

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «САРАТОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
В.И. РАЗУМОВСКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Ковалев Евгений Петрович

**Медико-социологические предикторы трансформации кадрового ресурса
регионального здравоохранения и направления его совершенствования
(по материалам Саратовской области)**

14.02.05 – Социология медицины

диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Кром Ирина Львовна

доктор медицинских наук, профессор

Еругина Марина Василидовна

Саратов – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ НА УСЛОВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	41
2.1. Этапы и базы исследования	41
2.2. Программно-методическое обеспечение исследования.....	54
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ ВРАЧЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	59
ГЛАВА 4. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	72
4.1. Медико-социальные параметры качества жизни врачей медицинских организаций регионального здравоохранения.....	72
4.2. Оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью.....	91
ГЛАВА 5. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАДРОВОГО РЕСУРСА	100
5.1. Анализ нормативного регулирования кадрового обеспечения системы здравоохранения за период 2000 – 2020 гг.....	100
5.2. Обоснование направлений развития кадрового ресурса региональной системы здравоохранения.....	115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	135
ВЫВОДЫ	145
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	149
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	150
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	151
Приложение А	202

Приложение Б	204
Приложение В	209
Приложение Г	210
Приложение Д	224
Приложение Е	227
Приложение Ж	229

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Современный период здравоохранения в России, который характеризуется как кризисный, представляет собой инверсионное развитие института медицины, неспособность эффективно выполнять главные функции (Решетников А.В., 2018) и реализуется в снижении доступности и качества медицинской помощи, уровня общественного здоровья. Императивом развития кризиса системы здравоохранения выступает кадровый кризис. В многочисленных исследованиях (Линденбрaten А.Л., 2019-2020; Михайлова Ю.В., 2019; Сибуринa Т.А., 2019; Улумбекова Г.Э., 2020; Шейман И.М., 2015-2018; Шишкин С.В., 2017 и др.) кадровый кризис в здравоохранении рассматривается в ракурсах дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров.

Изменения в социальной структуре, возрастающая социальная дифференциация, дисфункции в системе здравоохранения в современной России инициировали изменения профессионального статуса (Решетников А.В., 2018-2019; Донника А.Д., 2018; Мансуров В.А., 2013; Шкаратан О.И., 2012) и маргинализацию профессиональной группы врачей. Представление о реальной социальной ситуации, перспективах, социальном самочувствии, потенциальных возможностях развития профессиональных групп позволяют получить исследования качества жизни. Полисемиотика дефиниции «качество жизни», ее междисциплинарной и многокомпонентной основы предполагает системность изучения с использованием, прежде всего социологического подхода (Решетников А.В., 2019).

В Российской Федерации существуют выраженные кадровые диспропорции в здравоохранении регионов (Хальфин Р.А., 2013; Щепин В.О., 2013; Алленов А.М., 2015; Дьяченко В.Г., 2018; Смольянинова Е.Н., 2014). Решение проблемы развития кадрового ресурса регионального здравоохранения, устранение дефицита кадров и сбалансированности кадровой структуры в разрезе медицинских

специальностей является условием повышения доступности и качества медицинской помощи населению.

Степень научной разработанности проблемы

Контент диссертационного исследования определяют научные подходы специальности «Социология медицины».

Анализ социально-структурных трансформаций в современной России проводят Заславская Т.И., 2000, 2004, 2005, 2008; Мансуров В.А., 2005, 2008, 2013; Радаев В.В., 1996; Шкаратан О.И., 2012.

Тенденции институционализации здравоохранения «нового периода» в России рассматриваются в исследованиях Решетникова А.В., 2003–2019; Стародубова В.И., 1996, 2010; Щепина О.П., 2015; Щепина В.О., 2013.

Динамика профессионального статуса и специфика социально-профессиональных групп в здравоохранении рассматриваются в исследованиях Решетникова А.В. (2002–2019), Гамовой И.В., 2014; Громовой Р.Г., 1998; Донники А.Д., 2016, 2018; Еругиной М.В., 2017–2019; Кром И.Л., 2017–2019; Литвинцевой С.А., 2019; Лядовой А.В., 2017; Мансурова В.А., 2005, 2008, 2013; Михайловой Ю.В., 2008; Поповой И.П., 1999; Романова П.В., 2009; Романовой Н.П., 2009; Седовой Н.Н., 2010, 2016, 2018; Сорокина П.А., 2005; Сон И.М. 2008; Шишкина А.Е., 2019; Ярской–Смирновой Е.Р., 2009; Ленски Г., 2003; Xueguang Z., 2005; Fujishiro K., 2010; Msaouel P., 2012; Lee R. T., 2013; Weigl M., 2015; Loerbroks A., 2016; West C. P., 2018; Muller I. R., 2019.

Финансовые депривации профессиональной группы врачей в России обсуждаются в работах Багриной М.А., 2009; Будницкой М.В., 2018; Власовой О.В., 2020; Возмителя А.А., 2016; Гурьянова М.С., 2009; Еругиной М.В., 2018–2020; Ивановой Н.А., 2011; Кром И.Л., 2018–2020; Новоселова В.П., 2009; Солохиной Л.В., 2008.

Влияние неблагоприятных профессиональных условий на здоровье, профессиональную эффективность врачей, инициирующих профессиональный стресс и выгорание, рассматриваются в исследованиях Ахметовой З.С., 2019; Борисовой О.Н., 2019; Бояркиной С.И., 2018; Красовского В.О., 2019; Леоновой

А.Б., 2009; Леонтьевой Е.Ю., 2019; Романовой М.М. 2019; Lee R.T., 2013; Loerbroks A., 2016; Siegrist J., 2010; Vu-Eickmann P., 2018; Watson A.G., 2019.

Интегративные исследования последних десятилетий, рассматривающие проблему качества жизни профессиональной группы врачей, связаны с именами Решетникова А.В., 2007–2019; Новика А.А., 2007; Седовой Н.Н., 2016; Бездетко Г.И., 2017; Еругиной М.В., Кром И.Л., 2014–2019; Оправина А.С., 2008; Султановой Э.И., 2018; Тюкова Ю.А., 2018; Lall M.D., 2019; Mahmood J.I., 2019; Stewart M.T., 2019; Walsh G., 2019.

К исследованиям современных трансформаций системы здравоохранения в России обращались Решетников А.В., 2003–2019; Воробьев В.П., 2009; Гареева И.А., 2012, 2014; Щепин О.П., 2015; Щепин В.О., 2013.

Проблемам кадрового кризиса в здравоохранении посвящены работы Решетникова А.В., 2008–2019; Манеровой О.А., 2013, 2018; Решетникова В.А., 2016, 2018; Сквирской Г.П., 2017; Хальфина Р.А., 2013; Щепина О.П., 2013; Щепина В.О., 2019; Алленова А.М., 2015; Дьяченко В.Г., 2015–2018; Коробовой О.В., 2015; Рудневой Л.Н., 2015; Поляковой А.Г., 2017; Смольяниновой Е.Н., 2014; Улумбековой Г.Э., 2012; Эккерт Н.В., 2018; Campbell J., 2013; Kroezen M., 2015; Santric M.M., 2015; Simoes J., 2017.

Контекст кадрового обеспечения регионального здравоохранения сформулирован исследованиями Решетникова А.В. (2007–2018), Линденбрата А.Л., 2020; Стародубова В.И., 2010; Сибуриной Т.А., 2019; Присяжной Н.В., 2018; Шеймана И.М., 2015–2018; Шишкина С.В., 2017; Щепина В.О., 2019; Агафоновой М.С., 2016; Алексеевой Н.В., 2018; Заднепровской А.Н., 2016; Девишева Р.И., 2017; Донники А.Д., 2016; Дьяченко В.Г., 2015–2018; Каприна А.Д., 2015; Маевской И.В., 2012; Мустафаевой З.А., 2012; Петрухиной И.К., 2015; Поляковой А.Г., 2017.

Несмотря на значительное число публикаций, посвященных анализу кадрового кризиса в современном российском здравоохранении, осмысление социальных предикторов и тенденций развития и преодоления трансформаций кадрового ресурса в региональной системе здравоохранения в России не нашло надлежащего обсуждения в научных исследованиях.

Цель диссертационного исследования:

Научное обоснование направлений совершенствования кадрового ресурса на основании исследования социальных предикторов профессиональной деятельности врачей и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения.

Задачи исследования:

1. Проанализировать отечественные и зарубежные исследования социальной детерминированности трансформации кадрового ресурса региональной системы здравоохранения и типологизировать социальные предикторы профессиональной деятельности врачей.

2. Изучить основные социальные характеристики профессиональной группы врачей, проанализировать структурно-профессиональные диспропорции врачебного кадрового ресурса системы здравоохранения Саратовской области в современных условиях.

3. Осуществить анализ качества жизни и удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в региональном здравоохранении.

4. Исследовать условия реализации профессиональной деятельности врачей и разработать направления совершенствования кадрового ресурса в региональном здравоохранении.

Научная новизна:

– разработана типология социальных предикторов профессиональной деятельности врачей в системе здравоохранения, включающая социальные и организационные предикторы, инициирующие трансформацию кадрового ресурса и неэффективность системы здравоохранения;

– рассмотрен дискурс динамики профессионального статуса и маргинализации социально-профессиональных групп системы здравоохранения в России в связи с предложенной Г. Ленски «концепцией статусной неконсистентности (статусных рассогласований)»;

– определены относящиеся к характеристикам кадрового кризиса диспропорции в структуре медицинских кадров российского здравоохранения;

– сконструирован портрет профессиональной группы врачей в системе здравоохранения Саратовской области, включающий демографические, социальные и экономические характеристики;

– осуществлена социологическая интерпретация качества жизни врачей как индикатора социального функционирования ключевых акторов региональной системы здравоохранения;

– установлено, что финансовые депривации не являются определяющим фактором отношения врачей региона к своей профессиональной деятельности, что определяет необходимость комплексного решения проблемы преодоления кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения;

– разработаны основные направления совершенствования кадрового ресурса региональной системы здравоохранения, релевантного профессиональной группе врачей, в условиях маргинализации профессиональных групп, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров.

Теоретическая и практическая значимость:

– результаты диссертационной работы могут быть использованы органами управления здравоохранением федерального и регионального уровней при формировании/коррекции стратегических программ развития кадрового ресурса здравоохранения, направленных на преодоление выявленных структурно-профессиональных диспропорций, маргинализации профессиональной группы врачей, с целью преодоления трансформации кадрового ресурса и повышения доступности и качества медицинской помощи;

– результаты исследования могут использоваться при реализации образовательных программ дополнительного профессионального образования врачей по дисциплинам «общественное здоровье и здравоохранение» и «социология медицины» в ВУЗах медицинского профиля;

– мониторинг качества жизни профессиональной группы врачей может использоваться органами управления в сфере здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях для формирования корректирующих мероприятий по развитию кадрового потенциала регионального здравоохранения;

– разработанные рекомендации для практического здравоохранения, направленные на повышение качества жизни и профессионального статуса врачей региона, позволят преодолеть и предупредить маргинализацию профессиональной группы врачей;

– разработанные рекомендации для органов законодательной власти, органов управления здравоохранением Российской Федерации и регионов позволят повысить качество планирования в здравоохранении, преодолеть структурные диспропорции при формировании кадрового ресурса и, как следствие, повысить доступность, качество медицинской помощи и удовлетворенность населения системой регионального здравоохранения.

Методология и методы исследования

Методическими основаниями для осуществления данной работы явились многолетние исследования академика РАН А.В. Решетникова, посвященные анализу современного периода институционализации медицины в России.

Исследование выполнялось в категориальном пространстве социологии медицины, что позволило осуществить анализ социально детерминированных предикторов трансформации кадрового ресурса здравоохранения, релевантных профессиональной группе врачей, влияния социальных деприваций на качество жизни врачей, определить перспективы совершенствования кадрового ресурса региональной системы здравоохранения.

В диссертационном исследовании были использованы методы: системного анализа, социологический, медико-социологический, аналитический, математического анализа, статистический.

Положения, выносимые на защиту:

1. Кризис и дисфункции системы здравоохранения инициировали статусную инфляцию и маргинализацию профессиональных групп в российском здравоохранении. Социальные и организационные предикторы профессиональной деятельности врачей определили возникновение трансформаций кадрового ресурса и неэффективность региональной системы здравоохранения.

2. Социальный портрет врача в системе регионального здравоохранения: женщина в возрасте 47 лет, не состоит в браке, имеет 1-2 детей. Терапевт, стаж работы более 10 лет, без квалификационной категории. Работает в районной государственной медицинской организации. Проживает в собственной квартире, оценивает уровень своего дохода как низкий. Средний доход на члена семьи составляет не более 20 тыс. рублей. Страдает хроническими заболеваниями.

Дефицит врачебных кадров в системе регионального здравоохранения характерен для первичной медико-санитарной помощи и наиболее выражен в медицинских районных организациях, расположенных в значительном удалении от крупных центров; имеющийся профицит врачебных кадров не может быть использован для покрытия существующего дефицита в силу особенностей профессиональной подготовки специалистов и допуска их к профессиональной деятельности.

3. Качество жизни профессиональной группы врачей региона, проанализированное с использованием опросника ВОЗ КЖ-100, социально детерминировано и определяется возрастными характеристиками респондентов и финансовыми депривациями.

Финансовые депривации не являются определяющим фактором отношения респондентов к своей профессиональной деятельности.

4. Нормативно-распорядительные документы по формированию кадрового обеспечения не учитывают региональных особенностей в части наличия и взаимодействия медицинских организаций различных форм собственности, не содержат положений, направленных на повышение уровня профессиональной мотивации врачебного персонала, обуславливая структурно-профессиональные диспропорции в системе здравоохранения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 14.02.05 – Социология медицины; формуле специальности – содержанием данной специальности является изучение с использованием социологических подходов роли и места системы охраны здоровья в жизни

общества и представлений различных слоев общества о влиянии социально-экономических факторов на состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи с целью выработки дополнительных социально-психологических мер по профилактике, сохранению и укреплению здоровья, работоспособности и продлению жизни граждан; функционирования и развития социальных процессов, протекающих в системе здравоохранения, ее институтах и в медицине как социальном институте.

Внедрение результатов исследования в практику

1. Министерство здравоохранения Саратовской области:

– результаты диссертационного исследования используются при формировании дорожной карты «Создание оптимальной модели здравоохранения Саратовской области» на 2020-2021 гг. (Приложение А).

2. Медицинские организации:

– результаты диссертационного исследования используются при внедрении системы мониторинга качества жизни и удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в медицинских организациях (Приложение Б).

3. Федеральные государственные бюджетные образовательные организации:

– результаты диссертационного исследования включены в программы дополнительного профессионального образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России (Приложение В), при подготовке аспирантов по специальностям «социология медицины», «общественное здоровье и здравоохранение».

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность результатов диссертационного исследования подтверждается репрезентативностью выборочных совокупностей, использованием адекватной цели и задачам исследования методологии, современным методам математического анализа результатов эмпирических исследований.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на заседаниях Министерства здравоохранения Саратовской области (2019–2021 гг.), заседаниях кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) Саратовского государственного медицинского университета в 2018–2021 гг., на конференциях:

X International research and practice conference «Science, Technology and Higher Education», Westwood, Canada, 2016 г.; XIII Международная конференция «Развитие науки в XXI веке», Харьков, 2016 г.; XIX Международная научная конференция «Европейская наука и технологии», Мюнхен, Германия, 2016 г.; IV Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция «Интегративные исследования в медицине», Саратов, 2017 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «Социальная роль врача в Российском обществе», Нижний Новгород, 2018 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», Саратов, 2018 г.; II Международная научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», Саратов, 2021.

Личный вклад автора

Автором подготовлена программа диссертационного исследования, обоснована методология и разработан инструментарий эмпирического исследования, сформулированы гипотеза, цель и задачи исследования. Проанализирована отечественная и зарубежная научная литература, рассмотрены федеральные и региональные нормативные документы. Составлен медико-социальный портрет профессиональной группы врачей регионального здравоохранения. Проведено анкетирование и проанализированы результаты социологических и статистических исследований. Осуществлен анализ кадровой обеспеченности системы здравоохранения Саратовской области. Представлены выводы и практические рекомендации. Личный вклад автора составил 90%.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликована 21 работа, в том числе научных статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук – 5; статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus – 3, иные публикации по результатам исследования – 6 (в том числе учебное пособие – 1); публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 6; монография – 1.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 230 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 404 библиографических источника, в том числе 303 отечественных и 101 иностранных публикаций, 7 приложений. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 36 рисунками.

ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ НА УСЛОВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Современная реорганизация социального пространства, инициируя эволюцию «норм, ценностей, правил, социальных ролей и систем взаимодействия», в большей степени проявляется на социетальном и индивидуальном уровнях [212]. Возникновение качественных изменений системы социальных институтов, социально-групповой структуры и человеческого потенциала обусловлены социально-экономическими трансформациями в России в 2000-е годы, вследствие которых формируется значительная социальная поляризация российского общества, многократное увеличение социальной дистанции, разделяющей социальные слои [204].

По мнению Т.И. Заславской и В.А. Ядова [81], социетальная трансформация общества в России не завершена, не сформирована эффективная современная система социальных институтов и социально-групповая структура. Сложилась социально-групповая структура российского общества с «вопиющим разрывом между зажиточными и бедствующими слоями граждан». По сравнению с дореформенным уровнем отмечается снижение человеческого потенциала российского общества.

В.В. Радаев и О.И. Шкаратан [204] фиксируют динамичность целостных социальных систем, изменение структурных элементов и связей между ними. Процесс развития социальной системы реализуется в качественных изменениях взаимосвязанных элементов, связей и зависимостей социальной структуры, инициируя возникновение новых структурных элементов, в качестве которых выступают социальные институты и социальные группы [294].

По мнению Т.И. Заславской [80], качество социальной структуры определяется степенью выполнения обществом следующих социетальных функций (рисунок 1):

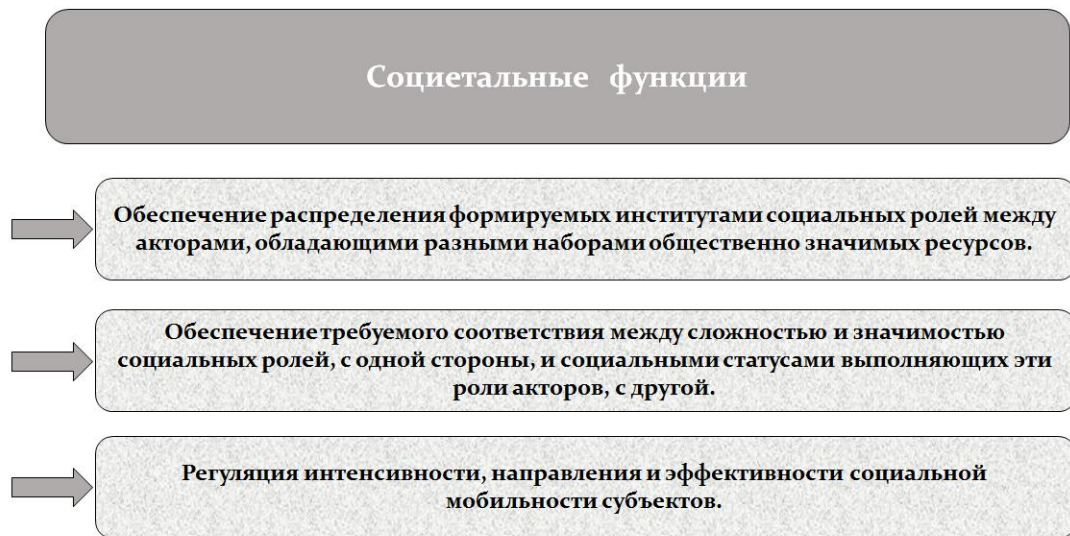


Рисунок 1 – Социетальные функции (Т.И. Заславская [80])

К одной из важнейших функций социального института, обеспечивающей функционирование общества, относится формирование социальных ролей и статусов. Потенциальное содействие эффективной реализации сложных и социально значимых ролей оказывают относящиеся к качественным характеристикам социальной структуры общества определенные виды деятельности [82].

С 70-х годов XX века социальные институты «выступают одновременно фактором стабилизации социальной системы и решающим фактором групповой (в том числе профессиональной) интеграции» [212]. Как отмечает академик РАН А.В. Решетников [212], понятие социального института соотносится со временем становления социологии как науки. Социальные институты – это «правила и нормы поведения, которые структурируют повторяющиеся взаимодействия между людьми, и механизмы, обеспечивающие выполнение правил» [156].

Т.И. Заславская [156] определяет функции социальных институтов (рисунок 2):

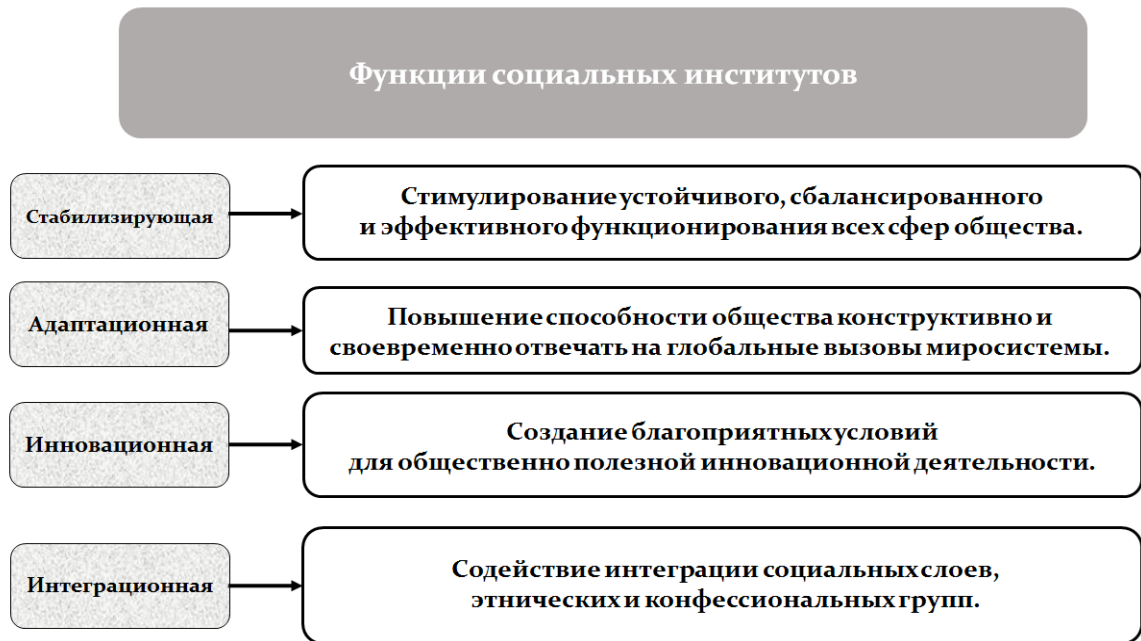


Рисунок 2 – Функции социальных институтов (Т.И. Заславская [156])

По мнению Т.И. Заславской [82], социальные институты регламентируют эффективную или социально приемлемую деятельность социальных акторов.

Ключевыми элементами структуры социальных институтов являются социальные группы [204], для объективного и всестороннего анализа которых используется социологический подход [229]. Социальные группы образуют мозаику горизонтальных и вертикальных отношений [294], объединяются сходными нормами-ценностями, типами менталитета, условиями жизнедеятельности, выступают носителями различных стратегий поведения [78] и представляют собой совокупность субъектов, объединенных любым существенным признаком. В социальных группах субъекты объединены общим признаком и помещены в идентичные условия [1].

Известны характеристики социальной группы [229]: социальная группа развивается, имеет ролевую структуру, располагает регулирующим взаимодействия набором социальных норм.

В российской социологии медицины институциональный подход к изучению общества связан с именем академика РАН А.В. Решетникова [212], предлагающего «интегрированное понимание социального института на современном этапе: это

ведущий компонент социальной структуры, обеспечивающий удовлетворение релевантных потребностей и устойчивость специфичных взаимоотношений и ролей...».

Академик РАН А.В. Решетников [212] рассматривает социальные институты в рамках институциональной теории (рисунок 3):

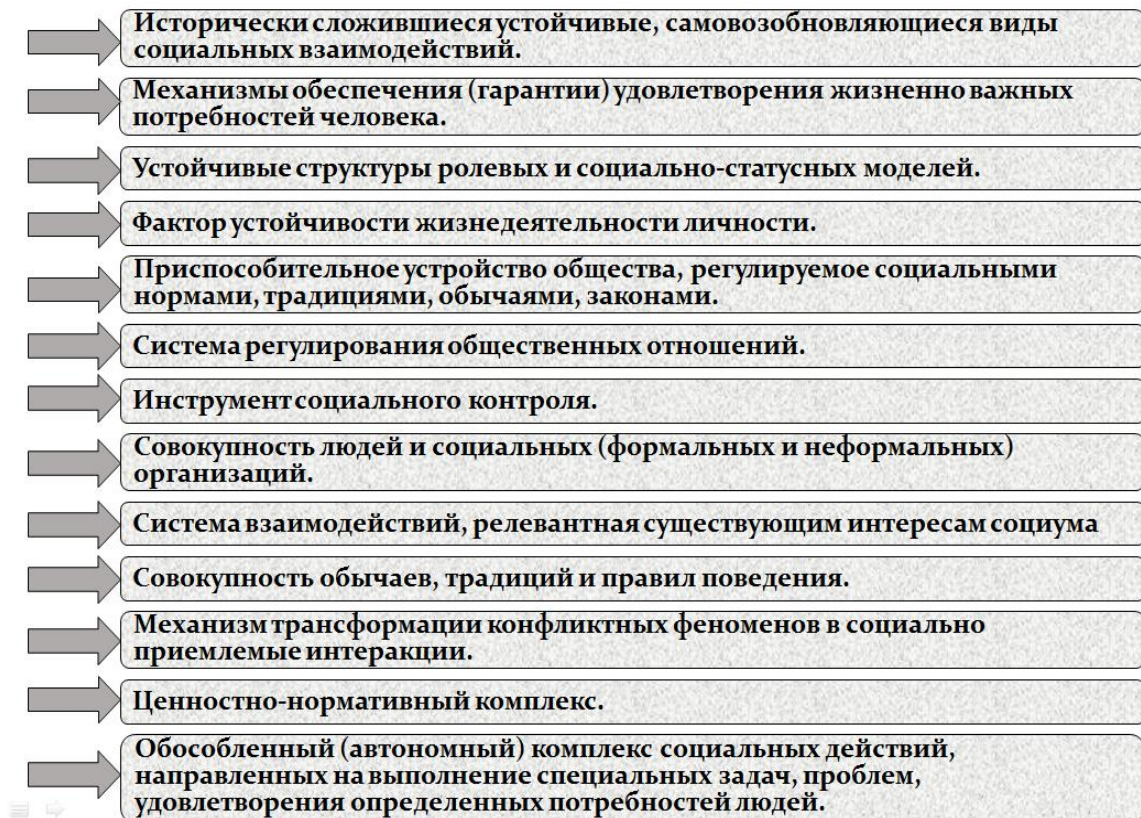


Рисунок 3 – Определения социальных институтов (А.В. Решетников [212])

По мнению Т.И. Заславской [82], особенность социальных институтов заключается в организации системы социальных ролей и статусов.

По определению М. Вебера [29], критерии социального статуса: «образ жизни; формальное образование, заключающееся в практическом или теоретическом обучении и усвоении соответствующего образа жизни; престиж рождения или профессии». «Образование, род занятий и уровень доходов, как составляющие социально-экономического статуса, определяют образ и условия жизни разных социальных групп населения» [264].

По определению академика РАН А.В. Решетникова [217], социальный статус определяется как положение/позиция субъекта или группы в соответствии с социальными, природными признаками, престижем и местом в структуре власти.

В исследовании В.В. Радаева и О.И. Шкаратана [204] социальный статус рассматривается как позиция субъекта или группы в иерархически организованной структуре и определяется многочисленными характеристиками, среди которых в современных обществах особенно важны престиж профессии, уровень дохода, продолжительность и качество образования.

По мнению А.В. Лядовой и соавт. [129], в современных социологических исследованиях социальный статус рассматривается как

– связанный с социальной идентичностью динамичный аспект социальной роли, определяющий позицию субъекта в системе социальных интеракций и позволяющий выстраивать свои отношения в социальной группе;

– связанная с занимаемой субъектом позицией социальная репутация, престижность которой зависит от реальной полезности деятельности и общественного мнения о ценности деятельности.

Однонаправленность переменных статуса свидетельствует о статусной согласованности или статусной кристаллизации. При несоответствии статусных позиций возникает статусная рассогласованность, инициирующая возникновение дисфункций [129].

В стратификации современного российского общества, по мнению Т.И. Заславской [80], ключевое значение имеют собственность, доходы и должность, при этом социальные и культурные характеристики субъектов (уровень образования и квалификации) в значительно меньшей степени формируют социальный статус [80].

Одним из результатов социетальной трансформации в современной России является модификация социально-профессиональной структуры, социально-профессионального статуса и тенденций социальной мобильности групп населения [189].

В ракурсе динамики социального статуса определена П. Сорокиным [252] мобильность, переход из одной социальной группы в другую.

Современные интерпретации социальной мобильности представлены на рисунке 4.

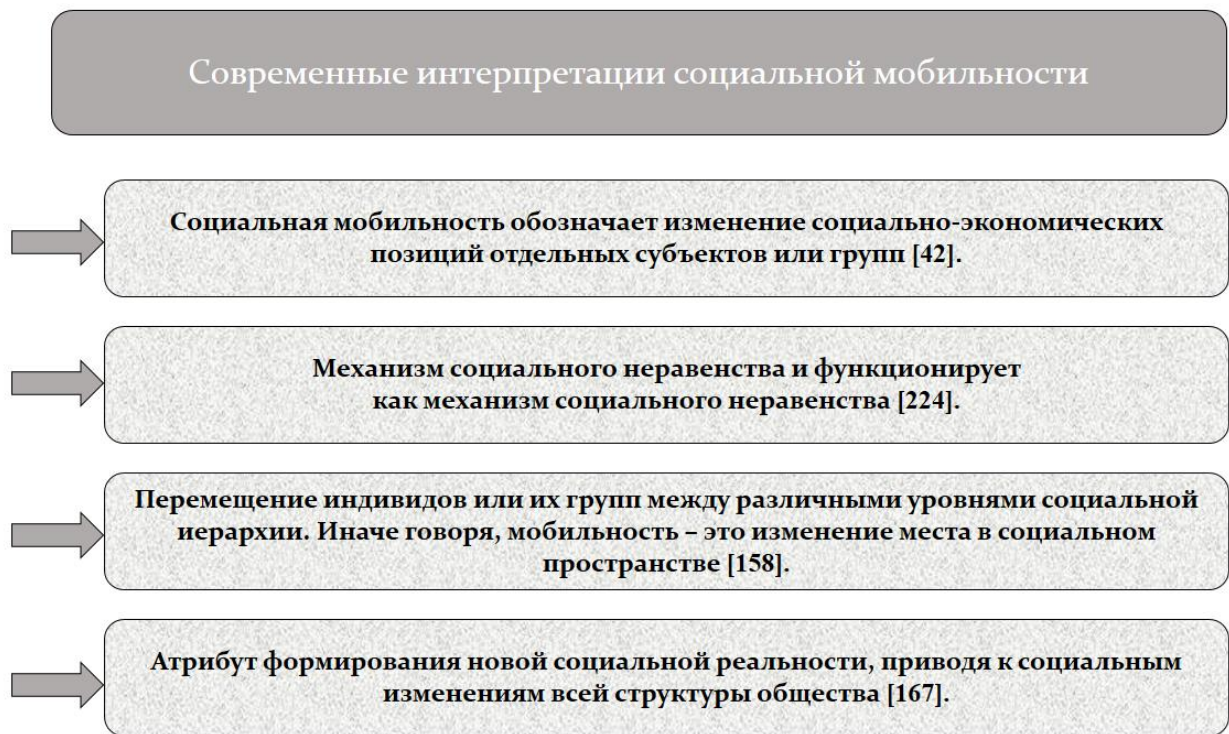


Рисунок 4 – Современные интерпретации социальной мобильности

Актуальность проблемы социальной мобильности субъектов и социальных групп в современном российском обществе определяется значительным социально-экономическим неравенством, прогрессирующей социально-статусной дифференциацией [25]. Социальная мобильность в периоды социальных преобразований предопределяет формирование социальной структуры [119].

По мнению Р.Г. Громовой [56], в первой половине 90-х годов в России превалировала обусловленная статусной инфляцией отдельных социальных групп нисходящая социальная мобильность. Находясь на периферии социального развития, «группы нисходящей социальной мобильности в наибольшей степени подвержены процессам маргинализации» [205].

Феномен социальной мобильности характеризует стратификацию социальных групп по определенному признаку неравенства, при профессиональной стратификации ключевым признаком неравенства выступает уровень престижа рода деятельности [190].

В современных отечественных и зарубежных социологических исследованиях в анализе социальной стратификации дефиниция «статус» приобретает ключевое значение. Определение неравенства, предложенное Э. Дюркгеймом [71], учитывает существование во всех обществах различной по социальной значимости деятельности.

М. Вебер [30], представители неовеберинского направления [135, 136, 223] рассматривают динамику профессионального статуса в параметрах: экономическое измерение, престиж и власть, М. Saks [378], Е.П. Сало [230] и др. комментируют эти параметры как ресурсы профессионального статуса.

По мнению Т. Парсонса [185], в обществе существует определенное разделение функций статусов и ролей, образующих стратификационную институциональную систему. Впоследствии теория социальной стратификации получила развитие в исследованиях Р. Мертона [140].

П. Сорокин при описании социального пространства выделил три системы социальной стратификации: экономическую, политическую и профессиональную [252]. Определённые социальные различия между субъектами приобретает характер иерархического ранжирования, что подразумевает социальную стратификацию [204].

Профессиональная стратификация проявляется в двух основных формах:

– иерархия основных профессиональных групп (межпрофессиональная стратификация) – определенные виды профессий всегда обеспечивали место в высших социальных слоях, другие профессиональные группы почти всегда находились у самого основания социальной пирамиды;

– стратификация внутри каждой сферы профессиональных занятий (внутрипрофессиональная стратификация) [252].

В каждом обществе, чем более высокий уровень интеллекта необходим для

выполнения профессиональной работы, тем «более привилегированной является группа и тем более высокий ранг она занимает в межпрофессиональной иерархии, и наоборот» [252].

Академик РАН А.В. Решетников [211] рассматривает кризис института медицины в современной России как «инверсионное институциональное развитие, определившее неспособность эффективно выполнять главные функции»:

- институциональные нормы продекларированы, но в практике не исполняются,
- рост массового недоверия граждан к системе здравоохранения,
- перераспределение функций (введение ОМС, ДМС, развитие частной, альтернативной, «народной» медицины).

На рисунке 5 представлены последствия «социально детерминированных трансформаций в институте медицины» (по определению академика РАН А.В. Решетникова [211]):

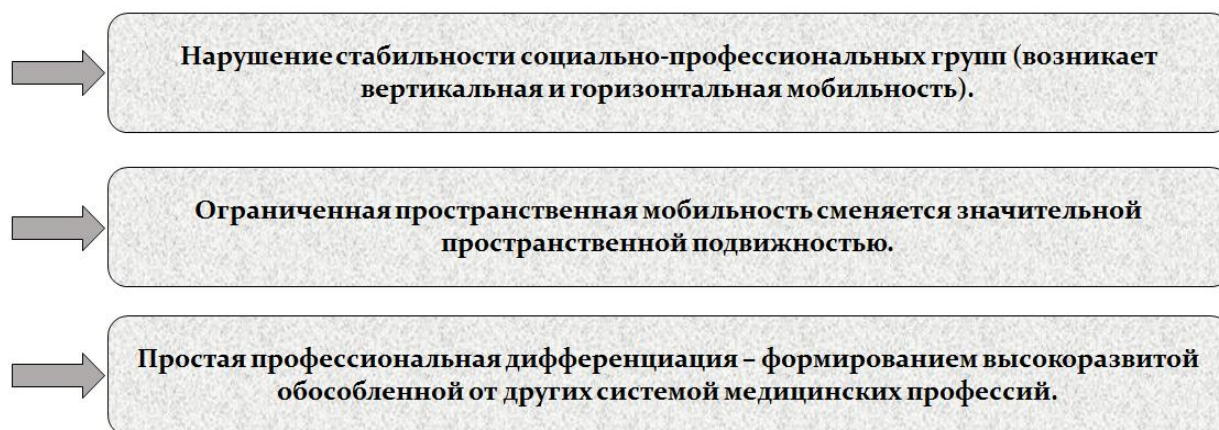


Рисунок 5 – Последствия социально детерминированных трансформаций в институте медицины (А.В. Решетников [211])

По мнению М.С. Ивченковой, в настоящее время институт медицины существует автономно от других социальных институтов. Это нарушение критериев системности выступает значимым барьером его эффективности [87]. Формируется социальная напряженность в связи с нереализованностью социальных ожиданий населения, стремление к установлению неформальных

связей и отношений, что порождает возникновение дисфункциональных практик, нарушение социального порядка и социальной интеграции [91].

В связи с тем, что социальный институт представлен субъектами и социальными организациями, система здравоохранения является одной из форм социальных организаций общества «для реального обеспечения прав человека на охрану здоровья» [216]. Социальный институт медицины по определению академика РАН А.В. Решетников [216] – совокупность больных, врачей, поликлиник, стационаров, медицинских институтов, т.е., всего, что связано с медициной.

В условиях изменений системы социальных институтов в современной России возникают тенденции институциональных дисфункций [41]. Дисфункциональные практики системы здравоохранения формируют ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи [50, 288].

Здравоохранение «характеризуется устойчивой структурой и обладает набором определенных элементов» [211]. Формирование здравоохранения определяет «комплекс структурно-функциональных составляющих элементов системы» [128]: субъекты, «социальной группы, структура и функции социального института и общества» и «организационные, функциональные структуры и процессы управления внутри здравоохранения» [6, 273].

Трансформации системы здравоохранения анализируются в диссертационном исследовании в ракурсе системного подхода.

К основным принципам функционирования системы здравоохранения, по мнению М.М. Юсуфова [303], относится профилактическая направленность здравоохранения, доступность медицинской помощи, иерархическая упорядоченность уровней здравоохранения, включенность в институциональную деятельность социальных партнеров.

Социетальные трансформации инициируют изменения и самой системы здравоохранения и субъектов здравоохранения, в этом, как отмечает М.С. Ивченкова [87], состоит специфика здравоохранения. Отсутствие долговременной концепции реформирования системы здравоохранения и поспешность в

осуществлении реформирования, деформируя систему здравоохранения, снижает уровень здоровья и качество жизни населения.

Система здравоохранения в России – целостная, самостоятельная с выстроенной иерархической структурой, внутренними и внешними связями, взаимодействующая с другими социальными институтами [87], характеризуется определённой целью деятельности, функциями, социальными статусами субъектов. Функционирование системы здравоохранения направлено на «организацию и оказание медицинской помощи населению, развитие медицинской науки и современных медицинских технологий» [50].

Реформирование системы здравоохранения в современной России, характеристиками которого является переход к рынку медицинских услуг, децентрализация системы управления и изменение системы финансирования, не достигло очевидных положительных результатов. Более того, современное состояние здравоохранения характеризуется многими экспертами как кризисное [108, 177, 244, 282, 298].

О.П. Щепин и соавт. фиксируют состояние глубокого кризиса российского здравоохранения в текущем десятилетии, проявляющегося снижением качества и ограничением доступности медицинской помощи, ростом заболеваемости и смертности и снижением уровня здоровья населения, недостаточностью профилактической работы, недофинансированием, минимизацией научно-медицинских исследований, стихийной коммерциализацией здравоохранения [300].

Социально-экономические реформы в России, последствия реформирования здравоохранения в последние десятилетия определили недовольство и недоверие населения к официальной медицине [104]. Ключевым элементом системы здравоохранения являются врачи [83, 240]. По мнению академика РАН А.В. Решетникова [210, 211], в современном российском здравоохранении отмечается «повышение социальных требований к врачам, к личности врача, к уровню качества медицинской помощи, все более жесткой становится регламентация деятельности врачей и все возрастающая ответственность».

Л.С. Шилова [289] объясняет рост нагрузки на врачей сокращением численности медицинского персонала и «нерентабельных» медицинских организаций при модернизации системы здравоохранения в последние годы. Этот процесс, по мнению автора, «оказал заметное влияние на состояние российского здравоохранения, профессиональную деятельность врачей и качество медицинской помощи».

Социетальные трансформации и реформы российского здравоохранения последних десятилетий, по мнению И.В. Гамовой и соавт. [49], инициировали изменение «особого социального статуса врача» [234], формирование социального феномена трансформации профессиональной роли [210].

Профессия является атрибутом системы здравоохранения [211]. Ключевая роль и значение кадров в здравоохранении объясняются тем, «наличие кадров, их количество, качество и подготовка определяют качество медицинской помощи» [246], на восстановление и стабилизацию кадрового потенциала, в отличие от финансового и материально-технического обеспечения, требуются годы [221, 256].

Социальный статус профессиональной группы врачей может быть обозначен ресурсами субъекта в системе власти, престижа, финансовыми возможностями [211].

Как отмечает академик РАН А.В. Решетников, социальный статус врача определяется уровнем оплаты труда, престижностью профессии и перспективами самореализации [215].

Наращение социальной дифференциации трансформировали содержание профессии врача, его соответствие этическим принципам профессии [231], снижение качества медицинской помощи и эффективности лечения [33, 209]. Большинство жалоб пациентов касается, в основном, нравственных диспозиций специалистов здравоохранения при оказании медицинской помощи [236]. В 1990–2000-е годы вследствие кризисного состояния здравоохранения и статусной инфляции врачи оказались среди беднейших слоев населения. Отсутствие в обществе адекватной оценки сложности профессиональной врачебной

деятельности формирует девиантное социальное поведение врача [242, 249], социальный конфликт врач – пациент [237].

Современные российские исследования [176] подтверждают широко распространенную среди врачей неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской профессии. По мнению Н.Н. Седовой и соавт. [235], «российские врачи не удовлетворены статусными изменениями в профессиональной группе, недовольны уровнем заработной платы, условиями профессиональной деятельности». Академик РАН А.В. Решетников рассматривает «субъективную удовлетворенность статусом (степень удовлетворенности своим материальным положением, доходами, качеством жизни) как одну из характеристик экономического ресурса профессиональной группы врачей» [211].

Процессы реформирования российского здравоохранения в 90-е годы инициировали изменение социального положения врача [51].

О.П. Щепин и соавт. [300], характеризуя современное состояние системы здравоохранения, отмечают ограничение доступности медицинской помощи, снижение ее объема, инициирующих нарушение конституционных прав населения на доступную медицинскую помощь.

Преобразование медицинской помощи в медицинскую услугу (основные понятия Основ законодательства «Об охране здоровья...» 2011 г.) и соответствие медицинской услуги другим услугам (ч. 2 ст. 779 ГК РФ) обострило социальную дифференциацию в доступности медицинской помощи. Рынок создаёт условия не патерналистских, а коммерческих отношений между врачами и пациентами [247, 248, 292].

Предпринятые в 90-е гг. реформы здравоохранения, «направленные на создание новой системы, основанной на принципах медицинского страхования, привели к изменению функций участников, появлению новых социальных ролей и новых отношений, строящихся по правилам рыночной экономики» [211].

В исследованиях [45, 127, 142, 245] рассматриваются «возможные сценарии депрофессионализации в медицине», один из которых заключается в том, что «не работают по специальности 29,3% выпускников медицинских вузов» [64].

Рассмотрим типологию социальных предикторов профессиональной деятельности врачей в современном российском здравоохранении [263].

1. Экономический тип

Низкий уровень доходов врачей, финансовые депривации.

Помимо социальных, в России существуют финансовые депривации в профессиональной группе врачей. В современной России врачи оказались как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении наименее социально защищенной профессиональной группой [46, 70], с низким уровнем заработной платы, влияющим на качество жизни, значительным ростом профессиональных нагрузок [88], а также невозможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в связи с низким уровнем обеспечения необходимым оборудованием и медикаментами [12, 103].

Несмотря на заявленные в последние годы целевые показатели, в России сохраняется низкий уровень заработной платы врачей в системе здравоохранения [43, 48, 96, 115, 144, 150, 155, 283, 341], который, являясь причиной кадрового кризиса в государственных медицинских организациях, влияет на доступность и качество медицинской помощи.

В исследовании Е.В. Фадеевой [269], ведущими предикторами сохраняющегося в России уровня смертности населения, релевантного профессионализму врачей, рассматривается отсутствие преемственности в системе восполнения медицинских кадров.

В приведенном выше исследовании «Российские врачи: социальные установки и стратегии адаптации» [134] большинству респондентов хватает денег только на еду и одежду, и недоступна покупка товаров длительного пользования.

По мнению Н.А. Ивановой [86], современная экономическая поддержка профессиональной деятельности специалистов здравоохранения не соответствует социальному значению возложенных на них задач. В исследовании Л.П. Цыплёнской и соавт. [279] обсуждается низкая заработная плата и невысокий уровень дохода в семьях врачей. Жилищные условия не устраивали половину

респондентов-врачей (34,2% респондентов оценивали жилищные условия как неудовлетворительные, 11,4% имели крайне неудовлетворительные жилищные условия) в исследовании В.П. Новоселова и соавт. [154]. По данным Л.Н. Касимовой и соавт. [212], не имели собственного благоустроенного жилья и проживали в общежитии, коммунальной квартире или снимали жилплощадь 22,3% врачей.

В исследовании М.С. Гурьянова [57], семейный бюджет в семьях врачей нередко находился на уровне бедности, что предполагало необходимость финансовой поддержки «со стороны». В указанном исследовании почти половина респондентов при опросе заявили о совместительстве и дополнительных заработках вне основного места работы. Только 39,9% респондентов являлись «основным «добытчиком» денег в семье», у 23,1% респондентов «основным добытчиком» являлся супруг(а), 15,7% респондентов указали на финансовую поддержку со стороны близких родственников (родителей или детей).

