

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Мажаров Виктор Николаевич

**Управление кадровой политикой здравоохранения субъекта
Российской Федерации на основе современных информационных технологий**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Решетников Владимир Анатольевич

Ставрополь – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	21
1.1. Роль кадровых ресурсов для системы здравоохранения и подходы к обеспечению медицинскими кадрами населения в современных условиях.....	21
1.2. Проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации на федеральном и региональном уровнях.....	30
1.3. Подготовка медицинских кадров, как инструмент решения проблемы кадрового дефицита в здравоохранении.....	43
1.4. Подходы к реализации кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта Российской Федерации.....	51
1.5. Использование цифровых технологий для решения проблемы кадрового дефицита в здравоохранении.....	58
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	64
2.1. Организация исследования.....	64
2.2. Статистическая обработка данных.....	83
2.3. Характеристика территории и базы исследования.....	86
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КАДРАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В 2009-2022 гг.....	93
3.1. Анализ показателей рождаемости и смертности населения Ставропольского края в 2009-2022 гг.....	93
3.2. Анализ показателей миграции населения Ставропольского края в 2009-2022 гг.....	106
3.3. Анализ показателей заболеваемости и инвалидности населения Ставропольского края в 2009-2022 гг.....	109

3.4. Анализ показателей кадрового обеспечения системы здравоохранения Ставропольского края в 2009-2022 гг.....	125
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ОБУЧАЮЩИМИСЯ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗАКРЕПЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ.....	141
4.1. Проблема закрепления медицинских кадров на региональном уровне и пути ее решения.....	141
4.2. Опрос студентов и ординаторов Ставропольского государственного медицинского университета о мерах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения.....	148
ГЛАВА 5. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕР ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	179
ГЛАВА 6. ОЦЕНКА КЛЮЧЕВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИДЕРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	199
6.1. Результаты опроса студентов о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.....	199
6.2. Результаты опроса экспертов о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.....	206
6.3. Сравнительный анализ результатов опросов студентов и экспертов-руководителей о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.....	211
ГЛАВА 7. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ.....	220
7.1. Нормативное правовое обеспечение кадровой политики здравоохранения Ставропольского края.....	220
7.2. Организация профориентационной деятельности для обеспечения системы здравоохранения Ставропольского края медицинскими кадрами.....	226

7.3. Модернизация дополнительного профессионального образования в аспекте подготовки квалифицированных врачебных кадров.....	237
7.4. Система содействия трудоустройству выпускников университета.....	241
ГЛАВА 8. ЦИФРОВАЯ ЭКОСИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	253
8.1. Цифровые инструменты рекрутинга медицинских работников как перспективное направление кадровой политики здравоохранения субъекта Российской Федерации.....	253
8.2. Архитектура и функционал карьерного портала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.....	256
8.3. Комплексная оценка эффективности отраслевой экосистемы на примере карьерного портала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в сравнении с существующими цифровыми платформами для трудоустройства.....	265
8.4. Ожидаемые эффекты от внедрения карьерного портала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.....	272
ГЛАВА 9. ФОРМИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	280
9.1. Модель совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае.....	280

9.2. Анализ эффективности модели, направленной на ликвидацию кадрового дефицита врачей в медицинских организациях региона.....	288
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	297
ВЫВОДЫ.....	320
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	328
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	330
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	331
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	378
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	388
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	399
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	409
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	415
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	421
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	425
ПРИЛОЖЕНИЕ И.....	426
ПРИЛОЖЕНИЕ К.....	427
ПРИЛОЖЕНИЕ Л.....	428
ПРИЛОЖЕНИЕ М.....	429
ПРИЛОЖЕНИЕ Н.....	430

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Кадровый потенциал системы здравоохранения является одним из ключевых факторов, определяющих эффективность функционирования отрасли, доступность и качество медицинской помощи населению. Медицинские работники представляют собой наиболее ценный ресурс системы здравоохранения, поскольку именно уровень их профессиональной подготовки, мотивации и распределения по территории напрямую влияет на результаты деятельности медицинских организаций и состояние общественного здоровья [20, 91, 133, 175, 219, 267, 381, 386].

Несмотря на значительное количество научных исследований, посвященных проблемам кадрового обеспечения здравоохранения, в данной сфере сохраняется ряд системных проблем. К числу наиболее значимых относятся дефицит медицинских работников, диспропорции в структуре медицинских специальностей, территориальная неравномерность распределения кадров, а также проблемы, связанные с условиями труда, уровнем его оплаты, социальной защищенностью и профессиональной мотивацией медицинских работников [98, 141, 280, 304].

Особенно остро кадровая проблема проявляется в малых городах и сельских территориях, где наблюдается выраженный дефицит медицинских специалистов. Причинами этого выступают более низкий уровень заработной платы, ограниченные возможности профессионального развития, недостаточно развитая социальная инфраструктура и отсутствие комфортных условий проживания для молодых специалистов [11, 182, 190, 234, 358, 376].

Дополнительным фактором, усугубляющим кадровый дефицит, является отток молодых специалистов из системы здравоохранения. Исследования показывают, что значительная доля выпускников медицинских образовательных организаций либо не планирует работать по полученной специальности, либо

предпочитает трудоустройство вне практического здравоохранения. Сложившаяся ситуация также характеризуется возрастными особенностями кадрового состава. В ряде регионов средний возраст медицинских работников превышает 45 лет, что свидетельствует о постепенном старении кадров и необходимости системного обновления кадрового состава отрасли [58, 215, 257, 315].

В современных условиях одним из ключевых направлений развития отрасли становится совершенствование кадровой политики здравоохранения. Кадровая политика реализуется на различных уровнях управления – федеральном, региональном и уровне отдельных медицинских организаций – и направлена на обеспечение оптимального воспроизводства кадров, повышение эффективности использования трудовых ресурсов и создание условий для профессионального развития медицинских работников [178, 206, 224, 236, 287].

На государственном уровне реализуется комплекс мер, направленных на привлечение и закрепление медицинских специалистов, включая программы социальной поддержки, повышение уровня оплаты труда, предоставление льготных ипотечных кредитов, развитие программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Однако для достижения устойчивого решения кадровых проблем требуется комплексный подход, включающий не только экономические стимулы, но и совершенствование организационных механизмов управления кадровыми ресурсами, развитие медицинского образования, повышение эффективности профориентационной работы и внедрение современных информационно-коммуникационных технологий [108, 124, 144, 295, 296].

Особую роль в современных условиях играют цифровые решения в сфере управления кадровыми ресурсами. Использование специализированных информационных платформ и цифровых сервисов может существенно повысить эффективность процессов поиска, отбора и распределения медицинских кадров, сократить временные и организационные затраты и повысить прозрачность кадровых процессов. Однако существующие цифровые инструменты зачастую недостаточно учитывают региональные особенности рынка труда и специфику кадровых потребностей конкретных территорий [19, 30, 51, 203, 276, 281].

В этой связи актуальным направлением научных исследований становится разработка и внедрение современных методов управления кадровым потенциалом здравоохранения, основанных на комплексном анализе кадровых процессов, учете региональной специфики, использовании современных цифровых технологий и создании эффективных подходов к формированию и развитию кадровых ресурсов системы здравоохранения.

Степень разработанности темы исследования

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения, формирования и развития кадрового потенциала отрасли на протяжении последних лет находятся в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей. В научной литературе широко представлены работы, посвященные обеспеченности системы здравоохранения врачами и средним медицинским персоналом, кадровому дефициту, территориальным диспропорциям распределения специалистов, вопросам подготовки, трудоустройства, закрепления и профессиональной мотивации медицинских работников [20, 81, 91, 152, 181, 226, 232, 338, 339, 369].

Значительный массив исследований посвящен вопросам кадровой политики и кадрового планирования в здравоохранении. В этих работах рассматриваются проблемы прогнозирования потребности в медицинских кадрах, отраслевого и регионального управления кадровыми ресурсами, механизмы совершенствования кадровой политики в системе здравоохранения [38, 49, 72, 87, 201, 222, 228, 297, 302]. Отдельные авторы уделяют внимание вопросам социальной поддержки медицинских работников и оценке эффективности стимулирующих мер, направленных на привлечение и закрепление кадров, прежде всего в сельских и отдаленных территориях [54, 108, 241, 260].

Существенное место в литературе занимают исследования, посвященные подготовке медицинских кадров, качеству медицинского образования, развитию профессиональных компетенций, лидерства, вопросам наставничества, адаптации выпускников и профессионального становления молодых специалистов [5, 40,

88, 102, 123, 142, 159, 166, 219].

Наряду с этим в научной литературе представлены исследования, посвященные трудовой мотивации медицинских работников, их удовлетворенности профессиональной деятельностью, социальному статусу, психологическим аспектам труда и факторам профессиональной устойчивости [62, 141, 147, 208, 262, 307].

В ряде исследований предприняты попытки комплексной оценки кадрового обеспечения здравоохранения на основе сочетания статистических, аналитических, социологических и экспертных методов. Особого внимания заслуживают работы, в которых предлагаются интегральные и индексные подходы к оценке кадрового обеспечения на региональном уровне, позволяющие более полно охарактеризовать состояние кадровых ресурсов отрасли и выявить проблемные зоны в их формировании и использовании [84, 194, 206, 238, 291].

В имеющихся исследованиях часто анализируются отдельные аспекты кадровой проблемы – обеспеченность кадрами, подготовка специалистов, меры социальной поддержки, мотивация, профессиональная адаптация или трудоустройство выпускников. Однако значительно реже встречаются комплексные исследования, объединяющие вопросы формирования кадрового потенциала на всех этапах профессиональной траектории: от профессиональной ориентации и выбора профессии до подготовки, адаптации, трудоустройства и закрепления специалистов в системе здравоохранения.

Кроме того, в литературе отмечается недостаток исследований, ориентированных на разработку научно обоснованных подходов к управлению кадровым потенциалом на уровне конкретного субъекта Российской Федерации с учетом его демографических, территориальных, социально-экономических и организационных особенностей. Недостаточно полно раскрыты вопросы комплексного анализа подготовки, трудоустройства, движения, мотивации и закрепления медицинских кадров в региональном здравоохранении, а также применения современных организационных и цифровых решений в кадровой политике.

Таким образом, существующие научные труды формируют значительную теоретическую базу по проблемам кадрового обеспечения здравоохранения, однако сохраняется потребность в дальнейших комплексных исследованиях, направленных на изучение факторов формирования кадрового потенциала, мотивации и закрепления медицинских кадров. Существует необходимость разработки современных научно-методологических подходов к совершенствованию системы кадрового обеспечения здравоохранения на региональном уровне.

Диссертационная работа выполнена в рамках тематики НИР Ставропольского ГМУ «Научно-организационные аспекты мониторинга и оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне» (регистрационный номер НИОКТР 122090500063-0).

Цель и задачи исследования

Цель исследования – Научное обоснование совершенствования кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации, с учетом потребности региона в медицинских кадрах на основе использования возможностей медицинского университета с применением современных информационных технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить современные проблемы обеспечения медицинскими кадрами регионального здравоохранения в Российской Федерации на основе анализа нормативных документов, отечественных и зарубежных литературных источников.
2. Провести анализ динамики состояния здоровья населения региона, медико-демографических показателей и обеспеченности медицинскими кадрами Ставропольского края в 2009-2022 гг.
3. Провести сравнительный анализ мнений работодателей, ординаторов и выпускников специалитета медицинского университета о факторах, влияющих на

закрепление врачебных кадров в медицинских организациях Ставропольского края и мерах социальной поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения.

4. Провести сравнительный анализ результатов опросов студентов и экспертов-руководителей о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.

5. Разработать и внедрить цифровую экосистему управления кадровым потенциалом здравоохранения на базе медицинского университета как инструмент кадрового обеспечения региона.

6. Разработать и внедрить модель совершенствования организационных и правовых мероприятий в рамках проекта «вуз-регион» по обеспечению медицинскими кадрами Ставропольского края с использованием потенциала медицинского университета.

7. Оценить эффективность предлагаемой модели совершенствования обеспечения здравоохранения Ставропольского края медицинскими кадрами.

Научная новизна

Анализ медико-демографических показателей, показателей заболеваемости населения Ставропольского края и обеспеченности кадрами за период 2009-2022 гг. позволил выявить ряд негативных тенденций, которые определили необходимость разработки и внедрения мер, направленных на преодоление кадрового дефицита медицинских работников и повышения эффективности системы здравоохранения региона в развитии кадрового потенциала.

На основе компаративного анализа мнений руководителей медицинских организаций, ординаторов и выпускников университета выявлены факторы, влияющие на закрепление кадров в медицинских организациях региона и мерах социальной поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения.

Был проведен сравнительный анализ результатов двух проведенных опросов потенциальных и состоявшихся лидеров здравоохранения (студентов и

экспертов-руководителей) о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.

Разработана и внедрена цифровая экосистема управления кадровым потенциалом здравоохранения на базе медицинского университета как инструмент кадрового обеспечения региона.

Проведен критический анализ нормативных правовых документов регионального уровня, результаты которого свидетельствуют о необходимости как расширения мер социальной поддержки медицинских работников, особенно работающих в сельской местности, так и усиления участия регионов в решении кадровых проблем здравоохранения на основе разработки собственных нормативных правовых актов (НПА).

Разработана и внедрена модель совершенствования организационных и правовых мероприятий в рамках проекта «вуз-регион» по обеспечению медицинскими кадрами Ставропольского края с использованием потенциала медицинского университета.

Законодательно разработаны и реализованы региональные дополнительные меры социальных гарантий для молодых специалистов в сфере здравоохранения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Предложенные методические подходы социологического исследования позволяют изучить возможности управления факторами, влияющими на закрепление врачебных кадров в медицинских организациях региона Российской Федерации.

Установлено, что решение проблемы обеспечения регионального здравоохранения медицинскими кадрами, формирование приверженности к работе будущих врачей и молодых специалистов, закрепление врачебных кадров в системе здравоохранения субъекта Российской Федерации, особенно в системе первичной медико-санитарной помощи сельских территорий и малых по численности населения городов, в значительной степени определяется

направляющей ролью организаций высшего медицинского образования в профориентационной деятельности и активным участием в ее реализации на всех этапах обучения.

Материалы исследования могут быть использованы при реализации рабочей программы подготовки студентов в школе мастерства, позволяющей формировать и развивать у обучаемых лидерские качества: «Совершенствование подготовки студентов по лидерству».

Предложена для практического использования технология информационного обеспечения, позволяющая осуществлять мониторинг и целенаправленные корректирующие действия в отношении кадровой политики в сфере здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации.

Полученные данные могут быть использованы для решения практических задач по формированию кадровой политики субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, с учетом специфических особенностей состояния здоровья населения, его динамики, территориальных, социальных, экономических изменений, а также организации медицинской помощи.

В практике образовательных организаций высшего и дополнительного медицинского образования при осуществлении профессиональной переподготовки и повышения квалификации руководителей здравоохранения предложено использовать как результаты проведенного исследования организационно-правового обеспечения территории медицинскими кадрами на основе информационного сопровождения проводимой кадровой политики в субъекте Российской Федерации, так и разработанной организационно-управленческий инструментарий его совершенствования.

Предложены меры социальных гарантий для молодых специалистов здравоохранения, включающие региональный компонент субъекта Российской Федерации.

Представлена и внедрена в рамках проекта «вуз-регион» организационно-управленческая модель взаимодействия органов исполнительной власти, законодательной власти и образовательных организаций высшего медицинского

образования субъекта Российской Федерации, способствующая закреплению медицинских кадров в отрасли.

Методология и методы исследования

Теоретическую базу исследования составили отечественные и зарубежные научные публикации, посвящённые вопросам кадрового обеспечения системы здравоохранения, формирования и развития кадрового потенциала отрасли, профессиональной ориентации, подготовки, трудоустройства и закрепления медицинских работников, а также нормативные правовые акты Российской Федерации и Ставропольского края, регулирующие кадровую политику в сфере здравоохранения.

Методологической основой исследования выступила методика комплексного медико-социального исследования. В ходе работы применялся комплекс взаимодополняющих методов, включающий аналитический, статистический, социологический методы, а также метод экспертных оценок.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием современных методов описательной и аналитической статистики. Количественные и качественные показатели анализировались с применением относительных и средних величин, а также методов оценки статистической значимости межгрупповых различий.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием лицензионного программного обеспечения Microsoft Office 2023 (Microsoft Corp., США) и IBM SPSS Statistics 26.0.

Положения, выносимые на защиту

1. Преодоление проблем кадрового обеспечения здравоохранения в субъектах Российской Федерации возможно посредством разработки и

реализации научно обоснованных механизмов кадровой политики, учитывающих региональную специфику. Реализация указанных направлений во многом обеспечивается деятельностью образовательных организаций высшего медицинского образования в сфере подготовки медицинских кадров. Элементами эффективной кадровой политики на региональном уровне являются: разработка и внедрение мер финансового стимулирования с целью привлечения специалистов в районы, испытывающие потребность в медицинских кадрах; увеличение целевого набора в образовательные организации студентов, поступающих из регионов, испытывающих кадровый дефицит; мониторинг и регулирование выбора места работы выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования; совершенствование организации процесса оказания медицинских услуг, улучшение условий труда и быта.

2. Мониторинг медико-демографических показателей, показателей заболеваемости и обеспеченности населения медицинскими кадрами, укомплектованности медицинских организаций персоналом позволяет выявить тенденции, которые определяют необходимость разработки и внедрения мер, направленных на преодоление кадрового дефицита и повышения эффективности системы здравоохранения региона в развитии кадрового потенциала.

3. Приоритетным вопросом реализации кадровой политики субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения является эффективность закрепления подготовленных специалистов на территории. Особую роль в решении данной проблемы играет формирование приверженности студентов образовательных организаций высшего медицинского образования и молодых специалистов к трудоустройству и работе по полученной специальности в регионах.

4. Одним из ведущих направлений в работе с кадрами в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации является совершенствование нормативного правового регулирования закрепления кадров, в том числе касающееся совершенствования подходов к целевому приему и обучению.

5. Оценки потенциальных и состоявшихся лидеров здравоохранения в отношении ключевых характеристик и качеств лидера в данной отрасли во многом совпадают. Различия обусловлены наличием опыта руководящей деятельности. Состоявшиеся лидеры выбирают преимущественно качества и характеристики, необходимые для решения практических задач, а потенциальные – необходимые для карьерного развития

6. Разработанная и реализованная цифровая экосистема управления кадровым потенциалом здравоохранения субъекта Российской Федерации на базе организации высшего медицинского образования может рассматриваться в качестве универсальной модели. Дальнейшее ее развитие связано с интеграцией в федеральные информационные системы, расширением и углублением аналитических возможностей на основе обработки больших данных, а также развитием сопутствующих образовательных сервисов.

