по привлечению и закреплению медицинских работников на рабочих местах по итогам отчетного периода:

1) Первая группа эффективности: кадровая политика регионов России характеризуется положительным трендом динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и высоким уровнем достижения плановых значений показателей и результатов мероприятий кадровой политики (высокая эффективность – высокая результативность).

2) Вторая группа эффективности: кадровая политика регионов России характеризуется положительным трендом динамики интегральных

верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и низким уровнем достижения плановых значений по отдельным показателям мероприятий кадровой политики (высокая эффективность – средняя результативность).

3) Третья группа эффективности: кадровая политика регионов России характеризуется положительным трендом динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и низким уровнем достижения плановых значений показателей мероприятий кадровой политики (высокая эффективность – низкая результативность).

4) Четвертая группа эффективности: кадровая политика регионов России характеризуется отрицательным трендом динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и низким уровнем достижения плановых значений показателей мероприятий кадровой политики (низкая эффективность – низкая результативность).

5) Пятая группа эффективности: кадровая политика регионов России характеризуется отрицательным трендом динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и высоким уровнем достижения плановых значений по отдельным показателям мероприятий кадровой политики (низкая эффективность – средняя результативность).

6) Шестая группа эффективности: кадровая политика регионов России характеризуется отрицательным трендом динамики интегральных верхнеуровневых индикаторов обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и высоким уровнем достижения плановых значений показателей мероприятий кадровой политики (низкая эффективность – высокая результативность).

Такая методика позволяет определить участников мероприятий кадровой политики, которые несмотря на высокий уровень достижения плановых значений по состоянию на конкретный период времени, обладают низкой эффективностью мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров, и без существенной корректировки в перспективе ожидается снижение кадрового обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи.

Описанные выше методики оценки продуктивности, результативности и эффективности реализации субъектами Российской Федерации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах могут быть на уровне субъекта Российской Федерации использованы в рамках реализации мероприятий кадровой политики для проведения оценки продуктивности, результативности и эффективности мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров, реализуемых медицинскими организациями, муниципальными образованиями или их группами, иными участниками мероприятий кадровой политики.