В исследовании К.В. Халовой и соавт. [274] 100% респондентов не удовлетворены своей заработной платой, отметили, что недостаточными являются существующие в стране условия для осуществления профессиональной деятельности специалистами здравоохранения. Сложившаяся в российском здравоохранении «система финансирования не стимулирует врачей к расширению объемов и улучшению качества медицинских услуг, эффективному использованию ресурсов». В диссертационном исследовании М.А. Багрий [9] не удовлетворены низкой оплатой труда 73% реаниматологов, 73% хирургов, 65% терапевтов. В исследовании Л.В. Солохиной и соавт. [251] 50% респондентов–врачей вынуждены работать дополнительно в связи с финансовыми депривациями. Большинство (74%) врачей не удовлетворены, 38% респондентов абсолютно не удовлетворены уровнем своей заработной платы в исследовании В.Б. Звоновского и соавт. [83]. Нередко, как отмечает Т.В. Семина [237], профессиональная деятельность формируется как «ответ», реакция на неудовлетворенность врача своими финансовыми возможностями в связи с его ожиданиями, экономическими интересами и потребностями. Во многих исследованиях указывается, что

российские врачи находятся в сложных финансовых условиях, имеют низкий уровень обеспеченности жильем, сталкиваются с необходимостью искать дополнительный заработок [24, 31, 44, 116, 131, 234, 250, 255, 281].

По мнению Н.В. Майсак и соавт. [132], достойная заработная плата, профессиональная поддержка, возможности профессионального и карьерного роста способствуют эффективной профессиональной деятельности и лояльности специалистов. М. Trockel и соавт. [306] обсуждают повышение благосостояния врачей в контексте здоровья населения.

2. Профессиональный тип

Снижение престижа и относительная статусная инфляция профессии врача.

Престиж – один из ведущих критериев позиции социальной группы в современной стратификационной иерархии. Являясь ключевой дефиницией, престиж определяет социальное поведение субъекта и социальной группы [387]. Ранжирование критериев и определение вершины иерархии, отмечает О.И. Шкаратан [294], осуществляется в связи с существующей в обществе системы ценностей. В социологии престиж обсуждается в рамках теории социальной стратификации и социального неравенства, неравные ресурсы различных профессиональных групп конвертируются в неравные возможности.

«Медицинская помощь как модель социальной интеракции фиксирует определённую ролевую структуру, новый, обусловленный трансформацией медицинской помощи, контекст социальных ролей, который строится по принципам рыночной экономики» [109].

Социальная значимость профессии реализована в престиже профессии. Одной из очевидных причин инфляции престижа профессии врача является трансформация медицинской помощи в медицинскую услугу.

Профессия врача традиционно занимает верхние ранговые позиции в иерархии профессий [316, 346, 349, 358, 401]. Начиная с 1925 г., при исследовании профессионального престижа в США профессиональная группа врачей постоянно демонстрирует самые высокие позиции в профессиональной пирамиде [277].

С конца 1980-х гг. в России фиксируется относительная статусная инфляция профессии врача [143], изменение позиции в иерархии профессиональных групп [136], формирование маргинального поведения и соответствующей жизненной стратегии [112]. В России возникает феномен конструирования новых статусных позиций в процессе профессионализации [83, 134, 285].

Большинство респондентов-врачей в исследовании И.Р. Соловьева и соавт. [250] оценивают свой социальный статус как невысокий, престижной считают профессию врача две трети респондентов.

В исследовании «Российские врачи: социальные установки и стратегии адаптации» [134] анализ динамики социального положения российских врачей показал, что их свобода в принятии решений, связанных с профессиональной деятельностью значительно ограничена.

По мнению исследователей [38, 49, 141], врачи в современной России относятся к профессиональным группам с недостаточной оплатой труда, что существенно влияет на престиж профессии [49, 92].

3. Социально-психологический тип

Профессиональный стресс, социальные фрустрации и профессиональное выгорание.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что здоровье и эффективность врачей тесно связаны с особенностями условий их работы. В литературе представлены убедительные доказательства влияния неблагоприятных профессиональных условий на здоровье врачей, инициирующих профессиональные заболевания, профессиональный стресс и выгорание [219].

Врачи во всем мире работают в стрессовых условиях, с изменением ожиданий пациентов и общества этот стресс продолжает расти [392]. Для профессии врача характерно наличие вредных производственных факторов, способных вызывать функциональные изменения организма и обуславливать риск развития заболеваний. В литературе представлены убедительные доказательства влияния неблагоприятных профессиональных условий на здоровье, профессиональную эффективность врачей и клиническую безопасность [21, 100,

117, 124, 206, 330, 355], инициирующих профессиональный стресс, профессиональные заболевания и выгорание [23, 117, 124, 125, 194, 310, 330, 355, 394, 397].

В исследовании М.М. Романовой и соавт. [93], у более 80% медицинского персонала выявлены симптомы эмоционального выгорания, у 50% респондентов диагностируется 2-3 стадии эмоционального выгорания. По данным Р. Msaouel и соавт. [385], А.А. Loerbroks и соавт. [339], среди специалистов здравоохранения распространенность профессионального стресса составляет от 20 до 80%. Распространенность 57% отмечена среди врачей Японии и Германии [339, 391] и 81% – для смешанной выборки медицинских кадров [385].

Отсутствие достоверных заключений о распространении профессионального стресса в национальных системах здравоохранения объясняются межнациональными различиями систем здравоохранения и различными профессиональными профилями респондентов. Также имеются методологические различия, которые исключают возможность сопоставления результатов национальных исследований [310].

Специфику развития синдромов профессионального стресса определяют гендерные характеристики [319, 347], содержание и особенности условий реализации профессиональной деятельности у врачей разных специализаций [318, 321, 368, 375, 393, 398]. В исследованиях обсуждается клинический контекст профессионального стресса, включающего высокие требования к качеству профессиональной деятельности, вредные условия, способствующие выгоранию и угрозе безопасности пациента [23, 93, 117, 123, 124, 334, 357, 364].

В работе J. Siegrist и соавт. [396], профессиональный стресс рассматривается как дисбаланс высоких усилий (большого напряжения) и низких вознаграждений (например, заработной платы, перспектив карьеры, уважения и клинической безопасности) и отмечаются его потенциально негативные последствия.

В течение десятилетий расширялся и трансформировался контент исследований профессионального стресса от описания отдельных случаев к

определению его как экзистенциального и общепрофессионального феноменов у представителей «хелперских» профессий [148, 149, 352, 374, 379, 402].

Научные исследования детализируют негативные последствия профессионального стресса, который может быть представлен в виде синдрома профессионального выгорания, а также в разнообразных маскированных, либо соматических формах [201, 291, 304, 314, 315, 352, 353, 382, 397, 402]. Профессиональное выгорание – сложный многофакторный феномен [328], на выгорание указывают чувство подавляющего истощения, деперсонализации или цинизма по отношению к пациентам, коллегам и работе, а также чувство профессиональной неэффективности [312, 363]. Повышается частота профессиональных ошибок [309, 311, 371, 388], формируется маргинальное поведение, возникают психосоматические симптомы [178, 342]. Исследования [312, 313, 315, 323, 332] демонстрируют совпадение выгорания и глубокой депрессии с точки зрения симптомов и дефицита трехмерной концепции выгорания.

Особое внимание в исследованиях по профессиональному выгоранию связано с его распространённостью, влиянием на индивидуальное здоровье и профессиональную эффективность врачей [307, 356, 395]. Длительные периоды высокой рабочей нагрузки, дефицит времени, чрезмерные когнитивные нагрузки и психическое напряжение формируют профессиональный стресс, вызывающий ухудшение индивидуального здоровья [63, 320, 335, 351, 374, 384, 386, 390].

Выгорание предшествует и инициирует депрофессионализацию [195, 241, 350], утрату профессиональной идентичности [113, 295] и маргинализацию [61]. Девиантное поведение специалиста может иметь латентный и манифестный характер [326, 389].

Среди причин выгорания – личностные характеристики врачей, высокий уровень профессионального стресса и особенности менеджмента медицинской организации [17, 151, 200, 270, 322, 373], неудовлетворенность профессией [327, 338, 343, 360]. Показатели распространенности выгорания врачей ассоциированы с дисфункциональными практиками в национальных системах здравоохранения

[213, 381], условиями оказания медицинской помощи [23, 42, 58, 99, 193, 197, 200, 259, 302, 353, 359, 361, 371], медицинской специальностью [89, 181, 184, 199, 203, 271, 301, 340, 377], возрастными, гендерными характеристиками и стадией карьеры [28, 238, 305, 330, 344, 369, 383].

Дополнительным источником профессионального стресса для врачей, усугубляющие имеющиеся психосоциальные проблемы их деятельности, являются рабочие нагрузки, возникшие при пандемии новой коронавирусной инфекции. Результаты ряда исследований в Китае, Индии, Германии показали, что среди специалистов здравоохранения в период пандемии (2020 г.) были распространены депрессии (35-58%), бессонница (34-36%), тревожность (40-47%), симптомы острого стресса (32-70%). Наиболее значимыми факторами стресса для специалистов здравоохранения во время пандемии COVID-19 могут быть непредсказуемость ситуации, тяжелые физические и психологические условия профессиональной деятельности, выраженный дефицит времени, тревога и страх заражения себя, близких и коллег, повышенная тревожность. В МКБ-11 предусмотрен «код QD85 Burnout – синдром выгорания, возникающий в результате хронического стресса в связи с профессиональной деятельностью». Авторы полагают возможность возникновения инициированных кризисом COVID-19 проблем медицинских кадров с психическим здоровьем [27, 152, 399].

В исследованиях оценки выгорания ранжируются в зависимости от измерения (истощение, деперсонализация или профессиональная неэффективность) и степени выгорания. Учитывая, что распространение выгорания увеличивается и достигает «эпидемического уровня» [371], выгорание может иметь разрушительные последствия для врачей, их коллег, пациентов и системы здравоохранения [317, 328, 329, 337, 372]. Выгорание, по мнению Xiu-jie Zhang и соавт. [354], является проблемой, решение которой предполагает формирование комплексных стратегий.

Нарушения жизнедеятельности субъекта в условиях социальных деприваций рассматриваются как предиктор социальной фрустрации, причины которой в различных профессиональных группах в социально-экономическом

неблагополучии, неудовлетворенности социальным статусом, профессиональным выбором и т.д. [131].

Трансформация социальной структуры, кризис и дисфункциональные практики здравоохранения [77] в современной России инициировали статусную инфляцию и маргинализацию профессиональных групп системы здравоохранения [137]. Феномен маргинализации социальных групп в ситуации аномии формируется в связи с падением престижа профессии, разочарованием в выборе профессии, неудовлетворенностью реализацией социальных и финансовых потребностей [84, 257].

С 90-х годов XX века в результате социально-экономических реформ и кризисного состояния российского общества институтов, социальные группы и субъекты оказались в промежуточном, пограничном, маргинальном состоянии [224].

И.Л. Попова [189] выделяет объективные (детерминированные внешними обстоятельствами, продолжительные, «фатальные») и субъективные (степень адаптированности, динамика социально-профессионального статуса) показатели маргинальности.

При маргинализации происходит изменение социальных характеристик и ролей субъектов, выраженность маргинализации определяет степень деформации субъектов [189].

Тенденции маргинализации социально-профессиональных групп здравоохранения могут рассматриваться в контексте предложенной Г. Ленски [122] «концепции статусной неконсистентности» или «концепции статусных рассогласований». Г. Ленски высказывает предположение, что субъект с низкоконтингентным статусом, сочетающий высокий уровень образования и низкий доход – это маргинал. Согласно теории Г. Ленски, степень статусной рассогласованности субъекта определяет его социальное поведение [137].

По мнению Н. Романовой [224], в последние годы в условиях нестабильной социальной среды значительно увеличился масштаб статусных рассогласований,

которые возникают в разных фрагментах системы неравенств (Г. Ленски верифицировал статусную неконсистентность как ситуацию неравенства).

Феномен профессиональной маргинальности рассматривается как поведенческий и концептуальный антагонист профессиональной идентичности [39, 107]. По мнению Ли Росс и Р. Нисбетт [225], на профессиональное поведение в большей степени влияют не личностные черты и качества субъекта, а социальная ситуация. Девиации проявляются лишь в сочетании первичных личностных изменений на фоне социальных условий.

Основной причиной маргинальности специалиста является процесс личностно-профессиональной дезадаптации на фоне социальной фрустрации. Н.В. Майсак и соавт. [132] отмечают повышение социальной фрустрации врачей в связи с невозможностью продолжать образование и повышать квалификацию.

Кризис и дисфункциональные практики системы здравоохранения в современной России являются факторами риска здоровью врачей и эффективности системы здравоохранения. Изменение социального статуса и маргинализация профессиональной группы врачей содействуют формированию кадрового кризиса как составляющей кризиса системы здравоохранения в России [95].

Кадровый кризис препятствуют решению задач, направленных на улучшение здоровья населения, повышению доступности и качества медицинской помощи [75], относится к проблемам российского здравоохранения, которые необходимо решить для достижения цели повышения доступности и качества медицинской помощи, улучшения общественного здоровья [211, 267]. ВОЗ констатирует, что для современных национальных систем здравоохранения актуальна проблема кадрового кризиса.

Предполагается, что в предстоящие годы проблема дефицита квалифицированных кадров здравоохранения будет нарастать за счет миграции, выбывания в связи с возрастом и недостаточным воспроизводством [278, 370].

ВОЗ отмечает, что одной из задач системы здравоохранения является «поддержание инфраструктуры, включая кадровые ресурсы» [36].

В РФ сохраняются диспропорции в обеспечении врачебными и сестринскими кадрами, недостаточная квалификация медицинских кадров [98].

По мнению Р.А. Хальфина и соавт. [182], основная проблема развития кадров здравоохранения в России «связана с дефицитом кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, избытком специалистов узкого профиля и с чрезмерной концентрацией кадров здравоохранения в крупных городах, особенно где расположены высшие медицинские образовательные учреждения».

Однако кадровый кризис обсуждается не только как дефицит медицинских кадров, который составляет в мире 4,3 млн. специалистов. В некоторых регионах России с низкой плотностью населения дефицит медицинских кадров составляет 50% [114].

В России кадровый кризис – это дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров, их концентрация в крупных городах, миграция в более благополучные регионы и страны квалифицированных специалистов, снижение квалификации медицинских кадров [8, 10, 114, 267, 282, 285, 288, 298].

Известны исследования [3, 26, 114, 141, 265], в которых рассматриваются диспропорции в структуре медицинских кадров российского здравоохранения.

Одной из характеристик кадрового кризиса являются структурно-профессиональные диспропорции (рисунок 6).

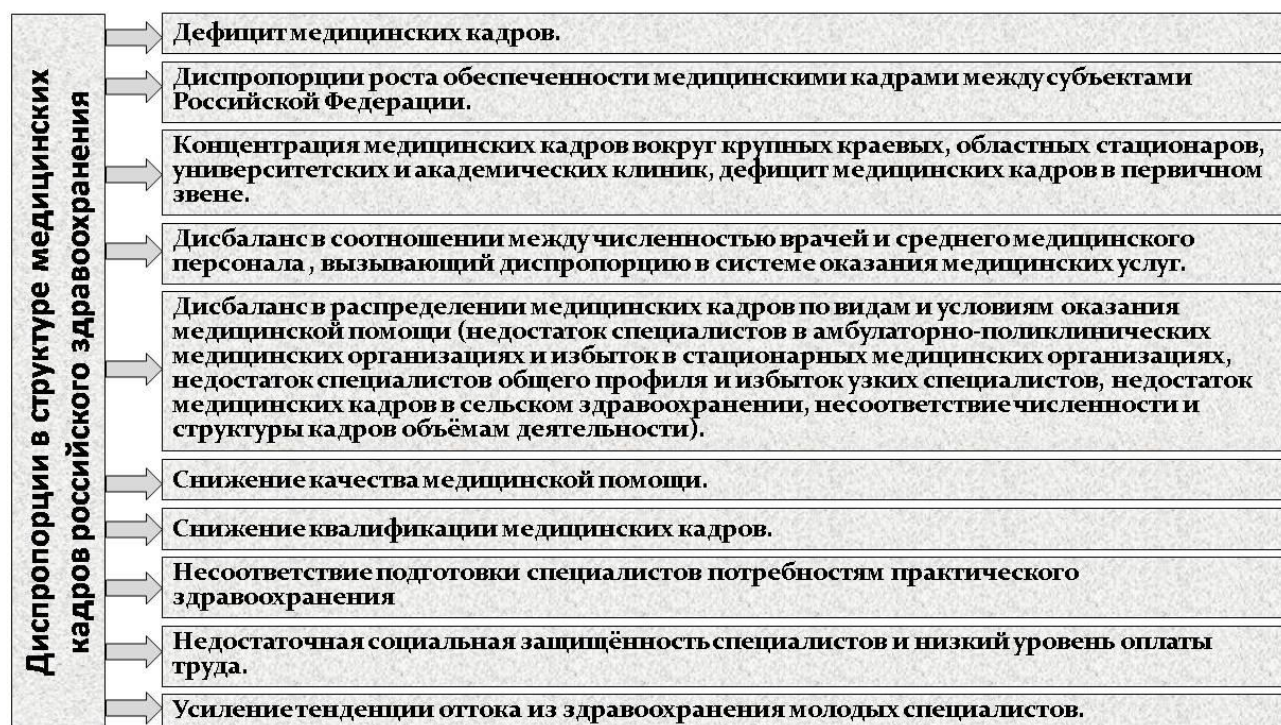


Рисунок 6 – Структурно-профессиональные диспропорции системы здравоохранения.

Обеспеченность медицинскими кадрами региональных систем здравоохранения имеет значительные различия [3, 243, 299].

В исследовании О.А. Башмакова [13] отмечается, что обеспеченность населения врачами снизилась в целом по России за период 2010-2014 гг. с 45,1 на 10 тысяч населения в 2010 году до 44,8 в 2014 г. Наибольшую долю в структуре занимали врачи специализированного профиля (25-28%). Показатели обеспеченности средним медицинским персоналом с 2010 г. снизилась со 120,6 до 112,5 в 2014 г. на 10 тысяч населения. Региональные различия в обеспеченности врачами российского населения достигают 30,0% [59].

В.Г. Дьяченко и соавт. [65, 66, 67, 68, 69, 186] фиксируют значительные структурные диспропорции в региональном здравоохранении: концентрации коечного фонда и кадровых ресурсов в медицинских организациях федерального и регионального уровня, относительный недостаток врачебных кадров в медицинских организациях сельских и отдаленных территорий.

Однако, как отмечают Н.Ю. Вяткина, Н.В. Присяжная и соавт. [45], при относительном дефиците врачебных кадров в российской системе здравоохранения «наблюдается переизбыток предложения на рынке». Авторы обозначили современные проблемы трудоустройства выпускников медицинских вузов в российской системе здравоохранения, называя ведущей несовпадение ожиданий молодых специалистов требованиям работодателей.

В современных условиях, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции, перед системой здравоохранения встают проблемы сохранения и укрепления здоровья субъектов здравоохранения как основного кадрового ресурса системы, а также профилактики профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний [152].

Впервые за последние 10 лет, учитывая распространение инфекции COVID-19, второе ранговое место в структуре профессиональной патологии медицинского персонала заняли заболевания, связанные с действием биологических факторов с удельным весом 20,19%. Установлена роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, именно специалисты здравоохранения имеют самый высокий риск инфицирования. Базовой задачей здравоохранения в период пандемии является обеспечение качества и безопасности медицинской помощи, причем должна быть создана безопасная среда не только для пациентов, но и для медицинского и немедицинского персонала» [164]. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, являются важнейшей составляющей этой задачи в связи с их распространением и негативными последствиями для общественного здоровья, здоровья медицинского персонала, как основного, сложно восполняемого трудового ресурса системы здравоохранения, так и для экономики страны [400].

В контексте COVID-19 специалисты системы здравоохранения сталкиваются с беспрецедентным профессиональным риском заболеваемости и смертности [403].

Влияние коронавирусной инфекции на мировые системы здравоохранения привело к увеличению продолжительности рабочего времени медицинских работников, интенсивности нагрузки на врача/медсестру, отсутствию отдыха. В

этих условиях длительный контакт с инфицированными пациентами существенно повышал риск заражения COVID-19. Отмечается, что достаточное обеспечение медработников «средствами индивидуальной защиты и правильное их использование почти в три раза снижало инфицирование персонала SARS-CoV-2 даже в отделениях интенсивной терапии» [380].

Авторы отмечают, что среди всех больных с установленным диагнозом COVID-19, медицинские работники составляют около 10% [403].

Более половины специалистов здравоохранения с COVID-19 сообщили, что «они контактировали с пациентами с COVID-19 в медицинских организациях». Тяжелое течение инфекции чаще наблюдалось у медработников старше 65 лет, составляющих 6% медработников с COVID-19, но «37% смертей приходились на эту возрастную группу» [331].

В период с марта по июль 2020 г. в Англии от COVID-19 скончались 313 медицинских работников. Было установлено, что «повозрастные коэффициенты смертности от COVID-19 среди мужчин-медработников были на 50% выше, чем среди мужчин в общей популяции, особенно высоким оказался уровень смертности у среднего медицинского персонала (что характерно и для женщин)» [152].

Новая коронавирусная инфекция у медицинских работников стала острой проблемой здравоохранения, связанной с высоким уровнем заболеваемости и летальности этой профессиональной группы и значительным социально-экономическим ущербом по указанным выше причинам. Из-за пандемии COVID-19 «удельный вес острых профессиональных заболеваний и отравлений составил 21,4% (729 случаев), число смертельных исходов – 606 случаев, что выше значения 2019 года (9 случаев) на 597 случаев за счет случаев преждевременной смерти, связанных с COVID-19» [164].

В условиях COVID-19 рассматривается задача сохранения здоровья медицинских кадров «как социально значимой категории граждан, обеспечивающей поддержание и укрепление общественного здоровья» [164].

Академик РАН В.И. Стародубов и соавт. [32] исследовали проблемы российской системы здравоохранения, связанные с пандемией COVID-19, среди которых особо выделили сложности обеспечения системы кадровым ресурсом:

1. «Проблема кадрового обеспечения». При COVID-19 «возникает угроза оттока медицинских работников из отрасли, как в настоящее время, так и в ближайшей перспективе».

2. «Проблема несоответствия квалификации медицинских работников квалификационным требованиям, предъявляемым к врачам-инфекционистам».

3. «Проблема с младшим медицинским персоналом. Острая нехватка младших медицинских сестер создала сложности при оказании медицинской помощи в условиях пандемии.

4. «Проблема оплаты труда медицинских работников в период распространения коронавирусной инфекции».

ВОЗ [35] высказала обеспокоенность тем, что «из медицины уходит много профессионалов в связи с тяжелыми условиями профессиональной деятельности во время пандемии COVID-19 и из-за отсутствия должной поддержки». Врачи и медсестры «работают день и ночь вот уже более двух лет, и многие из них перегорели, не получая признательности за свой труд... Ковид стал вызовом для всей системы здравоохранения. В то время, когда мы нуждаемся в увеличении числа медсестер и врачей, мы на самом деле их теряем».

Проблемы кадрового кризиса в российском здравоохранении, связанные с неравномерным распределением кадров по медицинским организациям [261], и, как следствие, ограничение доступности медицинской помощи населению находят отражение в принятых в последние годы официальных нормативных документах и данных научных исследований [126, 180, 207, 226, 266, 287, 288, 289]. Однако до настоящего времени в России нет методологии комплексной оценки и мониторинга кадрового ресурса системы здравоохранения, расчёта потребности в специалистах различного профиля, этапного плана развития кадрового ресурса, сбалансированного с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению, учитывающего вероятность развития новых

эпидемий или других вызовов (рисков), к которым система здравоохранения должно быть готова [260].

Резюме:

Кризис и дисфункциональные практики здравоохранения в современной России, структурно-профессиональные диспропорции, социально и организационно детерминированные особенности условий реализации профессиональной деятельности инициировали статусную инфляцию и маргинализацию профессиональных групп в российском здравоохранении.

Социальными предикторами профессиональной деятельности, определившими процесс маргинализации врачей в современном российском здравоохранении, выступают:

- низкий уровень доходов врачей, финансовые депривации;
- снижение престижа и относительная статусная инфляция профессии врача;
- профессиональный стресс, социальные фрустрации и выгорание.

Динамика профессионального статуса и маргинализация профессиональной группы врачей в российском здравоохранении рассматривается в связи с предложенной Г. Ленски «концепцией статусной неконсистентности (статусных рассогласований)». Социальные и организационные предикторы профессиональной деятельности врачей инициируют возникновение трансформации кадрового ресурса и неэффективность системы здравоохранения.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы и базы исследования

Кадровый кризис в региональной системе здравоохранения рассматривался в контексте системного подхода. В диссертационном исследовании использованы социологические, медико-социологические, аналитические, статистические, математические методы исследования, которые позволяют решить поставленные в диссертации задачи и получить достоверные результаты исследования.

Эмпирическими основаниями исследования являются официальные статистические данные по Российской Федерации и Саратовской области, официальные отчеты медицинских организаций (форма № 30), паспорта медицинских организаций, нормативные документы федерального и регионального уровня, исследование, разработанное и проведенное автором в течение 2015–2020 гг. в ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, в медицинских организациях Саратовской области.

Объект исследования – профессиональная группа врачей регионального здравоохранения.

Предмет исследования – социальные и организационные предикторы трансформации кадрового ресурса системы здравоохранения региона.

Гипотеза исследования

Качество жизни профессиональной группы врачей социально детерминировано. Социальные предикторы профессиональной деятельности, определившие процесс маргинализации врачей, инициируют кадровый кризис в системе здравоохранения региона. Недостаточное нормативное обеспечение планирования мощностей медицинских организаций и профилизации коечного фонда способствуют формированию структурных диспропорций и кадрового дефицита в региональной системе здравоохранения.

Преодоление трансформации кадрового ресурса, релевантного профессиональной группе врачей, предполагает реализацию комплекса

организационных решений, направленных на оптимизацию качества жизни врачей, преодоления их социальных и финансовых деприваций, профилактику маргинализации, совершенствование планирования структуры региональной системы здравоохранения.

Программа диссертационного исследования включала в себя 4 этапа (таблица 1). Исследование проводилось с 2015 по 2021 гг.

Таблица 1 – Программа исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования	Источники информации
1. Анализ и типологизация социальных рисков трансформации кадрового ресурса, релевантного профессиональной группе врачей, в российском здравоохранении	Аналитический	Литературные источники (255)	Научные публикации из отечественных и зарубежных наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных.
2. Изучение медико-социальных характеристик профессиональной группы врачей и анализ структурно-профессиональных диспропорций врачебного кадрового ресурса системы здравоохранения Саратовской области	Социологический (анкетирование), статистический	Врачи медицинских организаций Саратовской области (976)	Данные анкетирования
	Аналитический	Официальные данные Росстата и Саратовстата по ресурсам системы здравоохранения (более 10000 показателей) Паспорт медицинской организации СО (160)	Данные официальной статистики здравоохранения по Саратовской области Паспорта медицинских организаций

Продолжение таблицы 1

Этапы исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования	Источники информации
3. Осуществление анализа качества жизни и удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в региональном здравоохранении	Аналитический, социологический (анкетирование), статистический, корреляционный анализ	Литературные источники (58). Врачи медицинских организаций региона (594)	Научные публикации из отечественных и зарубежных наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных. Данные анкетирования
	Аналитический, социологический (анкетирование), статистический	Литературные источники (5). Врачи медицинских организаций региона (594)	Научные публикации из отечественных и зарубежных наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных. Данные анкетирования
4. Исследование условий реализации профессиональной деятельности врачей и обоснование направления развития кадрового ресурса региональной системы здравоохранения	Аналитический ретроспективный анализ	Нормативно-правовые акты (86). Данные официальной статистики по демографии и здравоохранению РФ и СО. Годовой отчет медицинской организации – форма № 30 (160) Паспорт медицинской организации (160)	Электронная справочная правовая информационная система «Консультант». Данные официальной статистики здравоохранения по Саратовской области и Российской Федерации. Годовые отчеты медицинских организаций Паспорта медицинских организаций
	Фокус-групповое интервью	Врачи медицинских организаций региона (8)	Сценарий (гайд) интервью
	Социологическое исследование (анкетирование), статистический	Врачи медицинских организаций региона (417)	Данные анкетирования

На первом этапе (2015–2016 гг.) осуществлен аналитический обзор литературы, разработаны план и программа медико-социологических исследований.

Типологизированы предикторы нисходящей социальной мобильности, статусной инфляции и маргинализации профессиональной группы врачей в современном российском здравоохранении. Обзор дополнялся новыми литературными источниками до 2022 г.

На втором этапе (2016–2017 гг.) изучены социально-экономические характеристики врачей, работающих в государственных и частных медицинских организациях региона, составлен социальный портрет профессиональной группы врачей региона, проведен анализ структурно-профессиональных диспропорций системы здравоохранения Саратовской области. По мере появления новых статистических данных проводились дополнительные исследования и расчеты показателей, характеризующих ресурсы здравоохранения.

На третьем этапе (2017–2019 гг.) проведено компаративное исследование качества жизни респондентов с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 [62], содержащего сферы и субсферы, позволяющие определить «субъективное восприятие физического состояния, психологических особенностей, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, независимости, а также своего отношения к некоторым характеристикам социальной среды» (Приложение Г). Более высокое значение баллов соответствует более высокому уровню качества жизни в сферах и субсферах опросника.

Статистическая обработка результатов анкетирования проводилась с помощью стандартных алгоритмов программы SPSS Statistics. Рассчитывались средние значения (медианы) показателей качества жизни респондентов.

Статистическая достоверность различия средних значений определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни (КМУ). Различие считалось статистически значимым, если рассчитанный параметр p оказывался $< 0,05$.

Проверка соответствия распределений исследуемых величин нормальному распределению проводилась во время «начального анализа» данных с помощью

алгоритмов, встроенных в частотный анализ программы SPSS Statistics. В большинстве случаев для «параметров» респондентов (возраст, стаж и т.п.) отклонения от нормального распределения оказались небольшими (удовлетворяющими одновыборочному критерию Колмогорова-Смирнова). В исследовании качества жизни респондентов распределение показателей качества жизни значительно отличалось от нормального, что инициировало использование методов непараметрической статистики.

При компаративном исследовании качества жизни выборочная совокупность разбивалась на группы по тому или иному критерию. Если имело (не имело) место статистически значимое различие средних значений какого-либо показателя качества жизни в группах, то делался вывод о зависимости (независимости) данного показателя от соответствующего критерия.

В исследовании возрастных особенностей качества жизни выделены 3 возрастных группы респондентов:

- 1 группа – возраст до 40 лет (33,8%)
- 2 группа – 40-49 лет (33,8%)
- 3 группа – 50 лет и старше (32,4%).

При исследовании влияния финансовых деприваций на качество жизни врачей рассматривались 4 степени деприваций [58], коррелирующих с уровнем дохода на члена семьи респондента. Выделены 4 депривационные группы респондентов.

При компаративном исследовании качества жизни врачей с использованием опросника ВОЗ КЖ–100 в ситуации финансовых деприваций между степенями деприваций и показателями качества жизни респондентов рассчитывались коэффициенты корреляции Спирмена r_s .

Дизайн исследования – простое, открытое, поперечное исследование.

На третьем этапе осуществлялась оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [209, 217] (Приложение Д). В

исследование на основе случайной выборки включены 594 врача из медицинских организаций региона. Каждый из вопросов имел закрытую форму и предполагал один из альтернативных ответов.

На четвертом этапе (2019–2021 гг.) представлен анализ нормативно-распорядительных актов 2000-2020 гг., регулирующих формирование сети медицинских организаций и кадровую обеспеченность региональной системы здравоохранения медицинскими работниками; проведено социологическое исследование «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения», включающее фокус-групповое исследование и анкетирование, разработаны направления преодоления кадрового кризиса региональной системы здравоохранения.

Для формирования объективного понимания контента и направлений преодоления кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения проведено фокус-групповое исследование «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения», в котором приняли участие 8 участников – организаторов здравоохранения, работающих в государственных медицинских организациях Саратовской области, имеющих сертификаты по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и преподаватели кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского.

Цель фокус-группового исследования – формирование направлений совершенствования врачебного кадрового потенциала системы здравоохранения Саратовской области на основе изучения экспертных мнений о причинах и характеристиках кадрового кризиса.

Объект исследования: руководители государственных медицинских организаций Саратовской области.

Предмет исследования: перспективы развития кадрового ресурса

региональной системы здравоохранения.

Задачи исследования:

1. разработать инструментарий социологического исследования – гайд экспертной фокус-группы;
2. организовать и провести фокус-групповое исследование, направленное на получение данных о причинах, характеристиках кадрового кризиса, релевантного профессиональной группе врачей, в региональной системе здравоохранения.
3. подготовить аналитический отчет по проведенному социологическому исследованию.

Гайд-сценарий для проведения фокус-группового исследования включал обсуждение экспертами характеристик кадрового кризиса, релевантного профессиональной группы врачей, и направлений его преодоления (Приложение Е).

Группировка и ранжирование системных факторов кадрового кризиса в региональном здравоохранении, обозначенных в ходе фокус-группового исследования, были использованы при составлении анкеты, состоящей из общей и специальной частей (Приложение Ж).

В анкетировании приняли участие 417 врачей (в том числе – 8 участников фокус-группового исследования) из медицинских организаций региона, которые высказали свое мнение о причинах кадрового кризиса региональной системы здравоохранения, его характеристиках и направлениях преодоления. Каждый из вопросов предполагал несколько из альтернативных ответов.

Общая характеристика профессиональной группы врачей Саратовской области (генеральная совокупность). По итогам 2018 года общая численность врачей в медицинских организациях Саратовской области составила 9175 человек, из которых женщины врачи составили 6844 чел. (74,6%), мужчины – 2331 чел. (25,4%).

В структуре генеральной совокупности группа врачей клинических специальностей составляет 59%, группа врачей лечебно-диагностической группы –

35%, врачи группы управления – 6% (классификация групп врачей представлена в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России 2019 г.) [172].

В структуре генеральной совокупности по медицинским специальностям большую часть составляют терапевты – 11,7% (1079 чел.), из них участковые терапевты составили 6,6% (602 чел.), акушеры-гинекологи – 8,4% (776 чел.), педиатры – 7,8% (720 чел.), анестезиологи-реаниматологи – 5,2% (480 чел.), хирурги – 5,2% (421 чел.), невропатологи – 3,4% (309 чел.), травматологи-ортопеды – 2,2% (201 чел.), кардиологи – 1,9% (177 чел.), психиатры – 2,0% (185 чел.), врачи СМП – 1,3% (118 чел.), доля врачей прочих клинических специальностей составляет по каждой из специальности около 1% в генеральной совокупности или менее.

Критерием включения респондентов в исследование являлась их принадлежность к врачам лечебной группы и к врачам группы управления (организаторы здравоохранения). Критерием исключения являлась принадлежность респондентов к лечебно-диагностической группе врачей (4 глава).

Базами исследования выступили:

– государственные и частные медицинские организации Саратовской области;

– ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России.

В качестве баз исследования были определены 49 многопрофильных медицинских организаций (районных, городских, областных и федеральных), расположенных на территории г. Саратова и области, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь населению и являющихся типичными представителями разных по мощности и уровню медицинских организаций.

Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, в структуре

которой есть консультативная поликлиника, стоматологическая поликлиника и многопрофильный стационар на 1050 коек, является особенностью региона.

Из 14 крупных многопрофильных областных и городских больниц типичными медицинскими организациями регионального и городского здравоохранения являются Саратовская областная клиническая больница на 1000 коек с консультативной поликлиникой и городская больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева г. Саратова со стационаром мощностью 766 коек и поликлиникой на 800 посещений в смену.

Районные больницы (РБ) Саратовской области в зависимости от количества населения района подразделяются на 4 группы, в связи с чем мы приводили характеристику типичной медицинской организации по каждой из 4 групп: РБ Лысогорского района (1 группа – численность обслуживаемого населения от 10 до 20 тысяч человек, таких РБ в регионе 18), РБ Новоузенского района (2 группа – численность населения от 21 до 40 тысяч человек, эта группа включает 9 районных больниц), РБ Петровского района (3 группа – численность населения от 41 до 100 тысяч человек, эта группа включает 8 РБ), РБ Энгельсского района (4 группа – численность населения более 100 тысяч человек, всего в регионе таких РБ 4). Все районные больницы имеют в структуре районные поликлиники, стационары, врачебные амбулатории и ФАПы. В Саратовском здравоохранении развита сеть негосударственных медицинских организаций. Базой исследования нами был определен Медицинский Ди-центр (г. Саратов), который является многопрофильной медицинской организацией, оказывает амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь населению, как на платной основе, так и бесплатно – в системе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, базы, на которых проводилось исследование, являются типичными медицинскими организациями регионального здравоохранения, за исключением клинической больницы им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета (далее – Университет), которую мы рассматриваем как особенность нашего региона.

Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского – многопрофильная медицинская организация, оказывающая высокотехнологичную, высококвалифицированную, специализированную лечебно-диагностическую, реабилитационную и консультативную медицинскую помощь взрослому и детскому населению Саратовской области и жителям иных субъектов Российской Федерации, доля которых составляет 22% от общего числа получивших медицинскую помощь.

Больница им. С.Р. Миротворцева – основная научная, лечебная и учебная база Университета, на территориях которой реализуют образовательный процесс медицинский колледж Университета, обучаются студенты лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического факультетов Университета более чем на 40 клинических кафедрах, реализуется дополнительное профессиональное образование более чем по 40 врачебным специальностям, проводятся клинические исследования, работают научно-исследовательские институты. В структуре больницы им. С.Р. Миротворцева развернуто 30 лечебных отделений, 7 параклинических подразделений, консультативная поликлиника, которые являются лечебной базой для 10 клиник Университета.

На 01.01.2019 года коллектив больницы им. С.Р. Миротворцева численностью 1895 человек включал 22% врачей различных специальностей, 36% средних медицинских работников, 25% – младшего медперсонала и 17% – прочего персонала. Укомплектованность в 2018 году врачебными кадрами составила 99%, средним медицинским персоналом – 95%, младшим медперсоналом – 96%. 53% врачей и 49% среднего медицинского персонала имеют квалификационную категорию. В больнице работают 17 докторов медицинских наук, 65 кандидатов медицинских наук, 7 заслуженных врачей Российской Федерации, 9 человек награжденных почетным знаком «Отличник здравоохранения».

Структура коечного фонда (1050 коек, из которых 400 – детских) представлена койками факультетской терапевтической клиники (15,7%), факультетской хирургической клиники (14,2%), детской хирургической клиники

(14,2%), клиники урологии (11,4%), клиники уха, горла и носа (9,5%), клиники госпитальной педиатрии (9,5%), – клиники нервных болезней (10,3%), клиники факультетской педиатрии (5,7%) и пропедевтики детских болезней (5,7%), клиники анестезиологии и реанимации (3,8%).

ГУЗ «Саратовская Областная клиническая больница» – типичный представитель крупной многопрофильной медицинской организации областного уровня, оказывающей высокотехнологичную, специализированную лечебно-диагностическую, реабилитационную и консультативную медицинскую помощь взрослому населению. Больница является клинической базой Саратовского государственного медицинского университета, на которой располагаются и ведут образовательный процесс 4 кафедры университета. В медицинской организации развернуто 23 лечебных отделения, 19 параклинических подразделений, консультативная поликлиника.

В структуре коечного фонда 49,5% - койки терапевтического профиля, 42,5% – хирургического и 8% – гинекологических коек. Всего в Областной клинической больнице на 01.01.2019 г. трудоустроены 1620 человек, из которых 471 чел. – врачи различных специальностей (28%); 650 чел. – средние медработники (39%), 351 чел. – младшие медработники (22%), 183 чел. – прочий персонал (11%).

В больнице работают 4 заслуженных врача РФ, 28 врачей, награжденных отраслевым знаком «Отличник здравоохранения», 35 кандидатов медицинских наук, 2 доктора медицинских наук. Квалификационную категорию имеют 295 врачей (63%).

ГУЗ «1-я Городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева» является типичной представителем городского здравоохранения.

В структуре организации имеется стационар на 766 коек, поликлиника, женская консультация. Медицинская помощь пациентам оказывается в 20 лечебных отделениях, развернуто 15 параклинических подразделений. На базе больницы располагаются и ведут образовательный процесс 4 кафедры и колледж медуниверситета. В больнице работают 258 врачей и 357 человек среднего

медицинского персонала. Укомплектованность врачебным персоналом 100%, средним медицинским персоналом – 66,6%.

Из всех врачей и медсестер, имеющих квалификационные категории, около 70% имеют высшую категорию, 20% - первую и 10% - вторую.

Сеть клиник «Медицинский Di центр» – представитель частного здравоохранения, интегрирован в систему обязательного медицинского страхования, в структуре имеет 2 стационара, 14 поликлинических отделений, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь и 1 обособленное подразделение МРТ-диагностики. Амбулаторный прием, рассчитанный на 195 посещений в смену.

Два стационара мощностью 91 койко-место по профилям «Гинекология», «Гастроэнтерология», «Кардиология», «Проктология», «Неврология», «Нейрохирургия», «Онкология», «Сосудистая хирургия», «Терапия», «Травматология», «Ортопедия», «Урология», «Хирургия» оснащены современным диагностическим и лечебным медицинским оборудованием.

Во всей сети клиник работают более 650 врачей, 273 средних медицинских работников, 70% врачей имеют квалификационные категории, 34 чел. – ученую степень кандидата медицинских наук, 6 – ученую степень доктора медицинских наук, 2 – заслуженные врачи Российской Федерации, 1 врач награжден почетным знаком «Отличник здравоохранения».

Энгельсская районная больница Саратовской области. Энгельсский район расположен на левом берегу реки Волги (напротив города Саратова, в степной зоне). Население района составляет 309 тысяч человек, проживающих в 59 населенных пунктах, самым крупным из которых является г. Энгельс – 265 тысяч человек. По количеству обслуживаемого населения районная больница относится к 4 группе районных больниц, представлена стационаром на 212 коек, имеющим 10 профильных отделений и 7 параклинических подразделений, поликлиникой на 650 посещений в смену, 10 врачебными амбулаториями, из них 4 – со стационарами, отделением общеврачебной (семейной) практики и 29 ФАП.

Петровская районная больница Саратовской области. Петровский район насчитывает 43 тыс. человек, проживающих в 65 населенных пунктах, по количеству обслуживаемого населения районная больница относится к 3 группе районных больниц, представлена стационаром на 212 коек, имеющим 10 профильных отделений и 7 параклинических подразделений, поликлиникой на 650 посещений в смену, дневным стационаром поликлиники на 33 койки, 2 врачебными амбулаториями с 5 койками дневного стационара в каждой, работающими в 2 смены, и 22 ФАП. На 1.01.2019г. в РБ работало всего 600 сотрудников, из них 76 врачей и 290 чел. среднего медицинского персонала.

Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения составил 17,3 (средний областной – 21,6, целевой – 37,4). Показатель обеспеченности средними медработниками на 10 тыс. населения – 67,27 (средний областной – 89,5; целевой – 85,6). Укомплектованность врачебными кадрами составила 68%, средним медицинским персоналом – 89%. В больнице работают 10 медработников (7 врачей и 3 средних медработника), награждённых знаком «Отличник здравоохранения». Звание «Заслуженный работник здравоохранения» имеет 1 врач и 1 старшая медицинская сестра.

Новоузенская районная больница Саратовской области. Новоузенский район является одним из самых удаленных в Саратовской области. Он расположен в юго-восточной части области на северной окраине Прикаспийской низменности на границе полупустыни и сухой степи и граничит с Северным Казахстаном.

Новоузенская районная больница обслуживает 28 тысяч человек населения, проживающих в 82 населённых пунктах, по количеству обслуживаемого населения районная больница относится к 2 группе районных больниц и имеет в своем составе стационар на 128 коек (6 профильных отделений), диагностические службы (клинико-биохимическая лаборатория, рентгенодиагностическое отделение, отделение функциональной диагностики, патологоанатомическое отделение), поликлинику, 3 врачебных амбулатории, 27 ФАП. Укомплектованность врачами составила в 2019 г. 56,5%, средним медицинским персоналом – 79,3%.

Квалификационные категории имеют 37% врачей и 49% средних медицинских работников.

Озинская районная больница Саратовской области. Озинский район расположен на юго-востоке области, в сухостепной зоне в пределах Сыртовой равнины. Озинская районная больница обслуживает 18 тысяч человек населения, проживающих в 37 населённых пунктах. По количеству обслуживаемого населения районная больница относится к 1 группе районных больниц и имеет в своем составе стационар на 110 коек (6 профильных отделений), параклинические службы, поликлинику на 160 посещений в смену, офис врача общей практики, 21 ФАП. Всего в больнице работает 308 человек, из них 24 врача и 140 средних медицинских работников.

На базе указанных медицинских организаций проводились социологические исследования с участием врачей и руководителей медицинских организаций; анализ статистических отчетов (ф. №30) и паспортов медицинских организаций в части обоснованности формирования штатного расписания, обеспеченности медицинскими (врачебными) кадрами.

2.2. Программно-методическое обеспечение исследования

Эмпирические исследования одобрены этическим комитетом ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России и включали:

1. Социологическое исследование «Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении (в медицинских организациях региона)».

Проведено анкетирование 976 врачей государственных и частных медицинских организаций Саратовской области. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым.

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов проводился с использованием статистического метода.

2. Анализ кадрового потенциала регионального здравоохранения,

ранжирование структурно-профессиональных диспропорций и обоснование потребности системы здравоохранения Саратовской области в разрезе врачебных специальностей по утвержденной методике МЗ РФ.

Использован аналитический метод исследования данных официальной статистики здравоохранения по Российской Федерации и Саратовской области (ежегодные статистические сборники, годовые отчеты медицинских организаций – форма № 30 (n=160)) и паспортов медицинских организаций Саратовской области (n=160).

3. Медико-социологическое исследование «Анализ качества жизни врачей региона».

Проведено анкетирование 594 врачей медицинских организаций региона с использованием Опросника ВОЗ КЖ-100.

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов проводился с использованием статистического метода.