7. Разработанная и внедренная модель совершенствования организационных и правовых мероприятий в рамках проекта «вуз-регион» по обеспечению медицинскими кадрами Ставропольского края с использованием потенциала медицинского университета может рассматриваться в качестве универсальной для других субъектов Российской Федерации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Положения диссертации соответствуют пунктам 5, 12, 13, 15 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Степень достоверности и апробация результатов

Надёжность и объективный характер полученных результатов были обеспечены выбором научно обоснованной методологии исследования, а также использованием совокупности современных общенаучных и специальных

методов, адекватных поставленной цели, задачам, объекту и предмету исследования.

Высокая степень достоверности полученных результатов обусловлена использованием проверенных информационных источников, официальных статистических материалов, нормативно-правовой документации, а также анализом данных генеральной совокупности и репрезентативных выборок. Объем выборочных совокупностей определялся на основе стандартных статистических подходов, что позволило обеспечить достаточный уровень надежности и обоснованности результатов.

Корректность выводов подтверждается использованием адекватных методов статистической обработки данных. Проверка статистических гипотез осуществлялась при уровне доверительной вероятности не менее 95%, что соответствует общепринятым требованиям к медико-социальным исследованиям.

Таким образом, степень достоверности результатов исследования определяется достаточным объемом и репрезентативностью материала, использованием официальных источников информации, применением современных методов статистического анализа и согласованностью полученных научных положений, выводов и практических рекомендаций.

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики инфекционных и неинфекционных болезней: эпидемиологические, организационные и гигиенические аспекты» (Москва, 23-25 октября 2024); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации», посвященной 100-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ (Иркутск, 6 декабря 2024); Всероссийском форуме для лидеров и экспертов в сфере образования FORUM.EDU.2025 (Сочи, 17 октября 2025); Международном молодежном форуме «Медицинская наука без границ» (Ставрополь, 12-14 ноября 2025); XVI Общероссийской конференции с международным участием «Неделя

медицинского образования – 2025» (Москва, 3-6 июня 2025); Всероссийской конференции социальных, гуманитарных, экономических и общественных наук в медицине «Объединяя знания» (Ставрополь, 17 октября 2025); X Всероссийском совещании Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения (Москва, 13-14 ноября 2025); а также на краевых совещаниях с руководителями учреждений здравоохранения Ставропольского края по итогам реализации регионального проекта «Медицинские кадры», входящего в состав национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (Ставрополь, 12 сентября 2025 и 7 ноября 2025); заседаниях коллегии министерства здравоохранения Ставропольского края по вопросам обеспечения медицинских организаций Ставропольского края медицинскими кадрами (Ставрополь, 1 марта 2024, 25 октября 2024, и 28 марта 2025).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в деятельность Министерства здравоохранения Ставропольского края, Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (Карьерный портал). Результаты исследования используются в учебном процессе кафедр, специализирующихся на преподавании общественного здоровья и здравоохранения: кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Ставрополь), кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации (г. Краснодар), кафедра общественного здоровья и здравоохранения Федерального государственного

бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Волгоград), кафедра менеджмента и экономики Пятигорского государственного медицинского института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пятигорск), в учебном процессе кафедры информационных и цифровых технологий Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Ставрополь).

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработана научная концепция исследования, определены цель и задачи работы, сформированы её дизайн и методологические подходы. Проведён анализ отечественных и зарубежных научных источников, а также нормативных правовых актов, регулирующих вопросы кадровой политики и кадрового обеспечения системы здравоохранения. Разработан инструментарий социологического исследования, включая анкеты для студентов медицинского университета, ординаторов и экспертов. Организован и проведён сбор первичного социологического материала. Выполнен анализ динамики показателей состояния здоровья населения, кадрового обеспечения системы здравоохранения и статистических данных, характеризующих функционирование медицинских организаций Ставропольского края. Автором проведена статистическая обработка полученных данных, анализ и интерпретация результатов. Сформулированы основные положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации. На основе полученных автором результатов была разработана цифровая экосистема управления кадровым потенциалом здравоохранения,

функционирующая на базе образовательной организации высшего медицинского образования и направленная на совершенствование процессов профессиональной ориентации, подготовки и закрепления медицинских кадров. Автор принимал непосредственное участие во внедрении разработанных предложений и оценке их эффективности.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 26 печатных работ, в том числе 5 статей в журналах, включенных в Перечень научных рецензируемых изданий Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук; 7 статей в изданиях индексируемых в международных базах (Web of Science, Scopus, PubMed, MathSciNet, zbMATH, Chemical Abstracts, Springer); издана 1 монография; 12 иных публикаций по теме диссертации; 1 публикация в сборнике материалов всероссийской научной конференции.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа включает введение, обзор литературы, главу, посвящённую материалам и методам исследования, 7 глав собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и 12 приложений. Общий объём диссертации составляет 430 страниц машинописного текста. Работа содержит 42 таблицы и 79 рисунков. Библиографический список включает 400 источников, в том числе 307 отечественных и 93 зарубежных публикации.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Роль кадровых ресурсов для системы здравоохранения и подходы к обеспечению медицинскими кадрами населения в современных условиях

Важнейшим ресурсом современного здравоохранения являются кадры. Уровень обеспеченности системы здравоохранения медицинскими кадрами является одним из ключевых факторов, определяющих результативность работы медицинских организаций. От кадрового потенциала здравоохранения напрямую зависят доступность и качество медицинской помощи, а также динамика показателей заболеваемости и смертности населения [20, 31, 32, 94, 381, 392].

Считается, что развитие кадрового потенциала здравоохранения, наряду с обеспечением доступности качественной медицинской помощи, способно повысить производительность труда на 18% за счет значимого влияния на этот показатель состояния здоровья населения [115, 162, 314].

Значение медицинских кадров возросло в последнее время, в связи с новыми вызовами системе здравоохранения. Наглядным примером такого вызова является пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которая наглядно показала проблему дефицита медицинских кадров не только России, но и многих других странах [26, 346, 348, 361]. Кадровый дефицит в системе здравоохранения представляет собой актуальную проблему как для развивающихся стран (Индия, Нигерия, Пакистан, Филиппины), так и для ряда экономически развитых государств (Франция, Германия, США). Наиболее выраженно нехватка медицинских работников проявляется в сельской местности, при этом отмечается чёткая взаимосвязь между степенью удалённости территории от регионального центра и уровнем дефицита медицинских кадров. Подобная ситуация обусловлена совокупностью факторов, включая более низкий уровень

доходов медицинских специалистов, ограниченный доступ к ведущим клиническим и научным центрам, а также сниженные возможности для профессионального развития [120, 185, 278, 339, 341, 344, 369].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, дефицит медицинских кадров носит глобальный характер и в наибольшей степени проявляется в сельских и труднодоступных территориях. Согласно прогнозам, к 2030 г. мировая система здравоохранения может столкнуться с нехваткой от 11 до 18 млн специалистов. К числу ключевых факторов, определяющих данную тенденцию, относятся демографическое старение, увеличение численности населения, несоответствие между системой подготовки медицинских кадров и реальными потребностями здравоохранения, а также недостаточно эффективное распределение и использование имеющихся кадровых ресурсов. Кадровые проблемы особенно остро проявляются в регионах с недостаточными ресурсами и растущей потребностью в медицинских услугах. В программных документах ВОЗ отмечено, что ликвидация данного дефицита имеет решающее значение для здоровья населения и для достижения целей устойчивого развития [231, 315, 363, 395, 399].

Одним из значимых факторов, усугубляющих дефицит врачебных кадров, является старение населения, сопровождающееся ростом распространённости хронических заболеваний. В этих условиях возрастает роль врачей общей практики, поскольку именно на уровне первичного звена в большинстве европейских стран завершается лечение 85-95% обращений пациентов. Вместе с тем, по данным социологических опросов, лишь около 10% студентов медицинских вузов выражают готовность связать свою профессиональную деятельность с работой в качестве врача общей практик, несмотря на растущую в них потребность [9, 229, 304, 349, 381, 386].

В развивающихся странах социальные аспекты проблем с медицинскими кадрами выражены более существенно. Так, основными причинами дефицита медицинских сестер в Иране были названы отсутствие желания работать по специальности и оставаться в сфере сестринского дела, неадекватная заработная

плата, низкий социальный статус и негативное восприятие сестринского дела [377, 382].

Схожие тенденции выявлены и в других странах региона, где исследования фиксируют значительный отток как врачей, так и среднего медицинского персонала, что дополнительно усугубляет кадровую нестабильность системы здравоохранения [13].

Несмотря на различия в моделях организации всеобщего охвата услугами здравоохранения, Китай и Вьетнам добились значимых улучшений ключевых медико-демографических показателей, включая рост ожидаемой продолжительности жизни и снижение младенческой смертности. Достигнутые результаты во многом связываются с расширением охвата населения медицинской помощью и усилением роли государства в организации системы здравоохранения. При этом опыт данных стран свидетельствует о том, что повышение доступности медицинской помощи невозможно без адекватного кадрового обеспечения, так как расширение охвата при сохраняющемся дефиците медицинских работников и установленном государством наборе покрываемых услуг приводит к росту нагрузки на персонал и финансовых барьеров для пациентов. Опыт Китая и Вьетнама показывает, что в системах здравоохранения с всеобщим охватом населения эффективное решение кадровых проблем рассматривается как необходимое условие повышения доступности и качества медицинской помощи [18, 330, 368, 390, 400].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках «Глобальной стратегии и целей устойчивого развития» дефицит медицинских работников в мировом масштабе составляет от 11 до 18 млн человек. Проблема усугубляется увеличением среднего возраста медицинских работников. Средний возраст трети врачей стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) превышает 55 лет [399].

Наибольшая обеспеченность врачами в Европе по данным, исследователей, имеет место в Греции и Австрии (6,6 и 5,1 врача на 1 000 населения соответственно), наименьшее – в Турции (2,4 на 1000 населения), что на 38,5%

меньше, чем в среднем по странам, входящим в ОЭСР (3,9 на 1 000 населения). Различия между странами отражают как демографические факторы, так и особенности систем здравоохранения, например, разный подход к лицензированию врачей [368].

Несмотря на один из самых высоких уровней обеспеченности врачами в Европейском союзе (около 625 практикующих врачей на 100 тысяч населения при среднем показателе по ЕС около 350), структура медицинских кадров в Греции отличается дефицитом врачей общей практики и преобладанием врачей-специалистов. Данная особенность связана с более высоким социальным статусом специалистов и исторически слабым развитием первичной медико-санитарной помощи. При этом в Греции один из самых низких уровней обеспеченности средним медицинским персоналом в ЕС – 3,4 медсестры на 1000 населения, что существенно ниже среднего европейского уровня. Для решения проблемы доступности медицинской помощи в Греции была введена обязательная годичная стажировка врачей в сельской местности [11, 387].

Аналогичные тенденции наблюдаются в системе здравоохранения Болгарии. Обеспеченность врачебными кадрами в стране составляет 4,16 врача на 1000 населения, что превышает средний показатель по Европейскому союзу (3,5 на 1000 населения). Вместе с тем структура кадрового состава характеризуется выраженным дисбалансом: численность врачей-специалистов существенно превышает количество врачей общей практики, доля которых составляет лишь 16,6% от общей численности врачей. Дополнительной проблемой является крайне низкое соотношение среднего медицинского персонала и врачей – 1,1 медицинской сестры на одного врача, что является наименьшим показателем среди стран ЕС [14, 279, 394].

В Испании уровень обеспеченности врачами в 2015 г. составил 380 человек на 100 тыс. населения, что несколько превышало среднее значение по ЕС. В то же время обеспеченность средним медицинским персоналом оставалась ниже общеевропейского уровня и составляла 534 медсестры на 100 тыс. населения, в то время, как в ЕС – 864 на 100 тыс. населения, при этом соотношение числа

медсестер к числу врачей составляло 1,4 [16, 371].

Кадровая ситуация в странах Южной и Восточной Европы усугубляется процессами старения врачей и устойчивым оттоком молодых медицинских специалистов за рубеж. Сокращение численности врачей общей практики обусловлено совокупностью факторов, среди которых выделяются высокая административная нагрузка, недостаточный уровень оплаты труда и профессионального признания, низкая привлекательность специальности для молодых врачей, а также проблемы, связанные с подготовкой и получением соответствующей квалификации [16, 329].

В настоящее время острый дефицит медицинских работников наблюдается в значительной части стран мира [218, 303, 364]. Что касается ситуации в странах Европейского союза, то средняя плотность врачей составляет примерно 37 специалистов на 10 000 населения, однако показатели существенно различаются между государствами [380, 395]. Согласно прогнозным оценкам Всемирной организации здравоохранения, в перспективе до 2030 года мировая потребность в медицинских работниках может превысить имеющиеся кадровые ресурсы на 10–11 млн специалистов, при этом наиболее остро данная проблема будет проявляться в странах с низким и средним уровнем экономического развития [386].

Особенностью подхода к решению кадровых вопросов в системе здравоохранения США является привлечение социальных работников в сферу медицинского обслуживания [353]. Это явление связано с реализацией стратегии направленной на оптимизацию нагрузки на медицинских специалистов за счёт перераспределения отдельных функций и передачи части непрофильных задач немедицинскому персоналу [58].

Существенной проблемой системы здравоохранения остаётся преобладание стационарной модели оказания медицинской помощи, вследствие чего до 90% врачей сосредоточены в больничных учреждениях. Одновременно первичное звено финансируется в недостаточном объёме, что негативно отражается на его развитии и доступности медицинской помощи для населения [90, 373, 383].

В Австрии реализуемые реформы системы здравоохранения ориентированы на расширение объёмов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторном секторе, с приоритетным акцентом на развитие и укрепление первичной медико-санитарной помощи, что рассматривается как один из ключевых инструментов повышения её доступности для населения [17, 342].

Характерной особенностью австрийской модели решения кадровых проблем в здравоохранении является значительная роль волонтёрской деятельности в системе оказания неотложной медицинской помощи. Более 39 тыс. добровольцев были задействованы в работе служб экстренной помощи и транспортировке пациентов для Австрийского Красного Креста. Кроме того, мужчины, отказавшиеся от прохождения военной службы, могут проходить альтернативную гражданскую службу с привлечением к деятельности экстренных служб в качестве парамедиков [15, 347].

К числу проблем системы здравоохранения Бельгии относятся снижение доступности психиатрической и стоматологической помощи вследствие их высокой стоимости, потенциальное уменьшение доступности врачей общей практики в связи с увеличением их среднего возраста, а также высокая нагрузка на средний медицинский персонал, обусловленная большим числом пациентов, приходящихся на одну медицинскую сестру [17, 334, 388].

Германия характеризуется высокой доступностью стационарной медицинской помощи, в среднем одна больница обслуживает около 68 тыс. человек, при этом до 90% населения имеют возможность добраться до многопрофильной больницы менее чем за 20 минут. Вместе с тем отмечается несоответствие объёмов стационарной помощи реальным потребностям, что выражается в уровне занятости коек ниже 80%. В 2017 г. Германия занимала одно из ведущих мест в ЕС по обеспеченности больничными койками – 602 койки на 100 тыс. населения, уступая только Болгарии [17, 333, 340, 389].

В Эстонии к числу значимых проблем системы здравоохранения относят ухудшение обеспеченности населения медицинскими кадрами, обусловленное увеличением среднего возраста медицинских работников, профессиональной

миграцией специалистов, а также недостаточными объёмами подготовки кадров в предыдущие годы, несмотря на рост числа поступающих в медицинские вузы. Наиболее острой проблемой остаётся дефицит специалистов первичного звена, прежде всего семейных врачей и медицинских сестёр [17, 337].

В Российской Федерации в 2024 г. отмечено сокращение общей численности врачей с 758,8 до 749,9 тысяч человек, при этом сокращение числа специалистов затронуло ряд наиболее востребованных клинических специальностей (терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи и др.) [Росстат, 2025]. Обеспеченность врачами в 2022 г. составляла 37,2 врача на 10 тыс. населения, а в 2024 г. сократилась до 36,9 врача на 10 тыс. населения [89, 283].

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики дефицит медицинских кадров в 2022 году составлял 84,7 тысячи человек, в том числе 26,5 тысячи врачей [145]. По данным на 2025 год в России не хватает 23,3 тыс. врачей и среднего медперсонала – порядка 63,5 тыс. человек [162]. Дефицит врачей общей практики в России составляет 7 303 человека, что соответствует примерно 13,3% от потребности в этой категории специалистов в системе здравоохранения страны [Росстат, 2025].

Острая нехватка врачей первичного звена во многих странах Европы частично объясняется исторически сложившейся тенденцией к специализации медицинской помощи, особенно усилившейся во второй половине XX века. В результате преобладают узкие специалисты, тогда как доля врачей, ориентированных на первичную медико-санитарную помощь, остаётся относительно невысокой. В среднем по странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) врачи общей практики (семейные врачи) составляют около 21% всех врачей, причём в отдельных странах их доля превышает 30–35%, тогда как в ряде других государств этот показатель значительно ниже – 13-15% [303].

Основным механизмом, используемым приблизительно двумя третями стран ОЭСР для снижения недостатка медицинских кадров в определенных регионах, является финансовое стимулирование. Помимо традиционных

компенсационных выплат, направленных на обустройство медицинских работников в сельской местности, в странах ОЭСР применяется более широкий набор финансовых и организационных стимулов. К их числу относятся субсидии на развитие и устойчивость врачебной практики, включая финансирование найма специалистов, временно замещающих врачей в период обучения или отпуска, регулярные надбавки за продолжительность работы в удалённых и труднодоступных территориях, а также механизмы гарантирования доходов врачей независимо от нагрузки при обслуживании численности населения ниже установленного минимального порога [54, 303, 318, 356].

Особенностью подхода к оплате труда врачей в западных странах является существенная разница между доходами медицинских специалистов и средним уровнем заработной платы по экономике. Доходы врачей первичного звена, как правило, превышают средние показатели в экономике в 2-2,5 раза, тогда как заработная плата врачей-специалистов может быть выше среднего уровня в 3-4 и более раз [133, 302]. В странах Восточной Европы также сохраняется опережающий рост доходов врачей по сравнению со средней заработной платой, причем данный показатель, как правило, превышает средний уровень более чем в два раза [245].