4. Медико-социологическое исследование «Влияние финансовых деприваций на качество жизни врачей региона». Анкетирование 594 врачей медицинских организаций региона проводилось с использованием депривационного подхода. Оценка результатов исследования проводилась с использованием методов математической статистики и корреляционного анализа.

5. Социологическое исследование «Удовлетворенность врачей региона профессиональной деятельностью».

Проведено анкетирование 594 врачей медицинских организаций региона. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым.

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов проводился с использованием статистического метода.

6. Сравнительный анализ нормативно-распорядительных актов, регулирующих кадровую обеспеченность системы здравоохранения врачебным персоналом.

Проведен анализ нормативно-правовых документов, направленных на развитие кадрового потенциала региональной системы здравоохранения (Нормативно-правовые акты (86)).

7. Социологическое исследование «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения»: фокус-групповое интервью и анкетный опрос.

В фокус-групповом интервью приняли участие 8 экспертов – врачей медицинских организаций региона. В качестве инструмента использован сценарий (гайд) фокус-группового исследования.

В анкетном опросе приняли участие 417 респондентов – врачей медицинских организаций региона. При анкетировании респондентов использована авторская анкета.

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов проводился с использованием статистического метода.

Критерии отбора респондентов: в исследования включены врачи, работающие в государственных и частных медицинских организациях.

Для расчета выборочной совокупности групп респондентов для каждого исследования была использована формула:

$$n = \frac{t^2 \cdot N}{t^2 + 4 \cdot N \cdot \Delta^2} = \frac{1}{\frac{1}{N} + \frac{4 \cdot \Delta^2}{t^2}}, \text{ где}$$

n – объем выборочной совокупности,

N – объем генеральной совокупности,

Δ – заданная погрешность (предельная ошибка выборки),

t – коэффициент Стьюдента ($t = 1,96$).

Для расчета использован уровень значимости $p = 0,05$, который позволил считать в 95% случаев справедливыми выводы по результатам исследования [121].

Предельная ошибка выборочной совокупности $\Delta = 5\%$ считается приемлемой для большинства статистических исследований в социологии медицины [183] с максимальным объемом выборочной совокупности.

Минимальный объем выборочной совокупности, определяющий ее репрезентативность, составил 369 респондентов (в регионе 9175 врачей, т. е. генеральная совокупность $N = 9175$).

Для составления социального портрета профессиональной группы врачей в медицинских организациях региона в исследование включены 976 респондентов из медицинских организаций региона. Качественная характеристика выборочной совокупности отражает основные характеристики генеральной совокупности (врачи Саратовской области), представлена в главе 3 исследования.

В исследованиях «Анализ качества жизни врачей региона», «Влияние финансовых деприваций на качество жизни врачей региона» и «Удовлетворенность врачей региона профессиональной деятельностью» участвовали 594 респондента. Качественный состав выборочной совокупности соответствует общей характеристике генеральной совокупности (глава 4). В исследовании «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения» (анкетирование) приняли участие 417 респондентов. По качественному составу выборочная совокупность (глава 4) соответствует генеральной совокупности. Таким образом, все выборочные совокупности для проведения исследований являются репрезентативными.

Аналитический обзор литературы, диссертационных исследований, нормативно-правовых документов проводился с использованием современных компьютерных технологий, зарегистрированных справочно-правовых электронных систем, электронных отечественных и зарубежных научных библиотек и баз данных.

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов при составлении социального портрета и исследования качества жизни (предварительная обработка анкет, подготовка данных для ввода в SPSS и вывод полученных результатов) проводился с использованием Программ SPSS PASW Statistic 16 и Microsoft Excel 7.0. Все статистические расчёты проводились в SPSS PASW Statistic 16.

Доверительные границы определялись по формулам:

– для средних величин (M): $M_{ген} = M_{выб} \pm tm$;

– для относительных показателей (P): $P_{ген} = P_{выб} \pm tm$, где

$M_{ген}$ – значение средней величины генеральной совокупности,

$P_{ген}$ – значение относительного показателя генеральной совокупности,

t – коэффициент Стьюдента.

m – ошибка репрезентативности.

Статистически значимыми принимались различия показателей при $p \leq 0,05$.

При компаративном исследовании качества жизни врачей с использованием опросника ВОЗ КЖ–100 в ситуации финансовых деприваций между степенями деприваций и показателями качества жизни респондентов рассчитывались коэффициенты корреляции Спирмена r_s . В зависимости от значения коэффициента была определены характеристики связи (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика связи в зависимости от коэффициента корреляции Спирмена

Коэффициент корреляции	Характеристика степени связи
$ r_s \leq 0,1$	связь практически отсутствует
$0,1 < r_s \leq 0,3$	слабая связь
$0,3 < r_s \leq 0,5$	умеренная связь
$0,5 < r_s \leq 0,7$	связь средней силы (заметная)
$0,7 < r_s \leq 0,9$	сильная связь
$0,9 < r_s \leq 1$	очень сильная связь

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ ВРАЧЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Изучение социального портрета врача рассматривается как возможность оптимизации его профессиональной деятельности [138]. По мнению С.В. Кузнецовой и соавт. [119], актуальность темы социального портрета профессиональной группы врачей определяется отсутствием научно обоснованной методики исследования, что «затрудняет получение объективных знаний об особенностях профессиональной деятельности».

Исследование «Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении» проведено в категориальном поле социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения с целью изучения основных социально-профессиональных характеристик врачей государственных и частных медицинских организаций региона [76]. Для составления социального портрета проведено анкетирование 976 врачей медицинских организаций Саратовской области, ответивших на вопросы анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым (Приложение Д).

Среди респондентов 248 (25,4%) – мужчины, 728 (74,6%) – женщины. В возрастной группе до 30 лет 98 (10%) респондентов, от 30 до 40 лет – 196 (20%), от 40 до 50 лет – 268 (27,5%), от 50 до 60 лет – 280 (28,75%) врачей региона. Лица 60 лет и старше составляют 134 (13,75%) (рисунок 7). Большинство респондентов (70%) старше 40 лет. Средний возраст – $46,8 \pm 2,7$ года.

Данные записаны в форме «среднее \pm доверительный интервал», последний определяется через коэффициент Стьюдента, а тот в свою очередь зависит от выбранного «уровня значимости» (параметр p). Здесь выбрано критическое значение параметра, равное 0,05. При этом коэффициент Стьюдента равен 1,96.

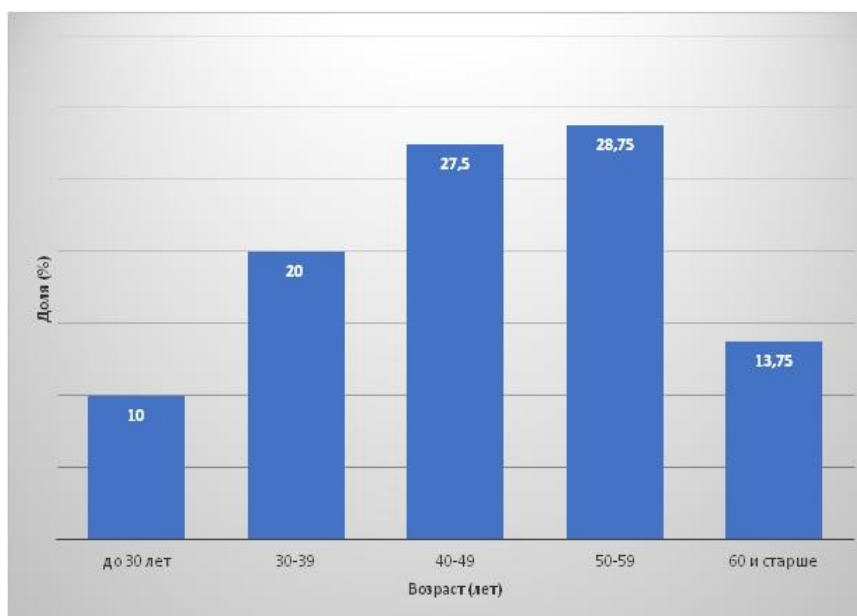


Рисунок 7 – Распределение респондентов по возрасту (%)

Респонденты–терапевты составляют 115 (11,8%) (участковые терапевты – 6,6%), акушеры-гинекологи – 83 (8,5%), педиатры – 76 (7,8%), анестезиологи-реаниматологи – 51 (5,2%), хирурги – 45 (4,6%), невропатологи – 33 (3,4%), травматологи – 21 (2,2%), кардиологи – 19 (1,9%), психиатры – 17 (1,8%), врачи СМП – 13 (1,3%), врачи прочих 58 клинических специальностей, доля каждой из которых менее 1% в выборочной совокупности – 503 (51,5%) (рисунок 8).



Рисунок 8 – Распределение респондентов-врачей по клиническим специальностям (%)

Менее 10 лет работают в здравоохранении 143 (14,7%) респондента, от 10 до 19 лет – 260 (26,6%), от 20 до 29 лет – 299 (30,6%), 30 и более лет – 274 (28,1%) респондента (рисунок 9).

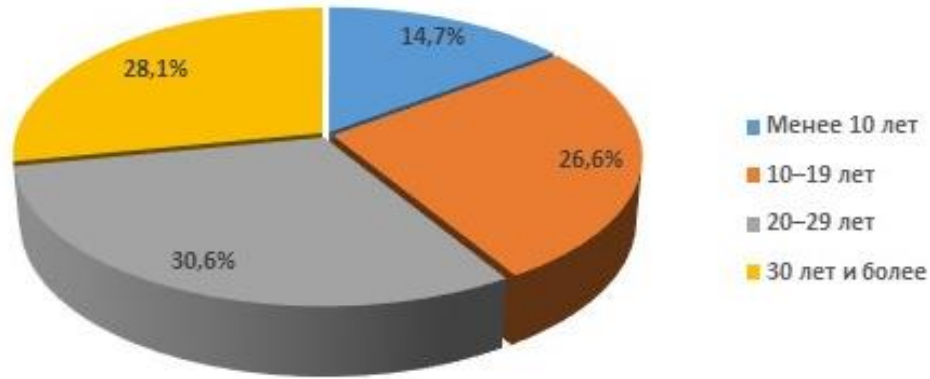


Рисунок 9 – Распределение респондентов по стажу работы в здравоохранении (%)

В должности главного врача работают 17 (1,7%) респондентов, заместителя главного врача – 32 (3,3%), врача и зав. отделениями – 927 (95%) респондентов (рисунок 10).

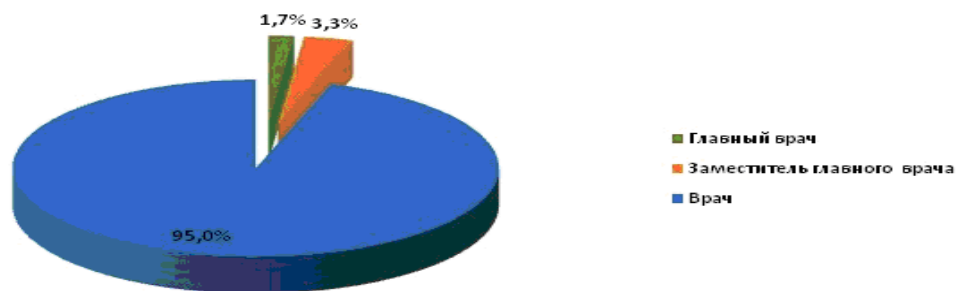


Рисунок 10 – Распределение респондентов по занимаемой должности в медицинской организации (%)

330 (33,8%) респондентов имеют высшую квалификационную категорию, 83 (8,5%) – 1 категорию, 65 (6,7%) – 2 категорию. Нет квалификационной категории у 498 (50,96%) респондентов (рисунок 11).

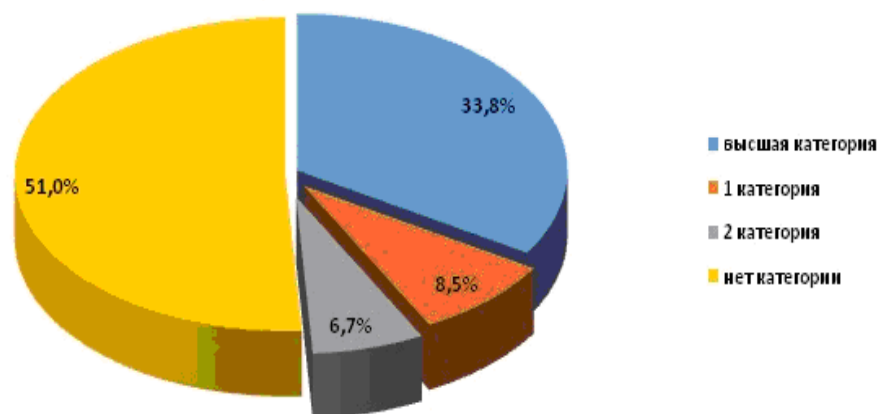


Рисунок 11 – Наличие квалификационной категории у респондентов (%)

В медицинских организациях районов Саратовской области работают 622 (63,7%) респондента, в Саратове – 354 (36,3%).

В государственных медицинских организациях работают 897 (91,9%), в частных – 79 (8,1%) врачей региона.

Не состоят в браке большинство – 642 (65,8%) респондента, женаты или замужем – 192 (19,7%), разведены 90 (9,2%), являются вдовцами/вдовами 52 (5,3%) респондента (рисунок 12).

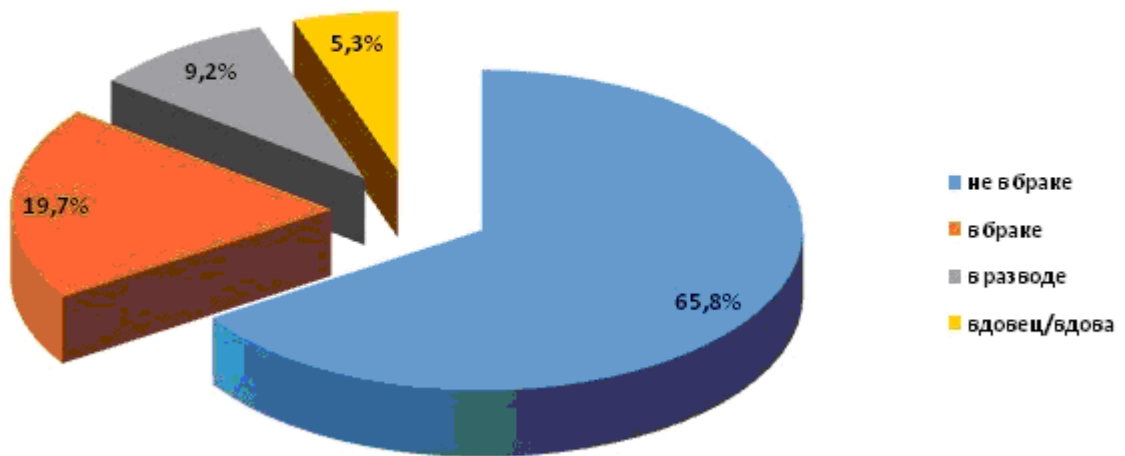


Рисунок 12 – Семейное положение респондентов (%)

Нет детей у 129 (13,2%) респондентов, одного ребенка имеют 385 (39,4%), двоих детей – 373 (38,2%), трех и более детей – 218 (9,2%) респондентов (рисунок 13).

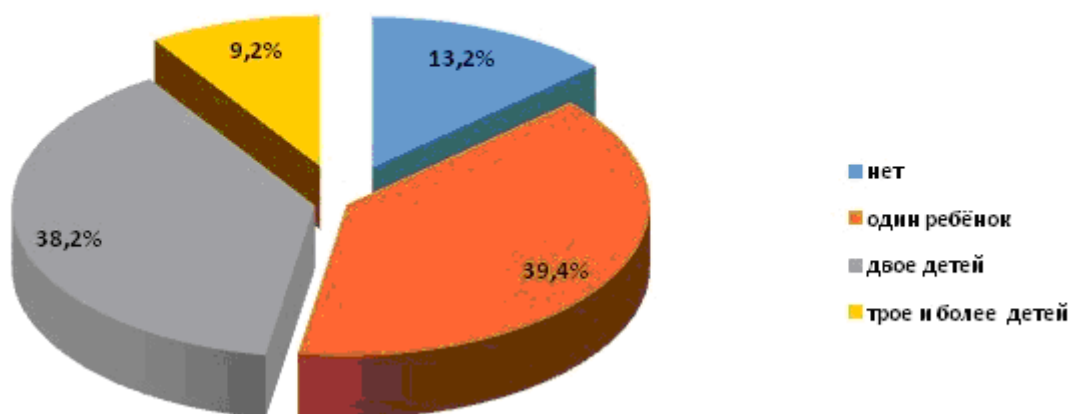


Рисунок 13 – Наличие детей в семье респондентов (%)

В семье 659 (67,5%) респондентов нет несовершеннолетних детей, одного несовершеннолетнего ребёнка имеют 221 (22,5%) респондентов, двоих детей – 48 (5,0%), трое и более несовершеннолетних детей в семье имеют 48 (5,0%) респондентов (рисунок 14).

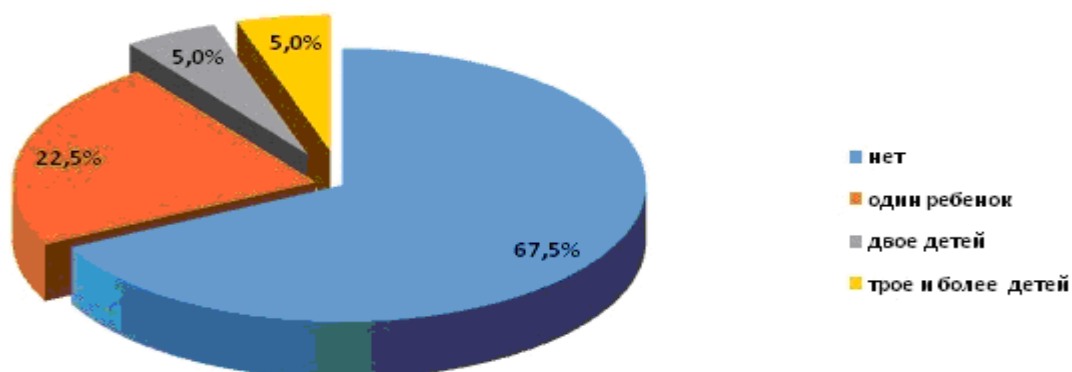


Рисунок 14 – Наличие несовершеннолетних детей в семье респондентов (%)

Большинство респондентов – 813 (83,3%) проживают в собственной квартире (доме); 81 (8,3%) респондентов снимают квартиру; 55 (5,6%) – живут в общежитии, 27 (2,8%) живут у родственников (рисунок 15).



Рисунок 15 – Распределение респондентов по наличию жилья (%)

852 (87,3%) респондента страдают хроническими заболеваниями, 43 (5,1%) из них установлена группа инвалидности.

Уровень дохода до 10 тыс. рублей в месяц имеют 33 (3,4%) респондентов, от 10 до 20 – 166 (17%), от 20 до 30 – 258 (26,4%), от 30 до 40 – 265 (27,1%), от 40 до 50 – 166 (17%) респондентов.

Доход более 50 тыс. руб. имеют 99 (10,2%) респондентов (рисунок 16).

Средний ежемесячный доход респондентов составляет $31,3 \pm 4,3$ тыс. руб.

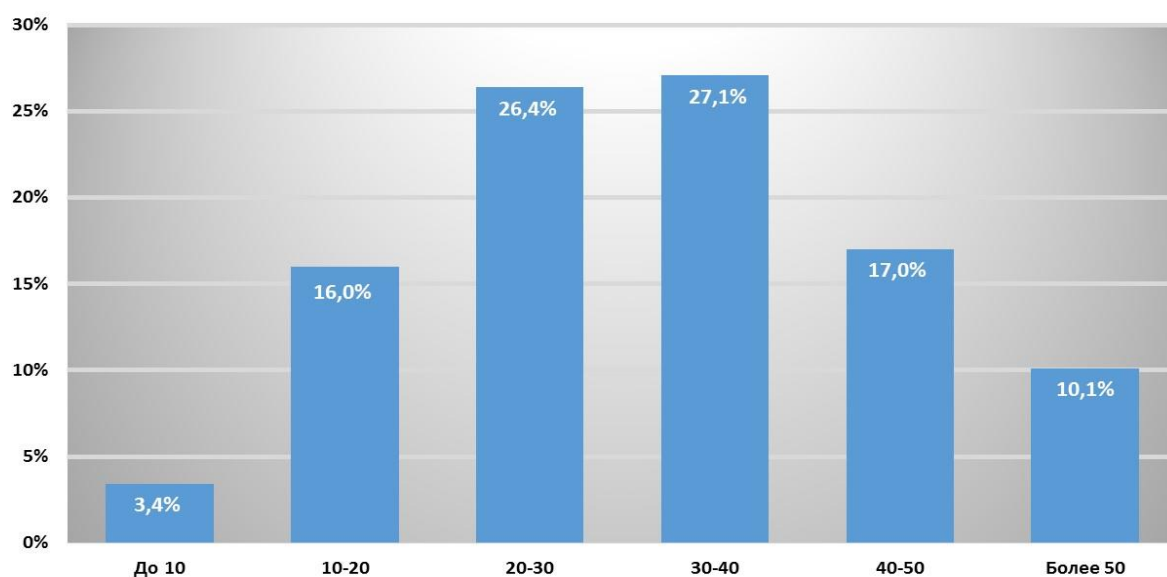


Рисунок 16 – Распределение респондентов по уровню дохода (тыс. руб. в месяц).

98 (10%) респондентов имеют доход на одного члена семьи в месяц менее 10 тыс. рублей; от 10 до 20 – 377 (38,6%); от 20 до 30 – 376 (38,5%) респондентов; 30 тыс. рублей и выше – 125 (12,9%) респондентов (рисунок 17).

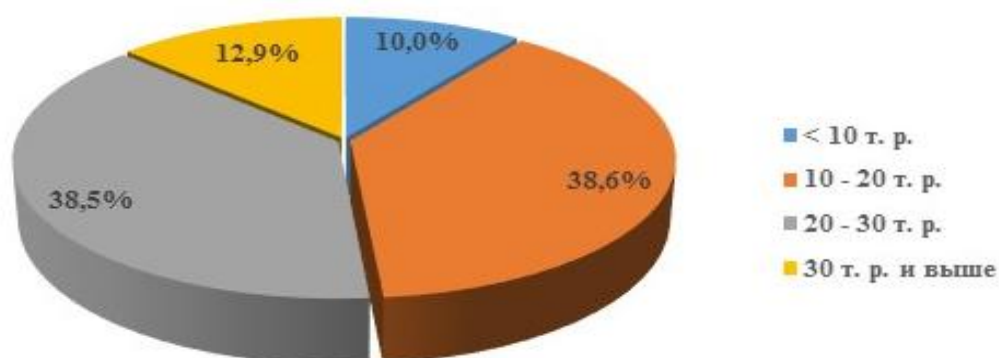


Рисунок 17 – Распределение респондентов по уровню дохода на члена семьи (тыс. руб. в месяц).

Средний уровень дохода на члена семьи составил $19,6 \pm 2,9$ тыс. руб. в месяц.

Дополнительные заработки в связи с недостаточным уровнем оплаты труда по основному месту работы имеют 637 (65,3%) респондентов.

390 (40%) респондентов выполняют дополнительную работу врача в своей медицинской организации; 130 (13,3%) – имеют дополнительную работу в качестве врача частной медицинской организации; 66 (6,7%) респондентов имеют дополнительный доход от частной лицензированной медицинской практики; 390 (40%) – от частной нелицензированной медицинской практики. Никто из респондентов не указал на наличие дополнительного заработка от распространения лекарственных средств различных фармацевтических компаний (рисунок 18).

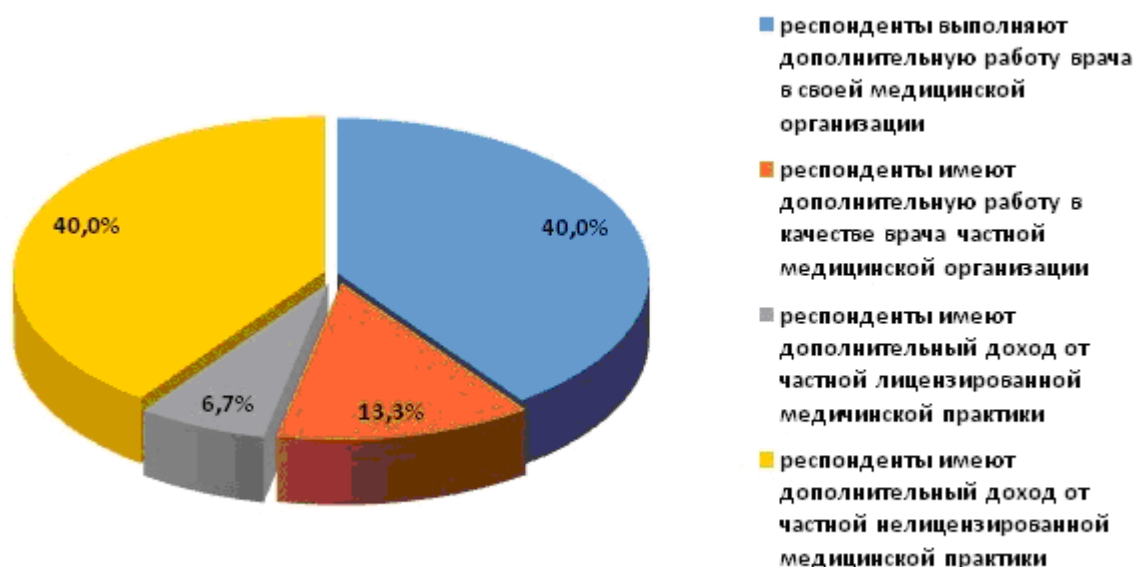


Рисунок 18 – Распределение респондентов по источникам дополнительного дохода

Соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала в регионе 1:2,3 (в Саратове – 1:1,5).

Укомплектованность врачами по занятым ставкам составляет 712 (72,9%).

Анализ кадрового обеспечения системы здравоохранения Саратовской области проводился в соответствии методическими рекомендациями Минздрава России [172]. Анализ нормативного акта приведен в 5 главе настоящего исследования.

Лечебная группа. Всего в Саратовской области по состоянию на 01.01.2018 г. фактически работает 5995 врачей лечебной группы (физических лиц), которые занимают 9784 штатные должности (численность населения региона 2476300 чел.). Из общего числа врачей 3930 работают в поликлиниках (6542,5 штатные должности), 2095 чел. – в стационарах (3183,5 штатные должности). Расчет необходимого числа специалистов лечебного профиля выявил дефицит врачей (физических лиц) в организациях регионального здравоохранения, который составил 383 врача, причем дефицит врачей в поликлинических медицинских организациях (МО) составляет -659 чел. при профиците стационарных врачей +248

чел. Анализ штатных расписаний медицинских организаций, подведомственных региональному Минздраву, показал наличие структурных диспропорций между фактической численностью населения региона и «сводным» штатным расписанием. Так при определении необходимого числа врачебного медицинского персонала лечебной группы (согласно методике) установлено, что вместо имеющихся на 2018 г. 9784,00 штатных должностей (5995 физических лиц), необходимо всего 6378 штатных должностей для выполнения программы госгарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению региона.

При анализе потребности регионального здравоохранения во врачах лечебного профиля различных специальностей проведено ранжирование наиболее «дефицитных» специальностей в Саратовской области на основании проведенных расчетов.

В поликлинических службах (абс. ед.):

1. Педиатры (-391)
2. Терапевты (-177)
3. Фтизиатры (-154)
4. Психиатры (-142)
5. Психиатры-наркологи (-136)

В стационарном звене (абс. ед.):

1. Фтизиатры (-52)
2. Психиатры (-44)
3. Психиатры-наркологи (-13)
4. Онкологи (-12)
5. Реабилитологи (-11); врачи по паллиативной помощи (-11)

Установлен ряд специальностей, по которым выявлен профицит врачебного персонала лечебной группы.

В поликлинических службах (абс. ед.):

1. Стоматологи (+312)
2. Акушеры-гинекологи (+158)
3. Психотерапевты (+10)

4. Кардиологи (+9)
5. Профпатологи (+8)

В стационарном звене (абс. ед.):

1. Хирурги (+78)
2. Неврологи (+58)
3. Педиатры (+42)
4. Эндокринологи (+32)
5. Нейрохирурги (+30)

Лечебно-диагностическая группа. Анализ данных по врачам специалистам лечебно-диагностической группы показал, что фактически в 2018 г. эта группа в регионе составила 4023,5 штатных единиц, из которых физическими лицами занято 3707,75 штатных единиц. В поликлинических организациях работают 598 врачей, занимая 1312,5 штатных единиц, в стационарных – 1126 человек, занимая 2395,25 штатных единиц. При проведении расчетов по утвержденной методике всего региону необходимо 2190 врачей лечебно-диагностической группы, из них для поликлинических организаций – 870 чел., для стационарных – 1320 чел. Таким образом, дефицит специалистов указанной группы составляет 329 врачей, из которых 272 чел. не хватает для обеспечения работы поликлинических МО, 194 чел. – для обеспечения стационарных МО.

Проведено ранжирование наиболее «дефицитных» специальностей по указанной группе врачей в МО, подведомственных Министерству здравоохранения Саратовской области.

В поликлинических службах:

1. Физиотерапевты (-57)
2. Врачи функциональной диагностики (-53)
3. Рентгенологи (-39)
4. Врачи ультразвуковой диагностики (-19)
5. Врачи ЛФК (-18)

Стационарные организации:

1. Анестезиологи-реаниматологи (-68)
2. Рентгенологи (-45)
3. Врачи УЗИ (-21); врачи функциональной диагностики (-21)
4. Врачи ЛФК (-17); врачи – лаборанты (-17)
5. Врачи клинической лабораторной диагностики (-15)

Установлены специальности, по которым выявлен профицит врачей лечебно-диагностической группы (только в стационарном звене).

В стационарном звене:

1. Врачи приемного отделения (54)
2. Эпидемиологи (+9)

Группа управления. Проведен анализ обеспеченности медицинских организаций врачами «группы управления», в которую входят руководители и их заместители, статистики и методисты. На 2018 г. всего в региональном здравоохранении штатные должности группы управления составляли 792,5 ед., из которых 289,00 ед. – в поликлинических МО и 432,25 ед. – в стационарных. На этих должностях работало 601 чел.: 216 – в поликлиниках и 385 – в стационарах.

Проведенные расчеты изменили число должностей в сторону уменьшения – всего должно быть 573 ед. (соответственно, 271 и 302). Таким образом, выявлен дефицит специалистов группы управления в поликлиниках (-55) и профицит – в стационарах (+37). При этом в поликлинических МО установлен дефицит руководителей и их заместителей (-4), статистиков (-25) и методистов (-26), а в стационарных МО выявлен дефицит статистиков (-2) при профиците руководителей и их заместителей (+36) и методистов (+3).

Резюме:

В социальном портрете профессиональной группы врачей регионального здравоохранения большинство респондентов (74,6%) – женщины. Средний возраст – $46,8 \pm 2,7$ года. Большую часть врачей составляют терапевты – 115 (11,8%),

акушеры-гинекологи – 83 (8,5%), педиатры – 76 (7,8%), анестезиологи-реаниматологи – 51 (5,2%), хирурги – 45 (4,6%).

Имеют стаж работы в здравоохранении от 20 до 30 лет 299 (30,6%) респондентов. Не имеет квалификационной категории 498 (51%) врачей региона. В медицинских организациях районов Саратовской области работают 622 (63,7%) респондентов, 897 (91,9%) – в государственных медицинских организациях. Не состоят в браке 642 (65,8%) врачей, имеют детей 847 (86,8%) респондентов.

962 (98,6%) респондента оценивают уровень своего дохода как низкий. Средний доход врачей региона – $31,3 \pm 4,3$ тыс. руб., средний уровень дохода на члена семьи составил $19,6 \pm 2,9$ тыс. руб. 634 (65%) респондента вынуждены искать дополнительный заработок, 254 (40%) из них совмещают по основному месту работы.

852 (87,3%) врача страдают хроническими заболеваниями, из которых 43 (5,1%) установлена группа инвалидности.

В региональном здравоохранении установлен дефицит врачей поликлинического звена в системе государственного здравоохранения (-986 врачей, что составляет около 10% от общего количества врачей) при небольшом профиците врачей стационарных медицинских организаций (+91). Основной дефицит (-939 чел. из расчетных 3727 чел.) установлен среди врачей участковой службы (40% – дефицит участковых педиатров, 23% – участковых терапевтов), что обуславливает низкую доступность и качество медицинской помощи при оказании первичной медико-санитарной помощи.

ГЛАВА 4. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.1. Медико-социальные параметры качества жизни врачей медицинских организаций регионального здравоохранения

Наряду с системой социальных институтов и социально-групповой структурой, в качестве базовой социетальной характеристики, Т.И. Заславская [82] указывает качество жизни среди факторов, оказывающих наибольшее влияние на уровень и динамику человеческого потенциала.

В ранних исследованиях дефиниция «качество жизни» формировалась как интегративный, учитывающий демографические, экологические, медицинские и др. компоненты, показатель социальных результатов экономического развития [22].

Социологический контекст категории «качество жизни» включает образ, стиль и уровень жизни [147]. Результирующим показателем «уровень» и «образ жизни», как отмечает Н.М. Римашевская [218], оказывается дефиниция «качество жизни».

Исследования качества жизни включают изучение объективных показателей (индикаторов) и субъективных оценок. В многочисленных междисциплинарных исследованиях представлены попытки объяснения категории «качество жизни» в связи с социально-экономической сложностью указанной категории, многочисленные характеристики которой не имеют количественного подтверждения.

Н.И. Морозова отмечает возможность дискуссии по вопросу содержания феномена качества жизни [145]. Н.А. Денисов [60] указывает на необходимость паритета объективных показателей качества жизни, поддающихся точному

измерению, и субъективных, определяемых экспертными оценками, либо социологическими опросами.

В одном из первых российских исследований И.В. Бестужева-Лада определяет качество жизни как совокупность важнейших жизненных ценностей, как удовлетворение потребностей высших порядков, удовлетворение жизнью [19].

В.А. Шабашев и соавт. [286] рассматривают качество жизни как интегральную характеристику жизнедеятельности, включающую степень реализации потребностей и субъективную оценку жизни.

В определении Н.А. Горелова [189], качество жизни – интегративный показатель социально-экономического развития, который объединяет многие факторы, часто не поддающиеся количественному анализу. Н.М. Воловская [40] также рассматривает категорию «качество жизни» как показатель социально-экономического развития общества, однако, с использованием количественно определяемых параметров.

В исследовании Т.М. Рогачевой [220] качество жизни – сочетание многих (экономических, социальных, природно-экологических и др.) условий функционирования, детерминирующих социальное самочувствие субъектов.

Исследование качества жизни, по мнению Б.М. Генкина [52], предполагает оценку жизнедеятельности, реализованной в финансовой обеспеченности, безопасности, доступности медицинской помощи, имеющихся возможностях получения образования, состоянии природной среды, социальных отношениях и т.д. В работе Н.А. Худошина [276] качество жизни рассматривается как важнейшая характеристика медицинской и социальной эффективности медицинской помощи.

Термин «качество жизни» впервые использован в медицинской литературе в 1960-е годы.

Качество жизни, по определению академика РАН А.В. Решетникова [214], – «базовая категория в анализе основных социальных явлений и процессов», субъективное и многомерное понятие, включающее физические и профессиональные функции, психологическое состояние, социальное взаимодействие и соматический статус. Исследование качества жизни позволяет

получить представление о реальной социальной ситуации, определяет потенциальные возможности развития социальных субъектов, оценить социальное самочувствие различных групп и страт.

Академик РАН А.В. Решетников выделяет следующие аспекты качества жизни [214] (рисунок 19).



Рисунок 19 – Аспекты качества жизни

В медицинском контексте качество жизни является субъективной оценкой удовлетворенности субъекта в физических, психических и социальных ситуациях, в том числе, при наличии каких-либо дисфункций (проф. Р.А. Либис, 1999 г.) [214].

В социально-философском контексте качество жизни – сложная многоаспектная характеристика человеческого бытия, описывающая его с экономической, социальной, медицинской, психологической точек зрения, имеющая иерархическое строение, организация уровней которого меняется в зависимости от культурных и возрастных факторов [214].

По мнению академика РАН А.В. Решетникова [216], А.А. Новика и соавт. [153], социологические исследования качества жизни позволяют оценить здоровье

и социальное функционирование различных социальных групп населения [153, 216].

Оценка качества жизни включает широкий спектр объективных и субъективных детерминант.

В исследовании Т.В. Гавриловой [47] верифицированы объективные детерминанты, наиболее часто используемые для оценки качества жизни (рисунок 20).

Объективные детерминанты качества жизни

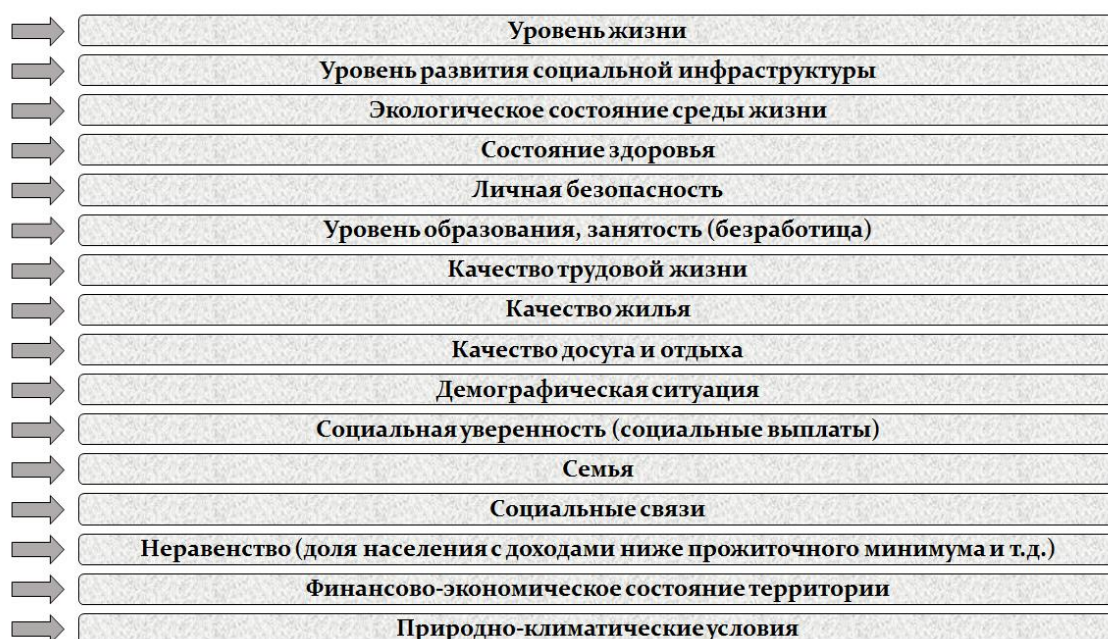


Рисунок 20 – Объективные детерминанты качества жизни

Н.М. Римашевская [218] рассматривала категории «уровень жизни», «образ жизни» и «качество жизни» как частично пересекающиеся. Исследователи определяют уровень жизни как критерий степени реализации потребностей [133], перечень которых включает не только финансовые, но и потребности высших порядков [286].

В.А. Беляков [18] фиксирует уровень жизни как социально-экономическую категорию, отражающую уровень развития потребностей и степень их удовлетворения. «Уровень жизни» является количественной характеристикой

«качества жизни» [130] и переходит в «качество жизни» [228]. Количественные и качественные характеристики категории «качество жизни» фиксируют социальные проблемы общества и социальных групп населения [118].

Н.И. Морозова [145] устанавливает генетическо-диалектическую связь между категориями «уровень жизни» и «качество жизни», отмечая, что "«качество жизни» расширяет диапазон категории «уровень жизни» измерением качественных условий удовлетворения потребностей, не подлежащих количественному измерению".

Известны исследования [2, 11, 98, 293, 296], в которых качество жизни определяют через абсолютную и относительную бедность.

В современной России к бедным, помимо неработающих пенсионеров и безработных, относятся представители типичных для низших классов профессиональных групп, а также специалисты с высоким уровнем образованием при несоответствии уровня и качества жизни и профессионального статуса [296].

В литературе обсуждается проблема соответствия доходов образовательному уровню населения, исследования продемонстрировали положительную связь уровня образования и доходов в экономически развитых странах [324, 348]. В исследовании P. Földvári et al. [341] были обозначены тенденции несоответствия уровня образования и доходов населения в развивающихся странах.

Рассмотрим ракурсы исследований качества жизни профессиональной группы врачей.

В зарубежных исследованиях [307, 308, 325, 328, 333, 336, 362, 367, 374, 376, 379] качество жизни врачей обсуждается, как правило, в контексте профессионального стресса и синдрома выгорания.

Академик РАН А.В. Решетников [211] рассматривает качество жизни профессиональной группы врачей в ракурсе экономических условий: объема и характера доходов, социальной защищенности; динамики уровня жизни и др.; субъективной удовлетворённости статусом.

Российские исследования устанавливают зависимость качества жизни врачей от уровня жизни и финансовых деприваций.

В исследованиях Всероссийского центра уровня жизни представлены доказательства аффилированности уровня и качества жизни [20]. Российские исследования обсуждают снижение качества жизни врачей вследствие социально-экономических трансформаций, реформирования российского здравоохранения в последние десятилетия [7, 253].

Многочисленные российские исследования посвящены снижению жизненного уровня врачей. Г.В. Артамонова и Д.И. Перепелица [7] отмечают жизненную неустроенность врачей, об ассиметрии профессиональной нагрузки и уровня жизни пишут С.В. Попов и соавт. [188]. Исследование Л.П. Цыплёнской и соавт. [279] посвящено проблеме невысокого уровня дохода в семьях врачей. В исследованиях Н.В. Говорина и Е.А. Бодаговой [55], В.Ю. Лыбицкого и соавт. [102] представлены доказательства снижения качества жизни врачей разного профиля. В исследовании Ю.А. Тюкова и соавт. [255] «большинство респондентов-педиатров, работающих в детских поликлиниках, недовольно своим финансовым положением».

С целью анализа социального функционирования врачей в региональной системе здравоохранения проведено исследование качества жизни, в котором приняли участие 594 врача из медицинских организаций региона. 329 (55,4%) респондентов – женщины.

На рисунке 21 распределение респондентов по возрасту, из которых 192 (32,4%) респондента предпенсионного и пенсионного возрастов. Врачи до 30 лет составляют лишь 8,0% респондентов.

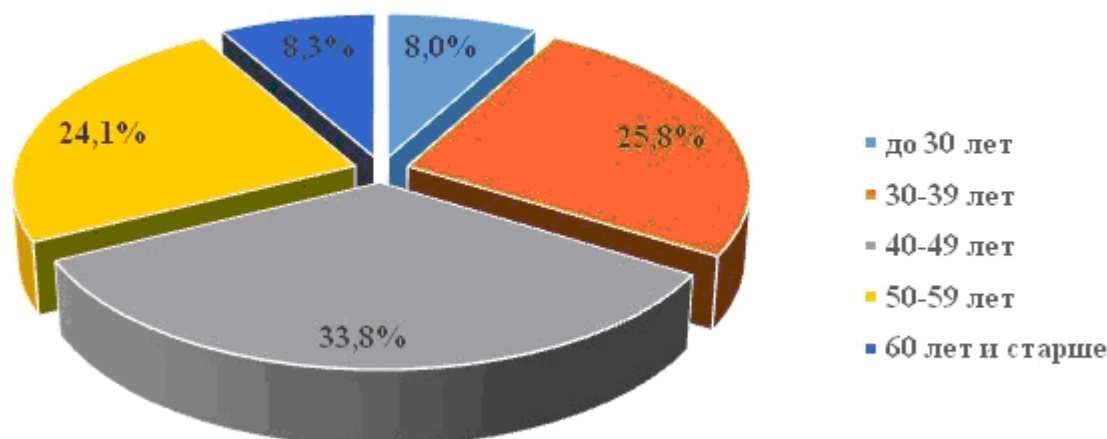


Рисунок 21 – Распределение респондентов по возрасту (%)

Средний возраст респондентов – $47 \pm 2,5$ года ($p < 0,05$).

Данные записаны в форме «среднее \pm доверительный интервал», последний определяется через коэффициент Стьюдента, а тот в свою очередь зависит от выбранного «уровня значимости» (параметр p). Здесь выбрано критическое значение параметра, равное 0,05. При этом коэффициент Стьюдента равен 1,96.

Средний стаж работы респондентов в здравоохранении – $14 \pm 2,5$ года ($p < 0,05$). Квалификационную категорию имеют 353 (59,5%) респондента: высшая категория – 225 (37,9%) респондентов, первая категория – 48 (8,1%) респондентов, вторая категория – 80 (13,5%) респондентов. 241 (40,5%) респондент не имеет квалификационную категорию (рисунок 22).

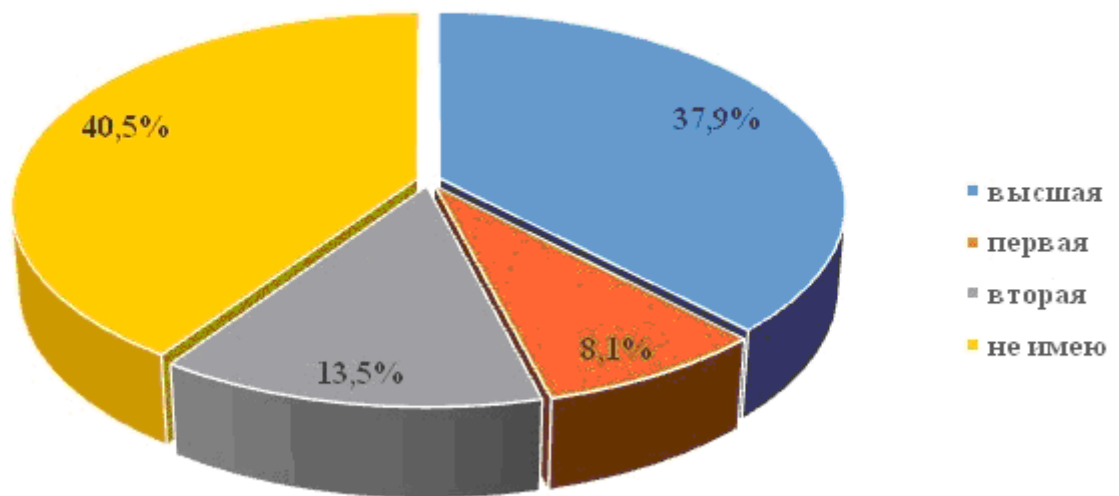


Рисунок 22 – Распределение респондентов по квалификационной категории (%)

Ученая степень отсутствует у большинства (529 (89,1%)) респондентов. Ученую степень доктора медицинских наук имеют 4,1% респондентов, кандидата медицинских наук – 6,8% респондентов (рисунок 23).

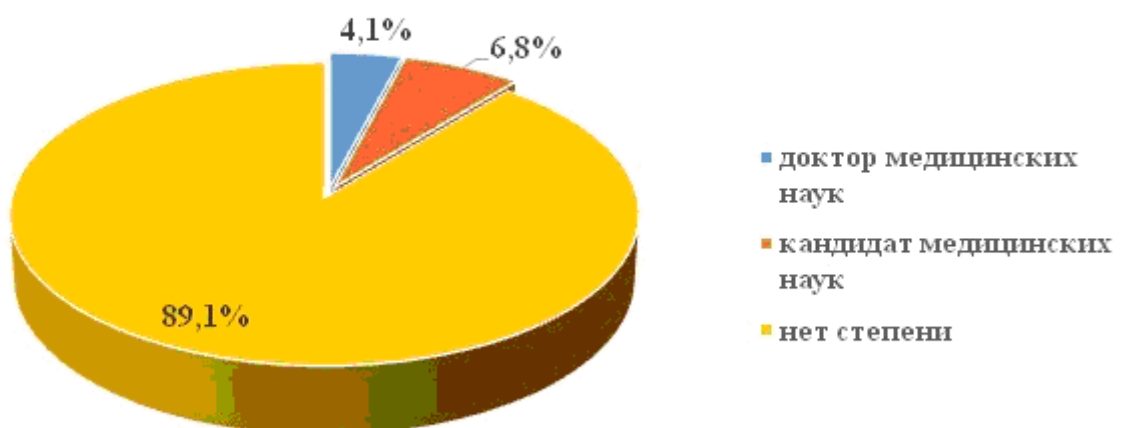


Рисунок 23 – Наличие у респондентов ученой степени (%)

Распределение респондентов по занимаемой должности в медицинской организации представлено на рисунке 24.

315 (53,1%) респондентов работают на должности врача в медицинской организации, на должности заведующих отделениями – 185 (31,1%), заместителей главных врачей – 77 (13,0%), главных врачей – 17 (2,8%) респондентов.

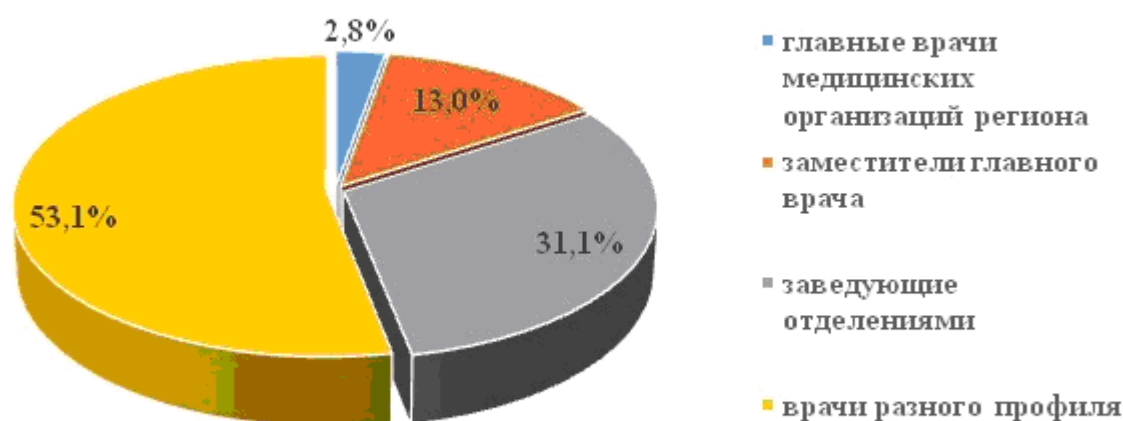


Рисунок 24 – Распределение респондентов по занимаемой должности (%)

Распределение респондентов по стажу работы в занимаемой должности на рисунке 25.

Менее 10 лет в занимаемой должности работают 163 (27,45%) респондентов, от 10 до 20 лет – 139 (23,30%), от 20 до 30 лет – 146 (24,65%), свыше 30 лет – 146 (24,65%).

Средний стаж работы в занимаемой должности составляет $10,5 \pm 2,5$ года ($p < 0,05$).

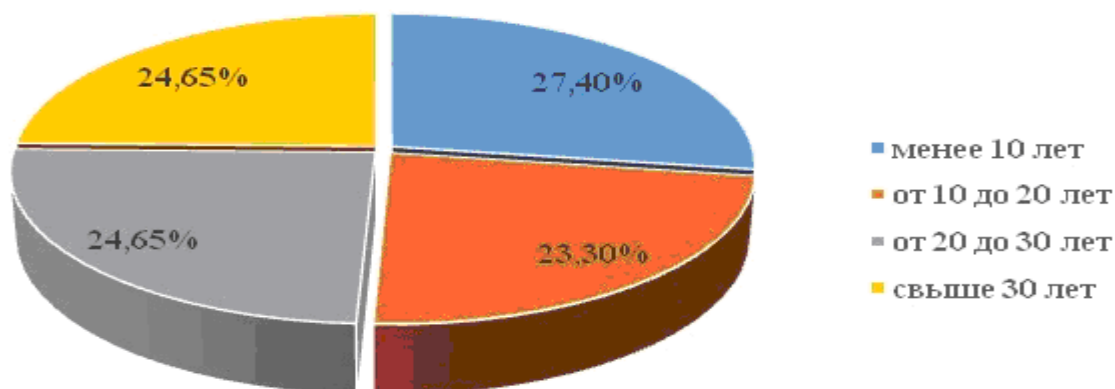


Рисунок 25 – Распределение респондентов по стажу работы в занимаемой должности (%)

В государственных медицинских организациях работают 528 (88,9%) респондентов, г. Саратова – 466 (78,4%) респондентов. 554 (93,2%) респондентов работают в стационаре. В браке состоят 97 (16,3%) респондентов.

В семье 72 (12,2%) респондентов 1 член семьи, 2 члена семьи – 144 (24,3%), 3 члена семьи – 144 (24,2%), в семье 41 (6,9%) респондента 5 и более членов семьи (рисунок 26).

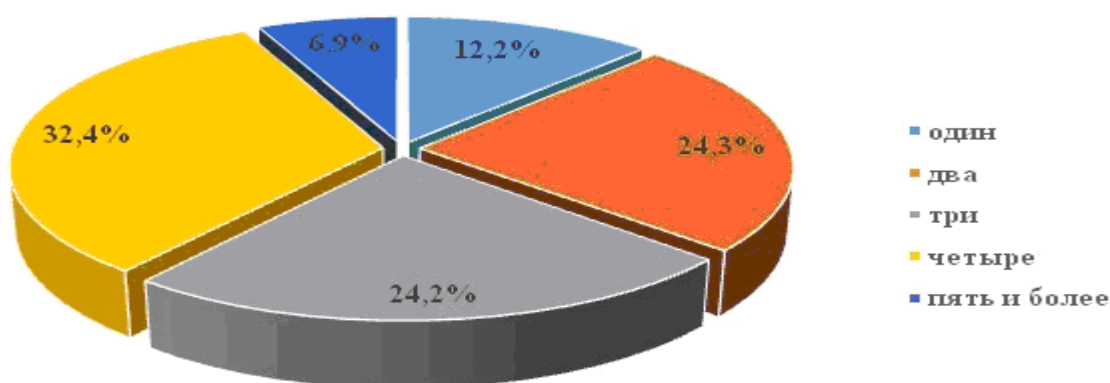


Рисунок 26 – Число членов семьи респондентов (%)

Одного ребенка имеют 345 (58,1%) респондентов, двоих – 225 (37,8%), трое и более детей – 24 (4,1%) респондента (рисунок 27).

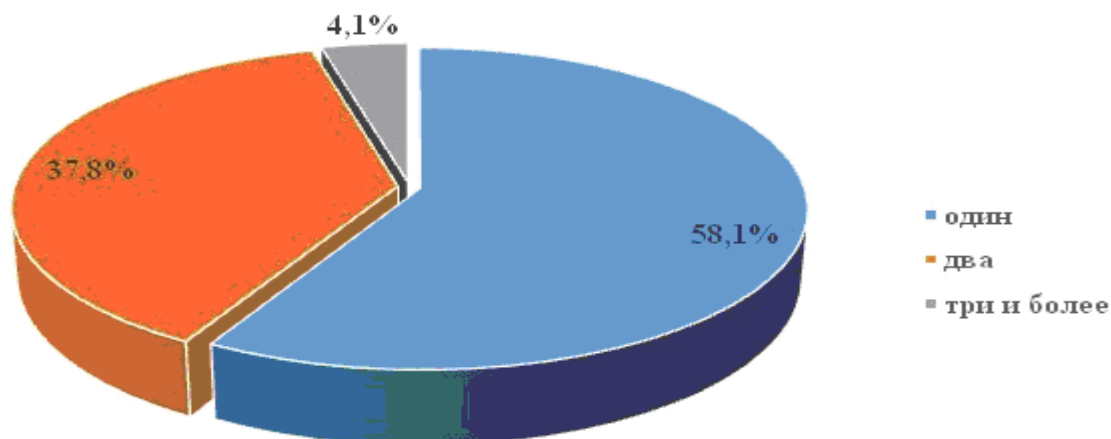


Рисунок 27 – Наличие детей в семье респондентов (%)

В семье 32 (5,4%) респондентов нет несовершеннолетних детей. У 241 (40,5%) респондента 1 несовершеннолетний ребенок, 169 (28,4%) – 2 несовершеннолетних ребенка, 3 и более несовершеннолетних детей в семье 153 (25,7%) респондентов (рисунок 28).

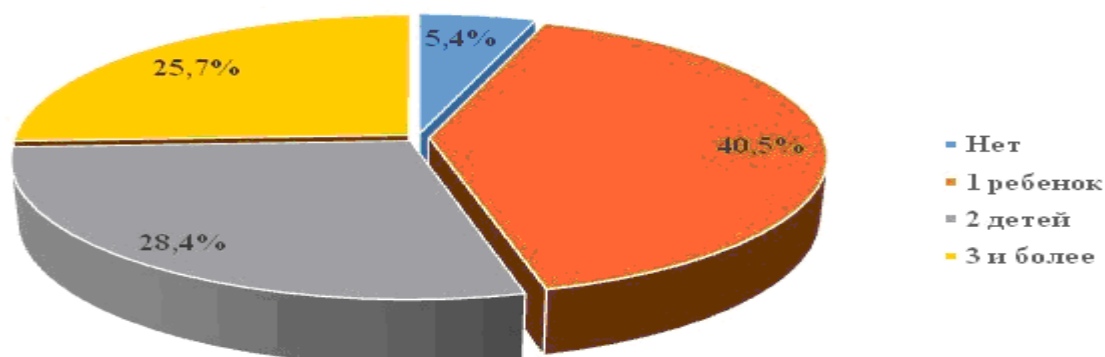


Рисунок 28 – Количество несовершеннолетних детей (%)

Социальное функционирование субъекта во многом определяется его финансовым положением, которое обусловлено наличием собственного жилья и достойного уровня заработной платы, соответствующего уровню инфляции [179]. Собственная квартира или дом у 473 (79,7%) респондентов. На съемной квартире проживают 56 (9,5%), у родственников – 24 (4,1%) респондентов (рисунок 29).

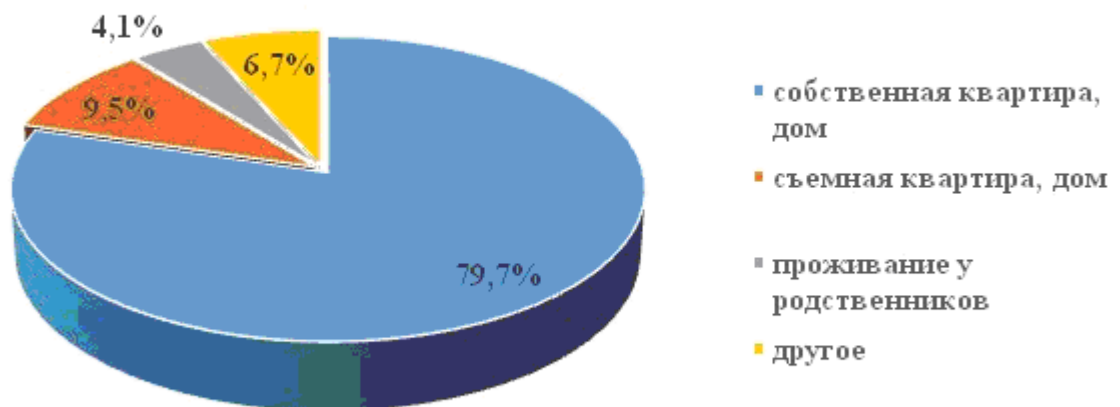


Рисунок 29 – Жилищные условия респондентов (%)

О неудовлетворительных жилищных условиях в нашем исследовании заявили 20,3% респондентов.

В исследовании А.В. Иванова и соавт. [85] неудовлетворительные жилищные условия отметили 29% респондентов-врачей и 45,2% в исследовании Н.В. Говорина и соавт. [55].

Распределение по уровню дохода на каждого члена семьи (тыс. руб. в месяц) представлено на рисунке 30.

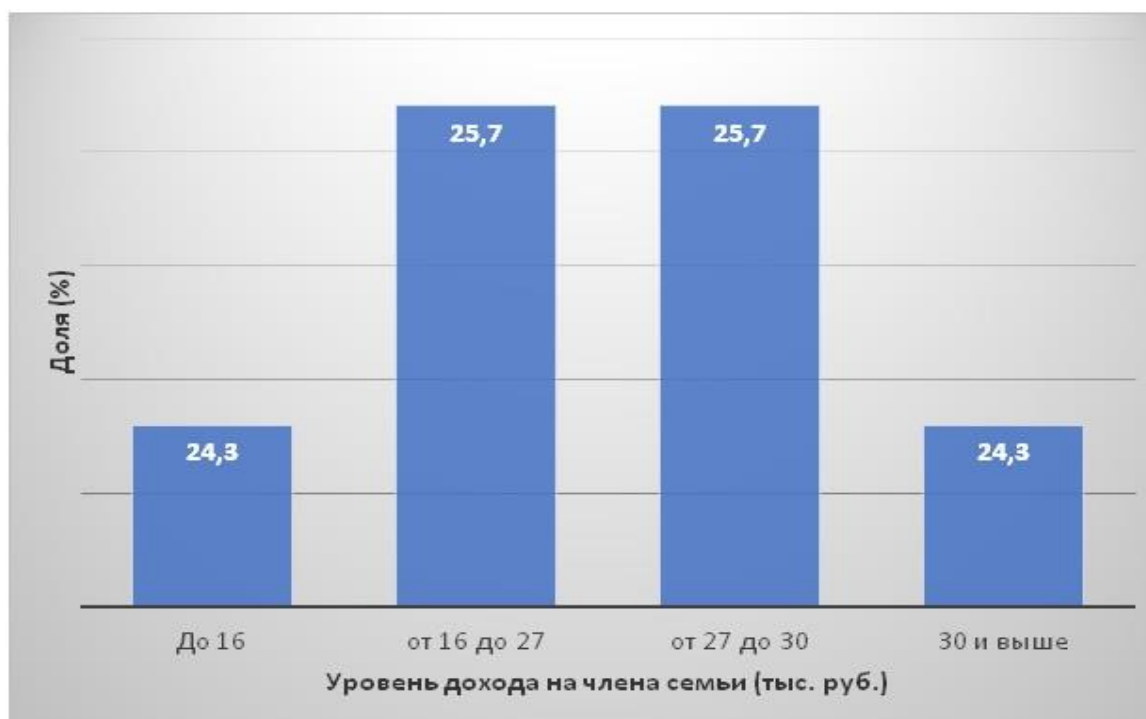


Рисунок 30 – Распределение по уровню дохода на каждого члена семьи (тыс. руб. в месяц)¹

Доход до 16 тыс. руб. в месяц на каждого члена семьи имеют 144 (24,3%) респондентов, от 16 до 27 тыс. руб. – 153 (25,7%), от 27 до 30 тыс. руб. – 153 (25,7%), 30 тыс. руб. и выше – 144 (24,3%) респондента. Средний уровень дохода на члена семьи – $27,5 \pm 3$ тыс. руб. ($p < 0,05$).

При оценке уровня жизни врачей-травматологов [72] установлено, что в 32% случаев «ежемесячный доход, приходящийся на каждого члена семьи, ниже или равен одному прожиточному минимуму».

457 (76,9%) респондентов не удовлетворяет заработная плата по основному месту работы, и приходится искать дополнительный заработок.

При анализе качества жизни врачей стоматологов-ортопедов в исследовании Г.И. Бездетко и соавт. [16] отмечается, что большинство респондентов оценили свою заработную плату как недостаточную, и более половины респондентов ($54,1 \pm 6,0\%$), включённых в исследование, совмещали в частных медицинских организациях.

¹ В Саратовской области в 2020 г. прожиточный минимум составил 9 138 руб.

В исследовании А.С. Оправина и соавт. [198] считали заработную плату достаточной лишь 24,1% респондентов–стоматологов.

Оценка качества жизни врачей проводилась с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 – одного из наиболее распространенных опросников качества жизни в российских и зарубежных исследованиях.

Результаты оценки качества жизни по сферам и субсферам опросника ВОЗ КЖ–100 представлены в таблице 3 [95].

Таблица 3 – Средние значения показателей качества жизни респондентов²

Сферы, субсферы	Средние значения показателей опросника	Доверительный интервал (±)
G «Общее качество жизни и состояние здоровья»	14,43	0,67
«Физическая» сфера	13,91	0,59
«Психологическая» сфера	14,70	0,48
сфера «Уровень независимости»	16,23	0,54
сфера «Социальные отношения»	15,48	0,59
сфера «Окружающая среда»	13,98	0,53
«Духовная» сфера	15,61	0,69
F1 «Физическая боль и дискомфорт»	13,83	0,59
F2 «Жизненная активность, энергия и усталость»	13,24	0,66
F3 «Сон и отдых»	14,66	0,91
F4 «Положительные эмоции»	12,90	0,63
F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация»	15,56	0,56
F6 «Самооценка»	15,41	0,46
F7 «Образ тела и внешность»	15,11	0,62
F8 «Отрицательные эмоции»	14,53	0,75
F9 «Подвижность»	17,25	0,72
F10 Способность выполнять повседневные дела»	15,23	0,64

² В качестве среднего показателя выбрана групповая медиана.

ДИ – доверительный интервал. ДИ = $t \cdot SE$, t – коэффициент Стьюдента ($p = 0.05$), SE – стандартная ошибка среднего.

В таблице 3 приведены данные в форме «среднее арифметическое ± доверительный интервал», при сравнении же средних по критерию Манна-Уитни использовались медианы.

Продолжение таблицы 3

Сферы, субсферы	Средние значения показателей опросника	Доверительный интервал (\pm)
F11 Зависимость от лекарств и лечения»	15,21	0,88
F12 «Способность к работе»	17,24	0,56
F13 «Личные отношения»	16,46	0,56
F14 Практическая социальная поддержка»	15,71	0,66
F15 «Сексуальные отношения»	14,25	0,87
F16 Физическая безопасность и защищенность	13,99	0,64
F17 Окружающая среда дома»	14,98	0,70
F18 «Финансовые ресурсы»	11,28	0,72
F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)»	13,51	0,72
F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков»	15,76	0,61
F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование»	14,10	0,68
F22 «Окружающая среда вокруг»	13,80	0,68
F23 «Транспорт»	14,41	0,86
F24 «Духовность/религия/личные убеждения»	15,61	0,69

Наименьшие средние значения показателей качества жизни в субсфере F18 «Финансовые ресурсы».

При сравнительной характеристике качества жизни врачей в исследовании С.Н. Дехнич и соавт. [258], критерий достаточности денег, по сравнению с другими параметрами качества жизни, имел самые низкие оценки респондентами.

Наибольшие средние значения показателей качества жизни в субсферах F9 «Подвижность» и F12 «Способность к работе».

Результаты исследования качества жизни врачей в региональной системе здравоохранения позволяют рассматривать субсферы F18 «Финансовые ресурсы», F9 «Подвижность» и F12 «Способность к работе» как приоритетные в

формировании качества жизни – индикатора социального функционирования врачей региональной системы здравоохранения.

В исследовании не установлено достоверных гендерных различий качества жизни респондентов.

При анализе возрастных особенностей качества жизни выделены 3 возрастных группы респондентов (таблица 4) [106].

Таблица 4 – Распределение респондентов по возрастным группам

№ группы	возраст	Абс	%
1	до 40 лет	201	33,8
2	40-49 лет	201	33,8
3	50 лет и старше	192	32,4

32,4% респондентов составляют лица пенсионного и предпенсионного возраста.

При проведении компаративного анализа возрастных особенностей качества жизни респондентов установлены достоверные различия средних значений показателей качества жизни респондентов 1 и 3 возрастных групп (таблица 5) со снижением показателей в 3 возрастной группе.

Таблица 5 – Показатели качества жизни респондентов 1 и 3 возрастных групп

Респонденты	Средние значения показателей		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	(медианы) опросника	Респонденты 1 возрастной группы	
Сферы, субсферы			
Физическая сфера	14,5	13,3	$p < 0,05$
Уровень независимости	16,6	15,4	$p < 0,05$
Социальные отношения	16,7	15,0	$p < 0,05$
F1 Физическая боль и дискомфорт	14,3	12,7	$p < 0,05$

Продолжение таблицы 5

Респонденты Сферы, субсферы	Средние значения (медианы) опросника		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	Респонденты 1 возрастной группы	Респонденты 3 возрастной группы	
F4 Положительные эмоции	13,9	12,0	$p < 0,05$
F11 Зависимость от лекарств и лечения	17,0	13,3	$p < 0,01$
F15 Сексуальные отношения	16,2	13,4	$p < 0,01$

Установлены достоверные различия ($p < 0,05$) средних значений показателей качества жизни респондентов 2 и 3 возрастных групп со снижением показателей в 3 возрастной группе (таблица 6).

Таблица 6 – Показатели качества жизни респондентов 2 и 3 возрастных групп.

Респонденты Сферы, субсферы	Средние значения (медианы) опросника		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	Респонденты 2 возрастной группы	Респонденты 3 возрастной группы	
Уровень независимости	17,4	15,4	$p < 0,05$
F9 Подвижность	19,2	16,3	$p < 0,05$
F11 Зависимость от лекарств и лечения	17,0	13,3	$p < 0,05$
F15 Сексуальные отношения	15,3	13,1	$p < 0,05$

Таким образом, установлены достоверные различия средних значений показателей качества жизни респондентов в возрасте 50 лет и старше от соответствующих значений для других возрастных групп в «Физической» сфере, сферах «Уровень независимости» и «Социальные отношения», субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт», F4 «Положительные эмоции», F9

«Подвижность» F11 «Зависимость от лекарств и лечения» и F15 «Сексуальные отношения».

Исследование качества жизни врачей региональной системы здравоохранения включало оценку влияния финансовых деприваций на качество жизни врачей [34, 101, 222]. В исследовании рассматривались 4 депривационные группы респондентов [58] в связи с уровнем дохода на члена семьи (ДЧС) (таблица 7).

Таблица 7 – Депривационные группы респондентов

степень депривации	ДЧС (тыс. р.)	% респондентов
1	более 30000	25,2
2	от 27000 до 30000	49,6
3	от 16000 до 27000	22,9
4	менее 16000	2,3

1 степень деприваций – Респонденты живут «более-менее прилично, покупка большинства товаров не вызывает трудностей»;

2 степень деприваций – «Денег хватает на питание и самое необходимое»;

3 степень деприваций – Респонденты отмечают, что живут «на грани бедности», денег едва хватает на питание;

4 степень деприваций – Семья респондента живет «за гранью бедности», денег не хватает даже на питание.

Финансовые депривации отсутствуют лишь у 8 (1,4%) респондентов при ДЧС более 80000 рублей. Наибольшее количество респондентов в 1 (25,2%), 2 (49,6%) и 3 (22,9%) депривационных группах. Большинство респондентов оценивают свой уровень жизни как низкий.

По данным М.Б. Искакова и соавт. [92] оценивают свой уровень жизни как низкий более половины респондентов-врачей. Около 50% респондентов в исследовании качества жизни врачей-стоматологов Э.И. Султановой [262] указали

на финансовые депривации. Не установлено зависимости степени деприваций от стажа работы и квалификационной категории респондентов.

При исследовании влияния степени деприваций на качество жизни респондентов высказано предположение о повышении качества жизни респондентов при переходе от 4 степени к 1 степени деприваций. В ходе исследования, предположение подтвердилось лишь частично (таблица 8) [95].

Таблица 8 – Влияние степени деприваций на качество жизни респондентов

Степени деприваций респондентов	Статистическая значимость различий средних (параметр p)
1 и 2	различия средних значений показателей статистически значимы на уровне $p < 0,05$ для субсферы F16 «Физическая безопасность и защищенность»
1 и 3	ни в одной субсфере или сфере опросника различия средних значений показателей не являются статистически значимыми на уровне $p < 0,05$.
1 и 4	различия средних значений показателей статистически значимы на уровне $p < 0,05$ для субсфер F16 «Физическая безопасность и защищенность», F17 «Окружающая среда дома», сферы «Окружающая среда»; различия средних значений показателей статистически значимы на уровне $p < 0,01$ для субсферы F18 «Финансовые ресурсы».
2 и 3	различия средних значений показателей статистически значимы на уровне $p < 0,05$ для субсфер F7 «Образ тела и внешность», F22 «Окружающая среда вокруг».
2 и 4	различия средних значений показателей статистически значимы на уровне $p < 0,05$ для субсферы F7 «Образ тела и внешность».
3 и 4	ни в одной субсфере или сфере различия средних значений показателей не являются статистически значимыми на уровне $p < 0,05$.

Также рассчитывались коэффициенты корреляции Спирмена r_s между степенями деприваций и показателями качества жизни респондентов. Обнаружены (см. таблицу 2): умеренная положительная связь ($p < 0,01$) для сферы «Окружающая среда» ($r_s = 0,33$), субсфер F16 «Физическая безопасность и защищенность» ($r_s = 0,32$), F17 «Окружающая среда дома» ($r_s = 0,34$), F18 «Финансовые ресурсы» ($r_s = 0,37$) и слабая положительная связь ($p < 0,05$) для

субсферы F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ($r_s = 0,24$) (рисунок 31).

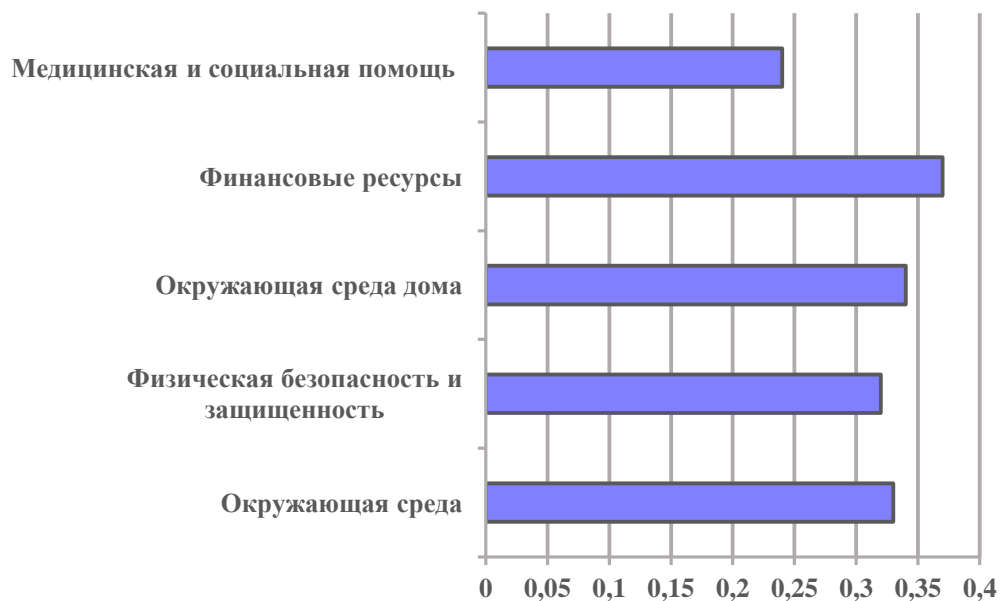


Рисунок 31 – Коэффициенты корреляции Спирмена показателей качества жизни и степенью деприваций

Корреляционный анализ дополняет изложенные выше результаты сравнения средних и выявляет те субсферы качества жизни, которые значимо зависят от степени депривации.

4.2. Оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью

Одним из ведущих диагностических критериев кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения является удовлетворенность врачей профессиональной деятельностью [105].

С целью оценки удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью проведено социологическое исследование [95] с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым (Приложение Д).

В исследование участвовали 594 врача из медицинских организаций региона.

По мнению респондентов, заработная плата врачей региона в зависимости от квалификации должна составлять от 90 до 300 тыс. руб. (рисунок 32).

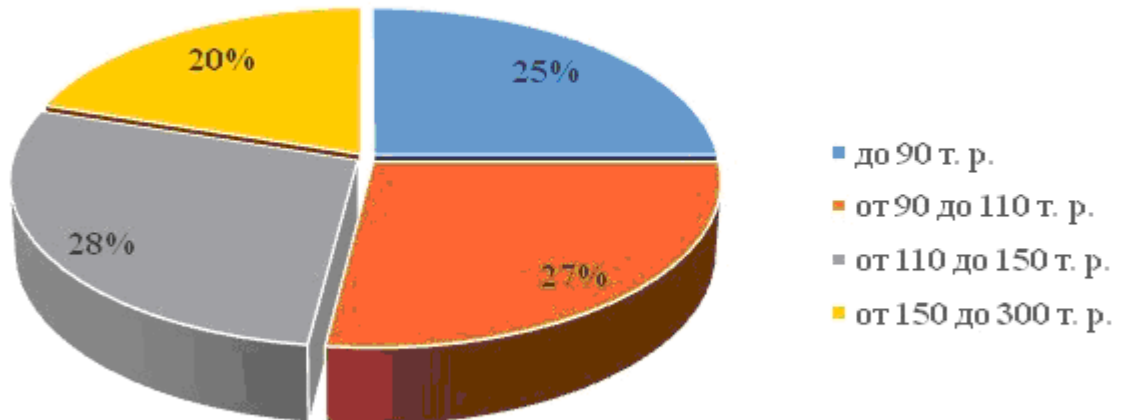


Рисунок 32 – Зарботная плата врачей региона по мнению респондентов (тыс. руб.)

Средняя заработанная плата, по мнению респондентов, соответствующая их квалификации должна составлять 124 ± 13 тыс. руб. ($p < 0,05$).

По мнению 301 (50,7%) респондентов профессиональная деятельность может обеспечить лишь «более-менее», и не способна обеспечить 106 (17,8%) респондентов. Лишь в 31,5% случаев профессиональная деятельная деятельность может обеспечить респондентов (рисунок 33).

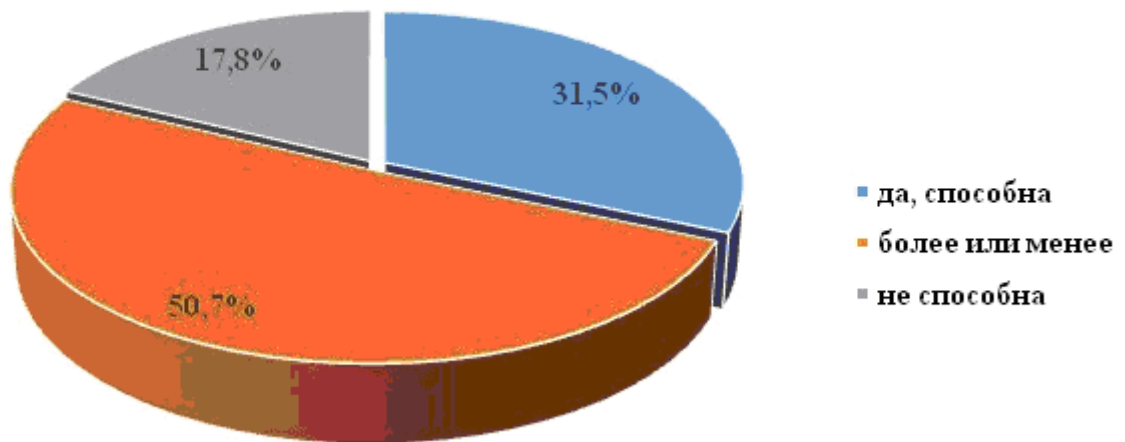


Рисунок 33 – Способность профессиональной деятельности материально обеспечить респондентов (%)

Полученные нами результаты подтверждают российские исследования. Н.Г. Петрова и соавт. [208], при анализе социально-демографических и квалификационных характеристик врачей-гематологов, отмечая их высокий квалификационный уровень, указывают на крайне низкий уровень оплаты труда респондентов. В исследовании М.С. Гурьянова [57] только 39,9% врачей указали на финансовую возможность обеспечить семью, в 15,7% респонденты врачи отмечают необходимость финансовой поддержки со стороны близких родственников.

При возможности вновь выбрать профессию 393 (66,2%) респондента выбрали бы профессию врача по той же специальности, 73 (12,2%) респондента работали бы врачом с другой специализацией, 56 (9,5%) респондентов хотели бы сменить профессию врача, не смог ответить 72 (12,1%) респондента (рисунок 34).

У 228 (38,4%) респондентов иногда возникает желание уволиться с работы.

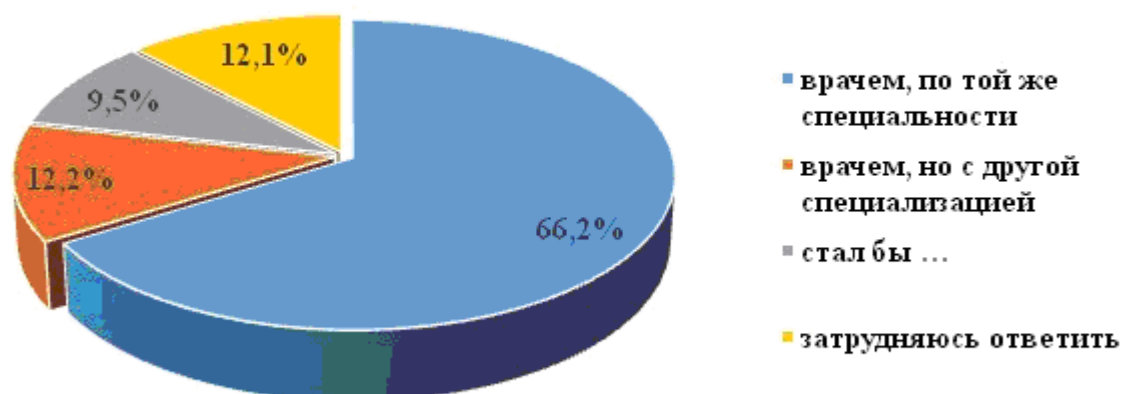


Рисунок 34 – Отношение респондентов к профессии врача (%)

В исследовании Н.В. Говорина и соавт. [55] сменить профессию врача хотели бы 16,0% респондентов.

С радостью ходят на работу 208 (35,1%) респондентов, не испытывают ни радости, ни огорчения 83 (14,0%) респондента, когда как – 244 (41%) респондента, без удовольствия – 17 (3%) респондентов, не ответили на вопрос 42 респондента (7,0%) (рисунок 35).

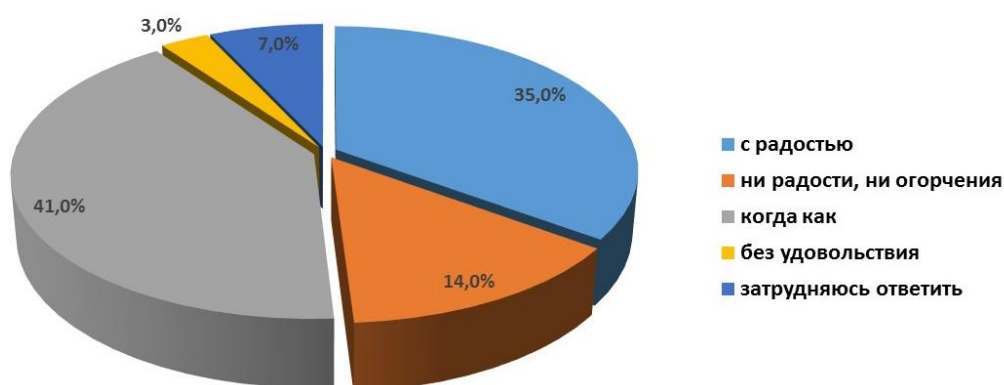


Рисунок 35 – Чувство, с которым респонденты ходят на работу (%)

При оценке уровня профессионализма (от «начинающие врачи» – 1 до «врачи высокого профессионализма» – 7) большинство (485 (81,7%)) респондентов оценили свой уровень профессионализма как средний (4-5 ступени) и высокий (6-7 ступени) (рисунок 36).

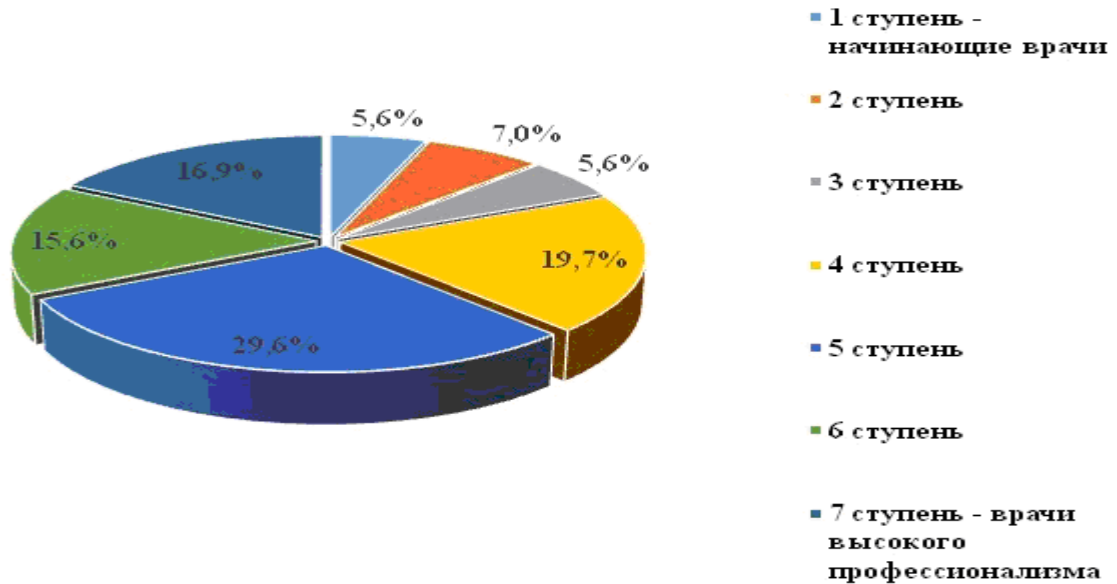


Рисунок 36 – Оценка уровня профессионализма (%)

Большинство респондентов в значительной степени довольны своим финансовым положением, здоровьем, жилищными условиями, семейным положением, работой и жизнью в целом (таблица 9).

Таблица 9 – Удовлетворенность жизнью

	1 (минимальная оценка)	2	3	4	5 (максимальная оценка)
Довольны ли Вы своим финансовым положением	2,8%	7,1%	31,0%	40,8%	18,3%
Довольны ли Вы своим здоровьем	0%	2,8%	11,1%	55,6%	30,5%

Продолжение таблицы 9

	1 (минимальная оценка)	2	3	4	5 (максимальная оценка)
Довольны ли Вы своими жилищными условиями	0%	4,2%	19,7%	36,6%	39,5%
Довольны ли Вы своим семейным положением	2,8%	2,8%	2,7%	18,1%	73,6%
Довольны ли Вы своей работой	0%	4,3%	14,5%	34,8%	46,4%
Довольны ли Вы своей жизнью в целом	0%	0%	5,6%	45,8%	48,6%

По мнению респондентов, уровень их материального положения не соответствует их профессиональной квалификации. Об этом же свидетельствует и то, что максимальную оценку своему финансовому положению поставили только 107 (18%) респондентов, а минимальные (1 и 2) – около 59 (10%), что является худшим соотношением из всех оцениваемых сфер жизни. Тем не менее, только 106 (17,8%) респондентов считают, что их профессиональная деятельность не способна их материально обеспечить.

Несмотря на финансовые депривации, своей работой довольны подавляющее число респондентов (высшие оценки – 4 и 5 – дали 481 (81%) и только 25 (4,3%) дали минимальные оценки). Две трети (393 (66,2%)) респондентов при возможности вновь выбрать профессию выбрали бы ту же специальность, примерно такая же доля (366 (61,6%)) респондентов не хотели бы уволиться со своей работы, только 16 (2,7%) респондентов ходит на работу без удовольствия, в то время как с радостью – 208 (35%).

Полученные результаты исследования находят подтверждение в работе Н.Я. Оруджева и соавт. [179]: 99% респондентов врачей-психиатров указывают на

финансовые трудности разной степени выраженности, но большинство респондентов удовлетворены своей работой. «Большая часть врачей достаточно оптимистично смотрят в будущее и в целом удовлетворены своей жизнью».

Таким образом, финансовые депривации не являются определяющим фактором в отношении респондентов к своей профессиональной деятельности. То, что финансовые стимулы имеют большое, но не единственное значение в мотивационной иерархии врачей, мы находим в исследовании А.Е. Чириковой [283].

В предложенной Ф. Герцбергом [268] теории, условия профессиональной деятельности (условия работы, заработок и др.), и удовлетворенность содержательной профессиональной деятельностью рассматриваются как две независимые характеристики.

Объяснение полученных результатов в проведенном нами исследовании удовлетворенности врачей профессиональной деятельностью возможно и в ракурсе описанного академиком РАН А.В. Решетниковым [213] феномена «парадоксальной» медицины, возникшего в российском здравоохранении в конце XX века, обозначенного термином антиномия – «логически взаимоисключающие и несочетаемые друг с другом, но фактически одновременно функционирующие явления».

Мероприятия Федеральных органов власти в связи с Майскими указами Президента Российской Федерации В.В. Путина, направленные на преодоление кадрового кризиса в здравоохранении, повышение средней заработной платы специалистов здравоохранения в РФ в последние годы, чрезвычайно своевременны. Однако, изменения в системе оплаты профессиональной деятельности врачей должны учитывать и факторы нематериальной мотивации [146, 284].

Резюме:

Результаты исследования качества жизни врачей в региональной системе здравоохранения позволяют рассматривать субсферы F18 «Финансовые ресурсы»,

F9 «Подвижность» и F12 «Способность к работе» как приоритетные в формировании качества жизни – индикатора социального функционирования врачей региональной системы здравоохранения.

Снижение качества жизни врачей, работающих в различных медицинских организациях Саратовской области, социально детерминировано и обусловлено, в основном, возрастными характеристиками респондентов и финансовыми депривациями.

При компаративном анализе установлены достоверные различия средних значений показателей качества жизни респондентов в возрасте 50 лет и старше от соответствующих значений для других возрастных групп в «Физической» сфере, сферах «Уровень независимости» и «Социальные отношения», субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт», F4 «Положительные эмоции», F9 «Подвижность» F11 «Зависимость от лекарств и лечения» и F15 «Сексуальные отношения».

Большинство респондентов оценивают свой уровень жизни как низкий. Не установлено зависимости степени деприваций от стажа работы и квалификационной категории респондентов.

Компаративный анализ качества жизни врачей в ситуации финансовых деприваций устанавливает лишь частичное влияние степени деприваций на показатели качества жизни респондентов. Наибольшее снижение показателей качества жизни отмечается у респондентов с 2–4 степенями финансовых деприваций.

Однако, финансовые депривации не являются определяющим фактором в отношении респондентов к своей профессиональной деятельности. Несмотря на финансовые депривации, работой довольны подавляющее число респондентов (высшие оценки – 4 и 5 – дали 481 (81%)). Две трети (393 (66,2%)) респондентов при возможности вновь выбрать профессию выбрали бы ту же специальность, 366 (61,6%) респондентов не хотели бы уволиться со своей работы, с радостью ходят на работу 208 (35%) респондентов.

Представлены доказательства необходимости комплексного решения проблемы преодоления кадрового кризиса, включающего повышение заработной платы соответственно профессиональному уровню и факторы нефинансовой мотивации профессиональной деятельности врачей.

ГЛАВА 5. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАДРОВОГО РЕСУРСА

5.1. Анализ нормативного регулирования кадрового обеспечения системы здравоохранения за период 2000–2020 гг.

Формирование кадровой медицинской политики определяется стратегией системы здравоохранения, основными направлениями ее развития и следует за развитием сети медицинских организаций. Начиная с советского периода здравоохранения и до сих пор, основой системы в России декларируется первичная медико-санитарная помощь, которая формируется по принципу участкового здравоохранения. Соответственно, основными структурами в сети медицинских организаций являются поликлиники (амбулатории), а основными врачебными кадровыми единицами – участковые терапевты, участковые педиатры. Наполняемость врачебных участков составляла в разные годы от 800 до 2500 чел. на одного участкового врача. Врачи – специалисты поликлиник («узкие» специалисты) также планируются на 10 – 50 тысяч населения – 1 специалист – в зависимости от заболеваемости, демографических особенностей и плотности населения. Конец 20 – начало 21 века в России характеризуются рядом особенностей, влияющих на развитие кадрового ресурса, в числе которых – уменьшение численности населения страны, продолжающаяся урбанизация и, как следствие, снижение плотности населения в «сельских» районах, уменьшение числа медицинских организаций, уменьшение обеспеченности койками на 10 тыс. чел. населения, снижение обеспеченности врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, падение привлекательности медицинских профессий. Настоящий раздел посвящен анализу изменений нормативного регулирования кадрового обеспечения отрасли за два десятилетия XXI века.