В дополнение к финансовому стимулированию в зарубежных странах реализуются комплексные программы кадрового обеспечения сельских территорий, включающие меры временного закрепления врачей, поддержку их профессионального и карьерного развития и использование специализированных рекрутинговых механизмов. Существенное значение придаётся целевому набору студентов из сельской местности, обучению на базе сельских медицинских организаций, а также привлечению выпускников зарубежных медицинских университетов [322, 336, 344, 374, 378, 379, 393].

В практике привлечения врачей к работе в сельских и труднодоступных районах используется широкий спектр стимулирующих механизмов, включая предоставление дополнительных денежных выплат и грантов, обеспечение жильём или льготными ипотечными программами, меры поддержки при

приобретении транспортных средств, выплату социальных пособий на детей, а также полное или частичное возмещение затрат на обучение. Наряду с этим в ряде стран применяются административные механизмы, предусматривающие обязательства выпускников медицинских вузов по работе в сельской местности в течение установленного срока на контрактной основе [207, 319, 322, 326, 331, 338].

Международный опыт свидетельствует о том, что образовательные меры, направленные на закрепление медицинских кадров в сельской местности, предусматривают раннее вовлечение обучающихся в практическую деятельность на базе сельских медицинских организаций, развитие децентрализованных моделей подготовки, размещение медицинских колледжей и вузов в сельских территориях, адресную работу с абитуриентами из сельских районов, а также реализацию программ непрерывного медицинского образования и профессионального развития с учётом потребностей специалистов, работающих в сельской местности [152, 182, 313, 328, 376].

По мнению экспертного сообщества, к числу приоритетных направлений укрепления кадрового потенциала сельского здравоохранения относятся решение жилищных вопросов медицинских работников, развитие инфраструктуры, а также совершенствование материально-технической базы медицинских организаций [156, 291, 311, 323, 358, 370].

Таким образом, при сопоставлении данных, касающихся кадрового обеспечения, в Российской Федерации и зарубежных странах, можно отметить, что проблема дефицита медицинских кадров носит глобальный характер и затрагивает системы здравоохранения большинства государств, включая страны с высоким уровнем экономического развития.

Опыт подходов к повышению эффективности управления кадровыми ресурсами развитых стран может представлять интерес для совершенствования программ в области кадровой политики Российской Федерации.

1.2. Проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации на федеральном и региональном уровнях

Кадровые проблемы современного здравоохранения отличаются многообразием и включают вопросы обеспеченности медицинскими кадрами, их распределения, а также территориальной, гендерной и возрастной структуры кадрового состава [89, 170, 201, 309].

Особую проблему представляет собой планирование и определение потребности в медицинских работниках и связанные с этим вопросы подготовки медицинских кадров на государственном уровне и на уровне регионов [123, 159, 186, 214, 223].

Многие исследователи отмечают высокую текучесть медицинских кадров, представляющую серьёзную проблему для субъектов Российской Федерации и обусловленную трудностями привлечения и удержания специалистов в медицинских организациях, испытывающих кадровый дефицит [135, 226, 250, 261, 297].

В 2025 году был издан указ Президента РФ № 896 от 08.12.2025 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года», предусматривающий реализацию комплекса мер, направленных на укрепление кадрового потенциала системы здравоохранения и повышение эффективности деятельности медицинских организаций. Стратегия предусматривает конкретные целевые показатели: обеспеченность врачами медицинских организаций, участвующих в реализации программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – 43,5 человека на 10 тыс. населения, средним медицинским персоналом – 85,1 человека на 10 тыс. населения.

Указ предусматривает меры по развитию системы медицинского образования и повышению эффективности использования кадровых ресурсов, среди которых, модернизация программ подготовки медицинских кадров и повышение качества обучения на основе практико-ориентированного подхода, расширение системы мер социальной поддержки медицинских работников,

развитие кадрового и научного потенциала образовательных и научных организаций, функционирующих в сфере здравоохранения, развитие добровольчества (волонтерства) и наставничества в системе здравоохранения [274].

В русле положений данного указа были разработаны и утверждены федеральные проекты, направленные на улучшение кадрового обеспечения системы здравоохранения, которые реализуются в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (2025 г.), а также национального проекта «Кадры» (с 2025 г.). Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (2025 г.) определяет в качестве ключевых направлений: ликвидация кадрового дефицита в системе здравоохранения через трудоустройство ординаторов; создание региональных кадровых центров, обеспечивающих мониторинг и планирование потребности в специалистах; привлечение врачей в труднодоступные территории вахтовым методом, предоставление социальной поддержки молодым специалистам (обеспечение жильем, меры по повышению материальной мотивации) [286].

Национальный проект «Кадры», реализация которого началась в 2025 г., ориентирован на формирование устойчивого кадрового обеспечения экономики Российской Федерации квалифицированными специалистами и реализуется через федеральные проекты «Управление рынком труда» (посвящен совершенствованию планирования и прогнозирования кадровых потребностей, снижению дефицита кадров) и «Образование для рынка труда» (направлен на расширение целевого обучения, развитие практико-ориентированных моделей в образовании). В сфере здравоохранения проект ориентирован на согласование подготовки медицинских кадров с потребностями регионов Российской Федерации [168].

В рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (2025 г.) реализуется федеральный проект «Медицинские кадры», направленный на снижение дефицита медицинских работников, прежде всего в первичном звене

и сельских территориях. Проект предусматривает разработку и реализацию региональных программ по преодолению кадрового дефицита, внедрение цифровых инструментов управления персоналом в системе здравоохранения [169].

Федеральный закон от 17 ноября 2025 г. № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (2025 г.) фактически формирует новую модель кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации. Основными направлениями данного закона в кадровой сфере являются: введение института обязательного наставничества, дифференциация видов аккредитации (первичная, первичная специализированная, периодическая), усиление контроля допуска к профессии, жёсткая привязка целевого обучения к потребностям медицинских организаций и регионов, усиление роли медицинских организаций как заказчиков медицинских кадров. Закон расширяет полномочия субъектов Российской Федерации по созданию условий для трудоустройства молодых специалистов и осуществлению мер их социальной поддержки. Реализация данных изменений направлена на сокращение дефицита медицинских кадров и повышение устойчивости кадрового обеспечения системы здравоохранения.

Вместе с тем достижение заявленных стратегических ориентиров сталкивается с рядом барьеров в системе здравоохранения.

Следствием наличия нерешенных проблем в отрасли здравоохранения является снижение престижа профессии медицинского работника, что усугубляет проблему кадрового дефицита, приводя к нежеланию молодежи посвящать себя данному виду деятельности [186].

По мнению Кром И.Л. с соавт. (2022), преобразование здравоохранения от медицинской помощи к медицинской услуге является одной из причин падения престижа профессии врача. В результате возникает, так называемая статусная инфляция врачебной специальности, что можно рассматривать как социальную угрозу сохранению кадрового потенциала российского здравоохранения [267].

Из-за низкой привлекательности профессии и отсутствия мотивационных механизмов уровень трудоустройства выпускников вузов не превышает 87% [215].

В этой связи к одному из ключевых элементов кадровой политики в здравоохранении можно отнести повышение престижа и привлекательности медицинской профессии, а также формирование позитивного общественного образа медицинского работника в средствах массовой информации с целью привлечения молодёжи в сферу здравоохранения [248].

Во многом снижение престижа профессии связано с проблемой обеспечения достойной заработной платой и условиями выполнения трудовых обязанностей, недостаточными возможностями для карьерного роста и профессионального совершенствования, что снижает мотивацию медицинских работников. Несоответствие уровня оплаты труда объёму трудовых затрат, а также потребностям медицинских работников способствует снижению численности врачебных кадров [167, 242].

Важнейшим элементом кадровой политики на государственном и региональном уровнях выступает формирование мотивации медицинских работников, в обеспечении которой, приоритетом выступают материальные условия [58, 126, 225, 325].

По мнению А.Л. Сафонова с соавт. (2022), одним из направлений сокращения кадрового дефицита является изменение структуры заработной платы медицинских работников за счёт увеличения доли должностного оклада до 70% и сокращения стимулирующих выплат до 30%, а также стандартизация системы надбавок и введение чётких критериев оценки труда. В то же время Министерство здравоохранения Российской Федерации предлагает более сдержанный подход, предусматривающий обеспечение доли базового оклада на уровне не ниже 55%, при сохранении стимулирующих и компенсаторных выплат в структуре заработной платы [228, 232].

Многие медицинские работники, будучи не удовлетворены своей работой, могут уйти из профессии по причине недовольства условиями труда, высоким

уровнем стресса и психоэмоциональными нагрузками [257].

Существенной проблемой является несоответствие численности медицинских работников и их структуры потребностям системы российского здравоохранения, особенно в субъектах Российской Федерации. Выраженные диспропорции в обеспеченности медицинскими кадрами проявляются на межрегиональном уровне, внутри отдельных субъектов, между врачебным и средним медицинским персоналом, между городскими и сельскими медицинскими работниками, а также между специалистами, оказывающими первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь [86, 234, 240].

По данным ряда авторов региональные различия в обеспеченности врачами российского населения могут превышать 30,0% [81, 89, 218]. Показатель обеспеченности средними медицинскими работниками также очень неравномерен от 64,0 (в Московской области) до 148,1 на 10 тыс. населения (в Чукотском автономном округе).

Соотношение численности врачей и среднего медицинского персонала в Российской Федерации существенно уступает аналогичным показателям, характерным для большинства экономически развитых стран. На одного врача в России в среднем приходится 1,8 медсестры, а в большинстве стран это соотношение составляет минимум 3–4 к 1 [164, 268]. Соотношение врачей первичного звена и среднего медицинского персонала участковой службы в 2016 г. составляло 1:1,2, а в 2020 г. снизилось до 1:1,1 [20].

Даже относительно высокий уровень обеспеченности медицинскими кадрами при нарушении соотношения между врачами и медицинскими сестрами приводит к росту нагрузки на врачей вследствие выполнения ими функций, относящихся к компетенции среднего медицинского персонала, что негативно отражается на качестве медицинской помощи [36, 98]. Недостаток численности среднего медицинского персонала приводит к ухудшению качества профилактической работы, ограничивает возможности развития реабилитации и патронажа пациентов [45, 270].

По данным публикаций обеспеченность здравоохранения РФ медицинскими сестрами снизилась за 5 лет на 4,2% (с 61,2‰ в 2016 г. до 57‰ в 2021 г.), в семи федеральных округах: Центральном, Южном, Северо-Кавказском, Поволжском, Уральском, Сибирском и Дальневосточном [9, 102].

Министр здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко в ходе расширенного совещания по вопросам здравоохранения в Государственной Думе в марте 2021 г. подчеркнул, что в настоящее время наибольший дефицит наблюдается среди среднего медицинского персонала. Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом на 2020 г. составил 102 на 10 000 населения, что на 3,8 ниже показателя 2015 г., когда данный уровень достигал 105,8 [163, 175].

Ещё одной характерной проблемой, отражающей диспропорции кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации, является дефицит врачей в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях при относительном избытке специалистов, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях. На уровне амбулаторно-поликлинических медицинских организаций особенно остро проявляется недостаток врачей первичной медико-санитарной помощи по сравнению с численностью врачей-специалистов [127, 181, 304].

Доля врачей, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь (врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики) от общего числа врачей в 2020 г. составила 8,6%, что является недостаточным, учитывая, что по рекомендации ВОЗ, до 90% проблем пациента следует решать на уровне врачей, работающих в первичном звене здравоохранения [20]. Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми в Российской Федерации с 2007 по 2022 г. снизилась на 18,4% – с 11,2 до 9,14 на 10 тыс. населения детского возраста [82, 89, 92, 122].

В Российской Федерации сохраняется выраженное неравенство в обеспеченности врачебными кадрами между городами и сельской местностью. Уровень обеспеченности врачами в городских территориях превышает сельский

более чем в четыре раза. При этом, несмотря на то что доля городского населения в стране составляет 73%, а сельского – 27%, распределение врачебных кадров характеризуется значительно большей асимметрией: 92,6% врачей осуществляют профессиональную деятельность в городских условиях и, лишь, 7,4% в сельских [148-150, 230].

Среди причин нехватки медицинских кадров в сельском здравоохранении исследователями выделяются следующие: более низкая оплата труда, трудности в решении социально-бытовых проблем, слабое развитие инфраструктуры [67, 108, 239]. В исследовании О.А. Доцаниковой (2023) выявлена значимая обратная корреляционная связь между расстоянием от г. Нижнего Новгорода и количеством молодых специалистов в сельских районах Нижегородской области. Среди основных причин нежелания работать в сельской местности они называли профессиональную изолированность и трудности с обучением детей [66].

Среди проблем, связанных с кадровыми ресурсами здравоохранения необходимо отметить проблему эффективного планирования и прогнозирования потребности в медицинских кадрах [72,130, 254].

При разработке моделей прогнозирования кадрового потенциала здравоохранения необходимо учитывать совокупность системных проблем, характерных для отрасли как в целом по стране, так и на региональном уровне. К ним ряд авторов относят недостаточную эффективность управления медицинскими кадрами, отсутствие выстроенных механизмов стратегического кадрового планирования в субъектах Российской Федерации, ограниченное качество подготовки и переподготовки медицинских специалистов и управленческого персонала, а также трудности формирования и рационального использования кадрового резерва на различных уровнях управления [44, 64, 77, 303].

Эффективность прогнозирования кадрового потенциала и планирования потребности в медицинских работниках снижается вследствие недостаточного контроля за процессами выбытия персонала из системы здравоохранения. По оценкам исследователей, ежегодно систему могут покидать свыше 10% врачей

пенсионного возраста, что при отсутствии адекватного притока молодых специалистов приводит к дальнейшему углублению кадрового дефицита [180, 272].

Омельяновским В.В. и др. (2020 г.) в качестве подхода к прогнозированию потребности в медицинских кадрах представлена математическая модель, в которой основой изменения количества врачей по модулю спроса является демографический прогноз изменения половозрастной структуры населения. Данный подход показывает, что потребность в кадрах будет интенсивно расти в ближайшие 7–10 лет [210].

Следует подчеркнуть, что формирование кадрового потенциала здравоохранения начинается на этапе медицинского образования. Потребности системы здравоохранения должны соотноситься с численностью и структурой контингента обучающихся в медицинских вузах [87, 98].

Несоответствие качественных и количественных характеристик выпускников потребностям системы здравоохранения приводит к недостаточной по численности подготовке специалистов, оказывающих, первичную медико-санитарную помощь в государственных медицинских организациях [305].

Рациональная кадровая политика в сфере здравоохранения должна обеспечивать соответствие объёмов и структуры подготовки медицинских специалистов реальным потребностям отрасли и населения. Для достижения этой цели требуется активное участие государства в формировании пропорций подготовки кадровых ресурсов. К главным направлениям такой политики относятся основанное на прогнозировании планирование приёма в медицинские вузы, регулирование структуры послевузовской подготовки с приоритетом дефицитных специальностей, а также мониторинг и контроль трудоустройства выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования [215, 302, 351].

По данным социологического опроса, значительная часть выпускников медицинских вузов не ориентирована на работу по полученной специальности либо рассматривает возможность ухода из профессии (11%). Среди работающих

врачей отмечается высокий потенциал текучести кадров: лишь 15% респондентов были удовлетворены своей профессиональной деятельностью в материальном и нематериальном аспектах, а 17% планировали смену места работы. Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что 45% опрошенных не рассматривали медицинскую профессию как желаемую сферу деятельности для своих детей [124, 218, 275]. Ключевыми факторами выбора места работы респонденты считают уровень предлагаемой заработной платы (65,7%), возможность профессионального роста (48,1%), получение практического опыта (44,8%) и престижность организации (36,8%) [8, 10].

Вследствие недостаточности мер по закреплению медицинских работников на рабочих местах в медицинских организациях возникает текучесть кадров. По данным различных исследований от 13 до 17% медицинских работников планируют осуществить смену работы [8, 111].

Одним из способов привлечения молодых специалистов в медицинские организации, испытывающие дефицит кадров, является их подготовка на бюджетных местах с последующим целевым направлением в соответствующие территории [129, 138, 249].

С управленческой точки зрения удержание и привлечение медицинских кадров обеспечивается за счёт формирования мотивирующих условий труда. С этой целью с 2012 г. реализуются федеральные программы Земский доктор и Земский фельдшер, предусматривающие единовременную выплату в размере 1 млн рублей врачам, переезжающим для работы в сельскую местность, включая возможность их использования на жилищные нужды [48, 124, 296]. С 2012 по 2023 гг. в программе приняли участие 64,9 тыс. медицинских работников [29].

В последние годы дополнительной проблемой становится переход наиболее квалифицированных и перспективных медицинских специалистов из государственных медицинских организаций в частные клиники, что обусловлено более высоким уровнем оплаты труда и более привлекательными условиями профессиональной деятельности. Учитывая, что большинство населения получают медицинскую помощь в государственных медицинских организациях,

хедхантинг в медицинской сфере имеет отрицательные социальные последствия [94, 97, 137].

Заработная плата является важным, но не единственным фактором, сдерживающим текучесть кадров. Исследование в Курской области в 2015-2017 гг. показало, что несмотря на выполнение целевых показателей по средней заработной плате по всем категориям медицинского персонала и ее рост на 4,9%, коэффициент текучести кадров не снизился, а, наоборот, вырос на 37,9% [217].

Для медицинских организаций становится крайне важным повышение мотивации медицинских работников к труду. Кроме решения проблемы текучести кадров, от этого фактора зависит повышение качества оказываемой медицинской помощи, рациональное использование материальных и финансовых ресурсов медицинских организаций [25, 224, 277, 278].

Мотивация медицинских работников формируется под воздействием совокупности организационных, материальных и социально-психологических факторов, включая условия и организацию труда, санитарно-гигиеническую среду, уровень оплаты, возможности повышения квалификации и карьерного роста, отношение руководства к труду, отдыху и быту персонала, характер профессионального взаимодействия в коллективе, потребность в общении и совместной деятельности, возможности творческой самореализации, общую удовлетворённость трудовой деятельностью, а также общественный престиж медицинской профессии [58, 140, 204, 308].