В хронологическом порядке представлены нормативные документы, прямо или косвенно направленные на развитие кадрового ресурса системы здравоохранения Российской Федерации [95] (таблица 10).

Таблица 10 – Нормативно-распорядительные документы, регулирующие развитие кадрового ресурса системы здравоохранения России в 2000-2020 гг.

№ п/п	Наименование нормативно – распорядительного документа	Статус документа на июнь 2020 г.
1.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3.07.2002 г. № 210 «О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» [158]	Действующий
2.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 г. №350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 17.01.2005 № 84, от 18.05.2012 № 577н) [162]	Утратил силу - 17.01.2005 г.
3.	Решение коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «Кадровое обеспечение здравоохранения в условиях выполнения государственного задания на подготовку специалистов». Протокол от 17.12.2002 г. № 18 [94]	Действующий
4.	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4.08.2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» [160]	Действующий
5.	Указ Президента России от 7.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [163]	Действующий
6.	Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (в ред. Указа Президента РФ от 01.07.2014 № 483). Утверждена Указом Президента РФ от 9.10.2007 г. № 1351 [112]	Действующий
7.	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020 [166]	Действующий
8.	Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 г. № 614-р [170]	Действующий

Продолжение таблицы 10

№ п/п	Наименование нормативно – распорядительного документа	Статус документа на июнь 2020 г.
9.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах» [159]	Утратил силу 29.11.2019 г.
10.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2016 г. № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» [165]	Действующий
11.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8.06.2016 г. № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» [173]	Действующий
12.	Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [168]	Действующий
13.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 г. № 178 «Об утверждении методики расчета основных и дополнительного показателей федерального проекта «Обеспечение МО системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [171]	Действующий
14.	Постановление Правительства Российской Федерации от 9.10.2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» [175]	Действующий
15.	Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2019 г. № 974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах» [172]	Действующий
16.	Постановление Правительства Российской Федерации от 7.12.2019 г. № 1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 гг.» [161]	Действующий

В приказе Минздрава России [158], в котором в соответствии с политикой государства в сфере здравоохранения в целях повышения уровня здоровья населения России, на основании Концепции развития здравоохранения и

медицинской науки Российской Федерации была сформирована самостоятельная Концепция, определяющая основные положения кадровой политики в здравоохранении России, в которой определялась необходимость учета требований практического здравоохранения при формировании кадровой политики. Для этого было запланировано соответствующее совершенствование номенклатуры медицинских специальностей, системы профессиональной подготовки и переподготовки специалистов для здравоохранения и системы мотивации медицинского кадрового ресурса к трудовой деятельности. Состояние кадровых ресурсов здравоохранения России к началу нового тысячелетия. В России численность врачей в 2001 г. составила 604 тыс. человек, средних медицинских работников – 1400 тыс. человек. Ежегодно, закончив обучение в образовательных организациях подведомственных федеральному Министерству здравоохранения, выпускалось около ста тысяч молодых специалистов с высшим и средним профессиональным образованием и еще более 400 тысяч медицинских работников ежегодно повышали квалификацию – получали дополнительное профессиональное образование. В целях преодоления кадрового дефицита, особенно в сельской местности, продолжала совершенствоваться практика целевого набора абитуриентов в высшие учебные заведения.

В тоже время, отечественные ученые и практики здравоохранения выявили ряд проблем, влияющих на кадровое обеспечение отрасли, снижающих эффективность ее функционирования – это несоответствие кадровой структуры задачам стратегического развития отрасли, объемам медицинской помощи, определенным в программах госгарантий; профицит работников стационарного звена при одновременном дефиците медицинских работников системы первичной медико-санитарной помощи; отставание программ профессиональной переподготовки кадров от процессов реформирования здравоохранения; диспропорции в соотношении «врач – медицинская сестра», слабая нормативно-правовая база. Низкий уровень оплаты труда и социальной защищенности медработников способствовали уходу из профессиональной деятельности молодых специалистов и снижению престижа медицинских профессий.

В основе концепции развития кадров системы здравоохранения (2002 г.) предполагалось развивать три основных вектора:

1. Оптимизация численности и структуры кадров.
2. Совершенствование подготовки кадров.
3. Управление кадровым потенциалом системы здравоохранения.

Реформаторскими считались решить следующие задачи:

1. Привести в соответствие потребность отрасли в специалистах с планами по подготовке кадров в стране, повысить эффективность кадрового менеджмента.

2. Развитие непрерывного образования и совершенствования государственных образовательных стандартов подготовки специалистов, как средство повышения их квалификации

3. Повышение уровня жизни работников здравоохранения при помощи совершенствования оплаты их труда на основе оценки объема и качества труда.

4. Защита прав работников здравоохранения.

Планирование численности и структуры кадров здравоохранения зависит от многих факторов, основными из которых являются: миграционные процессы, демографические процессы, состояния здоровья населения, определяющие потребность в медицинской помощи, прогноз тенденций естественного движения населения, определенные направления стратегического развития отрасли.

Для преодоления диспропорций в распределении кадрового ресурса по позициям село-город, первичная медико-санитарная помощь – специализированная медицинская помощь, лечение-профилактика – была предпринята попытка переформатировать текущие нормативы обеспеченности медицинскими кадрами.

Стратегические нормативы рассматривались как основа для формирования планов приема в медицинские университеты и колледжи, а также объемов целевой подготовки кадров для региональных учреждений здравоохранения.

В это же время для стабилизации кадрового потенциала и отбора абитуриентов был взят курс на развитие профориентационной работы со

старшеклассниками – создание профильных школьных классов, медицинских лицеев, введение альтернативной воинской службы в медицинских учреждениях.

Методической основой совершенствования системы непрерывного образования были утверждены отраслевые квалификационные требования (стандарты) специалистов системы здравоохранения. Прохождение производственной практики по месту будущей работы студента было призвано способствовать профессиональной адаптации, а совершенствование оплаты труда, создание достойных условий труда – способствовать улучшению качества рабочей среды. Одним из главных направлений развития кадровой политики обозначено значимое увеличение роста заработной платы и формирование справедливого соотношения уровня оплаты труда в здравоохранении и реальном секторе экономики. Грамотное сочетание различных мотивационных механизмов (решение социальных проблем, автоматизация рабочих мест, возможность профессионального роста через последипломное образование и др.) должно было стать способом сохранения и закрепления трудового потенциала отрасли.

Таким образом, в начале 21 века на государственном уровне были обозначены зоны неэффективности системы кадрового менеджмента в здравоохранении и намечена стратегия развития отрасли на основе проведения значимых кадровых реформ с целью дальнейшего повышения качества медицинской помощи и эффективности системы охраны здоровья граждан.

На основании разработанной Концепции кадровой политики в здравоохранении России осенью 2002 года Минздрав издает приказ, направленный на совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению страны [162]. В приказе приведены результаты анализа эффективности системы здравоохранения РФ, констатировано нарастание негативных тенденций, таких как рост структурных диспропорций между ПМСП и СМП, ограничение функций врачей-терапевтов участковых, что не позволяет обеспечить пациентам оказание непрерывной медицинской помощи. В целях повышения качества амбулаторной помощи населению на территории России в данном приказе было обозначено начало реформирования ПМСП посредством перехода от

педиатрическо-терапевтической помощи к организации общеврачебной (семейной) практики.

Приказом утверждено Положение об организации деятельности врача общей практики (ВОП), в котором зафиксирован функционал медицинских работников и определено оснащение кабинета ВОП (отделения, центра) и т.д. В соответствии с данным приказом регионы должны были ввести должность главного внештатного специалиста органа управления здравоохранением по общей врачебной практике и разработать планы по организации ПМСП с учетом введения общеврачебной практики в деятельность первичного звена здравоохранения. В соответствии с указанными нововведениями изменялась система подготовки и переподготовки специалистов, вузам было предложено подготовить образовательный курс для ВОП – в ординатуре, на профессиональной переподготовке, а также на повышении квалификации.

В конце 2002 г. состоялась Коллегия Минздрава России, на которой были рассмотрены задачи подготовки специалистов для системы здравоохранения [94]. В Решении Коллегии отмечалось, что медицинские кадры – это основной ресурс системы здравоохранения, но количественные тенденции оставались негативными. С 2000 г. подготовка врачей стала осуществляться на основе трехстороннего договора (обучающийся, образовательная организация, работодатель). Большая часть «целевых» студентов (50-60%) проходила производственную практику в медицинских организациях согласно договору. В вузах были созданы Центры содействия трудоустройству выпускников.

Но эффективность целевой подготовки оставалась низкой и не решила возложенных на нее задач по закреплению специалистов на местах целевого трудоустройства в связи с отсутствием в договоре социальных гарантий или их непредоставлением молодым специалистам.

В связи с этим руководителям субъектов РФ была вменена обязанность мониторинга состояния кадрового ресурса регионального здравоохранения и разработка корректирующих мер – при необходимости. Сюда включалось не только проведение систематического анализа положения с медицинскими кадрами

в региональной системе здравоохранения, но и определение прогнозной потребности в медицинских кадрах, определение регионального целевого заказа, с заключением обозначенных трехсторонних договоров; совершенствование профориентационной работы, совершенствование системы последипломного образования, направленное на удовлетворение потребностей здравоохранения в специалистах определенного профиля.

В 2006 г. приказом Минздрава России был утвержден порядок организации работы по участковому принципу, призванный обеспечить доступность и качество медицинской помощи [160].

Среди новшеств этого приказа отметим установление рекомендуемой численности населения на различных врачебных участках, что позволило провести примерный расчет численности необходимого количества врачей.

В основу демографической политики Российской Федерации, разработанной в 2007 г., положены принципы обновления материально-технической базы учреждений здравоохранения, приведение их деятельности в соответствии со стандартами, повышение реальной доступности для населения высокотехнологичных методов лечения; а также повышение доступности всех видов медицинской помощи для жителей малых городов, и сельских населенных пунктов, особенно отдаленных районов [111].

Принцип доступности и качества медицинской помощи является главенствующим принципом охраны здоровья граждан в РФ [166] и обеспечивается, в том числе, наличием необходимого числа квалифицированных медицинских работников, а также возможностью выбора врача и МО. Это же зафиксировано и в Программе госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в виде обязательного выполнения порядков оказания МП населению.

Для решения положений, изложенных в Указе Президента Российской Федерации от 7.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в 2013 г. [163] Правительством был сформирован комплекс мероприятий поэтапного обеспечения кадрами

организаций системы здравоохранения до 2018 года, который предусматривал пересмотр номенклатуры медицинских специальностей; совершенствование методики определения потребности в медицинских кадрах и немедицинских специалистах с учетом организационных преобразований в сфере здравоохранения; формирование федерального регистра медицинских работников; постепенное устранение кадрового дефицита медицинских работников; формирование мер социальной поддержки медработников, в первую очередь – дефицитных специальностей; разработку профессиональных стандартов, программ дополнительного профессионального образования для профессорско-преподавательского состава образовательных организаций Минздрава России; внедрение научно обоснованных норм труда; повышение привлекательности медицинских профессий [170].

В 2014 г. Минздрав России утвердил методику, по которой определяется потребность во врачебных кадрах [159], а в 2016 г. – требования к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения на основании методики определения потребности субъектов от 1999 г. № 1683-р. Этот приказ явился основой реформирования сети медицинских организаций и формирования их кадрового ресурса [165].

В развитие данного приказа были подготовлены методические рекомендации по развитию сети государственных (муниципальных) медицинских организаций, предназначенные для перспективного планирования сети МО на базе уже имеющейся инфраструктуры здравоохранения. При формировании сети МО следует учитывать климатические и географические особенности, уровень транспортной доступности медицинских организаций, плотность населения, обеспечение доступности медицинской помощи для городского и сельского населения; обеспечение мощностей МО субъекта в соответствии с объемами медицинской помощи.

Все медицинские организации разделены на три уровня – организации первого уровня оказывают медицинскую помощь населению муниципального образования, где они расположены, в основном, это ПМСП и специализированная

МП (хирургия, терапия, педиатрия); организации второго уровня оказывают в основном специализированную МП населению ряда муниципальных образований по более широкому перечню профилей; МО третьего уровня оказывают помимо других видов, высокотехнологичную МП [173].

В конце 2017 г. утвержден основной стратегический план развития отечественного здравоохранения – государственная программа, которая предусматривает основные направления совершенствования системы здравоохранения в течение 2018–2024 гг. [168]

Паспорт национального проекта «Здравоохранение» включает в себя ряд целевых показателей, в том числе связанных с обеспеченностью кадрами – укомплектованность врачебных должностей и должностей среднего медицинского персонала в поликлиниках, причем до 2024 г. определен постепенный рост показателей (в %).

В структуре национального проекта «Здравоохранение» утвержден ряд федеральных проектов, в их числе – федеральный проект по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами.

В октябре 2019 г. в соответствии с принятыми стратегическими направлениями развития разработаны и приняты к исполнению направления реформирования ПМСП в РФ, установлены единые требования к региональным программам по модернизации ПМСП, определен порядок мониторинга за ходом выполнения региональных программ модернизации ПМСП.

Пункт 1.4. Постановления предусматривает задачу преодоления дефицита кадров и повышения уровня их квалификации при оказании ПМСП, в том числе с учетом обеспечения права на выбор медицинской организации и врача [175].

Для реализации этой задачи предусмотрено до середины ноября 2019 г. провести анализ сложившейся оплаты труда лиц, работающих в системе ПМСП, оказывающих скорую МП, работающих в ЦРБ и РБ; определить размеры и долю оклада в структуре ЗП, выплат компенсационного и стимулирующего характера, условия их назначения работникам. В результате планировалось оптимизировать отраслевое регулирование оплаты труда указанных медицинских работников, на

основе создания обоснованных подходов к установлению окладов и различных выплат.

К концу 2019 г. должно быть реализовано уточнение показателей необходимой численности медицинских работников, оказывающих ПМСП, скорую МП, работающих в ЦРБ и РБ для расчета реальной потребности в медицинских кадрах с привязкой к рабочим местам. К концу сентября 2020 г. по итогам проведенной работы должны быть сформированы предложения, разработаны и утверждены НПА по совершенствованию оплаты труда медицинских работников (ПМСП, скорая МП, работники ЦРБ и РБ).

В течение 2020–2024 гг. запланировано поэтапное изменение отраслевой системы оплаты труда с последующим увеличением их заработной платы.

В результате указанных мер с июля 2020 г. ожидается повышение укомплектованности медицинскими работниками МО, оказывающих ПМСП, скорую МП, медицинскими работниками ЦРБ и РБ в соответствии с целевыми показателями, обозначенными в паспортах этих МО с полным выполнением этих показателей к 2024 году.

В целях увеличения числа врачей, оказывающих ПМСП и скорую МП, планируется по дефицитным специальностям увеличить долю целевого приема в общей квоте мест приема.

По среднему медицинскому персоналу для преодоления дефицита кадров запланировано увеличение количества обучающихся по программам подготовки специалистов со средним медицинским образованием (30% процентов от объема кадрового дефицита в год) до 2024 г.

Кроме того, планируется наращивание мер социальной поддержки медицинских работников системы ПМСП, скорой МП, работников ЦРБ и РБ, в первую очередь таких, как обеспечение жильем, а также разработка мероприятий по созданию условий и мотивации для уменьшения оттока кадров из государственного сектора здравоохранения.

До 15.11.2020 г. регионы должны разработать и реализовать региональные меры поддержки медицинских работников в части выплат, в частности при переезде в населенные пункты с численностью населения до 50 тыс. человек.

В 2019 г. Минздравом России в развитие Федерального проекта по кадровому обеспечению системы здравоохранения разработаны и внедрены в практику методики расчета показателей, характеризующих обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками. Показатели обеспеченности не учитывают категории медицинских работников, занятых в негосударственном секторе здравоохранения [171].

В 2019 г. Правительство страны утверждает основные принципы модернизации системы ПМСП в России, которые ложатся в основу разработки региональных программ модернизации ПМСП (должны быть разработаны и приняты в срок до июля 2020 г.).

Пожалуй, впервые в нормативных документах появляется поручение Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с Минздравом России: внести в Правительство РФ проект постановления об утверждении Правил реализации в отдельных субъектах РФ пилотного проекта, предусматривающего привлечение негосударственных МО к оказанию медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше.

В процесс реформирования системы ПМСП включены и вопросы развития и закрепления кадрового ресурса отрасли.

Одним из основных принципов программы является устранение кадрового дефицита в организациях, оказывающих ПМСП и повышение уровня квалификации медицинских работников.

Для решения этой проблемы разработан блок мероприятий на 2019-2024 гг. и сформированы ожидаемые результаты от их реализации [95] (таблица 11).

Таблица 11 – Мероприятия, направленные на преодоление кадрового дефицита в первичном звене здравоохранения в 2019–2024 гг.

№ п/п	Действие	Результат
1.	Анализ систем оплаты труда в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ, структуру заработной платы (оклад, стимулирующие, компенсационные выплаты и т.д.)	разработка единых подходов по отраслевому регулированию оплаты труда в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ
2.	Корректировка показателей необходимой численности и нагрузки на медработников в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ	расчет реальной потребности в медработниках, в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ
3.	Обоснование основных параметров системы оплаты труда медработников, в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ	подготовка и принятие НПА отраслевой системы оплаты труда
4.	Внедрение отраслевой системы оплаты труда медработников	увеличение ЗП медработников в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ
5.	Доукомплектование медорганизаций, в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ медработниками в соответствии с утвержденными паспортами МО	увеличение числа медработников в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ
6.	Увеличение мест на целевую подготовку врачей по «дефицитным» специальностям системы ПМСП	увеличение числа врачей в сфере оказания ПМСП и скорой МП
7.	Разработка адаптивных региональных мер соцподдержки медработников в сфере оказания ПМСП, скорой МП, работников РБ, включая различные механизмы обеспечения жильем	закрепление медработников в медорганизациях, уменьшение оттока кадров из государственных медорганизаций
8.	реализация системы региональных мер поддержки медработников (единовременные выплаты, в т.ч. при переезде в сельскую местность, поселки и малые города с населением до 50 тыс. человек)	увеличение числа врачей и фельдшеров, прибывших на работу в сельскую местность, поселки и малые города с населением до 50 тыс. человек
9.	Оценка деятельности руководителей медорганизаций по показателям обеспеченности медработниками	повышение укомплектованности специалистами медорганизаций в сфере оказания ПМСП, скорой МП
10.	Внедрение наставничества в отношении молодых специалистов, обучающихся по целевому направлению	повышение укомплектованности медорганизаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения молодыми врачами

В ноябре 2019 г. приказом Минздрава России, утверждена новая методика расчета потребности во врачебных кадрах [172]. Новая методика также не

учитывает наличие частной системы здравоохранения и направлена на определение кадрового дисбаланса в медицинских организациях системы государственного (муниципального) здравоохранения в регионах России. Она достаточно гибкая, позволяет учитывать особенности территории, заболеваемости населения, плановые объемы медицинской помощи, наличие населенных пунктов, отдаленных от МО, оказывающих СМП, возрастной состав врачей и т.д. Для обоснования необходимого количества врачей они подразделяются на 3 группы (лечебная, лечебно–диагностическая и группа управления), для каждой из которой рекомендован определенный алгоритм расчета. В результате устанавливается дефицит/профицит врачебных кадров для выполнения плановых объемов по ТПГГ по всем направлениям: СМП, ПМСП и СМП, оказываемой в различных условиях.

Кроме того, в 2017 г. в Правилах приема граждан в ординатуру [167] определены индивидуальные достижения, за которые начисляются дополнительные баллы поступающему в ординатуру. К ним относятся наличие именных стипендий различного уровня во время обучения в МО, волонтерская деятельность, научная работа, диплом с отличием, а также достижения, связанные с наличием трудового стажа по профильной деятельности. При сравнении правил приема в ординатуру установлено увеличение значимости индивидуальных достижений, связанных с наличием трудового стажа (таблица 12) [192]. Так в 2017 году наличие стажа работы на врачебных должностях менее 3 лет оценивалось в 50 баллов, более 3 лет – в 80, а в 2021 году – наличие стажа более 9 мес. дает дополнительные 100 баллов, более 1,5 лет стажа – на 150 баллов. В то же время, если в 2017 году при наличии стажа работы 1 год в сельской местности лица, поступающие в ординатуру, имели преимущество в 60 баллов, которые с каждым дополнительным годом стажа увеличивались на 5 баллов, то в правилах 2021 года [174] таким гражданам начисляются 25 баллов (дополнительно к 100 или 150 баллам за стаж работы в МО)

Таблица 12 – Индивидуальные достижения лиц, поступающих в ординатуру, связанные с наличием трудового стажа в медицинских организациях

Индивидуальные достижения	Баллы
Общий стаж работы в должностях медицинских работников:	
– от 9 мес. на должности среднего медработника (не менее 0,5 ставки)	15
– от 9 мес. до 1,5 лет на врачебных должностях (1,0 ставка по основному месту работы)	100
– 1,5 года и более на врачебных должностях (1,0 ставка по основному месту работы)	150
– при работе врачом в сельской местности не менее 9 мес. дополнительно к основным баллам	25
Стаж работы не менее 30 дней на должности врача или среднего медработника или прохождение практической подготовки, включающих осуществление деятельности по диагностике и лечению инфекции Covid 19	30

Программой государственных гарантий на 2020 г. (до 2022 г.) в показатели обеспеченности населения врачебным и средним медицинским персоналом – на 10 тыс. чел. населения (включая городское и сельское население) обозначены как критерии доступности МП населению [161].

Таким образом, в России к 2020 году создана нормативная база, регламентирующая формирование сети медицинских организаций в субъектах Российской Федерации с учетом их климато-географических, демографических и иных особенностей, позволяющая на основе единых методических рекомендаций определить потребность в медицинских кадрах в каждом конкретном субъекте России.

В то же время, регламентирующая документация не учитывает региональных особенностей в части развития системы негосударственного здравоохранения, наличия в регионе Федеральных медицинских организации; не содержат положений, направленных на повышение мотивации врачебного персонала к

профессиональной деятельности, обуславливая структурно-профессиональные диспропорции в системе регионального здравоохранения.

5.2. Обоснование направлений развития кадрового ресурса региональной системы здравоохранения

ВОЗ рассматривает три самостоятельных направления профилактики и преодоления дефицита кадров в здравоохранении [227]:

1. подбор и подготовка новых (молодых) кадров для обеспечения врачебными трудовыми ресурсами организаций системы здравоохранения;
2. сохранение и повышение социальных гарантий той части профессионального медицинского сообщества, которая в настоящее время занимается трудовой деятельностью в организациях здравоохранения;
3. «возврат в специальность» той части врачей, которые по разным причинам после получения медицинской специальности сразу или через несколько лет работы ушли из профессии.

Первое направление в Саратовской области, как и в других регионах, развивается, ежегодно увеличивается целевой прием в образовательные организации как на специалитет, так и в клиническую ординатуру, что позволяет органам управления здравоохранением формировать стратегические планы по преодолению дефицита врачебных кадров в региональных системах здравоохранения. Результат этой программы отсрочен минимум на 6 лет обучения по образовательным программам специалитета и на 2 года обучения по программам ординатуры, то есть ошибки стратегического планирования в связи с длительным сроком ожидания результата вероятны.

Второе направление укрепления кадрового потенциала системы здравоохранения выражается в реализации нормативных документов федерального уровня по повышению средней заработной платы врачебного персонала до 200% от средней заработной платы по экономике, сложившейся в регионе, что улучшает положение дел в экономически развитых регионах, а в регионах со

слабой экономикой, напротив, ухудшает ситуацию с обеспечением кадрами государственного (муниципального) сектора здравоохранения в связи с ростом профессиональной миграции в регионы с сильной экономикой, переходом врачей на работу в негосударственные медицинские организации и сменой рода профессиональной деятельности (уходом из профессии). Мотивационные механизмы повышения престижа профессии врача в силу вышеуказанных тенденций и пристального внимания к здравоохранению со стороны государственных контролирующих органов и органов правопорядка не имеют должного эффекта.

По третьему направлению имеются единичные исследования, которые пока не нашли отражения в отраслевых программных документах и нормативных актах, хотя именно оно является перспективным (эти врачи уже имеют медицинское образование, временные и финансовые затраты на профессиональную переподготовку менее обременительны, чем затраты по подготовке на специалитете), и от развития программ по «возврату» специалистов в профессию можно ожидать сравнительно быстрого эффекта (один-два года).

С целью формирования объективного понимания направлений совершенствования врачебного кадрового потенциала региона проведено фокус-групповое исследование, относящееся к системным медико-социологическим исследованиям [5].

Фокус-групповое исследование с участием 8 экспертов-организаторов здравоохранения проведено в июне 2020 г. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. В работе фокус-группы «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения» приняли участие руководители государственных медицинских организаций Саратовской области и преподаватели кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) СГМУ.

В соответствии с гайдом фокус-группы (Приложение Е) обсуждались два направления:

1. характеристики трансформации кадрового ресурса в региональном здравоохранении;
2. направления совершенствования врачебного кадрового ресурса в региональной системе здравоохранения.

Каждый из участников принял участие в обсуждении.

Анализ полученных данных выполнен в соответствии с указанным сценарием.

1. Характеристики трансформации кадрового ресурса в региональном здравоохранении

В течение последних десятилетий одной из актуальных проблем системы здравоохранения Саратовской области является кадровый кризис. Причем в последние годы проблема дефицита квалифицированных кадров в здравоохранении региона нарастает в связи с миграцией медицинских кадров (из районов области в областной центр, в другие российские регионы, за рубеж) и выходом на пенсию по достижении пенсионного возраста. Отмечается повышение требований к врачам, что соответствует современным российским и мировым тенденциям, в связи с которыми возрастает профессиональный стресс и риск профессионального выгорания медицинских кадров.

По мнению экспертов, основной характеристикой регионального кризиса здравоохранения является дефицит врачебных кадров, в большей степени в районных медицинских организациях (эксперт Р., стаж 27 лет; эксперт М., стаж 34 г.). Особенно выраженный дефицит терапевтов и педиатров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в городских и районных медицинских организациях (эксперт О., стаж 19 лет, эксперт Д, стаж 23 г.). Эксперты отметили, что врачи в Саратовской области концентрируются в медицинских организациях областного центра, клиниках медицинского университета (эксперт Е., стаж 18 лет, эксперт А., стаж 27 лет). Выпускники Саратовского медицинского университета, обучающиеся по целевому направлению по договору с Минздравом области и

районными медицинскими организациями, как правило, остаются в организациях областного центра в связи с тем, что «боятся самостоятельной работы, ответственности, нуждаются в профессиональной поддержке, боятся пациента» (эксперт М., стаж 34 г.). Материально-технические возможности районных больниц ограничены, отсутствует современная диагностическая аппаратура, что «провоцирует врачебные ошибки или необходимость всех сложных больных направлять в областной центр» (эксперт М., стаж 34 г.). По мнению экспертов, большая вероятность врачебных ошибок в сельских медицинских организациях и возможность уголовного преследования «отпугивает выпускников медицинского университета» от медицинской деятельности в районах области.

При дефиците терапевтов и педиатров отмечается избыток врачей некоторых клинических специальностей (стоматологи, дерматовенерологи), значительно превышающий потребность регионального здравоохранения (эксперт У., стаж 25 лет). В связи с недостаточным количеством среднего и младшего медицинского персонала в медицинских организациях области, врачи выполняют дополнительную нагрузку, не соответствующую их квалификации (эксперт И., стаж 17 лет).

Среди причин дефицита врачебных кадров эксперты отметили недостаточное финансирование регионального здравоохранения, которое обуславливает низкую, не соответствующую нагрузке заработную плату врачей. Большинство врачей вынуждены совмещать, «лишь немногие могут позволить себе работать на одну ставку» (эксперт И., стаж 17 лет). Следствием высокой профессиональной нагрузки, по мнению экспертов, является отсутствие времени для профессионального самообразования.

С высокой профессиональной нагрузкой и финансовыми проблемами связана жизненная неустроенность, в большей степени молодых врачей, которым «проще прожить без семьи» (эксперт У., стаж 25 лет).

После 40 лет у врачей возникают дополнительные социальные и финансовые обязательства, «необходимость финансирования» высшего образования детей.

Накапливается усталость и напряжение многих лет в профессии, появляются хронические соматические болезни» (эксперт У., стаж 25 лет).

Эксперты отметили однозначность требований Фонда ОМС к выполнению стандартов при оказании медицинской помощи пациентам, «на сегодняшний день много контролирующих органов (СМО, прокуратура, Минздрав области), поэтому нет смысла «отклоняться» от протоколов ведения пациентов, так как, скорее всего, это повлечет за собой штрафные санкции» (эксперт А., стаж 27 лет), «проще вести пациента строго по стандарту, а не оформлять отклонения от стандарта решением врачебной комиссии, делать сложные дополнительные усилия, которые, скорее всего, проверяющие сочтут излишними и применят, в том числе, штрафные санкции» (эксперт Р., стаж 27 лет).

В ходе дискуссии было отмечено, что в последние годы лишь небольшая часть врачей (около 50%) получает и подтверждает квалификационную категорию. «Много бумажной волокиты в оформлении, нехватка времени на это, необходимость сдавать формальный, порой унижительный экзамен, недостойная доплата за категорию» (эксперт Р., стаж 27 лет).

Эксперты отметили «изменение профессиональных условий работы врача. Происходит повышение зарплаты врачей, определенное политикой государства, при этом не всегда выполняется функция врачебной должности, в связи чем отмечается снижение уровня профессиональной активности, врачи отказываются от дежурств» (эксперт М., стаж 34 г., эксперт И., стаж 17 лет).

2. Направления совершенствования врачебного кадрового ресурса в региональной системе здравоохранения

По мнению экспертов, перспективы совершенствования врачебного кадрового потенциала здравоохранения региона предполагают повышение социальных гарантий практикующим врачам. В отстающих регионах со слабой экономикой (а Саратовская область относится к таким регионам) повышение средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы по экономике, сложившейся в регионе, ухудшает ситуацию с обеспечением кадрами государственных (муниципальных) медицинских организаций. Эксперты

отметили, что за последние годы многие врачи переехали из районов Саратовской области в г. Саратов, а из г. Саратова – в регионы с более высоким социально-экономическим уровнем или трудоустроились в медицинские организации частной системы здравоохранения.

Одна из наиболее обсуждаемых проблем в ходе дискуссии касалась профессиональной подготовки молодых специалистов. Решение дефицита врачебных кадров путем увеличения целевого приема в медицинский университет по программам специалитета и программам ординатуры вызвало противоречивую оценку экспертов, в связи с тем, что «в настоящее время этот механизм не работает» (эксперт Р., стаж 27 лет). «За 10 лет из 16 чел., обучающихся по целевому направлению, в наш район не вернулся ни один выпускник. В 2020 году «целевик» отказался работать в районной больнице и выплатил «неустойку» согласно договору в размере 250 тыс. руб. Договора о целевой подготовке 2020 года предполагают гораздо большую финансовую ответственность за невыполнение условия договора (отработать в течение 3 лет в указанной медицинской организации), но эти студенты будут заканчивать университеты только в 2026 году» (эксперт М., стаж 34 г.).

Эксперты обсудили перспективы решения проблем трудоустройства выпускников медицинского университета, профилактики их ухода из профессии. Отмечено «недостаточное профессиональное соответствие молодых врачей условиям практического здравоохранения» (эксперт О., стаж 19 лет). «Наставничество, которое развивается в последние два года, не вознаграждается должным образом и реализуется в условиях серьезного дефицита кадров, у врачей, которые работают за двоих, с перегрузкой, нет времени «опекать» молодых специалистов, возможно, целесообразно было бы вернуться к практике интернатуры или субординатуры» (эксперт М., стаж 34 г.). Для работы с выпускниками медицинских университетов «необходимо восстановить институт наставничества, осуществлять достойную оплату наставникам» (эксперт И., стаж 17 лет). Наставничество не развивается не только в связи с низкой доплатой, молодой специалист иногда получает зарплату почти такую же, как и его

наставник. Многие опытные специалисты не хотят готовить себе конкурентов, поэтому отказываются обучать молодых врачей (эксперт А., стаж 27 лет, эксперт Е., стаж 18 лет).

Следует вернуться к научно обоснованному нормированию труда врача, создать привлекательную профессиональную среду, включающую психологическое сопровождение врачей с разным стажем работы (эксперт И., стаж 17 лет, эксперт Д, стаж 23 г.). Формирование привлекательной профессиональной среды эксперты связывают с психологическим благополучием в рабочем коллективе, технической обеспеченностью рабочего места и профессиональной поддержкой коллег. «Необходимо профессиональное психологическое консультирование врачей-специалистов (в рабочее время) для минимизации профессионального стресса, профилактики профессионального выгорания, конфликтов с коллегами и с пациентами, адаптации молодых врачей к условиям работы» (эксперт О., стаж 19 лет).

Необходимы «социальные гарантии для молодых врачей, возможность профессии материально обеспечить врача уже в начале его карьеры» (эксперт А., стаж 27 лет). «Чрезвычайно важно обозначение профессионального лифта, когда молодой врач имеет гарантии карьерного роста, обозначенные в трудовом договоре, возможность поступить в ординатуру, пройти профессиональную подготовку для получения иной специальности и т.д.» (эксперт Р., стаж 27 лет).

Для возвращения выпускников медицинского университета в районное здравоохранение отмечена необходимость сопровождения студентов, обучающихся в медицинском университете по целевому направлению, контроля со стороны медицинской организации и Минздрава региона за их обучением, прохождением практики, возникающими проблемами, препятствующими трудоустройству. Кроме того, по мнению экспертов, в районное здравоохранение надо активнее привлекать врачей старшего возраста из больниц областного центра (эксперт М., стаж 34 г., эксперт О., стаж 19 лет).

При обсуждении вопросов, касающихся защищенности врачей в медицинских организациях эксперты отметили, что «этические комитеты не

выполняют полностью свои функции. Врачу необходима юридическая поддержка в решении конфликтных ситуаций с пациентом и родственниками пациентов, профессиональная поддержка врачебных сообществ, психологическое сопровождение» (эксперт А., стаж 27 лет). «В случае конфликта или неблагоприятного исхода лечения, врач остается один на один со своей проблемой, врачебное сообщество не способно его защитить и это вызывает постоянный профессиональный стресс» (эксперт У., стаж 25 лет).

Минимизация профессиональных рисков в здравоохранении рассматривается экспертами в связи с повышением уровня профессионализма, психологической устойчивости и юридической грамотности. При этом эксперты отметили, что для «повышения уровня профессионализма, самообразования, работы с психологом, для наставничества необходимо снизить фактическую нагрузку врачей. При этом дефицит врачебных кадров и нарушение нормирования труда порождает низкую квалификацию врачей» (эксперт Р., стаж 27 лет, эксперт М., стаж 34 г.).

В ходе фокус-группового исследования определены ключевые проблемы кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения. Повышение требований к врачам, возрастание профессиональной нагрузки и стресса, риска профессионального выгорания медицинских кадров соответствует, по мнению экспертов, современным российским и мировым тенденциям.

Эксперты обозначили связь кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения с недостаточной привлекательностью профессиональной среды, недостаточным финансированием регионального здравоохранения. При обсуждении ситуации с профессиональной подготовкой кадров были предложены варианты решения проблем трудоустройства выпускников медицинского университета и профилактики депрофессионализации.

В ходе фокус-группового исследования эксперты рассмотрели перспективы совершенствования кадрового потенциала здравоохранения региона [191].

Группировка и ранжирование системных факторов кадрового кризиса в региональном здравоохранении, обозначенных в ходе фокус-группового

исследования, были использованы при составлении анкеты, состоящей из общей и специальной частей (Приложение Ж). В анкетировании приняли участие 417 врачей (в том числе – 8 участников фокус-группового исследования) из медицинских организаций региона, которые высказали свое мнение о причинах кадрового кризиса региональной системы здравоохранения, его характеристиках и направлениях преодоления.

При анализе результатов анкетирования врачей по проблеме преодоления кадрового кризиса в системе здравоохранения получены следующие данные [192].

Большинство, 379 (91%) респондентов, участвующих в исследовании, констатировали наличие кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения. Не определились с ответом 9 (2%) респондентов и 29 (7%) респондентов считали, что кризиса нет.

При определении признаков кадрового кризиса респонденты имели возможность выбрать несколько ответов, из предложенных в анкете, и ранжировать их по степени влияния на развитие и преодоление кризиса. Большинство респондентов среди основных причин кризиса указали

- низкий уровень оплаты труда (93%),
- снижение престижа профессии врача (91%),
- дефицит врачебных кадров (84%).

Далее в порядке убывания следуют следующие значимые факторы:

- низкая доступность бесплатной медицинской помощи (70%),
- высокая стоимость лечения (69%),
- отсутствие притока в отрасль молодых специалистов (65%),
- плохое отношение общества к врачам (58%),
- низкая квалификация врачей (46%),
- профессиональное выгорание (42%).

50 (12%) респондентов воспользовались возможностью самостоятельно дополнить предложенный перечень, в числе возможных причин кризиса они указали:

- отсутствие института наставничества для молодых специалистов (18 ответов),
- высокую заболеваемость медицинских работников (16 ответов),
- прессинг со стороны прокуратуры и полиции (16 ответов),
- отсутствие перспективы карьерного роста (14 ответов),
- низкую эффективность дополнительного профессионального образования (12 ответов),
- повышение порога конфликтности при взаимодействии с пациентами (12 ответов),
- кризисное состояние экономики в целом (8 ответов),
- коррупция в здравоохранении (6 ответов).

При этом в структуре ответов данные варианты составили менее одного процента.

Отвечая на вопрос о мерах, направленных на повышение уровня жизни врачей, большая часть респондентов (72%) выбрала все предложенные варианты ответов:

- повышение базовых окладов (89%),
- совершенствование системы оплаты труда (84%),
- научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки (79%),
- формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат (71%).

Помимо указанных направлений повышения уровня жизни врачей, респонденты предложили свои варианты ответов:

- бесплатное санаторно-курортное лечение для медицинских работников (14 ответов),
- страхование профессиональных рисков (14 ответов),
- предоставление служебного жилья (12 ответов),
- предоставление служебного транспорта (12 ответов),
- оплата телефонной связи и Интернет – связи (11 ответов),

– приравнивание медицинской деятельности в государственных медицинских организациях к госслужбе (7 ответов).

Респонденты определили содержание привлекательной для врачей профессиональной среды, отметив как наиболее важные:

– организацию современным оборудованием и оснащение рабочего места скоростным интернетом, справочными медицинскими программами (92%),

– своевременное предоставление очередного и дополнительного отпусков (90%),

– необходимость психологического консультирования и сопровождения врачей с целью профилактики профессионального стресса и выгорания (67%),

– необходимость развития телемедицинских технологий (56%),

– формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих ПМСП (51%),

– организацию наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов (46%).

Помимо указанных в анкете мер для создания привлекательной для врачей профессиональной среды, респонденты предложили свои варианты ответов:

– формирование комфортного психологического климата в медицинской организации (21 ответ),

– повышение уровня оплаты труда (18 ответов),

– обеспечение врачей мобильной телефонной и Интернет – связью на рабочих местах (11 ответов),

– внеочередное выделение мест в детских садах и яслях (7 ответов).

87% респондентов полагают, что юридическое сопровождение их профессиональной деятельности непосредственно в медицинской организации позволят минимизировать риски профессиональной деятельности. При этом 35% респондентов считают, что их способны защитить профессиональные ассоциации и 34% считают, что организация на рабочем месте психологического консультирования врачей будет способствовать минимизации профессиональных рисков.

Помимо предложенных в анкете ответов, респонденты указали на:

- высокий профессиональный уровень (постоянное его совершенствование) как способ минимизации профессиональных рисков (27 ответов),
- возможность получения дополнительного образования по профилактике конфликтов и совершенствованию коммуникативных навыков (13 ответов),
- снижение нагрузки и интенсивности работы, как факторов, увеличивающих риски профессии (13 ответов),
- научно обоснованное нормирование труда и адекватный уровень оплаты труда для исключения необходимости выполнять большой объем дополнительной работы (10 ответов).

При определении мероприятий, направленных на преодоление кадрового кризиса, респонденты также имели возможность выбрать несколько ответов и ранжировать их по степени значимости. Большинство респондентов среди основных мероприятий указали на:

- необходимость формирования привлекательной для врачей профессиональной среды (81%),
- необходимость научно обоснованного нормирования труда, минимизирующего переработки (66%),
- целевой подготовки специалистов для нужд регионального здравоохранения (65%),
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (56%),
- внедрение для молодых специалистов института наставничества в медицинских организациях (54%),
- преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении на основе научно обоснованного нормирования труда врача (52%),
- профориентационная работа с будущими врачами, начиная со школьной скамьи (50%),

– внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности (49%).

41 (10%) респондент самостоятельно дополнил предложенный перечень, в числе возможных мероприятий для преодоления кадрового кризиса в здравоохранении региона указали на необходимость:

- повышения заработной платы (21 ответ),
- снижения нормативной нагрузки на врача (18 ответов),
- применения нематериальных способов мотивации медицинских работников (17 ответов),
- снижения пенсионного возраста для врачей (17 ответов),
- повышения размера пенсии по старости для медицинских работников (15 ответов).

Направления развития кадрового ресурса региональной системы здравоохранения

Для преодоления диспропорций обеспеченности медицинскими кадрами в регионе необходимо исследовать характеристики трудовой миграции специалистов сферы здравоохранения с целью разработки федеральных и региональных мероприятий, направленных на управление рисками миграции врачей в другие страны, регионы с более высокими социальными гарантиями, в негосударственные медицинские организации, фармацевтический бизнес и рисками депрофессионализации. В программе должны быть предусмотрены профилактика возрастных деприваций, маргинализации, механизмы управления карьерой врача, профессиональные перспективы, социальные «лифты» и другие элементы управления кадровыми ресурсами системы здравоохранения.

Для преодоления выявленного в региональном здравоохранении кадрового дисбаланса в виде дефицита врачей терапевтов и педиатров в системе ПМСП при небольшом профиците – в системе специализированной МП, уже сделаны первые шаги в ограничении профессиональной медицинской деятельности выпускников специалитета рамками амбулаторно-поликлинической помощи.

Правилами приема граждан в ординатуру [167, 174] определены индивидуальные достижения, за которые начисляются дополнительные баллы поступающему в ординатуру. К ним относится наличие именных стипендий различного уровня во время обучения в МО, волонтерская деятельность, научная работа, диплом с отличием, а также достижения, связанные с наличием трудового стажа по профильной деятельности. При сравнении правил приема в ординатуру установлено увеличение значимости индивидуальных достижений, связанных с наличием трудового стажа (таблица 13). Так в 2017 году наличие стажа работы на врачебных должностях менее 3 лет оценивалось в 50 баллов, более 3 лет – в 80, а в 2021 году – наличие стажа более 9 мес. дает дополнительные 100 баллов, более 1,5 лет стажа – на 150 баллов. В то же время, если в 2017 году при наличии стажа работы 1 год в сельской местности лица, поступающие в ординатуру, имели преимущество в 60 баллов, которые с каждым дополнительным годом стажа увеличивались на 5 баллов, то в правилах 2021 года таким гражданам начисляются 25 баллов (дополнительно к 100 или 150 баллам за стаж работы в МО).

Таблица 13 – Индивидуальные достижения лиц, поступающих в ординатуру, связанные с наличием трудового стажа в медицинских организациях

Индивидуальные достижения	Баллы
Общий стаж работы в должностях медицинских работников:	
– от 9 мес. на должности среднего медработника (не менее 0,5 ставки)	15
– от 9 мес. до 1,5 лет на врачебных должностях (1,0 ставка по основному месту работы)	100
– 1,5 года и более на врачебных должностях (1,0 ставка по основному месту работы)	150
– при работе врачом в сельской местности не менее 9 мес. дополнительно к основным баллам	25
– стаж работы не менее 30 дней на должности врача или среднего медработника или прохождение практической подготовки, включающих осуществление деятельности по диагностике и лечению инфекции COVID-19	30

В нормативно-правовую базу по подготовке медицинских кадров и их допуску к профессиональной деятельности необходимо внести дополнение в части поступления в ординатуру при наличии трудового стажа в первичном звене системы здравоохранения. Это позволит уменьшить и предупредить нарастание выявленного профицита врачебных кадров в крупных краевых, областных стационарах, университетских клиниках и укрепить первичное звено. Кроме того, данная мера позволит повысить качество специализированной медицинской помощи, так как в ординатуру будет поступать врач, имеющий практический опыт работы в первичном звене.

Обязательность наличия стажа работы в практическом здравоохранении при приеме на работу в качестве преподавателя в образовательные организации может повысить профессиональный уровень профессорско-преподавательского состава, качество подготовки специалистов для системы здравоохранения и, соответственно качество медицинской помощи.

Анализ условий реализации профессиональной деятельности врачей в региональном здравоохранении выявил наличие единой методологии формирования сети медицинских организаций в зависимости от плотности населения, отдаленности населенных пунктов от крупных организаций здравоохранения, численности населения и наличие утвержденной методики расчета потребности региональных систем здравоохранения во врачебных кадрах. В то же время существующая нормативная база при определении потребности в медицинских кадрах не учитывает региональные особенности, такие, как развитие негосударственной системы здравоохранения, наличие в регионах медицинских и медицинских образовательных организаций Федерального уровня. Это приводит к искажению данных статистики обеспеченности территории медицинскими организациями и кадрами, отрицательно влияет на планирование процессов кадрового менеджмента в здравоохранении, способствует формированию диспропорций в региональных системах здравоохранения, влияющих на доступность и качество медицинской помощи.

В современные нормативно-правовые акты включены отдельные направления преодоления кадрового кризиса в здравоохранении, но отсутствуют научно обоснованные меры для преодоления сложившихся кадровых диспропорций и корректировки существующего дефицита/профицита специалистов различного профиля; не сформированы положения, направленные на повышение мотивации врачебного персонала к профессиональной деятельности, что способствует сохранению структурно-профессиональные диспропорций в системе здравоохранения.

На основании результатов собственных исследований типологизированы социальные и организационные риски трансформации кадрового ресурса регионального здравоохранения (таблица 14) [192].

Таблица 14 – Социальные и организационные риски трансформации кадрового ресурса регионального здравоохранения и направления его преодоления

№ п/п	Типы рисков	Контент	Направления преодоления трансформаций
1.	<i>Экономический</i>	– низкий уровень оплаты труда – оплата труда не соответствует его интенсивности и степени ответственности	– устранение возрастных и финансовых деприваций профессиональной группы врачей – повышение уровня оплаты труда – повышение базовых окладов – совершенствование системы оплаты труда – научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки – формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат достойная доплата наставникам за сопровождение и помощь врачу с момента трудоустройства – предоставление служебного жилья – приравнивание медицинской деятельности в государственных медицинских организациях к госслужбе
2	<i>Профессиональный</i>	– снижение престижа профессии врача – плохое отношение общества к врачам	– формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих ПМСП включающих карьерный рост, направление в «целевую» ординатуру, на профессиональную переподготовку по дополнительной специальности и т.д.

Продолжение таблицы 14

№ п/п	<i>Типы рисков</i>	Контент	Направления преодоления трансформаций
.		<ul style="list-style-type: none"> – низкая квалификация врачей – низкая эффективность дополнительного профессионального образования – отсутствие перспективы карьерного роста – отсутствие института наставничества для молодых специалистов 	<ul style="list-style-type: none"> – организация наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов, предусматривающего достойную доплату наставникам за сопровождение и помощь врачу с момента трудоустройства – применение нематериальных способов мотивации медицинских работников – внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности, – вовлечение врачей в профессиональные ассоциации, обладающие правом и возможностью юридического сопровождения с целью и минимизация рисков привлечения к различного рода ответственности
3.	<i>Социально-психологический</i>	<ul style="list-style-type: none"> – профессиональное выгорание – высокая заболеваемость медицинских работников – повышение порога конфликтности при взаимодействии с пациентами 	<ul style="list-style-type: none"> – необходимость психологического консультирования и сопровождения врачей – бесплатное санаторно-курортное лечение для медицинских работников – формирование комфортного психологического климата в медицинской организации
4.	<i>Организационный</i>	<ul style="list-style-type: none"> – дефицит врачебных кадров – диспропорции в распределении медицинских кадров 	<ul style="list-style-type: none"> – преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении на основе комплекса мероприятий по нормированию труда, соблюдения прав медицинских работников на профессиональное образование, отдых, с целью профилактики выгорания, уменьшения профессиональной нагрузки врача, связанной с необходимостью совмещать должности в связи с нехваткой физических лиц – целевая подготовка специалистов для регионального здравоохранения – профориентационная работа с будущими врачами, начиная со школьной скамьи

Продолжение таблицы 14

№ п/п	<i>Типы рисков</i>	Контент	Направления преодоления трансформаций
			<ul style="list-style-type: none"> – внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности – необходимость развития телемедицинских технологий – оснащение МО современным оборудованием, скоростным интернетом, справочными медицинскими программами – предоставление служебного транспорта – соблюдение прав врачей на отдых, на дополнительное профессиональное образование и т.д. – оплата телефонной связи и Интернет – связи
5.	Социально-правовой	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие притока в отрасль молодых специалистов – отсутствие института наставничества для молодых специалистов – прессинг со стороны прокуратуры и полиции – юридические риски профессиональной деятельности – коррупция в здравоохранении 	<ul style="list-style-type: none"> – организация наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов – страхование профессиональных рисков – приравнивание медицинской деятельности в государственных медицинских организациях к госслужбе – юридическое сопровождение их профессиональной деятельности – применение нематериальных способов мотивации медицинских работников – снижения пенсионного возраста для врачей – повышение размера пенсии по старости для медицинских работников – внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности, – вовлечение врачей в профессиональные ассоциации, обладающие правом и возможностью юридического сопровождения с целью и минимизация рисков привлечения к различного рода ответственности

Резюме:

Анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы обеспеченности государственной (муниципальной) системы здравоохранения выявил наличие единой методологии формирования сети медицинских организаций в зависимости от плотности населения, отдаленности населенных

пунктов от крупных организаций здравоохранения, численности населения и наличие утвержденной методики расчета потребности региональных систем здравоохранения во врачебных кадрах. В то же время существующая нормативная база по расчету потребности в медицинских кадрах не учитывает региональные особенности, такие, как наличие организаций негосударственной системы здравоохранения, наличие медицинских и образовательных организаций Федерального уровня. При этом статистика обеспеченности и планирование процессов кадрового менеджмента в здравоохранении не отражают истинного характера обеспеченности врачебными кадрами, что обуславливает формирование диспропорций в региональных системах здравоохранения, влияющих на доступность и качество медицинской помощи. В современных нормативно-правовых актах отсутствуют научно обоснованные меры для преодоления сложившихся кадровых диспропорций и корректировки существующего дефицита/профицита специалистов различного профиля.

На основании результатов собственных исследований типологизированы социальные и организационные риски трансформации кадрового ресурса регионального здравоохранения

В условиях маргинализации профессиональных групп в региональной системе здравоохранения, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в решении проблемы развития кадрового потенциала региона императивом является системный подход, включающий:

- целевую подготовку специалистов для регионального здравоохранения, которая должна рассматриваться как основной элемент долгосрочного стратегического планирования, и которая не подходит для решения проблемы кадрового кризиса в короткие сроки в связи с длительным (6-8 и более лет) ожиданием результата;

- устранение возрастных и финансовых деприваций профессиональной группы врачей;

- психологическое консультирование и сопровождение врачей с целью профилактики профессионального стресса, фрустраций и выгорания;

- формирование привлекательной для врачей профессиональной среды;
- внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности (вовлечение врачей в профессиональные ассоциации, обладающие правом и возможностью юридического сопровождения с целью минимизации рисков привлечения к различного рода ответственности);
- организацию наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов;
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении на основе научно обоснованного нормирования труда врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Состояние системы здравоохранения в современной России, характеристиками которой является переход к рынку медицинских услуг, ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи, рост заболеваемости и смертности, снижение уровня здоровья населения, рассматривается как кризисное. Процессы реформирования российского здравоохранения в 90-е – начало 2000-х годов инициировали изменение социального положения профессиональной группы врачей, кадровые диспропорции в здравоохранении регионов. Условием устранения диспропорций в структуре и численности медицинских кадров, повышения доступности и качества медицинской помощи населению является решение проблемы развития кадрового потенциала регионального здравоохранения.

Цель диссертационного исследования: научное обоснование направлений совершенствования кадрового ресурса на основании исследования социальных предикторов профессиональной деятельности врачей и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения.

Объект исследования – профессиональная группа врачей регионального здравоохранения.

Предмет исследования – социальные и организационные предикторы трансформации кадрового ресурса системы здравоохранения региона.

Исследование проводилось в государственных и частных медицинских организациях Саратовской области; ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Исследование проводилось в четыре этапа.

На первом этапе осуществлен аналитический обзор литературы, посвященный типологизации социальных и организационных предикторов профессиональной деятельности, определивших процесс маргинализации врачей в современном российском здравоохранении и инициирующих кадровый кризис в здравоохранении.

1. Экономический тип. Низкий уровень доходов врачей, финансовые депривации.

Помимо социальных, в России существуют финансовые депривации профессиональной группы врачей. В современной России врачи оказались как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении наименее социально защищенной профессиональной группой с низким уровнем заработной платы, влияющим на качество жизни, значительным ростом профессиональных нагрузок, а также невозможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в связи с низким уровнем обеспечения необходимым оборудованием и медикаментами.

2. Профессиональный тип. Снижение престижа и относительная статусная инфляция профессии врача.

Социальная значимость профессии реализована в престиже профессии. Одной из очевидных причин инфляции престижа профессии врача является трансформация медицинской помощи в медицинскую услугу. С конца 1980-х гг. в России фиксируется относительная статусная инфляция профессии врача. Врачи в современной России относятся к профессиональным группам с недостаточной оплатой труда, что существенно влияет на престиж профессии.

3. Социально-психологический тип. Профессиональный стресс, социальные фрустрации и выгорание.

Для профессии врача характерно наличие вредных производственных факторов, способных вызывать функциональные изменения организма и обуславливать риск развития заболеваний. В работе анализируются исследования, представляющие доказательства влияния неблагоприятных профессиональных условий на здоровье, профессиональную эффективность врачей и клиническую безопасность, инициирующих профессиональный стресс, профессиональные заболевания и выгорание.

Обсуждаемые в работе научные исследования детализируют негативные последствия профессионального стресса, которые могут быть представлены в форме синдрома профессионального выгорания, а также в разнообразных

маскированных, либо соматических формах. В работе отмечается, что выгорание, среди причин которого личностные характеристики врачей, высокий уровень профессионального стресса и особенности менеджмента медицинской организации, предшествует и инициирует депрофессионализацию, утрату профессиональной идентичности и маргинализацию. Дополнительным источником, усиливающим профессиональный стресс для врачей, в последние годы, являются крайне высокие нагрузки, обусловленные пандемией новой коронавирусной инфекции.

Феномен профессиональной маргинализации здравоохранения, как поведенческий и концептуальный антагонист профессиональной идентичности, обсуждается в работе в контексте предложенной Г. Ленски «концепции статусной неконсистентности» или «концепции статусных рассогласований».

Одной из характеристик кадрового кризиса являются структурно-профессиональные диспропорции, перечень диспропорций в структуре медицинских кадров российского здравоохранения определен в ходе первого этапа исследования.

Констатируется, что социальные и организационные предикторы профессиональной деятельности врачей инициируют возникновение трансформации кадрового ресурса и неэффективности системы здравоохранения.

На втором этапе исследования с целью составления социального портрета врачей медицинских организаций региона проведено анкетирование 976 респондентов с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым. В ходе исследования были изучены гендерные, возрастные, профессиональные, семейные и экономические характеристики респондентов. Осуществлен анализ фактической обеспеченности и потребности медицинских организаций регионального здравоохранения во врачах лечебной, лечебно-диагностической групп и группы управления. Установлены структурные диспропорции кадрового обеспечения по отдельным врачебным специальностям, выявлен как дефицит, так и профицит врачебных кадров, участвующих в оказании различных видов медицинской помощи. Установлен дефицит врачей

поликлинического звена в системе государственного (муниципального) здравоохранения (-986 врачей) при небольшом профиците врачей стационарных медицинских организаций (+91). Основной дефицит (-939 чел. из расчетных 3727 чел.) установлен среди врачей участковой службы, – дефицит участковых педиатров составляет около 40% от потребности, участковых терапевтов – 23%, что обуславливает низкую доступность и качество медицинской помощи при оказании первичной медико-санитарной помощи, являющейся основой российской системы здравоохранения.

На третьем этапе исследования проведен компаративный анализ качества жизни врачей системы здравоохранения региона с использованием опросника качества жизни ВОЗ КЖ-100. Осуществлена социологическая интерпретация качества жизни как дополнительного индикатора социального состояния врачей в региональной системе здравоохранения.

В исследование включены на основе случайной выборки 594 врача из наиболее типичных медицинских организаций региона.

В работе не установлено достоверных гендерных различий качества жизни респондентов. При анализе возрастных особенностей качества жизни выделены три возрастные группы респондентов, установлены достоверные различия средних значений показателей качества жизни респондентов в возрасте 50 лет и старше от соответствующих значений для других возрастных групп в «Физической» сфере, сферах «Уровень независимости» и «Социальные отношения», субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт», F4 «Положительные эмоции», F9 «Подвижность» F11 «Зависимость от лекарств и лечения» и F15 «Сексуальные отношения».

При исследовании влияния финансовых деприваций на качество жизни врачей рассматривались 4 депривационные группы респондентов в связи с уровнем дохода на члена семьи. Установлено, что у большинства (49,6%) респондентов 2 степень финансовых деприваций: «Денег хватает на питание и самое необходимое». Финансовые депривации отсутствуют лишь у 1,4% респондентов.

Не установлено зависимости степени деприваций от стажа работы и квалификационной категории респондентов.

При исследовании влияния степени деприваций на качество жизни респондентов лишь частично подтвердилось предположение о повышении качества жизни респондентов при переходе от 4 степени к 1 степени деприваций.

При компаративном исследовании качества жизни врачей с использованием опросника ВОЗ КЖ–100 в ситуации финансовых деприваций между степенями деприваций и несколькими показателями качества жизни респондентов обнаружена статистически достоверная корреляция (умеренная положительная связь).

С целью оценки удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью проведено социологическое исследование с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым. В исследование на основе случайной выборки включены 594 врача из медицинских организаций региона.

По мнению респондентов, заработная плата врачей региона в зависимости от квалификации должна составлять от 90 до 300 тыс. руб. Средняя заработанная плата, по мнению респондентов, соответствующая их квалификации должна составлять 124 ± 13 тыс. руб. ($p < 0,05$). По мнению респондентов, уровень их материального положения не соответствует их профессиональной квалификации. 50,7% респондентов считают, что профессиональная деятельность может обеспечить лишь «более-менее», и не способна обеспечить 17,8% респондентов. Однако при возможности вновь выбрать профессию 66,2% респондентов выбрали бы профессию врача по той же специальности. С радостью ходят на работу 35,1% респондентов. Большинство респондентов в значительной степени довольны своим финансовым положением, здоровьем, жилищными условиями, семейным положением, работой и жизнью в целом.

Объяснение независимости удовлетворенности профессиональной деятельностью от финансовых деприваций рассматривается в работе в контексте

предложенной Ф. Герцбергом теории и феномена «парадоксальной» медицины, описанного академиком РАН А.В. Решетниковым.

На четвертом этапе осуществлен сравнительный анализ нормативного регулирования кадрового обеспечения российской системы здравоохранения за два десятилетия начала XXI века. Анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы развития сети региональных медицинских организаций и обеспеченности государственной (муниципальной) системы здравоохранения выявил наличие единой методологии формирования сети медицинских организаций в зависимости от плотности населения, отдаленности населенных пунктов от крупных организаций здравоохранения, численности населения и наличие утвержденной методики расчета потребности региональных систем здравоохранения во врачебных кадрах. В то же время существующая нормативная база по расчету потребности в медицинских кадрах не учитывает региональные особенности, такие, как наличие организаций негосударственной системы здравоохранения, наличие медицинских и образовательных организаций Федерального уровня. При этом статистика обеспеченности и планирование процессов кадрового менеджмента в здравоохранении не отражают истинного характера обеспеченности врачебными кадрами, что обуславливает формирование диспропорций в региональных системах здравоохранения, влияющих на доступность и качество медицинской помощи. Отмечено, что в современных нормативно-правовых актах отсутствуют научно обоснованные меры для преодоления сложившихся кадровых диспропорций и корректировки существующего дефицита/профицита специалистов различного профиля.

С целью формирования направлений совершенствования врачебного кадрового потенциала системы здравоохранения Саратовской области на четвертом этапе проведено социологическое исследование «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения», включающее фокус-групповое исследование и анкетный опрос.

В фокус-групповом исследовании приняли участие 8 руководителей государственных медицинских организаций Саратовской области. Гайд-сценарий для проведения исследования включал обсуждение экспертами характеристик кадрового кризиса, релевантного профессиональной группы врачей, и направлений его преодоления.

Эксперты отметили, что в течение последних десятилетий одной из актуальных проблем системы здравоохранения Саратовской области является дефицит врачебных кадров, в большей степени в районных медицинских организациях. Причем в последние годы проблема дефицита квалифицированных кадров в здравоохранении региона нарастает в связи с миграцией медицинских кадров (из районов области в областной центр, в другие российские регионы, за рубеж) и выходом на пенсию по достижении пенсионного возраста. Врачи в Саратовской области концентрируются в медицинских организациях областного центра, клиниках медицинского университета, выпускники Саратовского медицинского университета, обучающиеся по целевому направлению по договору с Минздравом области и районными медицинскими организациями, как правило, остаются в организациях областного центра. Материально-технические возможности районных больниц ограничены, отсутствует современная диагностическая аппаратура.

Среди причин дефицита врачебных кадров эксперты отметили недостаточное финансирование регионального здравоохранения, которое обуславливает низкую, не соответствующую нагрузке заработную плату врачей. Следствием высокой профессиональной нагрузки, по мнению экспертов, является отсутствие времени для профессионального самообразования. С высокой профессиональной нагрузкой и финансовыми проблемами связана жизненная неустроенность, в большей степени молодых врачей.

По мнению экспертов, перспективы совершенствования врачебного кадрового потенциала здравоохранения региона предполагают повышение социальных гарантий практикующим врачам. В отстающих регионах со слабой экономикой (а Саратовская область относится к таким регионам) повышение

средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы по экономике, сложившейся в регионе, ухудшает ситуацию с обеспечением кадрами государственных (муниципальных) медицинских организаций. Эксперты отметили, что за последние годы многие врачи переехали из районов Саратовской области в г. Саратов, а из г. Саратова – в регионы с более высоким социально-экономическим уровнем или трудоустроились в медицинские организации частной системы здравоохранения.

Одна из наиболее обсуждаемых проблем в ходе дискуссии касалась профессиональной подготовки молодых специалистов. Решение дефицита врачебных кадров путем увеличения целевого приема в медицинский университет на специалитет и в ординатуру вызвало противоречивую оценку экспертов.

В ходе дискуссии эксперты обсудили перспективы решения проблем трудоустройства выпускников медицинского университета, профилактики их депрофессионализации. При обсуждении вопросов, касающихся защищенности врачей в медицинских организациях эксперты отметили, что врачу необходима юридическая поддержка в решении конфликтных ситуаций с пациентом и родственниками пациентов, профессиональная поддержка врачебных сообществ, психологическое сопровождение.

Группировка и ранжирование системных факторов кадрового кризиса в региональном здравоохранении, обозначенных в ходе фокус-группового исследования, были использованы при составлении анкеты, состоящей из общей и специальной частей. В анкетном опросе приняли участие 417 врачей (в том числе – 8 участников фокус-группового исследования) из медицинских организаций региона, которые высказали свое мнение о причинах кадрового кризиса региональной системы здравоохранения, его характеристиках и направлениях преодоления. Респонденты могли представить несколько вариантов ответа.

Большинство, 379 (91%) респондентов, участвующих в исследовании, констатировали наличие кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения и 29 (7%) респондентов считали, что кризиса нет.

Большинство респондентов среди основных причин кризиса указали низкий уровень оплаты труда (93%), снижение престижа профессии врача (91%), дефицит врачебных кадров (84%).

Отвечая на вопрос о мерах, направленных на повышение уровня жизни врачей, большая часть респондентов (72%) выбрала все предложенные варианты ответов: повышение базовых окладов (89%), совершенствование системы оплаты труда (84%), научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки (79%), формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат (71%).

Респонденты определили содержание привлекательной для врачей профессиональной среды, отметив как наиболее важные: наличие современного оборудования и оснащение рабочего места скоростным интернетом, справочными медицинскими программами (по 92%), своевременное предоставление очередного и дополнительного отпусков (90%), необходимость психологического консультирования и сопровождения врачей с целью профилактики профессионального стресса и выгорания (67%). 87% респондентов полагали, что юридическое сопровождение их профессиональной деятельности в медицинской организации позволит минимизировать риски профессиональной деятельности.

При определении мероприятий, направленных на преодоление кадрового кризиса, респонденты имели возможность выбрать несколько ответов и ранжировать их по степени значимости. Большинство респондентов среди основных мероприятий указали на необходимость формирования привлекательной для врачей профессиональной среды (81%), необходимость научно обоснованного нормирования труда, минимизирующего переработки (66%), целевой подготовки специалистов для нужд регионального здравоохранения (65%), формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (56%), внедрение для молодых специалистов института наставничества в медицинских организациях (54%), преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении на основе научно обоснованного нормирования

труда врача (52%), профориентационную работу с будущими врачами, начиная со школьной скамьи (50%), внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности (49%).

На основании результатов собственных исследований типологизированы социальные и организационные риски трансформации кадрового ресурса регионального здравоохранения. В условиях маргинализации профессиональных групп, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров на основе системного подхода сформированы основные направления развития врачебного кадрового ресурса региональной системы здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. Социальными и организационными предикторами профессиональной деятельности, определившими процесс маргинализации врачей в современном российском здравоохранении, выступают:

- низкий уровень доходов врачей, финансовые депривации;
- снижение престижа и относительная статусная инфляция профессии врача;
- профессиональный стресс, социальные фрустрации и выгорание
- дефицит и структурно-профессиональные диспропорции кадрового ресурса здравоохранения.

Социальные и организационные предикторы профессиональной деятельности врачей инициируют возникновение трансформации кадрового ресурса и неэффективность системы здравоохранения.

2. Представлен социальный портрет профессиональной группы врачей и анализ структуры врачебного потенциала региона. Большинство врачей (74,6%) – женщины. Средний возраст – $46,8 \pm 2,7$ года. Из врачей клинических специальностей 11,8% составили терапевты, 8,5% – акушеры-гинекологи, 7,8% – педиатры, 5,2% – анестезиологи-реаниматологи, 4,6% – хирурги.

Имеют стаж работы в здравоохранении от 20 до 30 лет 30,6% врачей. Не имеет квалификационной категории 51% врачей региона. В медицинских организациях районов Саратовской области работают 63,7% врачей, 91,9% – в государственных медицинских организациях. Не состоят в браке 65,8% врачей, имеют детей 86,8%.

98,6% врачей оценивают уровень своего дохода как низкий. Средний доход – $31,3 \pm 4,3$ тыс. руб., средний уровень дохода на члена семьи – $19,6 \pm 2,9$ тыс. руб. 65% врачей вынуждены искать дополнительный заработок, 40% из них совмещают по основному месту работы.

87,3% врачей страдают хроническими заболеваниями, из которых 5,1% установлена группа инвалидности.

В региональном здравоохранении установлен дефицит врачей поликлинического звена в системе государственного здравоохранения (-986 врачей) при небольшом профиците врачей стационарных медицинских организаций (+91). Основной дефицит (-939 чел. из расчетных 3727 чел.) установлен среди врачей участковой службы (участковые педиатры – дефицит составляет около 40% специалистов, участковые терапевты 23%), что обуславливает низкую доступность и качество медицинской помощи при оказании первичной медико-санитарной помощи.

3. Результаты исследования качества жизни врачей в региональной системе здравоохранения позволяют рассматривать субсферы F18 «Финансовые ресурсы», F9 «Подвижность» и F12 «Способность к работе» как приоритетные в формировании качества жизни – индикатора социального функционирования врачей региональной системы здравоохранения.

Снижение качества жизни врачей, работающих в различных медицинских организациях Саратовской области, социально детерминировано и обусловлено, в основном, возрастными характеристиками респондентов и финансовыми депривациями.

При компаративном анализе установлены достоверные различия средних значений показателей качества жизни респондентов в возрасте 50 лет и старше от соответствующих значений для других возрастных групп в «Физической» сфере, сферах «Уровень независимости» и «Социальные отношения», субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт», F4 «Положительные эмоции», F9 «Подвижность» F11 «Зависимость от лекарств и лечения» и F15 «Сексуальные отношения».

Большинство респондентов оценивают свой уровень жизни как низкий. Не установлено зависимости степени деприваций от стажа работы и квалификационной категории респондентов.

Компаративный анализ качества жизни врачей в ситуации финансовых деприваций устанавливает лишь частичное влияние степени деприваций на показатели качества жизни респондентов. Наибольшее снижение показателей

качества жизни отмечается у респондентов с 2–4 степенями финансовых деприваций.

Представлены доказательства необходимости комплексного решения проблемы преодоления кадрового кризиса, включающего повышение заработной платы соответственно профессиональному уровню и факторы нефинансовой мотивации профессиональной деятельности врачей.

4. Анализ нормативно-правовой базы выявил наличие единой методологии формирования сети медицинских организаций, методики расчета потребности региональных систем здравоохранения во врачебных кадрах. В то же время, нормативная база по расчету потребности в медицинских кадрах не учитывает региональные особенности, такие, как наличие организаций негосударственной системы здравоохранения, наличие медицинских и образовательных организаций Федерального уровня, что обуславливает формирование диспропорций в региональных системах здравоохранения, влияющих на доступность и качество медицинской помощи. В нормативных документах отсутствуют научно обоснованные меры для преодоления сложившихся кадровых диспропорций и корректировки существующего дефицита/профицита специалистов.

5. На основании результатов проведенных исследований, на основе системного подхода в условиях маргинализации профессиональных групп, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров сформированы основные направления развития врачебного кадрового ресурса региональной системы здравоохранения, включающие:

– целевую подготовку специалистов для регионального здравоохранения, которая должна рассматриваться как основной элемент долгосрочного стратегического планирования, и которая не подходит для решения проблемы кадрового кризиса в короткие сроки в связи с длительным (6-8 и более лет) ожиданием результата;

– устранение возрастных и финансовых деприваций профессиональной группы врачей;

- психологическое консультирование и сопровождение врачей с целью профилактики профессионального стресса, фрустраций и выгорания;
- формирование привлекательной для врачей профессиональной среды;
- внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности (вовлечение врачей в профессиональные ассоциации, обладающие правом и возможностью юридического сопровождения с целью минимизации рисков привлечения к различного рода ответственности);
- организацию наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов;
- формирование и развитие «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении на основе научно обоснованного нормирования труда врача.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях рекомендуется совершенствовать социальные и финансовые механизмы профилактики и преодоления маргинализации врачебных кадров системы здравоохранения.

2. Учитывая, что качество жизни является многофакторным критерием оценки социального функционирования профессиональной группы врачей, органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях рекомендуется проводить мониторинг качества жизни врачей медицинских организаций с использованием депривационного подхода для оценки, коррекции стратегических программ и прогноза развития кадрового ресурса региональных систем здравоохранения.

3. Органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях для преодоления сложившихся кадровых диспропорций и корректировки существующего дефицита/профицита специалистов различного профиля рекомендуется усовершенствовать методику определения потребности системы здравоохранения в медицинских кадрах с учетом наличия/отсутствия федеральных медицинских/образовательных центров, негосударственных медицинских организаций в регионе.

4. Органам исполнительной власти региона рекомендуется предусмотреть финансирование мероприятий, направленных на повышение качества жизни врачей региональной системы здравоохранения (по результатам мониторинга качества жизни), с целью создания условий для закрепления специалистов в организациях системы здравоохранения региона.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – врач общей практики

ЛФК – лечебная физкультура

МО – медицинская организация

МП – медицинская помощь

НПА – нормативно-правовые акты

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РБ – районная больница

РФ – Российская Федерация

СМП – скорая медицинская помощь

СО – Саратовская область

ТПГГ – Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦРБ – центральная районная больница

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, М. А. Социально-психологический подход к исследованию больших социальных групп / М. А. Абрамова. – Текст : непосредственный // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Философия. – 2008. – Т. 6, № 2. – С. 90–95.
2. Аксенова, Т. Н. Бедность: экономическая природа, концепции, оценка / Т. Н. Аксенова. – Текст : электронный // Современные проблемы науки и образования : Электронный научный журнал. – 2014. – № 5. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=15285> (дата обращения: 10.05.2020).
3. Алленов, А. М. Обеспечение врачебными кадрами здравоохранения Курганской области / А. М. Алленов, С. А. Никифоров. – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 8–12.
4. Алмакаева, А. М. Субъективное качество жизни: основные проблемы исследования / А. М. Алмакаева. – Текст : непосредственный // Вестник Самарского университета. История, педагогика, филология. – 2006. – № 5-1 (45). – С. 41–47.
5. Анализ направлений преодоления кризиса регионального здравоохранения (по результатам фокус-группового исследования) / М. В. Еругина, И. Л. Кром, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал – 2020. – Т. 16, № 4. – С. 963–967.
6. Андреев, Ю. П. Социальные институты: содержание, функции, структура / Ю. П. Андреев, Н. М. Коржевская, Н. Б. Костина – Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1989. – С. 19–27. – Текст : непосредственный.
7. Артамонова, Г. В. Проблемы оценки состояния здоровья медицинских работников / Г. В. Артамонова, Д. И. Перепелица. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2007. – № 1 (10). – С. 49–51.
8. Ахмедуев, А. Ш. Проблемы развития и императивы реформирования здравоохранения в России и регионах / А. Ш. Ахмедуев. – Текст :

непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, № 5 (452). – С. 884–901.

9. Багрий, М. А. Особенности развития профессионального стресса у врачей разных специальностей : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / М. А. Багрий. – М., 2009. – 163 с. – Текст : непосредственный.

10. Балахонов, А. В. Современные проблемы медицинского образования как угроза национальной безопасности России / А. В. Балахонов, Н. А. Бубнова, С. А. Варзин [и др.] – Текст : непосредственный // Национальная безопасность и стратегическое планирование. – 2020. – № 1 (29). – С. 40–46.

11. Батракова, Л. Г. Основные концепции оценки бедности населения / Л. Г. Батракова. – Текст : непосредственный // Ярославский педагогический вестник. – 2011. – Т. I (Гуманитарные науки), № 3. – С. 117–121.

12. Башкуева, Е. Ю. Удовлетворенность врачебного персонала многопрофильной больницы как фактор повышения качества и безопасности медицинской деятельности / Е. Ю. Башкуева. – Текст : непосредственный // Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. – № 12 (68). – С. 30–34.

13. Башмаков, О. А. Совершенствование методов управления кадрами и кадровой службой в практике управления здравоохранением / О. А. Башмаков. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 46, № 6. – С. 12.

14. Бедность: альтернативные подходы к определению и измерению: сб. ст. / М. Аластер, М. А. Можина, Л. Н. Овчарова, Н. Е. Авдушева. – М., 1998. – 282 с. : табл. – (Научные доклады / Моск. центр Карнеги ; вып. 24). – Текст : непосредственный.

15. Бедность: взгляд ученых на проблему: сб. ст. /отв. ред. М. А. Можина. – М.: ИСЭПН РАН, 1994. – 286 с. – (Демография и социология ; вып. 10). – Текст : непосредственный.

16. Бездетко, Г. И. Особенности образа и качества жизни врачей – стоматологов-ортопедов / Г. И. Бездетко, Е. Ю. Шкатова. – Текст :

непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 75.

17. Безуглова, Д. В. Результаты анализа синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников больницы города Набережные Челны / Д. В. Безуглова, Л. И. Гаязова. – Текст : непосредственный // Синергия Наук. – 2019. – № 41. – С. 157–169.

18. Беляков, В. А. Качество жизни как социально-экономическая категория / В. А. Беляков. – Текст : непосредственный // Вестник Удмуртского университета. Серия Экономика и право. – 2005. – № 3. – С. 241–254.

19. Бестужев-Лада, И. В. Методические проблемы исследования качества, уровня и образа жизни. Современные концепции уровня, качества и образа жизни: Монография / И. В. Бестужев-Лада – М.: ИСИ АН СССР, 1978. – 189 с. – Текст : непосредственный.

20. Бобков, В. Н. Преодоление бедности, повышение уровня и качества жизни населения – первоочередная задача и главное условие успешного развития России / В. Н. Бобков. – Текст : непосредственный // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – № 10. – С. 16–19.

21. Борисова, О. Н. Профессиональный стресс у врачей (краткий обзор отечественной литературы) / О. Н. Борисова, А. Р. Токарев, М. С. Троицкий. – Текст : непосредственный // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. – № 6. – С. 155–160.

22. Бородкин, Ф. М. Социальные индикаторы: Монография / Ф. М. Бородкин, С. А. Айвазян. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. – 607 с. – Текст : непосредственный.

23. Бояркина, С. И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности / С. И. Бояркина. – Текст : непосредственный // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 346–363.

24. Будницкая, М. В. Мотивация врачей как характеристика профессиональной группы / М. В. Будницкая, М. А. Мамус, О. А. Строменко. –

Текст : непосредственный // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1. – С. 4.

25. Буланова, М. А. Теоретико-методологические аспекты исследования социальной мобильности / М. А. Буланова. – Текст : непосредственный // Власть и управление на Востоке России. – 2010. – № 4. – С. 136–142.

26. Бухарбаева, Л. Я. Системный подход к управлению изменениями диспропорций в региональной системе здравоохранения / Л. Я. Бухарбаева, Ю. В. Егорова, З. А. Давлетова. – Текст : непосредственный // Вестник Челябинского государственного университета. – 2014. – № 5 (334). Экономика, вып. 43. – С. 87–92.

27. В Женеве открывается 72-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. – Текст : электронный // Источник: информационное агентство России ТАСС. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/6447699> (дата обращения: 10.10.2021).

28. Васильева, И. В. Особенности эмоционального выгорания врачей в зависимости от стажа работы / И. В. Васильева, П. Е. Григорьев. – Текст : непосредственный // Таврический журнал психиатрии. – 2017. – Т. 21, № 1 (78). – С. 21–27.

29. Вебер, М. Избранные произведения: пер. с нем. / М. Вебер; под ред. Ю. Н. Давыдова. – М.: Прогресс, 1990. – 805 с. – Текст : непосредственный.

30. Вебер, М. Основные понятия стратификации / М. Вебер. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 1994. – № 5. – С. 147–156.

31. Власова, О. В. Заработная плата как фактор мотивации медицинского персонала в системе повышения качества медицинских услуг / О. В. Власова. – Текст : непосредственный // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9, № 1 (30). – С. 118–121.

32. Влияние коронавируса Covid-19 на ситуацию в российском здравоохранении. Аналитический доклад / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров, О. В. Обухова, И. Н. Базарова [и др.]. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 58–71.

33. Влияние социально детерминированных трансформаций здравоохранения на базовые характеристики профессиональной группы врачей / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Ерёмина [и др.]. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 7. – С. 24–28.

34. Влияние финансовых деприваций на качество жизни врачей в российской провинции. / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Ерёмина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сборник Всероссийской научно-практической конференции. – Саратов, 2018. – С. 132–134.

35. ВОЗ. Глава ВОЗ заявил об усугубляющейся в мире нехватке кадров в здравоохранении. – Текст : электронный // Источник: информационное агентство России ТАСС. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/13252827>. (дата обращения: 28.12.2021).

36. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2012 году: Курс на благополучие / Всемирная организация здравоохранения. – URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2012> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

37. ВОЗ: 99% смертей от коронавируса приходится на невакцинированных. – URL: www.kp.ru/online/news/4449098/ (дата обращения: 10.10.2021). – Текст : электронный.

38. Возмитель, А. А. Социальное неравенство: поле конфликта в современной России / А. А. Возмитель. – Текст : непосредственный // Конфликтология. – 2016. – № 3. – С. 26–39.

39. Волкова, О. А. Проблемы профессиональной идентичности и маргинальности индивидов и социальных групп / О. А. Волкова. – Текст : непосредственный // Известия ВГПУ. – 2007. – № 3. – С. 45–48.

40. Воловская, Н. М. Экономика и социология труда: Учеб. Пособие / Н. М. Воловская. – М.: Инфра-М; Новосибирск: Сибирское соглашение, 2001. – 204 с. – Текст : непосредственный.

41. Воробьев, В. П. Проблемы становления страховой медицины как социального института / В. П. Воробьев, Е. Е. Воробьева. – Текст : непосредственный // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – № 3 (11). – С. 88–96.
42. Воробьев, М. В. Анализ условий труда и состояния здоровья врачей-стоматологов в медицинских организациях различной формы собственности / М. В. Воробьев, Ш. Ф. Джураева. – Текст : непосредственный // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 2. – С. 21–25.
43. Врачи массово увольняются из-за низких зарплат. Какими уловками можно удержать персонал, а какие вне закона. – Текст : непосредственный // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2020. – № 1. – С. 102–110.
44. Врачи-педиатры: состояние здоровья и образ жизни / Г. Л. Микиртичан, С. Л. Акимова, А. З. Лихтшангоф, Е. А. Бугреева. – Текст : непосредственный // Педиатрия. – 2011. – № 6. – С. 143–146.
45. Вяткина, Н. Ю. Трудовая занятость выпускников медицинских вузов: основные дискурсы изучения / Н. Ю. Вяткина, Н. В. Присяжная, Б. А. Вассерман. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – М.: Издательство "МЕДИЦИНА". – 2018. – № 2. – С. 88–97.
46. Гаврилова, М. В. Содержание ценностно-смысловой сферы личности врача как критерий удовлетворенности их профессиональной деятельностью / М. В. Гаврилова, Т. В. Недуруева. – Текст : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-3. С. 452–455.
47. Гаврилова, Т. В. Принципы и методы исследования качества жизни населения / Т. В. Гаврилова. – Текст : непосредственный // Технологии качества жизни. – 2004. – Т. 4, № 2. – С. 1–11.
48. Галанова, Г. И. Качество медицинской помощи – национальная проблема государства / Г. И. Галанова. – Текст : непосредственный // Метаморфозы. – 2019. – № 26. – С. 62–69.

49. Гамова, И. В. Профессиональная группа врачей в меняющейся системе государственного здравоохранения / И. В. Гамова, Д. И. Присяжнюк. – Текст : непосредственный // ВЕСТНИК ПАГС. – 2014. – № 6 (45). – С. 78–85.
50. Гареева, И. А. Социальная трансформация системы здравоохранения в современных условиях (социологический анализ на примере Хабаровского края) : дисс. ... д-ра социол. наук : 22.00.04 / И. А. Гареева. – Хабаровск, 2014. – 370 с. – Текст : непосредственный.
51. Гареева, И. А. Социально-экономический статус врача в современной системе здравоохранения / И. А. Гареева. – Текст : непосредственный // ВЕСТНИК ТОГУ. – 2012. – № 3 (26). – С. 277–286.
52. Генкин, Б. М. Экономика и социология труда : учебник для студентов вузов, обучающихся по экономическим специальностям / Б. М. Генкин. – 8-е изд., пересмотр. и доп. – М. : НОРМА, 2014. – 462 с. – Текст : непосредственный.
53. Гидденс, Э. Социология / Э. Гидденс. – М., 2005. – 632 с. – Текст : непосредственный.
54. Глушкова, А. В. Условия труда и их влияние на здоровье врачей-психиатров (обзор литературы) / А. В. Глушкова, Н. В. Семенова. – Текст : непосредственный // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2020. – № 1. – С. 3.–7.
55. Говорин, Н. В. Социальное функционирование и качество жизни врачей / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова. – Текст : непосредственный // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 71–77.
56. Громова, Р. Г. Социальная мобильность в России: 1985-1993 годы / Р. Г. Громова. – Текст : непосредственный // Социологический журнал. – 1998. – № 1/2. – С. 15–38.
57. Гурьянов, М. С. Образ и условия жизни медицинских работников / М. С. Гурьянов. – Текст : непосредственный // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2009. – № 4. – С. 507–510.

58. Давыдова, Н. М. Депривационный подход в оценках бедности / Н. М. Давыдова. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 88–96.

59. Данилова, Н. В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения / Н. В. Данилова. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 3. – С. 20–24.

60. Денисов, Н. А. Качество жизни населения различных регионов России / Н. А. Денисов. – Текст : непосредственный // Уровень жизни населения регионов России. – 2002. – № 2. – С. 23–35.

61. Деформация свойств системы идентичности в процессе профессионального выгорания специалистов деонтологического профиля / О. А. Браун, М. Г. Аркузин, Е. В. Аршинова, М. А. Билан. – Текст : непосредственный // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2019. – Т. 21, № 3 (79). – С. 685–694.

62. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2011. – 949 с. – Текст : непосредственный.

63. Донника, А. Д. Исследование распространения и особенностей развития синдрома профессионального выгорания на модельной группе врачей / А. Д. Донника. – Текст : непосредственный // Общие вопросы мировой науки : Collection of scientific papers on materials IV International Scientific Conference. International United Academy of Sciences. – SIC "LJournal", 2018. – С. 47–51.

64. Донника, А. Д. Кадровые проблемы в медицине: современные тенденции / А. Д. Донника, А. В. Карпович. – Текст : непосредственный // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 6-1. – С. 22.

65. Дьяченко, В. Г. Кадровый кризис, как причина провала реформ здравоохранения региона / В. Г. Дьяченко. – Текст : электронный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России : электронный журнал. – 2015. – № 3. – С. 1–24. – URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20153/2015303.aspx> (дата обращения: 10.05.2020)

66. Дьяченко, В. Г. Профессиональные мотивации будущих врачей / В. Г. Дьяченко, Т. А. Костакова, В. Б. Пригорнев. – Текст : электронный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России : электронный журнал. – 2011. – № 2 (3). – С. 2. – URL: <http://vozzdvr.fesmu.ru/20112/2011202.aspx> (дата обращения: 10.05.2020)

67. Дьяченко, В. Г. Реформы образования и мотивационные основы подготовки будущих врачей / В. Г. Дьяченко, С. А. Литвинцева. – Текст : непосредственный // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 127–135.

68. Дьяченко, В. Г. Стандартизация высшего медицинского образования, производственный контекст / В. Г. Дьяченко, С. В. Дьяченко. – Текст : непосредственный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2017. – № 1 (26). – С. 2.

69. Дьяченко, С. В. Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций? / С. В. Дьяченко, В. Г. Дьяченко. – Текст : непосредственный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2016. – № 3 (24). – С. 1.

70. Дьяченкова, О. И. Некоторые аспекты качества жизни у врачей стоматологического профиля г. Воронежа / О. И. Дьяченкова. – Текст : непосредственный // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 64–67.

71. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение: пер. с фр. / Э. Дюркгейм; сост., послесл. и примеч. А. Б. Гофмана. – М.: Канон, 1995. – 352 с. – Текст : непосредственный.

72. Евдокимов, В. И. Влияние показателей уровня жизни на формирование профессионального выгорания врачей / В. И. Евдокимов, А. И. Губин, Н. В. Тепышева. – Текст : непосредственный // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 67–75.

73. Единый образовательный портал СГМУ : [сайт]. – Саратов, 2020 – . URL: <https://el.sgmu.ru/> (дата обращения: 20.05.2020). – Режим доступа: для зарегистрир. читателей СГМУ. – Текст: электронный.

74. Единый образовательный портал Сеченовского Университета: [сайт]. – Москва, 2020 – . URL: <https://dl.sechenov.ru/> (дата обращения: 20.05.2020). – Режим доступа: для сотрудников. – Текст: электронный.

75. Еремина, М. Г. К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе : сборник VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Пермь, 2019. – С. 367–371.

76. Еремина, М. Г. Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2020. – № 12. – 70–74.

77. Еругина, М. В. Институционализация здравоохранения в России: современные тенденции / М. В. Еругина, И. Л. Кром. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 24 (3). – 137–140.

78. Заславская, Т. И. О социально-трансформационной структуре российского общества / Т. И. Заславская. – Текст : непосредственный // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2000. – № 1. – С. 15–19.

79. Заславская, Т. И. Проблемы развития социальной структуры российского общества / Т. И. Заславская. – Текст : непосредственный // Безопасность Евразии. – 2004. – № 3 (17). – С. 191–201.

80. Заславская, Т. И. Современное российское общество: проблемы и перспективы / Т. И. Заславская. – Текст : непосредственный // Общественные науки и современность. – 2004. – № 6. – С. 5–18.

81. Заславская, Т. И. Социальные трансформации в России в эпоху глобальных изменений / Т. И. Заславская, В. А. Ядов. – Текст : непосредственный // Социологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 8–22.

82. Заславская, Т. И. Человеческий потенциал в современном трансформационном процессе / Т. И. Заславская. – Текст : непосредственный // Общественные науки и современность. – 2005. – № 3. – С. 5–16.

83. Звоновский, В. Б. Материальный достаток как фактор самоидентификации профессиональной принадлежности российского врача / В. Б. Звоновский, Д. Ю. Меркулова, Ю. В. Соловьева. – Текст : непосредственный // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2015. – № 1. – С. 38–41.

84. Змановская, Е. В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.06 / Е. В. Змановская. – СПб., 2006. – 450 с. – Текст : непосредственный.

85. Иванов, А. В. Совершенствование профилактических мероприятий по укреплению здоровья врачей муниципальных учреждений / А. В. Иванов, О. Е. Петручук, В. О. Щепин. – Воронеж: ГВУ, 2005. – 223 с. – Текст : непосредственный.

86. Иванова, Н. А. Некоторые особенности правового регулирования оплаты труда медицинских работников в условиях реформирования здравоохранения / Н. А. Иванова. – Текст : непосредственный // Вестник Омского университета. Серия «Право». – 2011. – № 3 (28). – С. 136–141.

87. Ивченкова, М. С. Модернизация здравоохранения в России и регионе: социологический срез / М. С. Ивченкова. – Текст : непосредственный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Сер. : Социология. Политология. – 2013. – Т. 13, вып. 3. – С. 41–43.

88. Измеров, Н. Ф. Г.В. Хлопин и современные аспекты медицины труда: истоки, параллели, перспективы / Н. Ф. Измеров. – Текст : непосредственный // Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 11. – С. 1–6.

89. Изучение особенностей формирования синдрома профессионального выгорания у врачей общей практики / Л. Б. Сейдуанова, С. К. Карабалин, А. К.

Текманова, Э. И. Кусайынова. – Текст : непосредственный // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2019. – № 3. – С. 23–27.

90. Ионин, Л. Г. Понимающая социология. Историко-критический анализ / Л. Г. Ионин. – М. : Наука, 1979. – 208 с. – Текст : непосредственный.

91. Исамбаева, С. Д. Проявление социальной справедливости в социальном институте / С. Д. Исамбаева. – Текст : непосредственный // Вестник Башкирского университета. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 639–643.

92. Искаков, М. Б. Оценка и анализ качества жизни врачебного персонала организаций здравоохранения третичного уровня / М. Б. Искаков, Б. А. Абилов, С. К. Кылычбекова. – Текст : непосредственный // Интернет-журнал ВАК. – 2012. – № 4. – С. 62–67.

93. К вопросу о профессиональной деформации среди медицинских работников в условиях реформы здравоохранения / М. М. Романова, А. В. Чернов, Е. А. Борисова, И. Л. Панина. – Текст : непосредственный // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 6. – С. 117–121.

94. Кадровое обеспечение здравоохранения в условиях выполнения государственного задания на подготовку специалистов : Решение Коллегии Минздрава РФ от 17 декабря 2002 г. (протокол № 18) . – URL: <https://base.garant.ru/4178819/> (дата обращения: 20.05.20). – Текст : электронный.