Согласно социологическому исследованию среди факторов, снижающих профессиональную удовлетворенность медицинских работников выделяют высокую нагрузку, связанную с ведением медицинской документации, ограниченные возможности профессионального развития и недостаточный уровень оплаты труда [62].

Среди мер по повышению мотивации персонала исследователи выделяют следующие: привлечение медицинского персонала к организации процесса обеспечения и улучшения качества медицинской помощи; обеспечение

возможности непрерывного профессионального развития медицинского персонала, организацию (в крупных медицинских учреждениях) собственного учебного центра; – использование материальных и нематериальных стимулов, направленных на повышение качества медицинской помощи и профессионального потенциала; – предоставление условий для карьерного роста [8].

Мотивация медицинских работников включает не только материальные, но и нематериальные стимулы. Одним из эффективных инструментов является внедрение системы страхования профессиональной ответственности, широко применяемой в зарубежной практике. Важным условием является охват как профессиональных рисков, связанных с медицинскими ошибками, так и несчастных случаев при исполнении служебных обязанностей [50, 306].

Отсутствие решения проблемы мотивации медицинских работников приводит к текучести кадров в медицинских организациях, миграции сотрудников из сельской местности в городскую и из небольших городов в крупные, уход специалистов из медицинской сферы [147, 225, 256, 257].

Одним из основных факторов удовлетворенности профессиональной деятельностью согласно социологическим опросам, проведенным среди врачей, является величина заработной платы [98, 129]. Согласно опросу, проведенному И.А. Каприной (2017), 60% медицинских работников наиболее актуальной проблемой считают, что основные проблемы в этой части связаны со справедливостью заработной платы и наличием механизмов дополнительного материального стимулирования [98].

Недостаточная развитость механизмов экономического стимулирования медицинского персонала негативно отражаются на общественном престиже врачебной профессии. Несоответствие заработной платы объёму физических и психоэмоциональных затрат врачебной деятельности, а также неэффективность систем её формирования приводят к ухудшению жилищных и социально-бытовых условий, ограничивают возможность ведения достойного образа жизни и вынуждают медицинских работников искать дополнительные источники

дохода [56, 58, 126, 133].

В 2012 г. был издан Указ Президента Российской Федерации № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», направленный на преодоление негативных тенденций, связанных с недостаточным уровнем оплаты труда работников системы здравоохранения. Указ предусматривал поэтапное увеличение средней заработной платы врачей до уровня, составляющего 200% от средней заработной платы по соответствующему региону. Наряду с выполнением положений данного Указа, в последние годы развивалась государственная политика в данном направлении. С 1 апреля 2024 г. введён базовый минимум окладной части заработной платы медицинских работников не менее 50% от общего дохода работника. Распоряжение правительства РФ предусматривает выделение значительных средств на повышение оплаты труда медицинского персонала в 2026 г. и разработку новой более эффективной и справедливой модели оплаты труда [212]. В 2025 году разработаны и утверждены единые рекомендации по формированию систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда, что призвано укрепить базовые гарантии и повысить привлекательность медицинской профессии [68].

Динамику заработной платы в здравоохранении в последние годы следует охарактеризовать с положительной стороны, поскольку прирост за последние пять лет был достаточно весомым. Однако, заработная плата врачей, все же, находится на недостаточно высоком уровне относительно уровня оплаты труда в других отраслях. Уровень оплаты труда в здравоохранении остается ниже уровня ряда отраслей народного хозяйства – он значительно уступает финансовому сектору и сектору по добыче полезных ископаемых [48, 79].

Такие факторы, как низкая оплата труда, значительная рабочая нагрузка, высокий уровень профессионального стресса у медицинских работников тесно связаны с нарушением режима труда и отдыха, особенностями питания и недостаточной физической активностью, что в совокупности негативно

отражается на состоянии здоровья значительной части медицинского персонала [121, 280].

В исследовании Н.А. Касимовской (2023) показано, что к завершению обучения у студентов медицинских специальностей, имеющих нарушения состояния здоровья, формируется феномен так называемой «редукции профессиональных обязанностей», сопровождающийся снижением мотивации к будущей профессиональной деятельности. К числу ведущих факторов риска в образе жизни студентов автор относит курение, нерациональное питание и несоблюдение режима сна [102, 1024].

По данным Лариной В.Н. (2018), наличие хронической патологии установлено у 92,5% обследованных врачей. Показатели заболеваемости у врачей формируются преимущественно за счет болезней системы кровообращения (39,3%), костно-мышечной системы (35,2%), органов пищеварения (28,4%) и дыхания (25,8%). Отмечена широкая распространенность патологии органа зрения (нарушение рефракции и аккомодации), в основном за счет миопии и гиперметропии (34,4%) [121].

Нарастающая хроническая усталость и развитие синдрома эмоционального выгорания способны приводить к профессиональной деструкции личности, проявляющейся в изменении отношения к трудовой деятельности. В условиях эмоционального выгорания утрачивается интерес к профессии, а выполнение обязанностей становится субъективно более трудоёмким и психологически сложным [125, 141, 307, 324, 332].

Исследования показывают, что специалисты, подверженные выгоранию, с большей вероятностью могут покинуть свое место работы или даже уйти из профессии. Вероятность увольнения профессионально выгоревших врачей в ближайшие два года вырастает на 30–40% [209, 317].

Таким образом, кадровая сфера российской системы здравоохранения характеризуется комплексом взаимосвязанных проблем, преодоление которых во многом возможно за счёт совершенствования механизмов управления человеческими ресурсами. В связи с этим особую актуальность приобретает

формирование результативной кадровой политики в сфере здравоохранения, реализуемой как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации и отдельных медицинских организаций.

В современных условиях для оптимизации кадрового обеспечения системы здравоохранения применяются комплексные организационно-управленческие механизмы, предусматривающие совершенствование стратегического планирования кадровых ресурсов и прогнозирования потребности в медицинских специалистах, а также развитие системы целевого обучения и практико-ориентированной подготовки кадров, внедрение механизмов наставничества и непрерывного профессионального образования, создание региональных кадровых центров и цифровых систем управления кадровыми ресурсами, расширение мер социальной поддержки и материального стимулирования медицинских работников, реализацию программ привлечения и удержания специалистов в сельской местности и организациях первичного звена здравоохранения, повышения привлекательности медицинской профессии, совершенствования механизмов оплаты труда, а также создания условий для профессионального развития и карьерного продвижения медицинских работников.

1.3. Подготовка медицинских кадров, как инструмент решения проблемы кадрового дефицита в здравоохранении

Процесс подготовки кадров является важнейшим для формирования кадрового потенциала системы здравоохранения. Наличие описанных в предыдущем разделе диспропорций в кадровой сфере оказывает непосредственное влияние на развитие образовательной политики в здравоохранении. На смену подходу, предполагающему преимущественное наращивание количества выпускников образовательных организаций высшего и среднего медицинского образования, приходит система подготовки медицинских кадров, основанная на оценке потребности системы здравоохранения в специалистах. Такой подход предусматривает формирование объёмов и

структуры приёма на обучение в соответствии с кадровыми потребностями, организацию постдипломного образования с приоритетом подготовки наиболее востребованных для общества специальностей, а также мониторинг трудоустройства выпускников [6, 78, 128, 173, 303, 327].

Важную роль в повышении приверженности выпускников медицинских вузов, к выбранной профессии играет процесс профессиональной ориентации, проводимый в образовательных организациях как среднего, так и высшего медицинского образования [23, 105, 107, 219, 221, 246].

Недостаточная эффективность профессиональной ориентации на довузовском этапе рассматривается как значимый фактор, приводящий к тому, что примерно 19% студентов в процессе обучения принимают решение отказаться от последующей работы в сфере здравоохранения [220].

Среди факторов, определяющих выбор медицинской специальности, исследователи выделяют наличие медицинских работников в ближайшем окружении, влияние рекомендаций со стороны семьи и друзей, а также ориентацию на успешные профессиональные примеры. Это подчёркивает значимую роль средств массовой информации в формировании позитивного образа медицинской профессии [263, 265, 335]. Ошибка при выборе профессии может привести в последствии к уходу из врачебной профессии [154].

Профориентационная деятельность охватывает разнообразные формы работы – от встреч школьников с выпускниками и преподавателями медицинских вузов до проведения специализированных олимпиад и конкурсов, организованных образовательными организациями высшего медицинского образования и различных форм предпрофессиональной подготовки (примером может служить Предуниверсарий Сеченовского университета) [40, 139]. Многими авторами изучаются возможности применения различных методик при проведении мероприятий по профориентации школьников, абитуриентов и студентов [108, 114, 186].

Профориентационная работа в отношении врачебных кадров должна носить комплексный и непрерывный характер, охватывая все этапы профессионального

становления по траектории «школа - вуз - ординатура - медицинская организация». Такой подход позволяет целенаправленно управлять процессами подбора и отбора кадров в период обучения, а также снижать риск ошибочного выбора как медицинской профессии в целом, так и конкретной врачебной специальности. Данная модель предполагает профессиональное погружение в профессию на довузовском, вузовском и последипломном этапах работы [102, 103, 158, 215, 264].

В последнее время из-за снижения конкурса, вызванного демографическими проблемами в РФ, отбор лучших абитуриентов для поступления в медицинские вузы, может быть затруднен [109, 271].

В условиях сохраняющегося дефицита медицинских кадров, особенно в сельских территориях, возрастает значение целевой подготовки врачей в учреждениях высшего медицинского образования. Особую роль при этом играют программы целевого обучения, ориентированные на снижение острой нехватки востребованных специалистов и адаптированные к потребностям конкретных территорий [25, 35, 134, 182, 239, 255, 365].

По мнению исследователей, данный подход представляет собой эффективный механизм закрепления молодых специалистов в медицинских организациях сельской местности за счёт их трудоустройства на условиях контрактов, заключаемых по завершении целевой подготовки [10, 67, 129, 316].

При этом в договоры целевого обучения должны быть включены условия об обязательных сроках последующего трудоустройства и мерах материальной поддержки молодых специалистов. Это будет способствовать более эффективному решению задач кадрового обеспечения территорий с наибольшим дефицитом медицинского персонала [25, 132, 258, 375].

В целях повышения результативности целевой подготовки медицинских кадров Министерством науки и высшего образования Российской Федерации предложено внедрение системы мониторинга целевого приёма и обучения, предусматривающей учёт информации о каждом студенте, проходящем обучение по данной форме набора [83, 222, 259].

В Федеральном законе от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» с 1 марта 2026 г. вводится правило: лица, поступающие в ординатуру на бюджетные места или по квоте, должны заключить договор о целевом обучении с будущим работодателем (медицинской организацией или органом власти). Это фактически усиливает привязку подготовки специалистов к потребностям конкретных медицинских организаций и регионов [285].

В реализации современных образовательных подходов в медицинских вузах существенную роль играют инновационные педагогические технологии, основанные на интерактивных методах обучения. Интерактивные методы обучения обеспечивают хорошее структурирование материала, его представление с помощью современных информационно-коммуникационных технологий и формирование профессиональных компетенций, необходимых для последующей практической деятельности [96, 177, 220].

В последние годы в Российской Федерации возрастает внимание к развитию симуляционного обучения как важного компонента подготовки и повышения квалификации врачей. Создание симуляционных тренинговых центров, оснащённых тренажёрами, моделирующими функции организма и условия выполнения медицинских вмешательств, способствует повышению качества практической подготовки и оптимизации процессов профессионального развития медицинских кадров [1, 41, 151, 243, 244, 354].

В последние годы в системе подготовки медицинских кадров значительно расширилось использование дистанционных и гибридных образовательных технологий, развитие которых связано с активным внедрением цифровых платформ, электронных образовательных сред, систем видеоконференцсвязи и инструментов искусственного интеллекта. Дистанционное обучение позволяет реализовывать значительную часть теоретической подготовки в интерактивном формате, обеспечивая полноценное взаимодействие обучающихся и преподавателей, оперативный доступ к электронным образовательным ресурсам, возможность индивидуализации образовательных траекторий, а также условия

для самостоятельного освоения знаний и непрерывного профессионального развития медицинских работников.

Использование дистанционных образовательных технологий обеспечивает оперативное обновление учебных материалов в соответствии с современными клиническими рекомендациями и нормативными требованиями, расширяет доступность образовательных программ для специалистов из удалённых и сельских территорий, способствует снижению финансовых и временных затрат, связанных с обучением, а также позволяет осуществлять мониторинг образовательной активности и формирование цифровых баз данных обучающихся. В этой связи одним из ключевых принципов современного медицинского образования становится интеграция дистанционных, симуляционных и традиционных форм обучения на основе модульного и компетентностного подходов [61, 65, 172, 176, 367, 384].

С 2016 г. в Российской Федерации действует система непрерывного медицинского образования (НМО), рассматриваемая как важный инструмент повышения качества медицинской помощи населению. К ключевым задачам системы относятся поэтапный отказ от традиционной цикличной модели повышения квалификации врачей, обеспечение непрерывности образовательного процесса, а также внедрение инновационных технологий в образовательную деятельность [39, 236, 300].

Система непрерывного медицинского образования предоставляет преимущества для планирования подготовки специалистов по необходимым направлениям и развития у персонала необходимых компетенций. Предоставляемые обучающимся возможности способствуют формированию мотивации для постоянного совершенствования профессиональных навыков, что способствует повышению их квалификации и личностному развитию [53, 117, 235-237, 290].

С 2016 г. в РФ поэтапно была введена система аккредитации специалистов здравоохранения. Точкой отсчета, для начала данного процесса послужил Приказ Министерства Здравоохранения России № 334н от 2 июня 2016 г.

«Об аккредитации специалистов» [202].

Первичная аккредитация, по мнению ряда исследователей, рассматривается как один из инструментов снижения дефицита врачебных кадров в первичном звене здравоохранения. Она обеспечивает возможность выхода выпускников медицинских вузов на рынок труда непосредственно после завершения обучения, поскольку прохождение процедуры первичной аккредитации дает им возможность работать участковыми врачами [78, 85, 136, 187, 299].

Введение первичной аккредитации обеспечило ускоренное пополнение амбулаторно-поликлинического звена: за первые два года после её запуска в практическую деятельность в области оказания первичной медико-санитарной помощи были вовлечены свыше 8,5 тыс. молодых врачей, что подтверждает результативность данного инструмента кадровой политики [81, 143, 233].

Вместе с тем в научной литературе представлены неоднозначные оценки эффективности включения молодых специалистов в практическую деятельность сразу после прохождения первичной аккредитации. Ряд исследователей указывает, что даже выпускники с высокими показателями успеваемости могут быть недостаточно готовы к самостоятельному принятию клинических решений, что потенциально сопряжено с рисками для качества и безопасности медицинской помощи. В связи с этим высказывается позиция в пользу модели подготовки, аналогичной советской системе интернатуры, предполагавшей поэтапное освоение практических навыков под руководством опытных врачей, которые несли основную ответственность за принятие клинических решений [24, 70, 253, 269, 292].

Даже в условиях острого кадрового дефицита в первичном звене здравоохранения приоритетным остаётся выстраивание таких процедур аккредитации, которые позволяют обеспечить выход в практику исключительно профессионально подготовленных врачей, а не формальное восполнение численности персонала [24, 189, 238].

Дополнительным системообразующим инструментом повышения эффективности подготовки медицинских кадров является реализация

современных образовательных программ в рамках научно-образовательных медицинских кластеров, основанных на интеграции образования, науки и клинической практики, что обеспечивает их соответствие реальным потребностям регионального здравоохранения и повышает результативность кадровой политики [251].

Крайне важным для становления молодого специалиста является процесс трудовой адаптации, который фактически является продолжением обучения. Для медицинской организации создание благоприятной рабочей среды является необходимым условием привлечения персонала, его эффективной работы и сохранения приверженности данной организации [42, 55, 69, 110, 129].

Согласно мнению ряда исследователей, уменьшение выраженности проблем, связанных с адаптацией студентов и молодых специалистов к профессиональной деятельности и новым условиям работы, возможно благодаря развитию системы наставничества. Наставничество играет важную роль как в поддержке процесса адаптации новых сотрудников, так и в формировании и совершенствовании практических профессиональных навыков у молодых специалистов [43, 88, 171].

Авторы предполагают обратиться к опыту советского здравоохранения, в котором система наставничества не только существовала, но и имела законодательное регулирование. При внедрении практик наставничества в медицинских организациях требуется предусматривать систему материальных и нематериальных стимулов для специалистов, выполняющих функции наставников [5, 42, 142, 165].

Основываясь на рекомендациях экспертов, Федеральным законом от 17.11.2025 № 424-ФЗ введен в практику институт наставничества сроком до 3 лет. В данном нормативном акте наставничество становится обязательным элементом становления специалиста и увязывается с прохождением им аккредитации [285].

Дефицит кадров в системе здравоохранения может носить не только количественный, но и качественный характер. Дефицит кадров усугубляется если система испытывает нехватку не просто врачей и медицинских сестёр, а

специалистов, способных брать на себя ответственность, работать в условиях неопределённости и организовывать процессы на уровне отделения, учреждения и региона, поскольку эффективность и слаженность работы коллективов медицинских организаций в значительной степени зависят от их результативной деятельности формальных и неформальных лидеров [194, 288].

Согласно данным Макаровой Н.К. с соавт. (2025 г.), при сохранении существующих тенденций к 2028 г. обеспеченность руководителями медицинских организаций и их заместителями в Центральном федеральном округе может снизиться до 0,73 на 10 000 населения, что будет на 37,8% ниже уровня 2019 г. [22].

От подготовки руководителей здравоохранения во многом зависит функционирование всей системы, качество и доступность медицинской помощи, оказываемой населению, а также степень технического оснащения лечебного и диагностического процессов [4, 25, 184, 219, 287].

Молодые специалисты, обладающие управленческим мышлением и чувством профессиональной миссии, демонстрируют более высокую мотивацию к работе в амбулаторных условиях и в регионах, где дефицит врачебных кадров наиболее острый [343, 355].

Интеграция темы лидерства в образовательные программы может стать частью комплексного ответа на кадровый кризис. В связи с этим, представляется актуальной разработка программ профессионального маршрута на этапах высшего и дополнительного профессионального образования для подготовки потенциальных лидеров в области здравоохранения, формирования лидерских компетенций у обучающихся в медицинских вузах: навыков коммуникации, принятия решений, командной работы, управления изменениями. При разработке соответствующих образовательных программ необходимо уделять внимание использованию современных технологий (в том числе – искусственного интеллекта) в управлении в системе здравоохранения [144, 156, 179, 266, 360].

Таким образом, к числу наиболее результативных инструментов подготовки медицинских кадров, ориентированных на преодоление кадрового дефицита в

системе здравоохранения, относятся ранняя профориентация школьников, абитуриентов и студентов медицинских вузов, развитие механизмов целевой подготовки специалистов для дефицитных территорий, функционирование процедуры первичной аккредитации, развитие системы непрерывного медицинского образования, использование дистанционных и симуляционных образовательных технологий, а также развитие института наставничества для молодых специалистов.

Таким образом, совершенствование подготовки медицинских кадров в современных условиях предполагает использование комплекса организационно-управленческих инструментов, включающих развитие системы профессиональной ориентации, совершенствование механизмов целевого обучения и мониторинга трудоустройства выпускников, внедрение интерактивных, симуляционных и дистанционных образовательных технологий, развитие непрерывного медицинского образования и системы аккредитации специалистов, внедрение механизмов наставничества и профессиональной адаптации молодых специалистов, а также интеграцию образовательной, научной и клинической деятельности в рамках медицинских кластеров.

1.4. Подходы к реализации кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта Российской Федерации

Решение кадровых проблем здравоохранения требует учёта как международного опыта, так и внутренних особенностей Российской Федерации, включая выраженные региональные различия. В Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения до 2030 г. подчёркивается, что эффективность системы здравоохранения во многом определяется уровнем подготовки медицинских кадров и их способностью адаптироваться к современным вызовам [399].

По мнению ряда исследователей, современное кадровое планирование в здравоохранении должно учитывать климатогеографические условия,

демографические характеристики территорий, а также уровень и структуру заболеваемости населения. В Российской Федерации с учётом её территориальной протяжённости и особенностей федеративного устройства наиболее обоснованным является осуществление кадрового планирования на уровне регионов [141, 183, 232].

В Российской Федерации сохраняется необходимость углублённого анализа кадровых ресурсов здравоохранения на уровне отдельных субъектов, что позволяет разрабатывать эффективные решения кадровых проблем с учётом региональных особенностей. В этой связи в различных регионах страны проводится значительное число исследований кадрового потенциала системы здравоохранения, результаты которых дают возможность выявлять ключевые проблемы и на основе анализа успешных практик разрабатывать и внедрять управленческие решения, направленные на достижение стратегических целей развития здравоохранения [28, 99, 100, 187].

Результаты исследования, проведённого на территории Дальневосточного федерального округа, показали, что доля выпускников медицинских вузов, ориентированных на работу в сельской местности, остаётся низкой и составляет около 16%. Большинство из опрошенных, проходящих последипломную подготовку, рассматривают профессиональную деятельность преимущественно в условиях стационаров. При этом все респонденты отмечали приоритетность стабильного и достаточного уровня постоянного дохода, тогда как единовременные денежные выплаты не рассматривались ими как значимый фактор трудовой мотивации [73].

Каменева-Любавская, Е.Н. (2019) показала, что дефицит трудовых ресурсов, наблюдающийся в течение длительного времени, а также отсутствие адекватной оптимизации имеющихся ресурсов и, связанное с этим нестабильное состояние здоровья населения является наиболее значимой проблемой здравоохранения на Дальнем Востоке. При отсутствии необходимых мер, возможно наступление ситуации, когда количество врачей в регионе не сможет в полном объеме обеспечить населению государственные гарантии по оказанию медицинской

помощи [95].

Анализ кадрового потенциала в регионах Сибирского федерального округа показал, что кадровое обеспечение преимущественно ориентировано на медицинскую помощь, оказываемую в стационарных условиях, при недостаточном внимании к амбулаторно-поликлиническому звену. Несмотря на формально высокую укомплектованность медицинскими работниками, значительная её часть обеспечивается за счёт совместительства, прежде всего среди врачей-специалистов [170].

Результаты десятилетнего мониторинга свидетельствуют о том, что в Оренбургской области, преимущественно в сельской местности, отмечается снижение численности врачей, обеспеченности населения и укомплектованности медицинских организаций врачебными кадрами [32, 52]. Аналогичное исследование, выполненное в Пермском крае, показало, что в крае складывается неблагоприятная динамика показателей обеспеченности населения врачами и укомплектованности медицинских организаций врачебными кадрами [268].

В Республике Башкортостан на протяжении 10 лет численность врачей сокращалась, при сохраняющейся тенденции роста показателя в отношении среднего медицинского персонала. Исследование показало, что низкий уровень заработной платы врачей и других работников сферы здравоохранения является ключевым фактором недостатка специалистов с медицинским образованием [101, 146].

В республике Тыва с 2014 года наблюдается значительная тенденция к росту числа выезжающих врачей. Большинство из них трудоустраивается в Сахалинской области, многие (38%) имеют дефицитные, востребованные в Тыве специальности, 52% составляют опытные врачи, имеющие стаж работы в системе здравоохранения более 15 лет [293].

В большинстве субъектов Северо-Кавказского федерального округа сохраняется дефицит врачебных кадров по ряду специальностей, включая анестезиологов-реаниматологов, детских хирургов, неонатологов, педиатров, психиатров, рентгенологов и эпидемиологов. Одновременно с этим

обеспеченность стоматологами в округе более чем в два раза превышает среднероссийские показатели [9].

В исследовании Виноградовой Е.С. и Корольковой А.С. (2021) установлено, что в Архангельской области в период пандемии COVID-19 кадровый дефицит усугубился за счёт внутреннего дисбаланса персонала, обусловленного перераспределением медицинских работников в ковидные зоны, характеризующиеся значительно более высоким уровнем оплаты труда [47].

В Курской области по результатам экспертного опроса организаторов здравоохранения установлено, что наибольшее влияние на развитие региональной системы здравоохранения оказывает увеличение финансирования целевых программ. В числе приоритетных направлений с высоким управленческим эффектом также выделяется разработка и внедрение системы показателей эффективности деятельности государственных медицинских организаций [48].

Исследование кадрового потенциала в Алтайском крае показало, что стимулирующие выплаты в рамках программы модернизации здравоохранения за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и средств краевого бюджета позволили повысить обеспеченность врачами отдельных специальностей и приблизить эти показатели к уровню средних по РФ. Тем не менее обеспеченность врачами в сельской местности остается в 1,7 раз ниже, чем в городах [301].

В Краснодарском крае реализован новый подход к оплате труда работников социальных отраслей – переход к так называемому «эффективному контракту», предполагающему увязку уровня заработной платы с условиями регионального рынка труда, а также более полный учёт квалификации и профессиональных достижений сотрудников. Одновременно реализация программы Земский доктор способствовала росту численности врачей и снижению их среднего возраста: в период с 2012 по 2016 г. обеспеченность врачами в сельской местности края увеличилась с 15,6 до 16,8 на 10 тыс. населения [119]. В целях закрепления молодых специалистов Краснодарском крае применяется комплексная система социальной поддержки, включающая компенсацию арендной платы,

предоставление служебного жилья, социальные выплаты на частичное погашение первоначального взноса по ипотеке или приобретению жилья, а также возмещение расходов на жилищно-коммунальные услуги [2].

В Липецкой области региональным законодательством предусмотрены меры жилищной поддержки врачей дефицитных специальностей, включая выплаты на приобретение или строительство жилья. В целях повышения престижа медицинских профессий реализуется региональная программа «Губернаторские полтора миллиона», предусматривающая систему поощрительных премий и социальных выплат для врачей и среднего медицинского персонала [37, 56].

Укомплектованность медицинских организаций районов Орловской области врачами-терапевтами участковыми составила 72,9% (по области - 85,1%), врачами-педиатрами участковыми - 82,8% (по области - 83,5%). Медицинским работникам, трудоустроившимся в сельской местности, в центральных районных больницах, расположенных в городах, поселках городского типа и обслуживающих сельское население, предусмотрена единовременная выплата в размере 100 тыс. рублей. Кроме того, молодым специалистам, трудоустроившимся в сельской местности, в центральных районных больницах, частично возмещаются расходы за найм жилого помещения [116].

Исследование, проведенное Кобяковой О.С. с соавт. показало, что в Томской области отмечается не столько дефицит врачей, сколько дисбаланс в части их соотношения в поликлинике и стационаре. На уровне региона была разработана кадровая программа, носящая межсекторальный характер, в рамках которой была составлена дорожная карта плана мероприятий по поэтапному устранению кадрового дефицита [194].

В Нижегородской области наибольшая эффективность привлечения молодых специалистов в сельские медицинские организации была достигнута за счёт введения дополнительных единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим на работу в сельскую местность, в размере 1 млн рублей, наряду с предоставлением жилья и

автотранспорта [66].

В Чувашской республике был принят проект «Новые кадры современного здравоохранения» с включающий следующие мер: 1) внедрение новой процедуры персонального допуска специалистов к профессиональной деятельности с учетом приобретенных в ходе обучения компетенций; 2) аккредитация 100% специалистов к 2025 г.; 3) внедрение системы непрерывного дополнительного профессионального образования врачей с использованием интерактивных образовательных модулей [112, 191].

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) существенно повлияла на кадровое обеспечение системы здравоохранения Москвы, потребовав привлечения значительного числа медицинских и немедицинских специалистов для организации помощи в новых условиях. В 2017–2022 гг. в столичном здравоохранении зафиксирован рост численности врачей на 15,5% (в том числе участковых терапевтов – на 57,0%) при одновременном сокращении среднего медицинского персонала на 3,4%. Несмотря на увеличение числа врачей, уровень укомплектованности снижался, что, вероятно, связано с опережающим ростом штатных должностей по сравнению с притоком новых специалистов [7, 21, 205, 294, 295].

Обращает на себя внимание разработка методов, позволяющих оценить обеспеченность региональных систем здравоохранения медицинскими кадрами и по результатам оценки разработать оптимальные способы решения кадровых проблем. Так Меньшиковой И.Л. с соавт. (2023) для указанной цели предложен интегральный индекс кадрового благополучия, рассчитываемый на основе следующих показателей обеспеченности кадрами (врачами и средним медицинским персоналом): показателей укомплектованности, коэффициента совместительства и его производных. Расчет данного индекса позволяет ранжировать регионы РФ по уровню кадровой обеспеченности [84, 86].

Важным элементом кадровой политики является перспективное кадровое планирование, основанное на наличии достоверной и актуальной информации о кадровом составе системы здравоохранения. С этой целью формируется регистр

медицинских работников, подлежащий регулярной актуализации и верификации, который позволяет формировать кадровый профиль субъектов Российской Федерации, прогнозировать потребность территорий в медицинских кадрах по численности и структуре, а также оценивать эффективность использования персонала для обоснования планов его подготовки [161].

По результатам анализа практики региональной кадровой политики Маринкин И.О. с соавт. (2020) отмечают, что устранение кадрового дисбаланса должно осуществляться в увязке с долгосрочными программами развития здравоохранения региона и с приоритетами социально значимых направлений медицинской помощи, прежде всего профилактической медицины и первичной медико-санитарной помощи [250].

В мировой практике в качестве критериев оценки эффективности мер по привлечению медицинских специалистов в сельские территории используются показатели 5- и 10-летней приверженности месту работы. Эти индикаторы отражают долю врачей, проработавших в конкретном населённом пункте соответствующий период и продолжающих профессиональную деятельность на данной территории [10].

Анализ региональных исследований показывает, что кадровые проблемы здравоохранения в Российской Федерации имеют выраженную территориальную специфику. Во многих субъектах РФ сохраняются дефицит и дисбаланс медицинских кадров, особенно в сельской местности и в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также высокая зависимость укомплектованности от совместительства. Наиболее эффективными являются меры, ориентированные на региональные потребности, которые включают в себя целевые программы подготовки и закрепления специалистов, совершенствование системы оплаты их труда и социальной поддержки, разработку региональных кадровых программ и новых инструментов мониторинга кадровой обеспеченности.

1.5. Использование цифровых технологий для решения проблемы кадрового дефицита в здравоохранении

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации одной из приоритетных задач государственной политики является процесс цифровизации, связанный с внедрением и развитием цифровых технологий и информационных систем в сфере здравоохранения.

На круглом столе XII международной конференции «ОргЗдрав-2024» заместитель министра здравоохранения РФ Т.В. Семёнова отметила, что одним из ключевых факторов кадровой политики является повышение компетентности и эффективности работы кадров с учётом внедрения цифровых технологий [234].

Среди ключевых мероприятий федерального проекта «Медицинские кадры» (2025 г.) с целью совершенствования кадрового менеджмента в здравоохранении предусмотрено: создание цифровых платформ мониторинга, анализа и прогнозирования кадровых потребностей; развитие информационных систем учёта и оценки кадрового потенциала; интеграция кадрового планирования с региональными системами здравоохранения [169].

Распоряжение Правительства РФ от 17 апреля 2024 г. № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения» включает следующие меры, ориентированные на решение кадровых проблем здравоохранения: развитие цифровых регистров медицинских работников, внедрение инструментов для прогнозирования кадровых потребностей, снижение административной нагрузки на персонал, расширение использования телемедицинских технологий и технологий искусственного интеллекта, аналитическая поддержка управленческих решений. Реализация данных мер может помочь более рационально использовать кадровые ресурсы и частично компенсировать дефицит медицинских кадров [211].

Переход к цифровым моделям здравоохранения делает обязательным пересмотр требований к профессиональной подготовке медицинских работников и внедрение механизмов постоянной оценки и развития их цифровых

компетенций как условия эффективной работы медицинских организаций [276, 312].

Развитие цифрового здравоохранения предполагает системную трансформацию подготовки медицинских кадров, активное внедрение форм оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, формирование у населения базовой цифровой медицинской культуры, активное проведение научных исследований использования цифровых технологий в сфере здравоохранения и широкое применение искусственного интеллекта в клинических и управленческих процессах [19, 61, 281, 320, 345, 350, 359].

Цифровизация способна существенно повысить точность прогнозирования потребности во врачебных кадрах за счёт модернизации системы статистического учёта, формирования достоверных данных о численности и ключевых характеристиках практикующих врачей, качестве их профессиональной деятельности и возрастной структуре персонала. Создание такого информационного массива возможно на основе единой общероссийской базы данных, интегрированной с профессиональной социально-экспертной сетью врачей и цифровыми каналами обратной связи с пациентами, а в перспективе – с инструментами цифровой медицины. Наличие полной и достоверной мониторинговой информации о кадровом составе будет способствовать совершенствованию и повышению эффективности управления кадровыми ресурсами здравоохранения [27, 113, 298].

В литературе подчёркивается важная роль современных цифровых платформ кадрового менеджмента в формировании и управлении кадровым потенциалом здравоохранения. Такие платформы охватывают ключевые процессы подбора, обучения, планирования и имеют аналитические инструменты, основанные на обработке больших массивов данных. Отмечается, что внедрение цифровых решений может повысить эффективность управления кадрами. Кадровые платформы позволяют обеспечить более точное прогнозирование потребности в медицинских кадрах на национальном и региональном уровнях, оптимизировать их распределение, повысить обоснованность принятия

управленческих решений в кадровой сфере [252].

Примером данного подхода может служить создание специализированной электронной площадки по подбору медицинских работников и поиску работы выпускниками «Портал карьерного роста медицинских кадров Ставропольского края». Площадка объединяет работодателей, выпускников, органы власти муниципальных образований и городских округов для решения проблемы дефицита медицинских кадров, повышения квалификации, профессиональной переподготовки специалистов и формирования кадрового резерва. Органы управления здравоохранением и территориальные органы исполнительной власти получают возможность в режиме реального времени проводить мониторинг имеющихся вакансий в подведомственных медицинских организациях и заявок от потенциальных кандидатов, что повышает точность прогноза потребности в кадрах [252].

Эффективное управление в условиях цифрового общества требует перехода к стандартизированным управленческим данным, цифровому документообороту и использованию современных информационных платформ, обеспечивающих накопление, анализ и прогнозирование кадровых показателей, а также моделирование развития кадрового потенциала [336].

Результаты социологического исследования медицинских работников акушерско-гинекологической службы свидетельствуют о том, что цифровизация рабочих процессов за счёт внедрения интегрированных информационных систем, электронных медицинских карт и электронного документооборота оказывает положительное влияние на уровень профессиональной удовлетворённости медицинского персонала [62].

Ускорение цифровой трансформации здравоохранения и развитие новых моделей оказания медицинской помощи напрямую зависят от готовности медицинских работников осваивать цифровые технологии и развивать профессиональные компетенции, соответствующие требованиям цифрового общества [4, 60].

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции цифровые

технологии, прежде всего телемедицина и портативные медицинские устройства, получили интенсивное развитие [33, 192].

По мнению ряда исследователей, цифровизация способна частично компенсировать сокращение численности медицинских работников за счёт повышения уровня их профессиональной компетентности и эффективности деятельности [289].

Использование технологий искусственного интеллекта (ИИ) рассматривается как одно из ключевых направлений цифровой трансформации здравоохранения. Практика внедрения ИИ-решений и результаты научных исследований показывают, что такие технологии способны повысить эффективность деятельности медицинских организаций за счёт оптимизации управленческих процессов, более рационального использования финансовых и кадровых ресурсов, а также расширения спектра цифровых сервисов для пациентов. Применение интеллектуальных консультативных систем позволяет частично компенсировать кадровый дефицит, повысить доступность профилактических и диагностических мероприятий и снизить влияние субъективных факторов, связанных с человеческим участием в процессе принятия решений [51, 213, 216, 251, 385, 391].

В контексте цифровой трансформации здравоохранения внедрение технологий искусственного интеллекта в Российской Федерации условно можно разделить на два направления. Первое связано с применением медицинских изделий на основе ИИ, используемых для поддержки клинических решений в диагностических и лечебных процессах. Второе направление включает развитие ИИ-сервисов, ориентированных на улучшение взаимодействия с пациентами, поддержку управленческих решений и цифровизацию вспомогательных и организационных процессов деятельности медицинских организаций [30, 310].

Одним из инновационных направлений цифровизации в здравоохранении, является внедрение цифровых двойников. Технологию цифровых двойников можно использовать для моделирования и оптимизации процессов в сфере здравоохранения на уровне организации, отдельной территории или страны в

целом. В сфере управления кадрами подобные модели позволяют понять будущую потребность в медицинских специалистах. Создание таких прогнозов на несколько лет вперед может помочь в планировании набора абитуриентов в образовательные организации среднего и высшего медицинского образования, дополнительного обучения имеющихся специалистов, прогнозировать приоритетность определенных специальностей [118, 203].