95. Кадровый кризис региональной системы здравоохранения: социальные предикторы и направления совершенствования врачебного потенциала: монография / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина. – Саратов: Изд-во «Наука», 2021. – 195 с. – Текст : непосредственный.

96. Кадыров, Ф. Н. Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении / Ф. Н. Кадыров, А. М. Чилилов, Ю. В. Куфтова. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 61–71.

97. Калайдин, Е. Н. Развитие методологии количественного представления показателя качества жизни населения и качества трудовой жизни / Е. Н. Калайдин.

– Текст : непосредственный // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 4. – С. 271–273.

98. Карабчук, Т. С. Бедность домохозяйств в России: что говорят данные РМЭЗ ВШЭ / Т. С. Карабчук, Т. Р. Пашинова, Н. Э. Соболева. – Текст : непосредственный // Мир России. – 2013. – № 1. – С. 155–175.

99. Карелин, А. О. Изучение профессионального выгорания врачей-стоматологов, работающих в детских стоматологических поликлиниках / А. О. Карелин, П. Б. Ионов. – Текст : непосредственный // Профилактическая и клиническая медицина. – 2019. – № 4 (73). – С. 10–15.

100. Каткова, А. В. Ролевые конфликты и ролевые перегрузки в деятельности врача как социально-психологическая проблема / А. В. Каткова, Е. А. Андриянова. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2020. – № 1. – С. 70–74.

101. Качество жизни врачей в контексте финансовых деприваций / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2018. – 17 (2). – С. 80–82.

102. Качество жизни медицинских работников / В. Ю. Льбицкий, М. Э. Гурьев, М. Л. Добровольская, Л. В. Хузиева. – Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 3. – С. 35–38.

103. Кирик, Ю. В. Оценка условий труда работниками здравоохранения государственных медицинских организаций на Дальнем Востоке России / Ю. В. Кирик. – Текст : непосредственный // Архивъ внутренней медицины. – 2018. – Т. 8, № 2 (40). – С. 127–136.

104. Кирхлер Э. Мотивация в организациях. Т. 1. : пер. с нем. / Э. Кирхлер, К. Родлер – М.: Изд-во «Гуманитарный центр», 2008. – 166 с. – Текст : непосредственный.

105. Ковалев, Е. П. Оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью / Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сборник II Международной научно-практической конференции. – Саратов, 2021. – С. 131–133.

106. Ковалев, Е. П. Некоторые результаты компаративного анализа качества жизни врачей в российской провинции / Е. П. Ковалев. – Текст : непосредственный // Медицинский альманах. 2019. № 5–6 (61). С. 7–10.

107. Ковалев, Е. П. Социальная детерминированность конфликта «врач-пациент» в Российском здравоохранении. / Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В. Еругина. – Текст : непосредственный // Социальная роль врача в Российском обществе : сборник Всероссийской научно-практической конференции. – Н. Новгород, 2018. – С. 63–66.

108. Козина, И. Усиление влияния неформальных механизмов распределения ресурсов как следствие трансформации системы здравоохранения / И. Козина. – Текст : непосредственный // В кн. Неформальная экономика в постсоветском пространстве: Проблемы исследования и регулирования / под ред. И.Б. Олимпиева, О.В. Паченкова. – СПб. : Центр независимых социальных исследований, 2003. – 201 с.

109. Колесникова, И. С. Новации в социологии медицины и здоровья / И. С. Колесникова. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2008. – № 4. – С. 89–91.

110. Колчина, Н. О. Исследование смежных категорий качества: образ жизни, уровень жизни, ощущаемое качество / Н. О. Колчина. – Текст : непосредственный // Вестник торгово-технологического института. – 2011. – № 5 (5). – С. 14–17.

111. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (в ред. Указа Президента РФ от 01.07.2014 № 483) : Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351. – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 42 (15 октября 2007 г.). – Ст. 5009.

112. Конышева, К. В. Теоретические подходы к анализу новых маргинальных групп / К. В. Конышева, Н. М. Струк. – Текст : непосредственный // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2014. – Т. 2, № 85. – С. 215–219.

113. Корепанова, В. А. Оценка выраженности деперсонализации врачей / В. А. Корепанова, К. А. Данилова, Т. Ю. Помыткина. – Текст : непосредственный // Modern Science. – 2019. – № 12-4. – С. 108–113.

114. Коробкова, О. К. Проблемы кадрового обеспечения в управлении медицинскими услугами / О. К. Коробкова, М. М. Третьяков. – Текст : непосредственный // Вестник ТОГУ. – 2015. – № 4 (39). – С. 153–162.

115. Кочетов, А. Н. Занижение цены труда и устойчивость структурной безработицы в России / А. Н. Кочетов. – Текст : непосредственный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2019. – Т. 19, № 1. – С. 17–22.

116. Кочукова, В. А. Исследование текущего положения системы здравоохранения Свердловской области / В. А. Кочукова. – Текст : непосредственный // e-FORUM. – 2018. – № 1 (2). – С. 2.

117. Красовский, В. О. Профессиональные риски здоровья персонала службы скорой медицинской помощи / В. О. Красовский, Л. М. Карамова, Г. Р. Башарова. – Текст : непосредственный // Norwegian Journal of Development of the International Science. – 2019. – № 26 (2). – С. 52–57.

118. Кривошей, В. А. Качество жизни и показатели уровня жизни населения / В. А. Кривошей, Н. В. Школкина. – Текст : непосредственный // Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики. – 2013. – № 4. – С. 3–6.

119. Кузнецова, С. В. Социальный портрет современного российского врача / С. В. Кузнецова, М. А. Сергеева, Е. В. Ермолаева. – URL: <https://medconfer.com/node/5790> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

120. Кураев, И. Ю. Социальная мобильность и переходный исторический период: причина или следствие / И. Ю. Кураев. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2012. – № 3. – С. 268–269.

121. Ланг, Т. А. Как описывать статистику в медицине : руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Томас А. Ланг, Мишель Сесик ; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – Москва : Практическая медицина, 2011. – 477 с. – Текст : непосредственный.

122. Ленски, Г. Статусная кристаллизация: невертикальное измерение социального статуса / Г. Ленски. – Текст : непосредственный // Социологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 126–140.

123. Леонова, А. Б. Синдромы профессионального стресса у врачей разных специализаций / А. Б. Леонова, М. А. Багрий. – Текст : непосредственный // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2009. – № 3. – С. 44–53.

124. Леонтьева, Е. Ю. Влияние условий труда на здоровье медицинских работников стоматологического профиля (обзор литературы) / Е. Ю. Леонтьева, Т. Ю. Быковская, А. С. Иванов. – Текст : непосредственный // Главный врач Юга России. – 2019. – № 3 (67). – С. 4–8.

125. Лепаяев, Ю. В. Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания (обзор литературы) / Ю. В. Лепаяев. – Текст : непосредственный // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2018. – № 2 (45). – С. 31–36.

126. Линденбратен, А. Л. Некоторые актуальные проблемы российского здравоохранения / А. Л. Линденбратен. – Текст : непосредственный // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию Иркутского государственного медицинского университета (1919–2019) / Под общей редакцией Г. М. Гайдарова. – Иркутск, 2019. – С. 40–44.

127. Литвинцева, С. А. Профессиональная социализация медицинских специалистов в современных условиях / С. А. Литвинцева. – Текст : непосредственный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2019. – № 3 (36). – С. 3.

128. Луман, Н. Социальные системы. Очерк общей теории / Н. Луман. – СПб. : Наука, 2007. – 641 с. – Текст : непосредственный.

129. Лядова, А. В. Социальный статус врача в современном российском обществе / А. В. Лядова, Н. А. Панич. – DOI 10.24158/spp.2017.4.4. – Текст : электронный // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. – № 4. – С. 63–66.

130. Магомаев, М. М. Сущность, взаимосвязь и различия категорий «образ жизни», «уровень жизни», «качество жизни» / М. М. Магомаев, Э. Р. Магомедова. – Текст : непосредственный // Вопросы структуризации экономики. – 2002. – № 2. – С. 7–13.

131. Мазин, А. Л. Доходы российских работников как институциональная проблема / А. Л. Мазин. – Текст : непосредственный // Экономика труда. – 2018. – Т. 5, № 3. – С. 761–776.

132. Майсак, Н. В. Социальная фрустрация как условие дезадаптации и предиктор девиантности специалиста / Н. В. Майсак, Д. А. Яковец. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-8. – С. 1830–1837.

133. Макарова, О. Н. Методологические подходы к определению понятия «уровень жизни» и «качество жизни» / О. Н. Макарова, А. И. Леонидова. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2012. – Т. 2. – № 8. – С. 392–393.

134. Мансуров, В. А. Конструирование новых статусных позиций в процессе профессионализации / В. А. Мансуров, О. В. Юрченко. – Текст : электронный // Модернизация социальной структуры российского общества / отв. ред. З. Т. Голенкова. – М.: Институт социологии РАН, 2008. – С. 139–156. – URL : http://www.isras.ru/files/File/Publication/Monografii/modern/2_4_Konstruirovanie_nov_uch.pdf (дата обращения: 10.05.2020)

135. Мансуров, В. А. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе / В. А. Мансуров, О. В. Юрченко. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2005. – № 1. – С. 66–77.

136. Мансуров, В. А. Социология профессиональных групп: история становления и перспективы / В. А. Мансуров, О. В. Юрченко. – Текст : непосредственный // Вестник Института социологии РАН. – 2013. – № 7. – С. 91–106.

137. Маргинализация профессиональных групп института здравоохранения: социетальный подход / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 854–856.

138. Маслак, Е. Е. Социальный портрет врача-стоматолога // Е. Е. Маслак, В. Н. Наумова, А. В. Филимонов. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-2. – С. 305–309.

139. Межвузовская площадка электронного медицинского образования : [сайт]. – Москва, 2000. – URL: <https://sechenov.online/> (дата обращения: 20.05.2020). – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст. Изображение: электронные.

140. Мертон, Р. К. Социальная структура и аномия / Р. К. Мертон. – Текст : непосредственный // СОЦИС. – 1992. – № 3. – С. 104–115.

141. Мигунова, Ю. В. Кадровое обеспечение медицинских организаций в республике Башкортостан / Ю. В. Мигунова, Р. М. Садыков. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 177–181.

142. Милехин, С. М. Приоритетная направленность личности молодого врача на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач / С. М. Милехин, Д. П. Дербенев, Д. А. Орлов. – Текст : непосредственный // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2019. – Т. 23, № 1. – С. 115–127.

143. Михайлова, О. К. Социологический анализ характеристик социального статуса врачей / О. К. Михайлова. – Текст : непосредственный // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2018. – № 3 (111). – С. 157–161.

144. Морозов, Ю. В. Проблемы российских медработников и возможные пути их решения: взгляд со стороны / Ю. В. Морозов. – Текст : непосредственный // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2020. – Т. 1, № 6. – С. 71–81.

145. Морозова, Н. И. Диалектическая взаимосвязь категорий «уровень жизни» и «качество жизни» в динамике благосостояния общества / Н. И. Морозова. – Текст : непосредственный // Бизнес. Образование. Право. – 2010. – № 2 (12). – С. 22–26.

146. Мотивация труда профессиональных групп медицинской организации / Д. А. Тимофеев, М. А. Цвигайло, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. – Т. 30, № 1. – С. 153–159.

147. Ненарокомов, А. Ю. Основы исследования качества жизни в онкологии / А. Ю. Ненарокомов. – Текст : непосредственный // Врач. – 2013. – № 11. – С. 85–87

148. Неруш, Т. Г. Основные этапы изучения феномена выгорания / Т. Г. Неруш. – Текст : непосредственный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т. 17, № 4. – С. 454–459.

149. Несын, В. В. Эмоциональное выгорание врачей / В. В. Несын, С. В. Несына. – Текст : непосредственный // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – Т. 21, № 6. – С. 19–23.

150. Низкие и неравноценные зарплаты медицинских работников в Ульяновской области и республике Башкортостан / А. Н. Перенджиев, Н. В. Петров, А. В. Хохлова [и др.]. – Текст : непосредственный // ГосРег: государственное регулирование общественных отношений. – 2018. – № 1 (23). – С. 257–263.

151. Низова, Л. М. Зона риска как фактор профессионального выгорания медицинских работников / Л. М. Низова, И. Г. Кислицына, С. И. Иванова. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 3. – С. 137–140.

152. Новая коронавирусная инфекция COVID-19: профессиональные аспекты сохранения здоровья и безопасности медицинских работников : методические рекомендации / под редакцией И. В. Бухтиярова, Ю. Ю. Горблянского. – М. : АМТ, ФГБНУ «НИИ МТ», 2021. – 132 с. – Текст : непосредственный.

153. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – 2-е издание. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с. – Текст : непосредственный.

154. Новоселов, В. П. Оценка качества жизни врачей бюро судебно-медицинской экспертизы / В. П. Новоселов, Ю. В. Книппенберг. – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 4. (1). – С. 64–66.

155. Нормативно-правовое регулирование рабочего времени медицинских работников: необходимость, возможности и защита прав / Р. Е. Петрова, О. Ю. Рыбаков, Н. А. Шеяфетдинова [и др.]. – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 3. – С. 20–26.

156. Норт, Д. Институты и экономический рост: историческое введение / Д. Норт. – Текст : непосредственный // THESIS. Теория и история экономических и социальных институтов и систем. – 1993. – № 2. – С. 69–91.

157. О кадровом обеспечении здравоохранения : Приказ Минздрава РФ от 31 декабря 2002 г. № 418. – URL : <https://base.garant.ru/4178874/> (дата обращения: 10.05.20) . – Текст : электронный.

158. О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации : Приказ Минздрава РФ от 3 июля 2002 г. № 210. – URL : <https://base.garant.ru/4178536/> (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

159. О методике расчета потребности во врачебных кадрах : Приказ Минздрава РФ от 26 июня 2014 г. № 322. – URL : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70610704/> (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

160. О Порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу : Приказ Минздравсоцразвития РФ от 4 августа 2006 г. № 584. – URL : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12049163/> (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

161. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов : Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610. – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2019. – № 51 (23 декабря 2019 г. (Часть I)) . – Ст. 7606.

162. О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации (вместе с "Положением об организации деятельности медицинской сестры врача общей практики") (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 № 84, от 18.05.2012 № 577 н) : Приказ Минздрава РФ от 20 ноября 2002 г. № 350. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40057/ (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

163. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения : Указ Президента России от 7 мая 2012 г. № 598. – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 19 (7 мая 2012 г.). – Ст. 2335.

164. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад. – М. : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. – 256 с. – Текст : непосредственный.

165. О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения : Приказ Минздрава РФ от 27 февраля 2016 г. № 132н. – URL : <https://base.garant.ru/71360614/> (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

166. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020) : Федеральный закон от 22 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020). – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48 (28 ноября 2011 г.). – Ст. 6724.

167. Об особенностях приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры на 2021/22 учебный год : Приказ Минздрава РФ от 28 апреля 2021 г. № 413н. – URL : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400734149/> (дата обращения: 20.12.21). – Текст : электронный.

168. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640. – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2018. – № 1 (1 января 2018 г. (Часть II)) . – Ст. 373.

169. Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения : Приказ Минздравсоцразвития РФ от 7 июля 2009 г. № 415Н. – URL : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12068285/> (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

170. Об утверждении комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р. – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2013. – № 16 (22 апреля 2013 г.). – Ст. 2017.

171. Об утверждении методики расчета основных и дополнительного показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», входящего в национальный проект «Здравоохранение» : Приказ Минздрава РФ от 29 марта 2019 г. № 178. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322656/ (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

172. Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах : Приказ Минздрава РФ от 29 ноября 2019 г. № 974. – URL : <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2018-god> (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

173. Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения : Приказ Минздрава РФ от 8 июня 2016 г. № 358. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200171/ (дата обращения: 10.05.20). – Текст : электронный.

174. Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры : Приказ Минздрава РФ от 11 мая 2017 г. № 212н с изменениями и дополнениями. – URL : <https://base.garant.ru/71692980/> (дата обращения: 20.12.21). – Текст : электронный.

175. Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения : Постановление Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 г. № 1304 (ред. от 03.02.2020). – Текст : непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2019. – № 41 (14 октября 2019 г.). – Ст. 5731.

176. Огнерубов, Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей / Н. А. Огнерубов. – Текст : непосредственный // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2013. – Т. 18, № 4-1. – С. 1337–1341.

177. Организация медицинской помощи в Российской Федерации: учебник : [для вузов по укрупненной группе специальностей в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»] / Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова М-ва здравоохранения Рос. Федерации ; под ред. В. А. Решетникова. – Москва :

Медицинское информационное агентство, 2018. – 428 с. – Текст : непосредственный.

178. Орел, В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03 / В. Е. Орел. – Ярославль, 2005. – 449 с. – Текст : непосредственный.

179. Оруджев, Н. Я. Социальный портрет врача-психиатра крупного промышленного города / Н. Я. Оруджев, О. В. Поплавская, И. И. Замятина. – Текст : непосредственный // Социология города. – 2020. – № 2. – С. 65–79.

180. Основные принципы построения системы критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности / А. Л. Линденбрaten, Н. К. Гришина, С. М. Сердюковский [и др.] – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 30–35.

181. Особенности синдрома профессионального выгорания у врачей отделений скорой медицинской помощи / В. М. Лымаренко, О. В. Леонтьев, С. А. Баграмова, А. Н. Войцицкий, Ю. В. Черная. – Текст : непосредственный // Вестник психотерапии. – 2018. – № 68 (73). – С. 114–131.

182. Оценка эффективности деятельности органов государственной власти в сфере здравоохранения РФ / Р. А. Хальфин, Е. П. Какорина, М. В. Игнатьева, В. В. Мадьянова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 256 с. – Текст : непосредственный.

183. Паниотто, В.И. Количественные методы в социологических исследованиях. / В.И. Паниотто, В.С. Максименко — Киев, 2003. — 270 с. – Текст : непосредственный.

184. Панкова, С. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей-стоматологов / С. Н. Панкова, О. А. Азарова, О. А. Кумирова. – Текст : непосредственный // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 76. – С. 109–115.

185. Парсонс, Т. Система современных обществ: пер. с англ. / Т. Парсонс. – М., 1998. – 270 с. – Текст : непосредственный.

186. Перспективы решения кадровых проблем медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи / В. Г. Дьяченко, С. В. Дьяченко, В. Б. Пригорнев, Г. С. Емельянов. – Текст : непосредственный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – № 4 (21). – С. 4.

187. Политика доходов и качество жизни населения / под ред. Н. А. Горелова. – СПб: Питер, 2003. – 652 с. – Текст : непосредственный.

188. Попов, С. В. Профессиональное выгорание у врачей ультразвуковой диагностики как медико-социальная проблема / С. В. Попов, С. Л. Петросян, В. П. Попова. – Текст : непосредственный // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 63. – С. 110–114.

189. Попова, И. П. Новые маргинальные группы в российском обществе (теоретические аспекты исследования) / И. П. Попова. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 1999. – № 7. – С. 62–71.

190. Поршев, К. Ф. Социальная мобильность в современном российском обществе / К. Ф. Поршев. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2016. – № 2 (10). – С. 78–80.

191. Потенциал кадрового развития региональной системы здравоохранения в представлениях организаторов здравоохранения (по результатам экспертного фокус-группового исследования) / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В. Еругина [и др.]. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2021. – № 1. – С. 13–20.

192. Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантного профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения: учебное пособие / М. В. Еругина, И. Л. Кром, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]. – Саратов: Изд-во «Наука», 2020. – 85 с. – Текст : непосредственный.

193. Причины возникновения синдрома профессионального выгорания медицинских работников в условиях высокогорья (Нарынская область) / Д. А.

Акирекова, А. М. Бейшембаев, Б. Р. Баратов, Е. Ю. Расчёсова. – Текст : непосредственный // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2019. – № 4. – С. 83–86.

194. Проблема профессиональных вредностей у медицинских работников, пути решения и усовершенствования / З. С. Аметова, А. О. Джиндарян, А. Н. Желизко, С. С. Мамутов, Р. Р. Муратова, С. О. Эмирсанова. – Текст : непосредственный // Электронный научный журнал. – 2019. – № 4 (26). – С. 21–26.

195. Пронин, В. В. Индивидуально-психологические особенности компенсации личностью профессиональной неуспешности: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / В. В. Пронин. – М., 2002. – 169 с. – Текст : непосредственный.

196. Просольченко, С. А. Социальная мобильность, её каналы и механизмы. Социальные институты как инструменты управления социальной мобильностью / С. А. Просольченко. – Текст : непосредственный // Научные проблемы гуманитарных исследований – 2010. – № 7. – С. 242–251.

197. Профессиональная деформация и синдром эмоционального выгорания у специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / А. С. Толмачёва, Н. В. Страхова, А. А. Зуйкова, Ю. А. Котова. – Текст : непосредственный // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 189–195.

198. Профессиональная деятельность врачей-стоматологов в аспекте основных показателей качества жизни / А. С. Оправин, Г. Ф. Оводова, Л. Н. Кузьмина, А. Г. Соловьев, А. В. Бескаравайная. – Текст : непосредственный // Экология человека. – 2008. – № 12. – С. 20–23.

199. Профессиональное выгорание врачей различных специальностей / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов, К. В. Хомяков, Д. С. Тюфилин, Т. А. Загромова, М. А. Балаганская. – Текст : непосредственный // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 61, № 6. – С. 322–329.

200. Профессиональное выгорание врачей: значение интенсивности и качества работы / Г. А. Сорокин, В. Л. Суслов, Е. В. Яковлев, Н. М. Фролова. – Текст : непосредственный // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97, № 12. – С. 1221–1225.

201. Профессиональное выгорание медицинских работников в Российской Федерации на модели Томской области / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов, К. В. Хомяков, Д. С. Тюфилин, Т. А. Загროмова, М. А. Балаганская. – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 6. – С. 68–73.

202. Психическое здоровье и качество жизни медицинского персонала на примере группы врачей / Л. Н. Касимова, Е. А. Смиренский, М. В. Святогор, М. В. Втюрина. – Текст : непосредственный // Медицинский альманах. – 2014. – № 3 (33). – С. 112–116.

203. Психологические факторы профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов / М. В. Корехова, А. Г. Соловьев, М. Ю. Киров, И. А. Новикова. – Текст : непосредственный // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 2. – С. 16–37.

204. Радаев, В. В. Социальная стратификация / В. В. Радаев, О.И. Шкаратан. – М.: Аспект-Пресс. – 1996. – 318 с. – Текст : непосредственный.

205. Разинский, Г. В. Группы нисходящей социальной мобильности и рынок: особенности интеграции / Г. В. Разинский, М. А. Слюсарянский. – Текст : непосредственный // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2011. – № 10. – С. 11–30.

206. Расторгуева, Т. И. Эмоциональная безопасность профессиональной деятельности медицинских работников / Т. И. Расторгуева, О. Б. Карпова. – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 2. – С. 69–83.

207. Реализация и развитие профессионально-личностного потенциала врача первичного звена здравоохранения / Т. А. Сибурина, Ю. В. Михайлова, А. В. Волнухин [и др.]. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 6. – С. 2.

208. Ретроспективный врачебный анализ как необходимое условие развития инновационных процессов в здравоохранении / Н. Г. Петрова, С. А. Балохина, В. Р. Беляев, Л. Ю. Жигулева, Б. В. Эпельман, М. В. Петров. – Текст : непосредственный

// Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 3 (35). – С. 210–213.

209. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1047 с. – Текст : непосредственный.

210. Решетников, А. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов / А. В. Решетников, Ш. Г. Айвазян, Н. В. Присяжная. – Текст : непосредственный // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 2 (156). – С. 331–346.

211. Решетников, А. В. Современные подходы к оценке взаимоотношений между пациентом и врачом, медицинской организацией, страховой медицинской организацией : доклад на конференции «Социальная роль врача в российском обществе» (Нижний Новгород, 30 мая 2018 г.) / А. В. Решетников. – Текст : непосредственный.

212. Решетников, А. В. Социальный институт медицины (часть 1) / А. В. Решетников. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 4–11.

213. Решетников, А. В. Социальный институт медицины (часть 2) / А. В. Решетников. – DOI 10.18821/1728-2810-2018-17-2-68-79. – Текст : электронный // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, № 2. – С. 68–79.

214. Решетников, А. В. Социологическое осмысление интегрального понятия качество жизни и методология его оценки : доклад на научно-практической конференции с международным участием (Москва, Сеченовский университет, 5 февраля 2019 г.) / А. В. Решетников. – Текст : непосредственный.

215. Решетников, А. В. Социология медицины / А. В. Решетников. – М., 2010. – 864 с. – Текст : непосредственный.

216. Решетников, А. В. Социология медицины: учебник / А. В. Решетников. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 256 с. – Текст : непосредственный.

217. Решетников, А. В. Социология пациента / А. В. Решетников, С. А. Ефименко. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с. – Текст : непосредственный.

218. Римашевская, Н. М. Равенство или справедливость: Монография / Н. М. Римашевская, А. А. Римашевский. – М.: Финансы и статистика, 1991. – 160 с. – Текст : непосредственный.

219. Риски здоровью профессиональной группы врачей в современных системах здравоохранения (обзор) / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Анализ риска здоровью. – 2020. – № 2. – С. 185–192.

220. Рогачева, Т. М. Экономические компоненты качества жизни: Монография / Т. М. Рогачева. – Алматы: «Евразия», 1999. – 161 с. – Текст : непосредственный.

221. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи / В. К. Попович, И. Б. Шикина, А. Г. Турчиев, Т. Н. Бакланова. – Текст : электронный. // Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 15. – URL : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/270/30/> (дата обращения: 10.05.20).

222. Роль финансовых деприваций в субъективной оценке качества жизни врачей / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, Е. М. Долгова, Г. Н. Бочкарёва. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 11. – С. 27–31.

223. Романов, П. В. Мир профессий – пересмотр аналитических перспектив / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 25–35.

224. Романова, Н. П. Феномен статусной неконсистентности / Н. П. Романова. – Текст : непосредственный // Вестник Забайкальского государственного университета. – 2009. – № 4. – С. 212–217.

225. Росс, Л. Человек и ситуация: уроки социальной психологии / Л. Росс, Р. Нисбетт; пер. с англ. В. В. Румынского, под ред. Е. Н. Емельянова, В. С. Магуна. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 429 с. – Текст : непосредственный.

226. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы : доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа

экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. – 84 с. – Текст : непосредственный.

227. Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения / R. Dal Poz Mario, Gupta Neeru, Quain Estelle, L.B. Soucat Agnes. – Европейское региональное бюро Всемирная организация здравоохранения, 2012. – 200 с. – Текст : непосредственный.

228. Руткевич, М. Н. Макросоциология: Методологические очерки / М. Н. Руткевич. – М., 1995. – 187 с. – Текст : непосредственный.

229. Савченко, Д. В. Социальная группа как элемент социальной структуры общества / Д. В. Савченко. – Текст : непосредственный // Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. – 2013. – № 3 (15). – С. 119–122.

230. Сало, Е. П. Трехкомпонентная модель изучения социального статуса врачей традиционной медицины / Е. П. Сало. – Текст : непосредственный // Антропология профессий: границы занятости в эпоху нестабильности / под ред. П. Романова, Е. Ярской-Смирновой. – М.: Вариант, ЦСПГИ. – 2012. – 236 с.

231. Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского : [сайт]. – Саратов, 2015 – . – URL: https://www.youtube.com/results?search_query=%D1%81%D0%B3%D0%BC%D1%83+%D0%B8%D0%BC+%D1%80%D0%B0%D0%B7%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE (дата обращения: 20.05.2020). – Изображение (движущееся ; трехмерное) : видео.

232. Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского : [сайт]. – Саратов, 2000 – . – URL: <https://sgmu.ru/> (дата обращения: 20.05.2020). – Текст. Изображения: электронные

233. Светличная, Т. Г. Здоровье и образ жизни медицинских работников психиатрических учреждений / Т. Г. Светличная, Е. А. Смирнова. – Текст : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – № 2. – С. 106–111.

234. Седова, Н. Н. Биоэтика: учебник / Н. Н. Седова. – М. КНОРУС. – 2016. – 216 с. – Текст : непосредственный.

235. Седова, Н. Н. Социальные риски распространения «медицинского империализма» в постсоветской России / Н. Н. Седова, С. А. Варгина. – Текст : непосредственный // Известия ВолгГТУ. – 2010. – Т. 7, № 7. – С. 38–42.

236. Седова, Н. Н. Статус биоэтики как учебной дисциплины в медицинских вузах России / Н. Н. Седова. – Текст : непосредственный // Медицинская этика. – 2018. – Т. 6, № 2. – С. 64–68.

237. Семина, Т. В. Социологические аспекты дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современной России / Т. В. Семина. – Текст : непосредственный // Вестник РУДН. Серия: Социология. – 2015. – Т. 15, № 3. – С. 70–79.

238. Сетко, Н. П. Особенности формирования синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов в зависимости от профиля и трудового стажа / Н. П. Сетко, Е. В. Булычева. – Текст : непосредственный // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – № 6. – С. 91–95.

239. Сеченовский Университет : официальный канал Первого МГМУ имени И.М. Сеченова : [сайт]. – Москва, 2015. – URL: <https://www.youtube.com/channel/UCMJUabYs3mDI6FYSO5EdWXQ> (дата обращения: 20.05.2020). – Изображение (движущееся; трехмерное) : видео.

240. Сибурина, Т. А. Мобилизация творческого потенциала врачебных кадров - стратегическое направление кадровой политики в здравоохранении / Т. А. Сибурина. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 4 (50). – С. 10.

241. Синдром эмоционального выгорания как барьер профессиональной самореализации врачей-хирургов / С. Н. Стяжкина, М. А. Демина, Т. Е. Чернышева, О. А. Белоусова, А. П. Шестакова, А. П. Широбокова. – Текст : непосредственный // Таврический научный обозреватель. – 2017. – № 4-1 (21). – С. 100–101.

242. Систематизация факторов формирования социальных девиаций / Ю. А. Шатыр, И. Г. Мулик, И. В. Улесикова [и др.]. – Текст : непосредственный // *Logos et Praxis*. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 136–144.

243. Смольянинова, Е. Н. Проблема кадрового обеспечения системы здравоохранения и пути ее решения на примере приморского края / Е. Н. Смольянинова, В. С. Просалова. – Текст : непосредственный // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10-5. – С. 968–972.

244. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях / А. И. Вялков, Г. П. Сквирская, И. М. Сон [и др.]. – Текст : непосредственный // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 216–220.

245. Современные проблемы медицинского образования как угроза национальной безопасности России / А. В. Балахонов, Н. А. Бубнова, С. А. Варзин [и др.]. – Текст : непосредственный // *Национальная безопасность и стратегическое планирование*. – 2020. – № 1 (29). – С. 40–46.

246. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / М. В. Еругина, И. Л. Кром, О. В. Ермолаева, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – № 5. – С. 76.

247. Современные трансформации института здравоохранения от медицинской помощи к медицинской услуге / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В. Еругина [и др.]. – Текст : непосредственный // *Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сборник Всероссийской научно-практической конференции*. – Саратов, 2018. – С. 102–105.

248. Современные трансформации пространства медицины от медицинской помощи к медицинской услуге / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // *Биоэтика*. – 2019. – № 1 (23). – С. 27–29.

249. Соколов, С. В. Социология / С. В. Соколов. – М.: ФОРУМ, 2011. – 400 с. – Текст : непосредственный.

250. Соловьев, И. Р. Самооценка врачами своего социального положения и престижа медицинской профессии / И. Р. Соловьев, В. А. Серебренников, Е. В. Ползик – Текст : непосредственный // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 10 (165). – С. 151–154.

251. Солохина, Л. В. Уровень и качество жизни медицинских работников негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на Дальневосточной железной дороге / Л. В. Солохина, К. Р. Аветян, В. М. Салатник. – Текст : непосредственный // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 102–104.

252. Сорокин, П. А. Социальная мобильность / П. А. Сорокин; пер. с англ. М. В. Соколовой. – М.: Academia, 2005. – 588 с. – Текст : непосредственный.

253. Сорокина, М. Г. Научное обоснование мероприятий по сохранению здоровья медицинских работников агропромышленного района : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / М. Г. Сорокина. – Рязань, 2006. – 227 с. – Текст : непосредственный.

254. Состояние здоровья и качество жизни врачей детских поликлиник / Ю. А. Тюков, Л. Н. Семченко, А. А. Чмитль, Ф. Б. Гумерова. – Текст : непосредственный // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2018. – Т. 1, №1 (20). – С. 51–54.

255. Состояние здоровья медицинских работников / Т. А. Ермолина, Н. А. Мартынова, А. Г. Калинин, С. В. Красильников. – Текст : непосредственный // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 3. – С. 197–200.

256. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, С. Т. Сохов [и др.]. – Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 1. – С. 52–54.

257. Социальный контекст маргинализации профессиональной роли / Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В. Еругина, Г. Н. Бочкарёва. – Текст : непосредственный // Интегративные исследования в медицине : сборник конференции. – Саратов, 2017. – С. 112–115.

258. Сравнительная характеристика качества жизни врачей центров здоровья и руководителей лечебно-профилактических учреждений / С. Н. Дехнич, Н. М. Угненко, О. Л. Филимонова [и др.]. – Текст : непосредственный // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92, № 4. – С. 593–596.

259. Сравнительные региональные особенности синдрома профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов / М. В. Корехова, А. Г. Соловьев, М. Ю. Киров, И. А. Новикова. – Текст : непосредственный // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2019. – № 2. – С. 84–94.

260. Стародубов, В. И. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития / В. И. Стародубов, Ю. В. Михайлова, С. А. Леонов. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 13 (1). – С. 14–22.

261. Стенограмма заседания Правительства (№ 12, 11 апреля 2013 г.). – URL: <http://government.ru/meetings/1333/stenograms>. (дата обращения: 10.05.2020). – Текст : электронный.

262. Султанова Э. И. Комплексная оценка качества жизни врачей-стоматологов / Э. И. Султанова. – Текст : непосредственный // Вестник КазНМУ. – 2018. – № 1. – С. 424–426.

263. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 148–152.

264. Тульчинский, Т. Г. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т. Г. Тульчинский, Е. А. Варавкина. – Иерусалим, 1999. – 1028 с. – Текст : непосредственный.

265. Улумбекова, Г. Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой

политики на период до 2020 года / Г. Э. Улумбекова. – Текст : непосредственный // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2010. – № 1. – С. 11–24.

266. Улумбекова, Г. Э. Программа неотложных мер в здравоохранении рф для выхода из системного кризиса / Г. Э. Улумбекова. – Текст : непосредственный // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2020. – Т. 6, № 1 (19). – С. 4–16.

267. Улумбекова, Г. Э. Система здравоохранения РФ: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г. Э. Улумбекова. – Текст : непосредственный // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2. – С. 33–38.

268. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации / Д. А. Тимофеев, М. В. Еругина, И. Л. Кром [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 1. – С. 50–53.

269. Фадеева, Е. В. Доступность бесплатной медицинской помощи в России: состояние и проблемы / Е. В. Фадеева. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2020. – № 4. – С. 94–104.

270. Факторы, ассоциированные с формированием профессионального выгорания у врачей / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов, К. В. Хомяков, Д. С. Тюфилин, Т. А. Загромава, М. А. Балаганская. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 6. – С. 967–971.

271. Федоткина, И. В. Психологические особенности личности военных врачей при развитии синдрома профессионального выгорания / И. В. Федоткина, Л. О. Марченко, Л. В. Вайгачева. – Текст : непосредственный // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2019. – № 4. – С. 96–102.

272. Феоктистов, Д. В. Методология оценки уровня и качества жизни населения / Д. В. Феоктистов // Налоги. Инвестиции. Капитал. – 2002. – № 3/4. – С. 56–63.

273. Фролов, С. С. Социология : учебник для вузов / С. С. Фролов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Логос, 1996. – 358 с. – Текст : непосредственный.

274. Халова, К. В. Некоторые вопросы удовлетворенности врачей ортопедического профиля своей работой / К. В. Халова, А. Г. Сердюков. – Текст : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – С. 108.

275. Хочецуков, З. М. Социальный комфорт в контексте трансформационных процессов в структуре современной Российской повседневности / З. М. Хочецуков. – Текст : электронный // Вестник МГИМО Университета. – 2013. – № 2(29). – С. 214–219. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyy-komfort-v-kontekste-transformatsionnyh-protseссов-v-strukture-sovremennoy-rossiyskoy-povsednevnosti> (дата обращения: 10.05.2020).

276. Худошин, Н. А. Качество жизни как важнейшая характеристика медицинской и социальной эффективности медицинской помощи. Обзор литературных источников / Н. А. Худошин. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2020. – № 2. – С. 52–62.

277. Цвык, В. А. Социально-профессиональный статус личности и престиж профессии / В. А. Цвык. – Текст : непосредственный // Вестник ТюмГУ. Серия: Социология. – 2009. – № 4. – С. 72–77.

278. Цешковский, М. С. Кадры здравоохранения в программах европейского бюро ВОЗ: ретроспектива и современное состояние вопроса / М. С. Цешковский, Е. В. Кирсанова. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 19.

279. Цыпленкова, Л. П. Изучение составляющих социального статуса врача в системе медико-социологического мониторинга / Л. П. Цыпленкова, И. В. Слюсарь, К. В. Шуть. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2012. – № 2 (21). – С. 32–34.

280. Чекарева, А. В. Социальная мобильность как механизм социального неравенства / А. В. Чекарева. – Текст : непосредственный // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2014. – № 1 (15). – С. 231–237.

281. Черкасов, С. Н. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений / С. Н. Черкасов, А. Ю. Костикова. – Текст : непосредственный // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 4-3 (58). – С. 198–200.

282. Чернышев, В. М. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России / В. М. Чернышев, М. И. Воевода, И. Ф. Мингазов. – Текст : непосредственный // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – Т. 39, № 6. – С. 107–115.

283. Чирикова, А. Е. О полимотивации врачей: уроки реформ / А. Е. Чирикова. – Текст : непосредственный // Мир России. Социология. Этнология. – 2019. – Т. 28, № 3. – С. 6–26.

284. Чирикова, А. Е. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2019. – № 5. – С. 36–44.

285. Чистякова, А. А. Дополнительные меры, направленные на устранение дефицита кадров и увеличение заработной платы в сфере здравоохранения, предусмотренные новой системой оплаты труда / А. А. Чистякова. – Текст : непосредственный // Наука: общество, экономика, право. – 2019. – № 4. – С. 194–199.

286. Шабашев, В. А. Уровень жизни, качество жизни, социальная защищенность – общее и особенное / В. А. Шабашев, Е. А. Морозова. – Текст : непосредственный // Вестник Кузбасского государственного технического университета. – 2005. – № 6 (51). – С. 103–109.

287. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей / И. М. Шейман, С. В. Сажина. – Текст : непосредственный // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27, № 3. – С. 130–153.

288. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский. –

Текст : непосредственный // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.

289. Шейман, И. М. Поиск оптимального уровня специализации / И. М. Шейман, В. И. Шевский. – Текст : непосредственный // Московская медицина. – 2016. – № 2 (9). – С. 20–23.

290. Шилова, Л. С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Часть 1 / Л. С. Шилова. – Текст : непосредственный // Социологическая наука и социальная практика. – 2018. – № 4 (24). – С. 148–160.

291. Шишкин, А. Е. Социальный феномен "выгорания" врача / А. Е. Шишкин. – Текст : непосредственный // Вестник Бурятского государственного университета. – 2019. – № 3. – С. 76–82.

292. Шишкин, А. Е. Философия медицины: проблемы биоэтики / А. Е. Шишкин. – Текст : непосредственный // Гуманитарный вектор. – 2019. – Т. 14, № 4. – С. 62–67.

293. Шкаратан, О. И. Воспроизводство социально-экономического неравенства в постсоветской России: динамика уровня жизни и положение социальных низов / О. И. Шкаратан. – Текст : непосредственный // Политическая концептология: журнал междисциплинарных исследований. – 2012. – № 3. – С. 14–37.

294. Шкаратан, О. И. Социология неравенства. Теория и реальность / О. И. Шкаратан; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – 526 с. – Текст : непосредственный.

295. Шнейдер, Л. Б. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.13 / Л. Б. Шнейдер. – М., 2001. – 327 с. – Текст : непосредственный.

296. Шувалова, О. В. Уровень жизни и качество жизни: факторы и российская специфика / О. В. Шувалова. – Текст : непосредственный // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7, № 1 (22). – С. 276–279.

297. Шюц, А. Структура повседневного мышления / А. Шюц. – Текст : непосредственный // Социс. – 1988. – № 2. – С. 129–131.

298. Щепин, В. О. Кадровый ресурс: региональное здравоохранение. Современный взгляд на проблему / В. О. Щепин, Т. И. Расторгуева. – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 2. – С. 132–143.

299. Щепин, В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения / В. О. Щепин. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 24–28.

300. Щепин, О. П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О. П. Щепин, Р. В. Коротких. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 23 (6). – С. 3–6.

301. Эмоциональное выгорание и вопросы профессиональной психологической подготовки врачей-онкологов / В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева, Э. Б. Карпова, Н. С. Хрусталева, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев, А. М. Беляев. – Текст : непосредственный // Вопросы онкологии. – 2020. – Т. 66, № 2. – С. 127–134.

302. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов, И. Д. Пименов, К. В. Хомяков. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 1 (47). – С. 5.

303. Юсуфов, М. М. Пути и перспективы решения проблем, деформирующих процесс институализации здравоохранения в современной России / М. М. Юсуфов. – Текст : непосредственный // Вестник Краснодарского университета МВД России. – 2011. – № 3. – С. 73–77.

304. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout / R. S. Patel, S. Sekhri, N. N. Bhimanadham [et al.]. – Текст : непосредственный // Cureust. – 2019. – Vol. 11, Iss 6. – article number UNSP e4805.

305. Abraham, Cilgy M. Predictors and Outcomes of Burnout Among Primary Care Providers in the United States: A Systematic Review / Cilgy M. Abraham, Katherine Zheng, Lusine Poghosyan. – Текст : непосредственный // Medical care research and review. – article number UNSP 1077558719888427.

306. Advancing Physician Well-Being: A Population Health Framework / M. Trockel, D. Corcoran, L. B. Minor [et al.]. – Текст : непосредственный // Mayo clinic proceedings. – 2020. – Vol. 95, Iss. 11. – P. 2350–2355.

307. Assessment of Physician Well-being, Part One: Burnout and Other Negative States / M. D. Lall, T. J. Gaeta, A. S. Chung [et al.]. – Текст : непосредственный // Western Journal of Emergency Medicine. – 2019. – Vol. 20, Iss. 2. – P. 278–290.

308. Assessment of physician well-being, part two: Beyond burnout / M. D. Lall, T. J. Gaeta, A. S. Chung [et al.]. – Текст : непосредственный // Western Journal of Emergency Medicine. – 2019. – Vol. 20, Iss. 2. – P. 291–304.

309. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction A Systematic Review and Meta-analysis / M. Panagioti, K. Geraghty, J. Johnson [et al.]. – Текст : непосредственный // Jama internal medicine. – 2018. – Vol. 10, Iss. 2. – P. 1317–1330.

310. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany / P. Vu-Eickmann, J. Li, A. Mueller [et al.]. – Текст : непосредственный // International archives of occupational and environmental health. – 2018. – Vol. 91, Iss. 5. – P. 643–654.

311. Beyond Burnout: A Physician Wellness Hierarchy Designed to Prioritize Interventions at the Systems Level / D. E. Shapiro, C. Duquette, L. M. Abbott [et al.]. – Текст : непосредственный // American journal of medicine. – 2019. – Vol. 132, Iss. 5. – P. 556–563.

312. Bianchi, R. A five-sample confirmatory factor analytic study of burnout-depression overlap / R. Bianchi, I. S. Schonfeld, J. Verkuilen. – Текст : непосредственный // Journal of clinical psychology. – 2020. – Vol. 76, Iss. 4. – P. 801–821.

313. Bianchi, R. Burnout, Depression, and Borderline Personality: A 1,163-Participant Study / R. Bianchi, J.-P. Rolland, J. F. Salgado. – Текст : непосредственный // *Frontiers in psychology*. – 2018. – Vol. 8. – article number 2336.
314. Bianchi, Renzo Burnout: Moving Beyond the Status Quo / R. Bianchi, I. Sam Schonfeld, E. Laurent. – Текст : непосредственный // *International journal of stress management*. – 2019. – Vol. 26, Iss. 1. – P. 36–45.
315. Bianchi, Renzo Do burnout and depressive symptoms form a single syndrome? Confirmatory factor analysis and exploratory structural equation modeling bifactor analysis / Renzo Bianchi. – Текст : непосредственный // *Journal of psychosomatic research*. – 2020. – Vol. 131. – article number: 109954.
316. Blaikie, N. W. H. The meaning and measurement of occupational prestige / N. W. H. Blaikie. – Текст : непосредственный // *Australian and New Zealand Journal of Sociology*. – 1977. – Vol. 13. – P. 102–115.
317. Bouza, E. Representacion Grp Trabajo Work-related burnout syndrome in physicians in Spain / E. Bouza, P. R. Gil-Monte, E. Palomo. – Текст : непосредственный // *Revista clinica espanola*. – 2020. – Vol. 220, Iss. 6. – P. 359–363.
318. Burnout Among oncologists in the Republic of Korea: A nationwide survey / K. E. Yeob, S. Y. Kim, B. R. Park [et al.]. – Текст : непосредственный // *Current problems in cancer*. – 2020. – Vol. 44, Iss. 1. – article number: 100535.
319. Burnout Among Women Physicians: a Call to Action / S. S. Chesak, Cutshall, A. A. Susanne [et al.]. – Текст : непосредственный // *Current cardiology reports*. – 2020. – Vol. 22, Iss. 7. – article number: 45.
320. Burnout and Emotional Well-Being among Nephrology Fellows: A National Online Survey / Varun Agrawal, Laura Plantinga, Khaled Abdel-Kader [et al.]. – Текст : непосредственный // *Journal of the american society of nephrology*. – 2020. – Vol. 31, Iss. 4. – P. 675–685.
321. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians / C. Wang, P. Grassau, P. G. Lawlor e [et al.]. – Текст : непосредственный // *Bmc palliative care*. – 2020. – Vol. 19, Iss. 1. – article number: 169.

322. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis / Ziad Kansoun, Laurent Boyer, Marianne Hodgkinson [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of affective disorders. – 2019. – Vol. 246. – P. 132–147.

323. Burnout-Depression Overlap: Exploratory Structural Equation Modeling Bifactor Analysis and Network Analysis / Jay Verkuilen, Renzo Bianchi, Irvin Sam Schonfeld [et al.]. – Текст : непосредственный // Assessment. – 2020. – article number: unsp 1073191120911095.

324. Castello, A. Human Capital Inequality and Economic Growth: Some New Evidence / A. Castello, R. Domenech. – Текст : непосредственный // The Economic Journal. – 2002. – Vol. 112. – Issue 478. – P. 187–200.

325. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017 / T. D. Shanafelt, C. P. West, C. Sinsky [et al.]. – Текст : непосредственный // Mayo Clinic Proceedings. – 2019. – Vol. 94 (9). – P.1681–1694.

326. Cognitions, emotions, and evaluations: an elaboration likelihood model for workplace aggression / S. Douglas, C. Kiewitz, M. Martinko, P. Harvey, K. Younhee, Uk C. Jae. – Текст : непосредственный // Academy of Management Review. – 2008. – Vol. 33, Issue 2. – P. 425.

327. Cohidon, Christine Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries / Christine Cohidon, Pascal Wild, Nicolas Senn. – Текст : непосредственный // Annals of family medicine. – 2019. – Vol. 17, Iss. 6. – P. 510–517.

328. Conceptual models for understanding physician burnout, professional fulfillment, and well-being / M. T. Stewart, S. Reed, J. Reese [et al.]. – Текст : непосредственный // Current problems in pediatric and adolescent health care. – 2019. – Vol. 49, Iss. 11. – article number 100658, Iss. 1.

329. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis / M. Panagioti, E. Panagopoulou, P. Bower [et al.]. – DOI 10.1001/jamainternmed.2016.7674. – Текст : электронный // Jama. Intern Med. – 2017. – Vol. 177, Iss. 2. – P. 195–205.

330. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis / R. T. Lee, B. Seo, S. Hladkyj, B. L. Lovell, L. Schwartzmann. – Текст : непосредственный // Hum resour health. – 2013. – № 11. – P. 48.

331. COVID-19 in health care workers – A systematic review and meta-analysis / S. Ankit Kumar, V.T. AmrithanandMD, R. Mathew, P. Aggarwal [et al.]. – Текст : непосредственный // The american journal of emergency medicine. – 2020. – Vol. 38, Iss. 9. – P. 1727–1731.

332. Depression-Burnout Overlap in Physicians / W. Wurm, K. Vogel, A. Holl [et al.]. – Текст : непосредственный // Plos one. – 2016. – Vol.11 (3). – article number: e0149913.

333. Describing the emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment symptoms associated with Maslach Burnout Inventory subscale scores in US physicians: an item response theory analysis / K. J. S. Brady, P. Ni, R. C. Sheldrick [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of patient-reported outcomes. – 2020. – Vol.4(1), Iss. 42.

334. Developing institutional infrastructure for physician wellness: qualitative Insights from VA physicians / R. Schwartz, T. D. Shanafelt, C. Gimmler [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC health services research. – 2020. – Vol. 20, Iss. 1.

335. Do challenge stress and hindrance stress affect quality of health care? empirical evidence from China / T. Ma, T. Yang, Y. Guo [et al.]. – Текст : непосредственный // International journal of environmental research and public health. – 2018. – Vol. 15, Iss. 8. – article number 1628.

336. Doctor, how can we help you? Qualitative interview study to identify key interventions to target burnout in hospital doctors / G. Walsh, B. Hayes, Y. Freeney [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC open. – 2019. – Vol. 9, Iss. 9. – article number e030209.

337. Dyrbye, L. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents / L. Dyrbye, T. Shanafelt. – DOI 10.1111/medu.12927. – Текст : электронный // Med educ. – 2016. – Vol. 50, Iss. 1. – P. 132–149.

338. Effectiveness of a multimodal training programme to improve general practitioners' burnout, job satisfaction and psychological well-being / C. Barcons, B. Garcia, C. Sarri [et al.]. – Текст : непосредственный // *Bmc family practice*. – 2019. – Vol. 20, Iss. 1 – article number: 155.

339. Effort–reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany / A. Loerbroks, M. Weigl, J. Li, P. Angerer . – DOI 10.1186/s12889-016-3016-y. – Текст : электронный // *Bmc public health*. – 2016. – Vol. 16, Iss. 1. – article number 342.

340. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: across-sectional study / O. Yuguero, C. Forné, M. Esquerda, J. Pifarré, M. J. Abadías, J. Viñas. – DOI 10.1097/MD.00000000000008030. – Текст : электронный // *Medicine (Baltimore)*. – 2017. – Vol. 96, Iss. 37. – e8030.

341. Erzhenin, R.V. Some approaches to determining the level of the average wages in the health of the Irkutsk region / R. V. Erzhenin. – Текст : непосредственный // *Audit and financial analysis*. – 2020, Iss. 1. – P. 82–91.

342. Evidence relating health care provider burnout and quality of care a systematic review and meta-analysis / Daniel S. Tawfik, Annette Scheid, Jochen Profit [et al.]. – Текст : непосредственный // *Annals of internal medicine*. – 2019. – Vol. 171, Iss. 8. – P. 555.

343. Exploring satisfaction and migration intentions of physicians in three university hospitals in Poland / Katarzyna Dubas-Jakobczyk, Alicja Domagala, Dorota Kiedik [et al.]. – Текст : непосредственный // *International journal of environmental research and public health*. – 2020. – Vol. 17, Iss. 1. – article number: 43.

344. Factors associated with burnout and stress in trainee physicians a systematic review and meta-analysis / A. Y. Zhou, M. Panagioti, A. Esmail [et al.]. – Текст : непосредственный // *Jama network open*. – 2020. – Vol. 3, Iss. 8 – article number: e2013761.

345. Földvári, P. Should less inequality in education lead to a more equal income distribution? / P. Földvári, B. Van Leeuwen. – Текст : непосредственный // *Education economics*. – 2011. – Vol. 19, № 5. – P. 537–554.

346. Fujishiro, K. What does «occupation» represent as an indicator of socioeconomic status?: Exploring occupational prestige and health / K. Fujishiro, J. Xu, F. Gong. – Текст : непосредственный // *Social science & medicine*. – 2010. – № 71. – P. 2100–2107.

347. Gender differences in stress and burnout: department survey of academic family physicians / K. J. Gold, A. L. Kuznia, A. R. Laurie[et al.]. – DOI 10.1007/s11606-020-06287-y. – Текст : электронный // *Journal of general internal medicine*. – 2020. – published online: October 26, 2020.

348. Gregorio, J. Education and income inequality: new evidence from cross-country data. – Текст : непосредственный / J. Gregorio, J.-W. Lee // *Review of income and wealth*. – 2002. – Vol. 48. – № 3. – P. 395–416.

349. Guppy, L. N. A cross-national comparison of occupational prestige scales / L. N. Guppy. – Текст : непосредственный // *The canadian journal of sociology*. – 1984. – Vol. 9, № 1. – P. 69–83.

350. Harolds, Jay A. Quality and safety in healthcare, part liv the need for organizational interventions to prevent burnout / Jay A. Harolds. – Текст : непосредственный // *Clinical nuclear medicine*. – 2020. – Vol. 45, Iss. 1. – P. 46–48.

351. Horn, David J. Burnout and self care for palliative care practitioners / David J. Horn, Catherine Bree Johnston. – Текст : непосредственный // *Medical clinics of North America*. – 2020. – Vol. 104, Iss. 3. – P. 561.

352. Impact of physician workload on burnout in the emergency department / A. G. Watson, J. V. McCoy, J. A. Mathew [et al.]. – Текст : непосредственный // *Psychology Health & Medicine*. – 2019. – Vol. 24, Iss. 4. – P. 414–428.

353. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis / C. P. West, L. N. Dyrbye, P. J. Erwin, T. D. Shanafelt. – DOI 10.1016/S0140-6736(16)31279-X. – Текст : электронный // *Lancet*. – 2016. – Vol. 388, Iss. 10057. – P. 2272–2281.

354. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses an overview of systematic reviews and meta-analyses / X.-J. Zhang, Y. Song, T. Jiang [et al.]. – Текст : непосредственный // *Medicine*. – 2020. – Vol. 99, Iss. 26. – article number: e20992.

355. Kaplan, J. A. Emergency medicine wellness week 2016 to focus on self-care for emergency physicians / J. A. Kaplan, R. A. Manfredi. – Текст : электронный. – URL: <http://www.acepnow.com/article/emergency-medicine-wellness-week-2016-to-focus-on-self-care-for-emergency-physicians/> (дата публикации: 14.01. 2016).

356. Kemper, Kathi J. Physician dissatisfaction and burnout: What does integrative medicine offer to address the psycho-social determinants of physician health? / Kathi J. Kemper. – Текст : непосредственный // *Complementary therapies in medicine*. – 2019. – Vol. 44. – P. 301–302.

357. Klarissa, Siebenhuner Temporal work stressors and satisfaction with work, life and health among health professionals in Switzerland / Siebenhuner Klarissa, Battegay Edouard, Hammig Oliver. – Текст : непосредственный // *Swiss medical weekly*. – 2020. – Vol. 150. – article number: w20175.

358. Krieger, N. Measuring social class in us public health research: concepts, methodologies, and guidelines / N. Krieger, D. R. Williams, N. E. Moss. – Текст : непосредственный // *Annu. Rev. Public Health*. – 1997. – № 18. – P. 341–378.

359. Kumar, S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention / S. Kumar. – Текст : непосредственный // *Healthcare (Basel)*. – 2016. – Vol. 43, Iss. 3. – P. 37.

360. Lee, Seung Eun Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave / Seung Eun Lee, Maura MacPhee, V. Susan Dahinten. – Текст : непосредственный // *Japan journal of nursing science*. – 2020. – Vol. 17, Iss. 1. – article number: UNSP e12263.

361. Lee, Y. Y. Burnout in physicians / Y. Y. Lee, A. R. Medford, A. S. Halim. – DOI 10.4997/JRCPE.2015.203. – Текст : электронный // *J R Coll Physicians Edinb*. – 2015. – Vol. 45, Iss. 2. – P. 104–107.

362. Life satisfaction in Norwegian medical doctors: a 15-year longitudinal study of work-related predictors / J. I. Mahmood, K. S. Grotmol, M. Tesli [et al.]. – Текст : непосредственный // *Bmc health services research*. – 2019. – Vol. 19, Iss. 1. – article number 729.

363. Maslach, C. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry / C. Maslach, M. P. Leiter. – DOI 10.1002/wps.20311. – Текст : электронный // World psychiatry. – 2016. – Vol. 15, Iss. 2. – P. 103–111.

364. Medisauskaite, Asta Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study / Asta Medisauskaite, Caroline Kamau. – Текст : непосредственный // Bmj open. – 2019. – Vol. 9, Iss. 5. – article number: e027362.

365. Muller, Imelda R. Physician Wellness and Practice Sustainability / Imelda R. Muller, Ralph W. Yarnell, Amy S. Odefey. – Текст : непосредственный // International anesthesiology clinics. – 2019. – Vol. 57, Iss. 1. – P. 95–113.

366. Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment / K. Olson, D. Marchalik, H. Farley [et al.]. – Текст : непосредственный // Current problems in pediatric and adolescent health care. – 2019. – Vol. 49 (12). – article number: 100664.

367. Orrelates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis / R. T. Lee, B. Seo, S. Hladkyj, B. L. Lovell, L. Schwartzmann. – Текст : непосредственный // Human resources for health. – 2013. – № 11. – article number: 48.

368. Perspectives on professional burnout and occupational stress among medical oncologists: a cross-sectional survey by korean society for medical oncology (KSMO) / Y.-G. Lee, C. H. Maeng, D. Y. Kim [et al.]. – Текст : непосредственный // Cancer research and treatment. – 2020. – Vol. 52, Iss. 4. – P. 1002–1009.

369. Physician burnout, engagement and career satisfaction in a large academic medical practice / Sandhya K. Rao, Timothy G. Ferris, Michael K. Hidrue [et al.]. – Текст : непосредственный // Clinical medicine & research. – 2020. – Vol. 18, Iss. 1. – P. 3–10.

370. Portugal: health system review / J. Simoes [et al.]. – Текст : непосредственный // Health systems in transition. – 2017 – № 19 (2). – P. 1–184.

371. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review / L. S. Rotenstein, T. Matthew, M. A. Marco, R. S. Rosales, C. Guille, S. Sen, D. A. Mata. – Текст : непосредственный // Jama. – 2018. – Vol. 320, Iss. 11. – P. 1131–1150.

372. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: a systematic literature review / A.-F. Q. Dijxhoorn, L. Brom, van der Linden, M. Yvette [et al.]. – DOI 10.1177/0269216320956825. – Текст : электронный // Palliative medicine. . – 2020. – first published online: october 16, 2020.

373. Professional burnout, work patterns and career satisfaction in medical oncologists in Ireland / Lynda Corrigan, Connor O'Leary, Jeska Kroes [et al.]. – Текст : непосредственный // Irish journal of medical science. – 2020. – Vol. 189, Iss. 2. – P. 711–718.

374. Professional dissonance and burnout in primary care a qualitative study / S. D. Agarwal, E. Pabo, R. Rozenblum [et al.]. – Текст : непосредственный // Jama internal medicine. – 2020. – Vol. 180, Iss. 3. – P. 395–401.

375. Recommended strategies for physician burnout, a well-recognized escalating global crisis among neurologists / U. K. Patel, M. H. Zhang, K. Patel [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of clinical neurology. – 2020. – Vol. 16, Iss. 2. – P. 191–201.

376. Relationship between organizational leadership and health care employee burnout and satisfaction / L. N. Dyrbye, B. Major-Elechi, J. T. Hays [et al.]. – Текст : непосредственный // Mayo clinic proceedings. – 2020. – Vol. 95 (4). – P. 698–700.

377. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study / Nicola McKinley, R. Scott McCain, Liam Convie [et al.]. – Текст : непосредственный // Bmj open. –2020. – Vol. 10, Iss. 1. – article number: e031765.

378. Saks, M. Analyzing the professions: the case for the neo-weberian approach / M. Saks. – Текст : непосредственный // Comparative sociology. – 2010. – Vol. 9. – P. 887–915.

379. Sanchez, L. D. Physician well-being / L. D. Sanchez, R. E. Wolfe. – Текст : непосредственный // Emergency medicine clinics of North America. – 2020. – Vol. 38, Is. 2. – P. 297.

380. Schwartz, J. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: lessons from Taiwan's severe acute respiratory syndrome

response / J. Schwartz, C.-C. King, M.-Y. Yen. – DOI 10.1093/cid/ciaa255. – Текст : электронный // Clin infect dis.– 2020.– Vol. 71, № 15. – P. 858–860.

381. Schwenk, T. L. what does it mean to be a physician? / Thomas L. Schwenk. – Текст : непосредственный // Jama-journal of the american medical association. – 2020. – Vol. 323, Iss. 11. – P. 1037–1038.

382. Tavella, Gabriela Burnout: re-examining its key constructs / Gabriela Tavella, Dusan Hadzi-Pavlovic, Gordon Parker. – Текст : непосредственный // Psychiatry research. – 2020. – Vol. 287. – article number: 112917.

383. Teoh, Kevin R. H. Individual and organizational psychosocial predictors of hospital doctors' work-related well-being: A multilevel and moderation perspective / Kevin R. H. Teoh, Juliet Hassard, Tom Cox. – Текст : непосредственный // Health care management review. –2020. – Vol. 45, Iss. 2. – P. 162–172.

384. The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study / M. Weigl, S. Hornung, P. Angerer [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC health serv res. – 2013. – № 13. – P. 1.

385. The effortreward imbalance questionnaire in Greek: translation, validation and psychometric properties in health professionals / P. Msaouel, N. C. Keramaris, A. P. Apostolopoulos [et al.]. – DOI 10.1539/joh.11-0197-OA. – Текст : электронный // J occup health. – 2012. – № 54. – P. 119–130.

386. The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck and shoulder disorders: a systematic review of longitudinal studies / S. Kraatz, J. Lang, T. Kraus [et al.]. – DOI 10.1007/s0042 0-013-0848-y. – Текст : электронный // Int arch occup environ health. – 2013. – № 86. – P. 375–395.

387. The position-reputation-information (PRI) scale of individual prestige / R. E. W. Berl, A. N. Samarasinghe, F. M. Jordan [et al.]. – Текст : непосредственный // Plos one. – 2020. – Vol. 15, Iss. 6. – article number: e0234428.

388. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review / Carolyn S. Dewa, Desmond Loong, Sarah Bonato [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC open. – Vol. 7, Iss. 6. – article number: e015141 2017.

389. The relationship between primary care physician burnout and patient-reported care experiences: a cross-sectional study / Sukyung Chung, Ellis C. Dillon, Amy E. Meehan [et al.]. – Текст : непосредственный // *Journal of general internal medicine*. – 2020.

390. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review / E. M. Backé, A. Seidler, U. Latza [et al.]. – DOI 10.1007/s00420-011-0643-6. – Текст : электронный // *Int arch occup environ health*. – 2012. – Vol. 85. – P. 67–79.

391. Tsutsumi, A. Effort–reward imbalance and depression among private practice physicians / A. Tsutsumi, S. Kawanami, S. Horie. – DOI 10.1007/s00420-011-0656-1. – Текст : электронный // *Int arch occup environ health*. – 2012. – Vol. 85. – P. 153–161.

392. Ventriglio, A. Suicide among doctors: A narrative review / A. Ventriglio, C. Watson, D. Bhugra. – Текст : непосредственный // *Indian journal of psychiatry*. – 2020. – Vol. 62, Iss. 2. – P. 114–120.

393. Wellness: combating burnout and its consequences in emergency medicine / C. R. Stehman, R. L. Clark, A. Purpura [et al.]. – Текст : непосредственный // *Western journal of emergency medicine*. – 2020. – Vol. 21, Iss. 3. – P. 555–565.

394. West, C. P. Physician burnout: contributors, consequences and solutions / C. P. West, L. N. Dyrbye, T. D. Shanafelt. – Текст : непосредственный // *Journal of internal medicine*. – 2018. – Vol. 283, Iss. 6. – P. 516–529.

395. Williams, E. S. The personal and professional consequences of physician burnout: a systematic review of the literature / E. S. Williams, C. Rathert, S. C. Buttigieg. – Текст : непосредственный // *Medical care research and review*. – 2020. – Vol. 77, Iss. 5. – P. 371–386.

396. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems / J. Siegrist, R. Shackelton, C. Link, L. Marceau, O. von dem Knesebeck, J. McKinlay. – Текст : непосредственный // *Soc Sci Med*. – 2010. – Vol. 71, Iss. 2. – P. 298–304.

397. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians / M. Weigl, A. Schneider, F. Hoffmann, P. Angerer. – DOI 10.1007/s00431-015-2529-1. – Текст : электронный // Eur J Pediatr. – 2015. – Vol. 174, Iss. 9. – P. 1237–1246.

398. Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals-A cross-sectional study / K. A. Peter, S. Hahn, J. M. G. A. Schols [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of clinical nursing. – 2020. – Vol. 29, Iss. 15–16. – P. 3064–3081.

399. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version : 05/2021). – URL: https://icd.who.int/browse_11 (дата обращения: 10.10.2021). – Текст : электронный.

400. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update. 21 September 2020. – URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (дата обращения: 10.10.2021). – Текст : электронный.

401. Xueguang, Z. The institutional logic of occupational prestige ranking: reconceptualization and reanalyses / Z. Xueguang. – Текст : непосредственный // American journal of sociology. – 2005. – Vol. 111, № 1. – P. 90–140.

402. Yates, S. W. Physician stress and burnout / S. W. Yates. – Текст : непосредственный // American journal of medicine. – 2020. – Vol. 133, Iss. 2. – P. 160–164.

403. Zhang, M. Estimation of differential occupational risk of COVID-19 by comparing risk factors with case data by occupational group / M. Zhang – DOI 10.1002/ajim.23199. – Текст : электронный // American journal of industrial medicine. – 2020. – Vol. 64, № 1. – P. 13–19.

404. Zoom : [платформа для организации аудио и видеоконференций]. – URL: <http://zoom.us/download> (дата обращения: 19.02.2020). – Электронная программа : электронная.

Приложение А



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

05.10.2020 № 10-01-26/13771

на № _____

Мероприятия по модернизации здравоохранения предусматривают целевое совершенствование ресурсного обеспечения организаций здравоохранения и, в первую очередь, его кадровой инфраструктуры, являющейся основным фактором в повышении доступности, результативности и качества оказываемой медицинской помощи. Кадровые ресурсы являются основным фактором организации и реформирования системы здравоохранения.

Оптимизация кадровой политики является одной из ключевых задач отечественного здравоохранения. Кадровая политика в системе здравоохранения Российской Федерации формируется и осуществляется на разных уровнях и видах управления этой социальной сферой. Совершенствование кадровой политики современного российского здравоохранения, требует новых методологических подходов к исследованию кадровых процессов и отношений. Выработкой и апробацией научно-обоснованных направлений совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения страны обусловлена актуальность задачи коренного улучшения кадрового обеспечения медицинских организаций как непреложного условия реализации национального проекта «Здоровье».

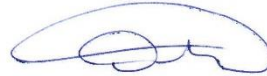
При этом первостепенное внимание обращают сейчас на обеспеченность кадрами в здравоохранении. Именно этим обусловлена необходимость научного обоснования направлений развития кадрового потенциала региона.

Министерство здравоохранения области выражает Вам благодарность за Ваш вклад в развитие кадрового потенциала регионального здравоохранения. Благодаря результатам исследования и предложенных Вами мер нивелирования проблем кадрового кризиса в здравоохранении в последнее время удалось приостановить отток медицинских кадров из медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области. В течение последних 3-х лет обеспеченность врачами и средними медработниками остается практически на одном уровне, причем по основным клиническим специальностям (терапия, педиатрия, хирургия, неонатология, пульмонология, урология, эндокринология, акушерство и гинекология, сердечно-сосудистая хирургия и

др.) обеспеченность врачами в области находится на уровне показателей по Российской Федерации и Приволжского федерального округа. В городской и сельской местностях за последние несколько лет отмечаются позитивные изменения. Благодаря реализации программных мероприятий, обеспеченность врачами здесь увеличилась.

Настоящим письмом сообщаем, что результаты Ваших исследований по проблемам кадрового кризиса в здравоохранении и разработке направлений развития кадрового потенциала Саратовской области, изложенные в учебном пособии «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева, были учтены при формировании дорожной карты «Создание оптимальной модели здравоохранения Саратовской области» на 2020-2021 гг.

**Заместитель министра –
начальник управления
по охране материнства и детства**



Д.А. Грайфер

Приложение Б

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России
В.М. Попков



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ СО
«Красноармейская районная
больница»
Д.В. Баланов



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. **Наименование предложения:** внедрение системы мониторинга качества жизни врачей медицинской организации.

2. **Кем и когда предложено, адрес организации:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Приволжский Федеральный округ, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

Предложение аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Е.П. Ковалева.

3. **Источник информации:** Учебное пособие «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева.

Где и когда внедрено: ГУЗ СО «Красноармейская районная больница», 2020 г.

Автор: аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Е.П. Ковалев

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

М.В. Еругина

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России

**В.М. Попков****УТВЕРЖДАЮ**

Главный врач ООО
«Медицинский Ди
Стационар»

**А.В. Леонов****АКТ ВНЕДРЕНИЯ****РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

1. **Наименование предложения:** внедрение системы мониторинга удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей медицинской организации.

2. **Кем и когда предложено, адрес организации:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Приволжский Федеральный округ, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

Предложение аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Е.П. Ковалева.

3. **Источник информации:** Учебное пособие «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева.

Где и когда внедрено: ООО «Медицинский Ди Стационар», 2020 г.

Автор: аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Е.П. Ковалев

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

М.В. Еругина

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ

им. В.И. Разумовского

Минздрава России



В.М. Попков

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ

«Саратовская городская
поликлиника № 16»

А.С. Тома

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. **Наименование предложения:** внедрение системы мониторинга качества жизни врачей медицинской организации.

2. **Кем и когда предложено, адрес организации:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Приволжский Федеральный округ, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

Предложение аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Е.П. Ковалева.

3. **Источник информации:** Учебное пособие «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева.

Где и когда внедрено: ГУЗ «Саратовская городская поликлиника № 16», 2020 г.

Автор: аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Е.П. Ковалев

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

М.В. Еругина

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России



В.М. Попков

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ

«Энгельская детская
клиническая больница»



М.Д. Черняк

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. **Наименование предложения:** внедрение системы мониторинга удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей медицинской организации.

2. **Кем и когда предложено, адрес организации:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Приволжский Федеральный округ, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

Предложение аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Е.П. Ковалева.

3. **Источник информации:** Учебное пособие «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева.

Где и когда внедрено: ГУЗ «Энгельская детская клиническая больница», 2020 г.

Автор: аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



Е.П. Ковалев

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



М.В. Еругина

«СОГЛАСОВАНО»
Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России

В.М. Попков

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач ГУЗ СО
«Калининская районная больница»

А.С. Софронов

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. **Наименование предложения:** внедрение системы мониторинга удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей медицинской организации.

2. **Кем и когда предложено, адрес организации:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Приволжский Федеральный округ, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

Предложение аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Е.П. Ковалева.

3. **Источник информации:** Учебное пособие «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремшина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева.

Где и когда внедрено: ГУЗ СО «Калининская районная больница», 2020 г.

Автор: аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



Е.П. Ковалев

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



М.В. Еругина

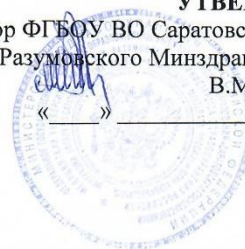
Приложение В

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России

В.М. Попков

«___» _____ 2020



АКТ

**О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
КОВАЛЕВА ЕВГЕНИЯ ПЕТРОВИЧА
«СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КАДРОВОГО КРИЗИСА
И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ
КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА»
В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

1. Наименование кафедры, дисциплины: кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины), дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».

2. Курс, факультет

Институт подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования. Слушатели курсов профессиональной переподготовки специалистов и цикла общего усовершенствования по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

Ординаторы, обучающиеся по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

3. Место и время использования: лекции и практические занятия по темам: «Организация медицинской помощи населению», «Планирование деятельности медицинских организаций».

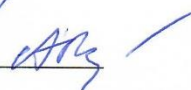
4. Краткая аннотация: Внедрены результаты анализа социальных предикторов кадрового кризиса системы здравоохранения, структурно-профессиональных диспропорций врачебного кадрового ресурса системы здравоохранения Саратовской области; компаративного анализа качества жизни профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении; анализа основных направлений развития кадрового потенциала региональной системы здравоохранения.

5. Форма внедрения:

В материалах лекций, при проведении практических занятий, тренингов по решению практических задач.

Автор: Е.П. Ковалев, аспирант 

Зав. кафедрой: М.В. Еругина, д.м.н., профессор 

Начальник управления обеспечения качества образовательной деятельности: Н.А. Клоктунова, к.с.н. 

Приложение Г

Опросник ВОЗ КЖ-100 [55]

Дата обследования: « _____ » _____ 20 _____ г.

Инструкция /

Дальнейшие вопросы касаются того, что Вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе вопросника мы просим вас оценивать вашу жизнь в ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ.

Например, имея в виду последние две недели, Вы отвечаете на вопрос:

Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?

1	2	3	4	5
совсем не беспокоюсь	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень вашей обеспокоенности здоровьем ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ. Таким образом, вы должны обвести кружком цифру 4, если вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, или цифру 1, если вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье.

Приложения А и Б

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, КАК МНОГО определенных вещей (например, положительных эмоций, таких как счастье или удовольствие) Вы испытали за последние 2 недели. Если Вы испытали их чрезвычайно много, то обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «предельно много» в шкале, следующей после вопроса. Если Вы совсем не испытывали этих вещей, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «предельно много», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.2 Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F1.3 Насколько вам трудно справиться с болью или дискомфортом?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F1.4 В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F2.2 Насколько легко вы утомляемы?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F2.4 Насколько сильно вас беспокоит усталость?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F3.2 Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F3.4 Как сильно вас беспокоят проблемы сна?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.1 Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.3 Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.4 Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?

1	2	3	4	5
совсем не испытываю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F5.3 Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?

1	2	3	4	5
совсем не могу	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F6.1 Насколько высоко Вы цените себя?

1	2	3	4	5
совсем низко	относительно низко	средне	относительно высоко	предельно высоко

F6.2 Насколько вы уверены в себе?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F7.2 Чувствуете ли вы себя подавленным из-за того, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F7.3 Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы у вас чувство дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F8.2 Насколько обеспокоенным вы себя чувствуете?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.3 Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.4 Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F10.2 Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F10.4 Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.2 Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.3 Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.4 Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F13.1 Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.2 В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.4 Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F16.1 Насколько безопасно вы себя чувствуете в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.2 Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.3 Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F17.1 Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F17.4 Насколько вам нравится жить там, где вы живете?

1	2	3	4	5
совсем не нравится	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F18.2 Есть ли у вас финансовые трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F18.4 В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F19.1 Насколько легко вы можете получать качественную медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F21.3 В какой мере вы получаете наслаждение от проведения своего свободного времени?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F22.1 Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F22.2 В какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F23.2 Много ли у вас проблем с транспортом?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F23.4 Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем не ограничивают	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ПОЛНО вы испытываете или чувствуете себя способным делать определенные вещи в последние 2 недели, например, свои повседневные дела, такие как умывание, одевание или еда. Если вы были способны в полной мере осуществлять их, то обведите кружком номер, соответствующий утверждению «да, вполне». Если вы совсем не были способны делать их, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «да, вполне», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Помните, что все вопросы относятся к последним двум неделям.

F2.1 Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно
------------	----------------------------	-----------	--------------------------	----------------------

F7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F10.1 В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F11.1 Насколько вы зависите от лекарств?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, полностью

F14.1 Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F14.2 В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F17.2 Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F18.1 Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F20.1 Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F20.2 В какой мере вы обладаете возможностями получать информацию, в которой чувствуете необходимость?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.1 Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.2 Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F23.1 Обеспечены ли вы необходимыми вам транспортными средствами?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕННЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ вы были в последние две недели различными аспектами своей жизни, например, своей семейной жизнью или той энергией, которой вы обладаете. Решите, в какой степени вы удовлетворены каждым из аспектов вашей жизни, и обведите кружком тот номер, который лучше всего подходит к тому, что вы чувствуете. Вопросы относятся к последним двум неделям.

G2 Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G3 В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G4 Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F2.3 Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F3.3 Насколько вы удовлетворены своим сном?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.3 Насколько вы удовлетворены собой?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.4 Насколько вы удовлетворены своими способностями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F7.4 Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F10.3 Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять свои повседневные дела?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.3 Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F15.3 Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.3 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от членов семьи?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.4 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от друзей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F16.4 Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F17.3 Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F18.3 Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.3 Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.4 Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.3 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.4 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F21.4 Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.3 Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.4 Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F23.3 Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.2 Чувствуете ли вы себя счастливым от общения с членами своей семьи?

1	2	3	4	5
очень несчастлив	в основном несчастлив	ни да, ни нет	в основном счастлив	вполне счастлив

G1 Как вы оцениваете свое качество жизни?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

F15.1 Как вы оцениваете вашу сексуальную жизнь?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	Очень высоко

F3.1 Как хорошо вы спите?

1	2	3	4	5
очень плохо	в основном плохо	ни плохо, ни хорошо	в основном хорошо	Очень хорошо

F5.1 Как вы оцениваете свою память?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	Очень высоко

F19.2 Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

Следующие вопросы определяют, КАК ЧАСТО вы испытываете определенные вещи, например, поддержку со стороны семьи или друзей, или негативные вещи, такие как чувство небезопасности. Если вы не испытывали их совсем в течение последних двух недель, выберите ответ «никогда». Если испытывали, решите, насколько часто это было, и выберите соответствующий номер. Так, например, если в течение последних двух недель вы все время испытывали боль, то выберите номер, соответствующий ответу «всегда», и обведите его. Все вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.1 Как часто вы испытываете боль?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда
---------	----------------	-----------------------	-------------------	--------

F4.2 Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F8.1 Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

Следующие ниже вопросы относятся к той РАБОТЕ, которую вы выполняете. Слово «работа» здесь означает любую важную деятельность, которой вы занимаетесь, иначе говоря, ваше основное занятие. Это включает добровольную работу, дневное обучение, заботу о доме, уход за детьми, оплачиваемую или неоплачиваемую работу. Таким образом, «работа» здесь означает ту деятельность, которая, по вашим ощущениям, отнимает большую часть вашего времени и энергии. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F12.1 Можете ли вы работать?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном не могу	когда как	в основном могу	да, вполне

F12.2 Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F12.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F12.3 Как вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низкая	в основном низкая	средняя	в основном высокая	очень высокая

Следующие несколько вопросов спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ СПОСОБНЫ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ (например, в пределах своей квартиры, или своего дома, или вокруг дома во дворе их п.) в последние две недели. Это относится к вашей физической способности перемещать свое тело так, что это позволяет вам делать то, что вы хотите делать, а также то, что вам необходимо делать.

F9.1 Как хорошо вы способны передвигаться?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F9.3 Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.4 Насколько сильно трудности при передвижении влияют на характер вашей жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Следующие вопросы связаны с ВАШИМИ ЛИЧНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ и тем, как они влияют на вашу жизнь. Эти вопросы относятся к религии, духовности или любым другим убеждениям, которых вы можете придерживаться. Эти вопросы также относятся к последним двум неделям.

F24.1 Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.2 В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?

1	2	3	4	5
совсем не чувствую	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.3 Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.4 Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ВАЖНЫ для вас различные аспекты вашей жизни. Мы спрашиваем, что вы думаете о том, как сильно они влияют на качество вашей жизни. Например, один вопрос – о том, насколько важен для вас сон. Если сон не важен для вас, обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «не важно». Если сон «весьма важен» для вас, но не является «предельно важным», вам надо обвести номер, соответствующий утверждению «весьма важно». В отличие от предыдущих вопросов, эти вопросы относятся НЕ ТОЛЬКО к последним двум неделям.

ImpG.1 Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpG.2 Насколько важно для вас ваше здоровье?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpI.1 Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp2.1 Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp3.1 Насколько важен для вас сон, приносящий отдых?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
----------	------------	-------	--------------	-----------------

Imp4.1 Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.2 Насколько важно для вас ощущать удовольствие?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.3 Насколько важно для вас ощущать надежду?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.1 Насколько важна для вас способность усваивать и помнить важную информацию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.2 Насколько важна для вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.3 Насколько для вас важна способность к концентрации внимания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp6.1 Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp7.1 Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp8.1 Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т.п.)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp9.1 Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp10.1 Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи и т.п.)

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp11.1 Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
----------	------------	-------	--------------	-----------------

Imp12.1 Насколько важна для вас ваша способность работать?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 13.1 Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 14.1 Насколько важна для вас поддержка окружающих?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 15.1 Насколько важна для вас ваша сексуальная жизнь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 16.1 Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 17.1 Насколько важны для вас домашние условия?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp1 8.1 Насколько важны для вас ваши финансовые ресурсы?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.1 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.2 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.1 Насколько важна для вас возможность получать новую информацию или знания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.2 Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp21.1 Насколько важен для вас отдых или досуг?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
----------	------------	-------	--------------	-----------------

Imp22.1 Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp23.1 Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp24.1 Насколько важны для вас ваши личные убеждения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Информация о Вас

POI * Пожалуйста, укажите ваш пол (обведите нужный номер справа)

- мужской – 1
- женский – 2

V0ZR1 * Когда Вы родились? ____/____/____
(ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД)

V0ZR2 * Вам на сегодня _____ полных лет

0BR2 * Уровень Вашего образования (обведите нужное):

- неоконченное среднее (менее 11 кл.)1
- среднее (10-11 кл.).....2
- среднее специальное (закончил техникум, колледж)3
- незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза)4
- высшее.....5

SEMP1 * Ваше семейное положение в настоящее время (обведите нужное):

- Замужем/женат.....1
- Не замужем/не женат.....2
- состою в незарегистрированном браке3
- разъехался(лась) с супругом(ой).....4
- вдова/вдовец.....5

PROF Ваша профессия (основной род занятий) в настоящее время: ____

DEN Учитывая все источники дохода, каков в среднем Ваш ежемесячный доход?

_____ руб.

CHILD Есть ли у Вас дети?

- нет1
- да, один ребенок2
- двое детей.....3
- трое детей или более4

G1.2 Ваше здоровье?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном хорошее	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	очень хорошее

ZD0R1 Больны ли Вы в настоящий момент? (обведите нужное)

- нет–1
- да–2

ZD0R2 Если ДА, то чем именно? (пожалуйста, напишите):

IN V1 Есть ли у Вас инвалидность? (обведите нужное)

нет–1

да–2

1NV2 Если ДА, то какой группы? (напишите) _____

Внимание, вопрос для всех

BOL3 Пожалуйста, укажите, какое лечение Вы получали в последние две недели:

- стационарное (в режиме круглосуточного стационара, с отпуском по выходным дням либо без отпуска)1
- лечение в режиме дневного стационара, то есть проводил в стационаре только дневное время (не менее 4 дней в неделю).....2
- лечение с режимом частичной госпитализации, т.е. посещал стационар не более 3 дней в неделю)3
- я проводил в стационаре только вечер и ночь (не менее 4 раз в неделю).....4
- я получал амбулаторное лечение (включая любое из следующего: посещение или телефонная консультация с врачом, прием прописанных врачом медикаментов, выполнение рекомендованных врачом процедур, таких как массаж, инъекции, физиотерапия и т. п.).....5
- я чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения.....6
- я здоров и не получал никакого лечения.....7
- я получал только альтернативное лечение (у специалистов по нетрадиционной медицине или у лиц, не имеющих обычного медицинского образования, таких как экстрасенсы, знахари и т. п.)8

БЛАГОДАРИМ ЗА ПОМОЩЬ!

Приложение Д
Анкета для опроса врачей

Уважаемый коллега!

Мы просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы нашей анкеты.

I. Общая часть

1. Пол

- мужской
- женский

2. Возраст

3. Общий трудовой стаж

4. Врачебная специальность, по которой Вы работаете

5. Стаж работы по специальности

6. Есть ли у Вас дополнительные специализации

7. Должность в медицинской организации

8. Стаж работы в занимаемой должности

9. Квалификационная категория

- высшая
- первая
- вторая
- не имею

10. Учёная степень

- кандидат медицинских наук
- доктор медицинских наук
- нет степени

11. Медицинская организация, в которой Вы работаете:

- государственная
- муниципальная
- негосударственная

- городская
- сельская

- стационар
- поликлиника (амбулатория)

II. Специальная часть

12. Насколько получаемая Вами зарплата соответствует уровню жизни в настоящее время

- зарплата не хватает на питание
- зарплата хватает только на питание и самые необходимые вещи
- на зарплату редко, но возможно купить позволить купить дорогие вещи (например, из бытовой техники)
- зарплата хватает на всё, кроме дорогих покупок, как квартира, машина и др.
- затрудняюсь ответить

13. Уровень дохода на каждого члена семьи _____/тыс.руб.

14. Состав семьи _____/чел.

15. Количество несовершеннолетних детей _____/чел.

16. Каковы жилищные условия Вашей семьи

- имеем собственную квартиру, дом
- снимаем квартиру, дом
- живём в общежитии
- живём у родственников
- другое

17. Перед Вами лестница из 7 ступеней. На какую ступень по уровню врачебного профессионализма Вы себя ставите

1	2	3	4	5	6	7
Начинающие врачи						Врачи высокого профессионализма

18. По Вашему мнению, сколько сегодня должен получать врач Вашей квалификации

_____ руб.

19. Зарплата по основному месту работы не всегда удовлетворяет Вас и приходится искать дополнительные заработки

- да
- нет
- отказ от ответа

20. В чем состояли дополнительные заработки в последние месяцы

- дополнительная ставка врача в своей МО
- работа в качестве врача в частной МО
- частная лицензированная практика
- частная нелицензированная практика
- распространение лекарств различных фармацевтических компаний

другое

21. С каким чувством Вы ходите на работу

- с радостью
 ни радости, ни огорчения
 когда как
 без удовольствия
 затрудняюсь ответить

22. Если бы у Вас была возможность вновь выбрать профессию, кем бы Вы стали (один ответ)

- врачом, по той же специальности
 врачом, но с другой специализацией
 стал бы.....
 затрудняюсь ответить

23. Перед Вами таблица, позволяющая оценить, насколько Вы удовлетворены различными аспектами жизни

	1 (минимальная оценка)	2	3	4	5 (максимальная оценка)
Довольны ли Вы своим финансовым положением					
Довольны ли Вы своим здоровьем					
Довольны ли Вы своими жилищными условиями					
Довольны ли Вы своим семейным положением					
Довольны ли Вы своей работой					
Довольны ли Вы своей жизнью в целом					

Благодарим Вас!

Приложение Е

В рамках социологического исследования «Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения» (по результатам проведения экспертной фокус-группы) был использован в качестве инструмента сценарий (гайд) фокус-группового исследования:

ГАЙД ФОКУС-ГРУППЫ

«Кадровый кризис, релевантный профессиональной группе врачей, и возможности его преодоления в региональной системе здравоохранения»

ЗНАКОМСТВО, описание цели и задач группы.

ВВОДНЫЕ ВОПРОСЫ: Кадровый кризис является одной из наиболее острых проблем системы здравоохранения в России. В последние годы проблема дефицита квалифицированных кадров в здравоохранении региона нарастает в связи с миграцией медицинских кадров и выходом на пенсию по достижении пенсионного возраста. Какие тенденции кадрового кризиса, на Ваш взгляд, в настоящее время фиксируются в региональной системе здравоохранения? Опишите, в чем это проявляется? Характерны ли отмеченные тенденции для российского здравоохранения в целом? Соответствуют ли диспропорции в распределении медицинских кадров в регионе российским и мировым тенденциям? С чем это связано?

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ:

Какие перспективы совершенствования врачебного кадрового потенциала здравоохранения региона Вы видите?

Какие ключевые проблемы Вы могли бы обозначить? Связан ли кадровый кризис в региональном здравоохранении с проблемой профессиональной подготовки молодых специалистов? Каким образом можно решить проблему дефицита врачебных кадров? Каковы, по Вашему мнению, перспективы решения проблем трудоустройства выпускников медицинского университета, профилактики их ухода из профессии?

Какие направления совершенствования кадрового потенциала в регионе представляются Вам наиболее важными? Почему? Какие организационные меры могут этому способствовать?

По Вашему мнению, будет ли способствовать совершенствованию кадрового потенциала в регионе восстановление института наставничества? Как Вы думаете, в связи с чем опытные специалисты отказываются выступать в роли наставников молодых коллег?

Что, на Ваш взгляд, препятствует формированию привлекательной профессиональной среды в медицинских организациях региона? Какие шаги необходимо предпринимать для этого? Какие организационные решения могли бы быть наиболее эффективными?

Какие решения, по Вашему мнению, необходимо принять для возвращения выпускников медицинского университета в районное здравоохранение? Насколько эффективным может быть сопровождение студентов, обучающихся в медицинском университете по целевому направлению, и контроль за их обучением и прохождением практики? Насколько эффективна, на Ваш взгляд, может быть практика привлечения врачей старшего возраста из больниц областного центра?

Какие направления минимизации профессиональных рисков в здравоохранении представляются Вам наиболее значимыми? Будет ли способствовать минимизации профессиональных рисков повышение уровня профессионализма врачей? В чем это будет проявляться, на Ваш взгляд?

Какие факторы, по Вашему мнению, определяют решение проблемы защищенности врачей в медицинских организациях? Какие шаги необходимо предпринимать для этого?

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ: перевод и активация обсуждения в ракурсе обсуждения «случаев из практики, из жизни», разговор об особенностях и возможных вариантах преодоления кадрового кризиса региональной системы здравоохранения.

Завершение обсуждения модератором, снижение эмоциональной окраски дискуссии; благодарность участникам, прощание.

Приложение Ж

Анкета для опроса врачей³

Уважаемый коллега!

Мы просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы нашей анкеты.

II. Специальная часть

1. Как Вы считаете, есть ли кадровый кризис в региональной системе здравоохранения?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

2. Какие признаки кадрового кризиса Вы наблюдаете? (несколько вариантов ответа)

- дефицит врачей
- снижение престижа профессии
- низкая доступность бесплатной медицинской помощи
- высокая стоимость лечения (медицинской помощи)
- низкий уровень оплаты труда
- отсутствие притока молодых специалистов
- плохое отношение общества к врачам
- низкая квалификация врачей
- профессиональное выгорание специалистов
- другое – укажите, что именно

3. Какие направления в повышении уровня жизни врачей Вы считаете эффективными? (несколько вариантов ответа)

- совершенствование системы оплаты труда
- повышение базовых окладов
- формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат
- научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки
- другое – укажите, что именно

4. Что включает формирование привлекательной для врачей профессиональной среды? (несколько вариантов ответа)

- оснащение медицинских организаций современным оборудованием
- оснащение рабочего места скоростным интернетом, справочными медицинскими программами
- развитие телемедицинских технологий
- своевременное предоставление очередного и дополнительного отпусков
- психологическое консультирование и сопровождение врачей с целью профилактики профессионального стресса и выгорания
- организация наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
- другое – укажите, что именно

³ Общая часть анкеты представлена в Приложении 5

5. Какие практики позволят минимизировать риски профессиональной деятельности? (несколько вариантов ответа)

- вовлечение врачей в профессиональные ассоциации
- юридическое сопровождение профессиональной деятельности
- повышение квалификации
- психологическое консультирование
- другое – укажите, что именно

6. Какие из предложенного комплекса мероприятий Вы считаете наиболее эффективными для преодоления кадрового кризиса? (несколько вариантов ответа)

- целевая подготовка специалистов для регионального здравоохранения
- повышение уровня оплаты труда в зависимости от роста квалификации врача
- формирование привлекательной для врачей профессиональной среды
- внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности
- внедрение наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
- преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении
- профориентационная работа с будущими врачами, начиная со школьной скамьи
- научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки
- другое – укажите, что именно

Благодарим Вас!