В условиях дефицита кадров цифровые продукты могут помочь вывести оказание медицинской помощи за пределы медицинской организации, позволить решить проблему нехватки кадровых ресурсов, разгрузить медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, от потока пациентов, которых можно наблюдать дистанционно. Такой подход позволяет решить проблему кадрового дефицита, обеспечить оптимальный уровень использования диагностического оборудования, достичь максимально возможного качества и доступности медицинской помощи [153, 352, 362, 364, 366].

Таким образом, обобщение результатов исследований, посвящённых кадровым проблемам здравоохранения, позволяет выделить ключевые составляющие кадровой политики, направленной на их решение: обеспечение оптимального соотношения медицинских кадров, их численности, структуры и распределения, основанное на оценке потребности в них в разрезе территорий и специальностей; прогнозирование и планирование обеспечения населения врачами и средним медицинским персоналом; подготовку и повышение квалификации медицинских работников; повышение их мотивации к труду и закреплению на рабочем месте; социальную поддержку; совершенствование кадрового менеджмента внутри медицинских организаций; создание условий для профессионального роста и развития сотрудников; повышение престижа и привлекательности медицинской профессии, создание положительного образа медицинского работника в средствах массовой информации с целью привлечения в медицину молодежи; стимулирование выпускников работать по специальности. Среди задач кадровой политики важная роль должна отводиться подготовке и

продвижению руководящих кадров, созданию реестра руководителей, формированию баз данных медицинских работников и внедрение современных информационно-коммуникационных технологий в деятельность медицинских организаций в рамках цифровизации здравоохранения [46].

К элементам эффективной кадровой политики на уровне субъекта Российской Федерации можно отнести: 1) создание механизмов финансового стимулирования с целью привлечения специалистов в районы, испытывающие потребность в медицинских кадрах; 2) увеличение целевого набора в образовательные организации медицинского образования студентов, поступающих из регионов, испытывающих кадровый дефицит; 3) мониторинг и регулирование выбора места работы выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования; 4) совершенствование организации процесса оказания медицинских услуг, улучшение условий труда врачей в районах с недостаточным уровнем обеспеченности, использование современных информационно-коммуникационных технологий [46].

Решение проблем кадрового обеспечения регионального здравоохранения возможно на основе разработки и внедрения научно обоснованных мер эффективной кадровой политики на уровне субъекта Российской Федерации. Существенную роль в их реализации играет проведение углублённых научных исследований, направленных на формирование организационных механизмов обеспечения региона медицинскими кадрами с использованием потенциала организаций высшего медицинского образования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация исследования

Исследование было проведено в период с 2018 по 2026 год и осуществлялось на базе Министерства здравоохранения Ставропольского края, подведомственных ему медицинских организаций и Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (СтГМУ). Выбор данного субъекта Российской Федерации определялся в соответствии с целью исследования: совершенствование кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации с учетом потребности региона в медицинских кадрах на основе использования ресурсов и возможностей регионального медицинского вуза с применением современных информационных технологий.

В качестве объекта исследования на различных этапах работы были рассмотрены медицинские организации Ставропольского края, руководители медицинских организаций, руководители медицинских организаций (эксперты) и обучающиеся медицинского университета (студенты и ординаторы).

Предметом исследования являлись состояние здоровья населения субъекта Российской Федерации, кадровая политика регионального здравоохранения.

Единицами наблюдения выступали – единичный статистический показатель (случай заболеваемости, случай смерти, случай рождения и др.), медицинский работник, эксперт (руководитель медицинской организации Ставропольского края), обучающиеся (студенты, ординаторы) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Программа исследования, представлена в Таблице 1.

Таблица 1 – Программа исследования

Цель: Научное обоснование совершенствования кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации, с учетом потребности региона в медицинских кадрах на основе использования и возможностей медицинского университета с применением современных информационных технологий.		
Объекты исследования: медицинские организации Ставропольского края, руководители медицинских организаций, студенты и ординаторы, проходящие обучение в СтГМУ Минздрава России.		
Предмет исследования: состояние здоровья населения региона, кадровая политика регионального здравоохранения.		
Задачи	Источники информации	Методы
1. Изучить современные проблемы обеспечения медицинскими кадрами регионального здравоохранения в Российской Федерации на основе анализа нормативных документов, отечественных и зарубежных литературных источников	406 источников научной литературы (313 отечественных и 93 зарубежных), нормативные правовые документы федерального уровня и уровня Ставропольского края.	Аналитический Анализ, синтез и обобщение научной литературы

Продолжение Таблицы 1

2. Провести анализ динамики состояния здоровья населения региона, медико-демографических показателей и обеспеченности медицинскими кадрами Ставропольского края в 2009-2022 гг.	Отчетная форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», формы федерального статистического наблюдения: №30 «Сведения о медицинской организации», №3П-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала», сведения Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения «Федеральный регистр медицинских работников», «Федеральный регистр медицинских организаций», статистические витрины и сводные годовые отчеты и публикации Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Росстата), Управления Федеральной службы государственной статистики по Северо-Кавказскому федеральному округу, Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр», Министерства здравоохранения Ставропольского края.	Статистический Аналитический Научного прогнозирования
3. Провести сравнительный анализ мнений работодателей, ординаторов и выпускников специалитета медицинского университета о факторах, влияющих на закрепление врачебных кадров в медицинских организациях Ставропольского края и мерах социальной поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения.	Результаты анкетирования: - анкеты экспертов -руководителей медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Ставропольского края) (n=28). - анкеты обучающихся ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по программе специалитета (n=488). - анкеты обучающихся ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по программе ординатуры (n=854).	Экспертной оценки Социологический Статистический Аналитический

Продолжение Таблицы 1

4. Провести сравнительный анализ результатов опросов студентов и экспертов-руководителей о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.	Результаты анкетирования: - анкеты экспертов - руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Ставропольского края (n=76). - анкеты студентов 3-6 курсов ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России (n=236).	Экспертной оценки Социологический Статистический Аналитический
5. Разработать и внедрить цифровую экосистему управления кадровым потенциалом здравоохранения на базе медицинского университета как инструмент кадрового обеспечения региона.	1. Результаты анкетирования: - анкеты пользователя карьерного портала СтГМУ – студентов, ординаторов и выпускников ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России (n=486). 2. Цифровая платформа, разработанная на основании результатов анкетирования, полученных при решении 3 и 4 задач исследования (карьерный портал СтГМУ). 3. Восемь общедоступных цифровых платформ для трудоустройства медицинских кадров. 4. Аналитические выгрузки карьерного портала СтГМУ.	Социологический Статистический Аналитический Сравнительный анализ
6. Разработать и внедрить модель совершенствования организационных и правовых мероприятий в рамках проекта «Вуз-регион» по обеспечению медицинскими кадрами Ставропольского края с использованием потенциала медицинского университета.	Результаты, полученные при решении 1-5 задач исследования.	Аналитический Анализ, синтез и обобщение научной литературы, нормативной и правовой базы. Научного прогнозирования

Продолжение Таблицы 1

7. Оценить эффективность предлагаемой модели совершенствования обеспечения здравоохранения Ставропольского края медицинскими кадрами.	Данные официальной статистики по трудоустройству выпускников СтГМУ и кадровому обеспечению медицинских организаций Ставропольского края.	Организационный эксперимент Аналитический Статистический

В рамках проведенного исследования были изучены и проанализированы особенности естественного и механического движения населения, состояние здоровья населения, особенности организации медицинской помощи в субъекте, кадровое обеспечение системы здравоохранения и особенности кадровой политики в сфере здравоохранения Ставропольского края.

Выбор методических подходов осуществлялся в соответствии с поставленными в исследовании задачами и характером необходимых для изучения материалов. В ходе исследования были использованы следующие методы: аналитический, социологический, статистический, метод экспертных оценок, метод научного прогнозирования, метод организационного эксперимента.

Настоящее комплексное исследование, проведенное в рамках предметной области и в соответствии с методологией, принятой для научной специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения и медико-социальная экспертиза (медицинские науки)» включало выполнение 7 последовательных этапов.

На **первом этапе** были изучены и проанализированы научные литературные и нормативные правовые документы, посвященные вопросам кадровой политики в сфере здравоохранения и проблемам обеспечения регионального здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами.

Отбор нормативных правовых актов для последующего анализа производился с применением электронных информационно-справочных правовых систем «КонсультантПлюс», «ГАРАНТ», фонда Консорциума «Кодекс», а также официальных интернет-сайтов федеральных и региональных органов исполнительной и законодательной власти Российской Федерации.

Поиск научных публикаций и источников литературы, соответствующих теме настоящего исследования, осуществлялся в библиографических и реферативных базах данных: PubMed, Embase, eLibrary, каталоге Центральной научной медицинской библиотеки ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

В подготовке обзора литературы было проанализировано 399 литературных источников, из которых 313 – отечественных, 93 – зарубежных.

Результаты обзора литературы определили необходимость последующего изучения потребности в медицинской помощи и обеспеченности населения субъекта Российской Федерации врачами, а также факторов, способствующих и препятствующих их закреплению на территории субъекта; определения роли региональной образовательной организации высшего медицинского образования в решении данной проблемы; поиска путей оптимизации обеспечения субъекта Российской Федерации медицинскими кадрами с применением современных информационных технологий.

На **втором этапе** исследования была ретроспективно проанализирована динамика показателей здоровья населения и обеспеченности медицинскими кадрами Ставропольского края за период 2009–2022 гг.

Для этого, в первую очередь, была изучена динамика и структура демографических показателей, характеризующих механическое (миграцию) и естественное (воспроизводство) движение населения, среди которых: рождаемость, смертность (в том числе по основным классам причин), естественный прирост населения, коэффициент прибытия (иммиграции), коэффициент выбытия (эмиграции), миграционный прирост населения.

Была изучена и проанализирована структура и динамика показателей, характеризующих здоровье населения края в группах детей и взрослых: показателей первичной и общей заболеваемости (в том числе по основным классам болезней), а также показателей инвалидности.

С целью выявления региональных особенностей состояния здоровья населения, определяющих потребность в медицинской помощи в Ставропольском крае, проведено сопоставление показателей, характеризующих демографическую ситуацию и состояние здоровья населения региона, с аналогичными данными по Северо-Кавказскому федеральному округу, в состав которого входит Ставропольский край, а также по Российской Федерации в целом.

В рамках этого же этапа были изучены показатели, характеризующие кадровое обеспечение, среди которых: количество медицинских работников, обеспеченность населения медицинскими специалистами, укомплектованность медицинских организаций врачами, коэффициент совместительства, включая анализ по отдельным направлениям оказания медицинской помощи.

Аналогично показателям, характеризующим потребность населения Ставропольского края в медицинской помощи, основные показатели, характеризующие обеспеченность населения края медицинскими специалистами приведены в сравнении с данными по Северо-Кавказскому федеральному округу и Российской Федерации в целом для определения ключевых особенностей и проблем, а также для определения перспективных направлений совершенствования кадровой политики здравоохранения в Ставропольском крае.

Источниками информации служили: отчетная форма №12 «Сведения о числе заболеваний; зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», форма федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации», утвержденная Приказом Росстата от 29.11.2024 №594; форма федерального статистического наблюдения №3П-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала», утвержденная Приказом Росстата от 12.09.2024 №409; оперативные сведения, полученные с помощью Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения «Федеральный регистр медицинских работников», «Федеральный регистр медицинских организаций»; статистические витрины и сводные годовые отчеты и публикации Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Росстата), Управления Федеральной службы государственной статистики по Северо-Кавказскому федеральному округу, Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр», Министерства здравоохранения Ставропольского края.

Третий этап исследования был посвящен изучению возможностей управления факторами, влияющими на закрепление медицинских кадров в медицинских организациях Ставропольского края.

Для всестороннего сравнительного анализа данных факторов, а также выявления проблем информационного обеспечения региональной кадровой политики здравоохранения в Ставропольском крае исследование включало изучение экспертного мнения: руководителей медицинских организаций, расположенных на территории Ставропольского края; а также обучающихся по программам специалитета и ординатуры регионального медицинского вуза (ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России).

Для изучения экспертного мнения руководителей медицинских организаций, расположенных на территории Ставропольского края, была разработана анкета, состоящая из 25 вопросов. Для обеспечения удобства заполнения, анкета была разделена на два раздела (Приложение А):

1. Паспортную часть (информация о поле, возрасте, должности, месте работы, стаже трудовой деятельности);
2. Часть, содержащую 2 блока вопросов: 1) блок, где респонденту предлагается выбрать от 1 до 3 вариантов ответов из предложенных, исходя из своего экспертного мнения по данному вопросу; 2) блок включающий 5-балльные шкалы для оценки приоритетности факторов, способствующих закреплению медицинских кадров в медицинских организациях Ставропольского края (где 1 – «совсем не важно», 2 – «скорее не важно», 3 – «нейтрально», 4 – «скорее важно», 5 – «крайне важно»).

Помимо паспортной части (пол, возраст, опыт профессиональной деятельности), анкета эксперта включала раздел, предназначенный для самооценки уровня экспертной компетентности в вопросах кадровой политики по трем направлениям: уровень теоретического знания проблемы (k_1), практический опыт (k_2), способность предвидеть логику событий и прогнозировать (k_3). Компетентность по каждому из направлений оценивалась самим экспертом по

трехуровневой шкале: высокий уровень (1 балл), средний уровень (0,5 баллов) и низкий уровень (0 баллов).

Важным этапом в формировании экспертной группы являлось определение совокупного индекса их компетентности в вопросе кадровой политики в здравоохранении. Совокупный индекс самооценке эксперта мог принимать значение от 0 (полная некомпетентность в исследуемом вопросе), до 1 (полная компетентность в исследуемом вопросе) и рассчитывался по формуле [59]:

$$k = \frac{k_1 + k_2 + k_3}{3} \quad (1),$$

где k_1 – значение самооценки экспертом уровня своих теоретических знаний (от 0 до 3 баллов),

k_2 – значение самооценки экспертом уровня своего практического опыта (от 0 до 3 баллов),

k_3 – значение самооценки экспертом своей способности предвидеть логику событий и прогнозировать (от 0 до 3 баллов).

Коэффициент уровня компетентности может изменяться от 1 (полная компетентность, т.е. оценочные значения коэффициентов $k_1=k_2=k_3 = 1$) до 0 (полная некомпетентность: $k_1=k_2=k_3 = 0$).

Для включения в экспертную группу, коэффициент уровня компетентности эксперта должен быть средним и выше среднего.

Критериями включения экспертов в исследование являлись:

- Осуществление профессиональной деятельности в должности руководителя медицинской организации, расположенной на территории Ставропольского края, независимо от формы собственности;
- Наличие стажа работы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» не менее 10 лет;
- Суммарный показатель самооценки уровня компетентности эксперта не ниже 0,5 балла;
- Наличие информированного согласия на участие в исследовании, подтверждённого выбором соответствующего пункта в интернет-форме.

Критериями невключения являлись:

- Отсутствие достаточного опыта работы в должности руководителя медицинской организации Ставропольского края;
- Отсутствие согласия на участие в исследовании.

Критерием исключения являлся отказ от дальнейшего участия в процессе заполнения интернет-формы.

Экспертный опрос был проведён с участием 28 экспертов – руководителей медицинских организаций Ставропольского края, обладающих высокой профессиональной квалификацией и значительным управленческим опытом. Выбор данной численности экспертной группы обусловлен необходимостью обеспечения устойчивости коллективных экспертных оценок при одновременном сохранении высокой однородности и компетентности экспертного состава. Согласно методическим рекомендациям по проведению экспертных опросов и методу Delphi, оптимальная численность экспертной панели при условии высокой квалификации экспертов составляет порядка 15–30 человек, поскольку дальнейшее увеличение числа участников не приводит к существенному повышению точности агрегированных оценок [63]. Таким образом, включение 28 экспертов высокой квалификации является методически обоснованным и достаточным для получения достоверных и репрезентативных результатов исследования.

Также нами учитывался способ, основанный на зависимости между наличием оцениваемых объектов или элементов и числом экспертов по упрощенной формуле: $n = \sqrt{m}$ [227]. В данном случае число оцениваемых элементов в анкете составляло 87, что соответствует минимальному количеству экспертов, равному 10. В экспертную группу было включено 28 экспертов.

Анкеты для экспертной оценки были оформлены в виде интернет-формы с применением сервиса Yandex Forms. Ссылки на анкеты были высланы руководителям медицинских организаций Ставропольского края, включенных в экспертную группу.

Анкеты для обучающихся ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России (студентов и ординаторов), в свою очередь, включала три части (Приложение Б, Приложение В): 1) паспортную часть; 2) блок вопросов, оценивающих текущие условия жизни, профессиональную мотивацию и дальнейшие карьерные и профессиональные планы; 3) часть, содержащую блок вопросов для оценки приоритетности факторов, способствующих закреплению медицинских кадров в медицинских организациях Ставропольского края;

Общее число вопросов анкеты для студентов ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России составило 33 вопроса, для ординаторов – 35 вопросов.

Для обеспечения максимальной репрезентативности был произведен сплошной опрос всех 488 студентов 6-го курса лечебного и педиатрического факультетов и 854 ординаторов, проходящих обучение в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России.

Критериями включения являлись:

- Обучение в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по программам специалитета «Лечебное дело» и «Педиатрия» на 6 курсе;
- Обучение в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре;
- Наличие согласия на участие в исследовании (выбор соответствующего пункта в интернет-форме).

Критериями невключения являлись:

- Обучение в других вузах на момент исследования;
- Отсутствие согласия на участие в опросе.

Критерием исключения являлся отказ от дальнейшего участия в процессе заполнения интернет-формы.

Анкеты для изучения мнения обучающихся ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России были оформлены в виде интернет-форм с применением сервиса Yandex Forms. Распространение анкет осуществлялось сплошным методом: ссылки на интернет-форму были высланы всем обучающимся

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России. Было получено 488 анкет студентов и 854 анкеты ординаторов.

Источниками информации на третьем этапе исследования послужили результаты экспертной оценки и социологического опроса обучающихся, проведенных с использованием разработанных автором анкет, направленных на изучение факторов, оказывающих влияние на закрепление медицинских кадров в регионе.

На **четвертом этапе** исследования был проведен опрос 236 студентов 3-6 курсов Ставропольского государственного медицинского университета и 76 экспертов, входящих в администрацию государственных медицинских организаций Ставропольского края, согласно разработанной авторами анкете, с целью определения и оценки ключевых характеристик и качеств лидера в сфере здравоохранения.

Критериями включения для экспертов являлись:

- Осуществление профессиональной деятельности в должности руководителя или заместителя руководителя медицинской организации, расположенной на территории Ставропольского края, независимо от формы собственности медицинской организации;
- Общий медицинский стаж не менее 15 лет;
- Стаж работы на руководящих должностях в системе здравоохранения не ниже 5 лет;
- Суммарный уровень самооценки экспертом своей компетентности не ниже 0,5 баллов;
- Наличие согласия на участие в исследовании (выбор соответствующего пункта в интернет-форме).

Критериями невключения являлись:

- Отсутствие достаточного опыта работы в качестве руководителя или заместителя руководителя медицинской организации Ставропольского края;
- Отсутствие согласия участие в исследовании.

Критерием исключения являлся отказ от дальнейшего участия в процессе заполнения интернет-формы.

При формировании экспертной группы проводилось вычисление коэффициента уровня компетентности экспертов.

Минимальное число экспертов для получения достоверных результатов оценки было рассчитано в соответствии с формулой [71]:

$$n = W \times \left(\frac{3}{E} - 5 \right) \quad (2),$$

где W – минимальное допустимое при проведении экспертной оценки значение коэффициента конкордации Кендалла ($W=0,5$),

E – предельный уровень допустимой ошибки при экспертной оценке (5%, $m=0,05$).

Минимальная величина выборки экспертов согласно данной формуле составила 33 человека. По результатам проведённого анкетирования была сформирована экспертная группа, в состав которой вошли 76 руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций Ставропольского края.

Для опроса студентов критериями включения в выборку являлись:

- Обучение в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по программам специалитета «Лечебное дело» и «Педиатрия» на 3-6 курсах;
- Наличие согласия на участие в исследовании (выбор соответствующего пункта в интернет-форме);
- Участие в деятельности, позволившей за время обучения в университете продемонстрировать лидерские качества: выполнение обязанностей старост групп, участие в волонтерской деятельности, участие в органах студенческого самоуправления, участие в организации культурных и спортивных мероприятий.

Критериями невключения являлись:

- Обучение в других вузах на момент исследования;
- Отсутствие согласия на участие в опросе;
- Отсутствие участия в перечисленной выше деятельности.

На основании указанных критериев была составлена целенаправленная выборка студентов 3-6 курса, насчитывавшая 236 человек, среди которых сплошным методом было проведено анкетирование.

Источниками информации на четвертом этапе исследования были результаты сопоставления экспертной оценки и социологического опроса обучающихся на основании разработанных автором анкет для изучения ключевых характеристик лидера в сфере здравоохранения.

Анкеты, разработанные автором (Приложение Г, Приложение Д) с целью сравнения оценок характеристик лидера в сфере здравоохранения между действующими руководителями и студентами, продемонстрировавшими наличие лидерского потенциала, включали 5 разделов: 1) демографические и социальные параметры, 2) оценка личностных характеристик, 3) эмоциональный интеллект, 4) открытые вопросы, 5) заключение. Анкета для экспертов включала в себя 12 вопросов, анкета для студентов состояла из 11 вопросов. Качества лидера здравоохранения предлагалось оценить по пятибалльной шкале, где 1 – «совсем не важно», 2 – «скорее не важно», 3 – «нейтрально», 4 – «скорее важно», 5 – «крайне важно».

Анкетирование проводилось с использованием интернет-форм на базе сервиса Yandex Forms.

На **пятом этапе** исследования был проведен анализ существующей системы информационного обеспечения кадровой политики в здравоохранении Ставропольского края. С целью изучения и определения особенностей и недостатков системы информационного обеспечения кадровой политики в здравоохранении Ставропольского края был проведен анализ текущего состояния системы, используемых процессов, инструментов и баз данных, применяющихся как для учета, так и обеспечения трудоустройства медицинских работников, информационного взаимодействия в рамках реализации кадровой политики между Министерством здравоохранения Ставропольского края, медицинскими организациями, ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, обучающимися и выпускниками данного вуза.

Было определено, что разработка системы информационного обеспечения кадровой политики в здравоохранении должна учитывать потребности и требования всех заинтересованных сторон.

В качестве заинтересованных сторон были определены:

1. Министерство здравоохранения Ставропольского края, реализующее кадровую политику в здравоохранении на уровне региона;
2. Потенциальные работодатели (медицинские организации и их непосредственные руководители, как выразители интересов данных субъектов), обеспечивающие удовлетворение потребности населения края в медицинской помощи;
3. Образовательная организация высшего медицинского образования субъекта Российской Федерации (ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России), осуществляющая подготовку специалистов для обеспечения медицинских организаций края медицинскими кадрами;
4. Обучающиеся и выпускники ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, в отношении которых должны осуществляться действия, направленные на их закрепление на территории края.

Определение потребностей заинтересованных сторон, которые должна удовлетворять система информационного обеспечения кадровой политики в здравоохранении Ставропольского края проводилось на основе изучения соответствующих разделов анкет, полученных на предыдущем этапе от руководителей медицинских организаций Ставропольского края и обучающихся ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России. Анализ был направлен на выявление основных требований и ожиданий, вовлеченных в процесс закрепления кадров в регионе заинтересованных сторон по отношению к системе.

По результатам проведения предшествующих этапов исследования была разработана система в виде цифровой платформы, направленная на совершенствование информационного обеспечения и поддержки коммуникационных взаимодействий всех заинтересованных сторон в контексте

реализации кадровой политики в здравоохранении с применением информационно-коммуникационных технологий.

Был проведен сравнительный анализ восьми цифровых платформ для трудоустройства медицинских кадров и определены принципиальные различия между универсальными агрегаторами (HeadHunter, SuperJob и др.) и разработанным порталом ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по ключевым параметрам, определяющим их пригодность для решения отраслевых задач.

С целью совершенствования процессов информирования и содействия трудоустройству медицинских работников разработанная система была интегрирована в механизм управления кадровым обеспечением медицинских организаций Ставропольского края, функционирующий на базе ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России.

Была проведена оценка удобства и результативности применения цифровой платформы для реализации кадровой политики в здравоохранении Ставропольского края. Были проанализированы показатели пользовательской активности и структура источников трафика портала за период с сентября по декабрь 2025 года.

Проведены анкетирование пользователей по оценке удовлетворенности пользователей цифровой платформой (Приложение Е), анализ ее влияния на оптимизацию процессов работы с медицинскими кадрами и улучшение информационного и коммуникационного взаимодействия всех заинтересованных сторон в рамках реализации кадровой политики в здравоохранении в Ставропольском крае.

В социологический опрос включались пользователи карьерного портала СтГМУ, имевшие опыт работы с его основными функциональными возможностями: просмотром и поиском вакансий, размещением резюме, откликом на вакансии, взаимодействием с работодателями через портал. Обязательным условием включения являлось добровольное согласие респондента на участие в анкетировании.

К критериям невключения относились отсутствие опыта практического использования портала, отказ от участия в опросе.

Критериями исключения являлись неполное заполнение анкеты, наличие логически противоречивых ответов, повторное заполнение анкеты одним и тем же пользователем.

Определение минимально необходимого объёма выборки для проведения социологического исследования осуществлялось с применением стандартной формулы расчёта выборочной совокупности при оценке доли признака в генеральной совокупности:

$$n = Z^2 \cdot p \times (1 - p) / \Delta^2 \quad (3)$$

где n - минимально необходимый объём выборки;

Z – коэффициент, соответствующий выбранному уровню доверительной вероятности;

p – предполагаемая доля изучаемого признака;

Δ – допустимая ошибка выборки.

При доверительной вероятности 95% значение Z принималось равным 1,96. При отсутствии предварительных данных о распределении ответов использовалось значение $p=0,5$, обеспечивающее наибольший расчётный объём выборки. Допустимая ошибка принималась на уровне 5%. Расчёт корректировался с учётом конечного размера генеральной совокупности зарегистрированных пользователей карьерного портала.

Анкета пользователя кадрового портала СтГМУ оценивала удобство и эффективность функционирования цифровой платформы. Она включала шесть закрытых вопросов, оцениваемых по десятибалльной шкале, и один открытый вопрос для предложений по совершенствованию портала. Закрытые вопросы отражали основные характеристики характеризовали общую оценку платформы, удобство поиска вакансий, информативность описания вакансий, удобство размещения и редактирования резюме, взаимодействие с работодателями и удовлетворённость коммуникацией через портал. Использование десятибалльной

шкалы позволило получить количественную оценку восприятия пользователями основных функций карьерного портала.

Шестой этап исследования был нацелен на разработку модели, основанной на системном подходе к совершенствованию кадровой политики в сфере здравоохранения Ставропольского края, позволяющей оптимизировать процессы, связанные с формированием, обучением и закреплением медицинских кадров на территории края. Целью модели было решение проблемных областей кадровой политики в обеспечении региона медицинскими кадрами, а также разработка современных организационно-правовых мероприятий, способствующих усилению сотрудничества между Министерством здравоохранения Ставропольского края, краевыми медицинскими организациями, ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, его обучающимися и выпускниками.

В ходе данного этапа было проведено обобщение обзора нормативных правовых актов, касающихся кадровой политики в здравоохранении Ставропольского края, оценка действующих федеральных и региональных мер поддержки медицинских работников и факторов, способствующих закреплению медицинских кадров в медицинских организациях Ставропольского края.

На основе проведенного комплексного анализа была разработана модель совершенствования организационно-правовых мероприятий, направленных на оптимизацию кадровой политики в сфере здравоохранения Ставропольского края с использованием потенциала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, как ключевого элемента, связующего все заинтересованные стороны в контексте реализации кадровой политики в здравоохранении Ставропольского края.

Заключительным шагом данного этапа было внедрение разработанной модели для совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения на уровне Ставропольского края.

Источниками информации на данном этапе служили результаты проведенных ранее этапов исследования.

В рамках **седьмого этапа** исследования был проведен анализ показателей, характеризующих результативность модели совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения Ставропольского края.

Были использованы следующие статистические показатели: обеспеченность врачами в расчете на 10000 населения на конец года, показатели укомплектованности врачами медицинских организаций (по физическим лицам и по занятым должностям), коэффициенты совместительства врачей. Показатели рассчитывались для общего количества врачей региона; для врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в стационарных условиях и скорую медицинскую помощь; для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (участковые врачи-терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики); для врачей, работающих в городских и сельских условиях.

На основе динамики кадровых показателей была проведена оценка реализуемой в СтГМУ системы профориентационной работы в отношении абитуриентов и обучающихся в вузе.

Был проведен анализ существующего комплекса мер обеспечения кадровой политики в здравоохранении, реализующегося на территории края, и разработанной на предыдущем этапе модели совершенствования организационно-правовых мероприятий по обеспечению региона медицинскими кадрами с использованием потенциала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России.

2.2. Статистическая обработка данных

Собранные данные были закодированы и сгруппированы в виде электронных таблиц для последующего анализа. Для статистической обработки и анализа полученных в ходе исследования данных применялось программное обеспечение IBM SPSS Statistics (версия 26.0) и Microsoft Excel 2023.

Для описания и оценки показателей, характеризующих демографическую ситуацию, состояние здоровья населения, обеспеченность населения врачами в Ставропольском крае, Северо-Кавказском федеральном округе и Российской

Федерации в целом применялись методы описательной статистики и расчет относительных величин: интенсивных – для характеристики частоты распространения явления в среде; экстенсивных – для характеристики структуры явлений и совокупностей; показателей соотношения – для характеристики отношения двух независимых совокупностей. Для характеристики относительных изменений данных показателей в динамике применялся расчет показателей наглядности. Расчет доверительных интервалов для данных показателей не производился, так как данные характеризовали генеральные совокупности. Сравнение значений на уровне Ставропольского края, Северо-Кавказского федерального округа и Российской Федерации применения статистических критериев не требовало, так как проводилось также на уровне генеральных совокупностей.

Для изучения динамики изменения данных показателей и выявления характера тенденции этих изменений с целью последующего анализа и прогнозирования осуществлялось построение линии тренда. Функция, описывающая тенденцию, может принимать вид линейной зависимости, экспоненциальной зависимости, логарифмической зависимости, степенной зависимости, полиномиальной зависимости. Выбор наиболее подходящей функции для построения линии тренда для каждого динамического ряда осуществлялся в соответствии со значением величины аппроксимации (R^2). Значение R^2 может принимать значение от 0 до 1. Чем ближе величина коэффициента аппроксимации к 1, тем точнее соответствие тренда исходным данным.

Выбор методов описательной и аналитической статистики для количественных признаков осуществлялся с учетом оценки характера распределения признаков. Для оценки характера распределения применялся расчет критерия Шапиро-Уилка. Характер распределения считался не соответствующим нормальному при $p < 0,05$.

Признаки, имевшие нормальное распределение, были описаны с помощью значения средней арифметической и среднеквадратического отклонения.

Признаки, имевшие отличное от нормального распределение, были описаны с помощью медианы и значения первого и третьего квартилей.

Для сравнения признаков, имевших нормальное распределение, в двух независимых группах применялись параметрические критерии: непарный критерий Стьюдента. Если сравниваемый признак имел распределение отличное от нормального хотя бы в одной из групп сравнения применялся непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Для описания качественных признаков применялись абсолютные и относительные частоты. Для описания результатов социологических опросов использовались относительные величины, рассчитанные на 100 опрошенных. Для сравнения качественных признаков в независимых группах применялись таблицы сопряженности и расчет критерия χ^2 -Пирсона. В случае величины ожидаемого явления в ячейках менее 10 применялась поправка Йейтса. В случае величины ожидаемого явления в ячейках менее 5 для сравнения признака в группах применялся расчет точного критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Для характеристики степени согласованности экспертных оценок применялся расчет коэффициента конкордации Кендалла:

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3 - n) - mT} \quad (4),$$

где S – сумма квадратов разностей отдельных рангов от среднего значения ранга ($\sum (R_i - \bar{R})^2$),

m – число экспертов,

n – число ранжируемых показателей,

T – поправочный коэффициент для каждого из признаков ($\sum (t_i^3 - t_i)$),

R – ранг,

t – количество повторяющихся рангов в оценке каждого из экспертов.

Оценку степени согласованности экспертного мнения проводили по шкале Харрингтона: $0 \leq W \leq 0,2$ - согласованность очень низкая, $0,2 < W \leq 0,37$ –

согласованность низкая, $0,37 < W \leq 0,64$ – согласованность средняя, $0,64 < W \leq 0,8$ – согласованность высокая, $0,8 < W \leq 1,0$ – согласованность очень высокая [160].

Степень согласованности мнений экспертов оценивалась по значению коэффициента конкордации. При значении коэффициента менее 0,5 уровень согласованности расценивался как недостаточный, тогда как значение 0,7 и выше свидетельствовало о высокой согласованности экспертных оценок. Мнения экспертов по изучаемой проблеме считались согласованными при коэффициенте конкордации не ниже среднего уровня.

Статистическая значимость коэффициента конкордации Кендалла определялась по формуле:

$$\chi^2 = W \times m(n - 1) \quad (5),$$

где W – коэффициент конкордации Кендалла,

m – число экспертов,

n – число ранжируемых показателей.

2.3. Характеристика территории и базы исследования

Территориальной базой для проведения настоящего диссертационного исследования стал Ставропольский край. Ставропольский край является одним из субъектов Российской Федерации и входит в состав Северо-Кавказского федерального округа (СКФО). В своем нынешнем составе Северо-Кавказский Федеральный округ был образован в начале 2010 года (указ Президента России Д.А. Медведева от 19 января 2010 года № 82). Центром округа установлен город Пятигорск, входящий в состав Ставропольского края.

Помимо Ставропольского края в состав Северо-Кавказского федерального округа входят Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика.

Расположенный в центральной части Предкавказья и на северном склоне Большого Кавказа, Ставропольский край граничит с восемью субъектами: на западе и юго-западе с Краснодарским краем, на северо-западе с Ростовской областью, на севере и северо-востоке с Калмыкией, на востоке с Дагестаном, на юго-востоке с Чеченской Республикой, а на юге с Северной Осетией-Аланией, Карачаево-Черкесской и Кабардино-Балкарской республиками.

Значительная часть территории Ставропольского края расположена на Ставропольской возвышенности, сливаясь с северной стороны с Кумо-Манычской впадиной, а на востоке переходя в Ногайскую степь. Самой характерной особенностью предгорий является наличие района Кавказских Минеральных Вод с горами-лакколитами. Географическое расположение региона обуславливает и особенности организации медицинской помощи в крае.

Площадь Ставропольского края составляет 66160 км². По этому показателю край занимает 45-е место среди регионов Российской Федерации.

В состав края входят 26 районов (Рисунок 1), 33 муниципальных образования (16 муниципальных округов и 17 городских округов), 26 городских населенных пунктов (10 городов краевого значения, 9 городов районного значения, 7 поселков городского типа), 736 сельских населенных пунктов. Административный центр региона, город Ставрополь, включает 3 внутригородских района [200].

Ставропольский край занимает 5-е место по продукции сельского хозяйства, 37 место по объему товаров обрабатывающих производств, 39 место по добыче полезных ископаемых среди всех субъектов Российской Федерации. По размеру валового регионального продукта на душу населения Ставропольский край занимает 69-е место среди субъектов Российской Федерации.

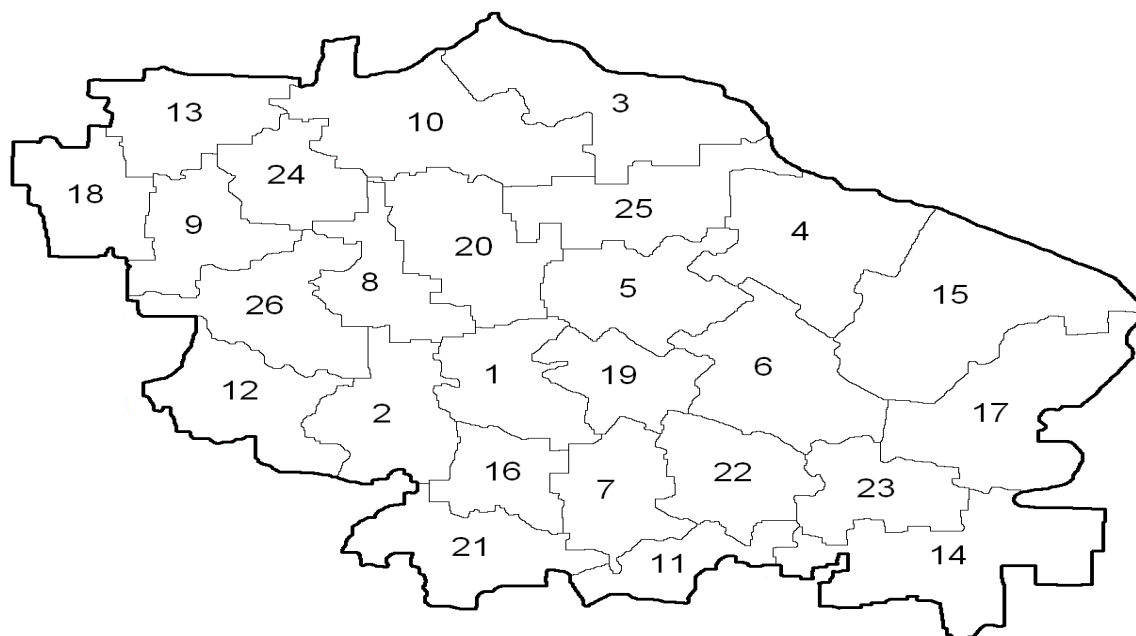


Рисунок 1 – Географическое расположение районов Ставропольского края

Численность населения Ставропольского края на 2022 год составляла 2 902 455 человек, из которых 598 960 (20,6%) – это дети и подростки. По численности населения Ставропольский край находится на 15 месте среди всех субъектов Российской Федерации. Плотность населения в крае – 42,2 человека на 1 км².

Доля городского населения края составляла 60,6%, сельского населения – 39,4%. В сравнении с общероссийскими значениями, доля сельского населения превышала общероссийское значение более чем в 1,5 раза (25,0%).

Доля мужского населения края составляла 47,2%, доля женщин составляла 52,8%. Доля населения в возрасте 0-14 лет составляла 17,4%, доля населения в возрасте 15-49 лет – 48,6%, доля населения в возрасте 50 лет и старше – 34,0%. Данные значения примерно соответствовали значениям на уровне Российской Федерации, где они были равны 17,6%, 46,7% и 35,7%, соответственно, за исключением небольшого смещения в пользу группы 15-49 лет.

Ставропольский край характеризуется регрессивным типом населения – преобладанием доли населения в возрасте 50 лет и старше над долей населения в возрасте 0-14 лет, что указывает на суженное воспроизводство населения, прогрессирующее старение населения и снижение демографического потенциала региона (Рисунок 2). Доля населения трудоспособного возраста в Ставропольском

крае была несколько выше среднероссийского уровня и составляла 58,9%, тогда как в целом по Российской Федерации данный показатель равнялся 56,9%.

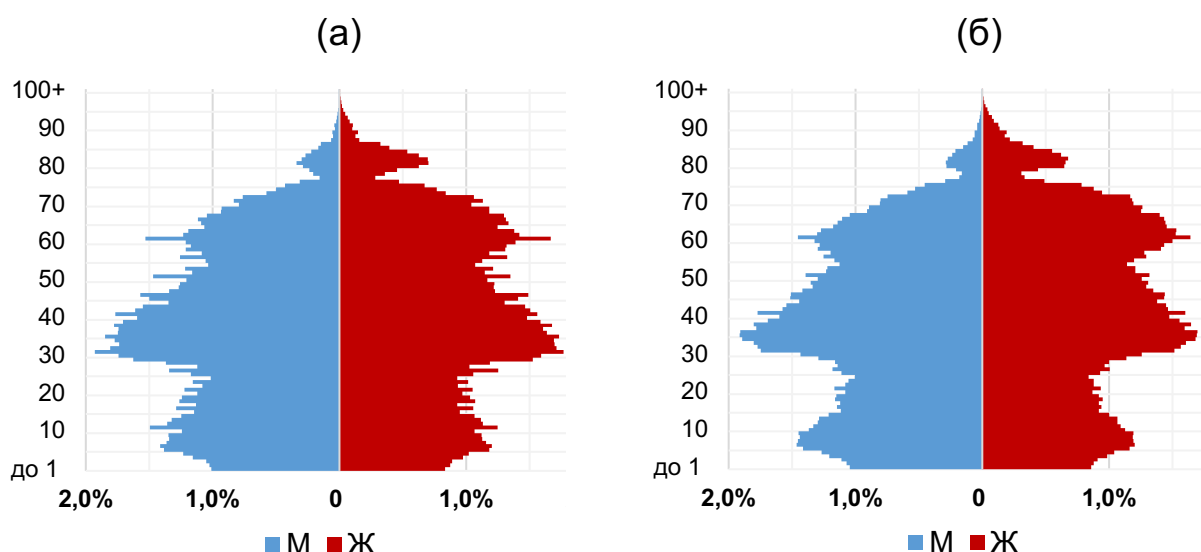


Рисунок 2 – Половозрастная пирамида населения Ставропольского края (а) и Российской Федерации (б)

По данным 2022 года ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в Ставропольском крае превышала среднероссийский уровень. ОПЖ для обоих полов в крае составила 74,29 года, что на 1,53 года выше, чем в среднем по РФ (72,76 года). Мужская ОПЖ в Ставропольском крае достигла 71,41 года, превышая показатель по России (67,57 года) на 3,84 года. Женская ОПЖ также была выше: 80,01 года против 77,77 года в РФ (на 2,24 года). Гендерный разрыв по ОПЖ в Ставропольском крае в 2022 г. составил 8,6 года против 10,2 года в среднем по стране.

В составе организаций здравоохранения Ставропольского края на 01.01.2026 года состояли 114 организаций (юридических лиц) и 22 филиала в составе специализированных диспансеров и больниц.

Всего в крае 70 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, имеющих круглосуточные койки, 2 станции скорой медицинской помощи, 1 станция переливания крови, 7 диспансеров (6 из них имеют круглосуточные койки), 19 самостоятельных медицинских

организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и 97 входящих в состав медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, 15 стоматологических поликлиник, 4 организации особого типа и 7 санаторно-курортных организаций.

В состав медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, вошли 25 районных больниц и 1 специализированный центр оказания медицинской помощи г. Буденновск, в составе которых 159 врачебных амбулаторий, 63 участковые больницы, 261 фельдшерско-акушерский пункт, 48 фельдшерских пунктов, 4 фельдшерских здравпункта и 48 домовых хозяйств.

Ставропольский государственный медицинский университет, основанный в 1938 году, является одним из старейших на Северном Кавказе высших учебных заведений.

В СтГМУ осуществляется подготовка по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Клиническая психология», 6 программ бакалавриата, 4 – магистратуры, 50 – ординатуры, 13 – аспирантуры, 2 – среднего специального образования.

Из 499 преподавателей 72 имеют ученую степень доктора наук, 281 – кандидата наук, в их числе академики РАН, Заслуженные врачи Российской Федерации, Заслуженные деятели науки Российской Федерации, Заслуженные работники высшей школы, Отличники здравоохранения.

В структуру университета входят 10 факультетов, институт дополнительного профессионального образования, Ессентукский филиал, клинический комплекс, научно-инновационное объединение, федеральный аккредитационный центр, научная библиотека и Малая медицинская академия.

В СтГМУ реализуются 4 программы специалитета, Базами практики являются 367 медицинских организаций Ставропольского края.

В настоящее время в университете 8 157 обучающихся, из них 810 – иностранные граждане из 34 стран мира. Около 80 процентов студентов обучается по целевым направлениям. В институте дополнительного

профессионального образования СтГМУ подготовку, переподготовку и повышение квалификации ежегодно проходит свыше 6 тысяч человек. За годы деятельности университетом подготовлено свыше 40 000 специалистов.

В учебном пространстве СтГМУ используются современные информационные и интерактивные технологии, роботы-симуляторы, совмещенные с реальным высокотехничным медицинским оборудованием, имеется доступ к электронным ресурсам библиотек крупнейших учебно-научных центров разных стран.

В университете зарегистрировано 7 научных школ, в которых ведутся инновационные исследования в соответствие с государственным заданием и потребностями Северо-Кавказского региона с учетом особенностей краевой и региональной патологии.

Ставропольский государственный медицинский университет входит в состав научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский» (НОМК). НОМК Северо-Кавказского федерального округа был создан в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 ноября 2015 года № 844 «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров». Координатором кластера назначен Ставропольский государственный медицинский университет, в состав НОМК входят все медицинские вузы, факультеты и министерства здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа.

В процессе деятельности кластера при участии СтГМУ: гармонизированы образовательные подходы вузов-участников НОМК; инициировано создание новых межвузовских научных коллективов, работающих по актуальным направлениям развития медицинской науки; оказана помощь вузам в совершенствовании маркетинговой политики в отношении набора иностранных студентов; проводятся всероссийские, в том числе с международным участием, и региональные конференции и студенческие олимпиады; издается совместная учебная и учебно-методическая продукция; клиническими подразделениями СтГМУ оказывается методическая помощь медицинским организациям кластера,

регулярно проводятся мастер-классы для врачей СКФО с онлайн-трансляцией операций, ведутся консультирование сложных больных из республик СКФО; институтом дополнительного профессионального образования СтГМУ по программам повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала проводится обучение специалистов из республик СКФО.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КАДРАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В 2009-2022 гг.

3.1. Анализ показателей рождаемости и смертности населения Ставропольского края в 2009-2022 гг.

Проведен анализ основных медико-демографических показателей Ставропольского края в 2009-2022 гг. Источником информации для данного анализа послужили отчёты регионального Минздрава о деятельности здравоохранения Ставропольского края; данные Минздрава России; статистический сборник «Здравоохранение в России»; данные Росстата РФ.

В 2022 году в Ставропольском крае родилось 25164 детей, что соответствовало показателю рождаемости 8,7 на 1000 населения (Рисунок 3, Таблица 2).

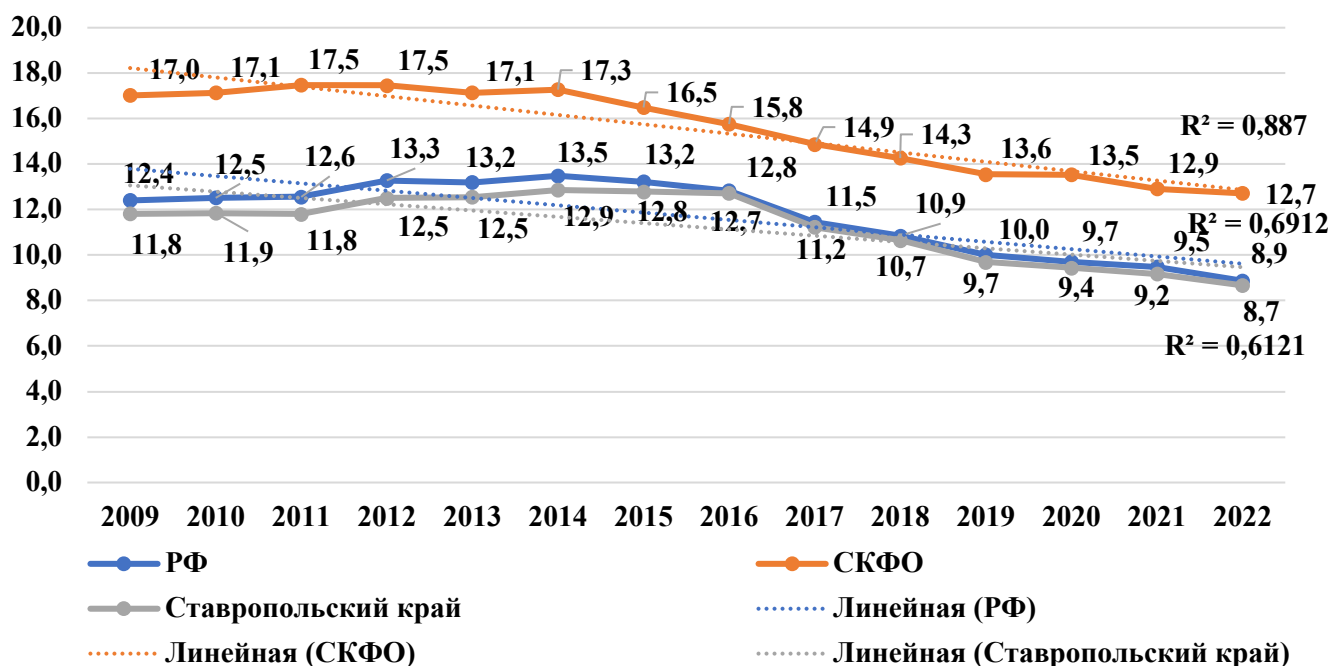


Рисунок 3 – Динамика рождаемости населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Таблица 2 – Динамика рождаемости и смертности населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Субъект	Показатель	Годы													
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Рождаемость															
РФ	Значение	12,4	12,5	12,6	13,3	13,2	13,5	13,2	12,8	11,5	10,9	10,0	9,7	9,5	8,9
	Прирост к 2009 г, %	-	0,84	1,17	7,02	6,36	8,66	6,53	3,37	-7,74	-12,56	-19,30	21,79	-23,61	-28,22
СКФО	Значение	17,0	17,1	17,5	17,5	17,1	17,3	16,5	15,8	14,9	14,3	13,6	13,5	12,9	12,7
	Прирост к 2009 г, %	-	0,71	2,64	2,54	0,63	1,48	-3,13	-7,42	-12,66	-16,20	-20,39	20,47	-24,12	-25,29
Ставро- польский край	Значение	11,8	11,9	11,8	12,5	12,6	12,9	12,8	12,7	11,2	10,7	9,7	9,4	9,2	8,7
	Прирост к 2009 г, %	-	0,31	-0,13	5,91	6,17	8,85	8,30	7,61	-4,96	-9,86	-17,94	20,16	-22,41	-26,40
	Прирост к РФ, %	-4,82	-5,32	-6,04	-5,80	-4,98	-4,64	-3,24	-0,92	-1,95	-1,88	-3,21	-2,83	-3,31	-2,25
	Прирост к СКФО, %	-30,60	-30,88	-32,47	-28,32	-26,78	-25,56	-22,41	-19,33	-24,48	-25,34	-28,46	30,33	-29,04	-31,50
Смертность															
РФ	Значение	14,2	14,2	13,5	13,3	13,0	13,3	13,0	12,9	12,4	12,4	12,2	14,5	16,6	12,9
	Прирост к 2009 г, %	-	0,19	-4,98	-6,02	-7,98	-6,28	-8,20	-9,31	-12,66	-12,65	-14,14	2,02	16,88	-8,96

Продолжение Таблицы 2

СКФО	Значение	8,9	8,5	8,5	8,3	8,0	8,0	7,9	7,8	7,5	7,4	7,3	8,9	9,6	7,8
	Прирост к 2009 г, %	-	-3,82	-4,52	-6,41	-9,68	-9,29	-11,04	-12,50	-15,60	-16,66	-17,42	0,81	8,56	-11,96
Ставро- польский край	Значение	12,9	12,4	12,3	12,0	11,6	11,6	11,4	11,5	11,0	11,1	11,0	12,60	14,5	11,6
	Прирост к 2009 г, %	-	-3,76	-4,43	-6,92	-9,91	-9,80	-11,21	-10,81	-14,86	-13,49	-14,80	-2,12	12,84	-9,88
	Прирост к РФ, %	-9,13	-12,71	-8,60	-10,00	-11,03	-12,54	-12,11	-10,63	-11,42	-10,00	-9,83	12,82	-12,26	-10,08
	Прирост к СКФО, %	45,36	45,44	45,50	44,57	44,98	44,55	45,08	48,17	46,62	50,88	49,96	41,13	51,09	48,72

За период с 2009 по 2022 гг. в Ставропольском крае произошло снижение рождаемости на 26,4% – с 11,8 до 8,7 на 1000 населения. Данная динамика является устойчивой и аппроксимируется линейным регрессионным уравнением на 61,2%. Динамика рождаемости в Ставропольском крае согласуется с аналогичными линейными трендами показателя по СКФО и РФ, демонстрирующими снижение показателя в 2022 г. относительно 2009 г. на 25,3% для СКФО и на 28,2% для РФ (Таблица 1). Максимальное значение показателя рождаемости в Ставропольском крае за анализируемый период пришлось на 2014 год и составило 12,9 на 1000 населения, что соответствовало росту показателя на 8,9% относительно 2009 года с последующим снижением к окончанию рассматриваемого периода на 32,6%.

На протяжении всего анализируемого периода показатель рождаемости в Ставропольском крае был несколько ниже общероссийского показателя – в 2022 году на 2,3% (в остальные годы анализируемого периода – на 0,9 - 6,0%). При этом уровень рождаемости в Ставропольском крае был существенно ниже по сравнению с показателями Северо-Кавказского федерального округа: величина различий варьировала от 19,3% в 2016 г. до 32,5% в 2011 г. В 2022 году рождаемость в СКФО, имевшая минимальное значение за весь период наблюдения (12,9 на 1000 населения), тем не менее, на 31,5% превышала уровень показателя в Ставропольском крае. Данная особенность обусловлена традиционно более ранним вступлением в брак женщин СКФО, более длительным активным периодом репродуктивного возраста и традиционно большим количеством детей в семьях представителей республик, а также существенно более прогрессивной возрастной структурой населения в республиках Северного Кавказа, входящих в состав СКФО, по сравнению со Ставропольским краем.

В 2022 году в Ставропольском крае умерло 33557 человек, что соответствовало показателю смертности 11,6 на 1000 населения (Рисунок 4, Таблица 2). На протяжении исследуемого периода с 2009 по 2019 гг., в Ставропольском крае в течение 10 лет, наблюдалось устойчивое линейное снижение показателя смертности с 12,9 до 11,0 на 1000 населения (на 14,7%), что

соответствовало динамике данного показателя в СКФО (снижение на 17,3%) и РФ (снижение на 14,1%). В 2019-2021 гг. в Ставропольском крае произошел рост смертности на 31,2% в связи с пандемией новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Этот скачок смертности был несколько меньшим, чем рост показателя по РФ (на 36,1%), но существенно превышал аналогичный прирост смертности в СКФО, где он составил 18,0%. В 2022 г. в связи с окончанием пандемии повсеместно происходит снижение показателя смертности, однако она не достигает значений до начала пандемии. Так в Ставропольском крае уровень смертности в 2022 г. составил 11,6 на 1000 населения и был ниже показателя 2009 года на 26,4%, но выше уровня смертности 2019 г. на 5,5%.

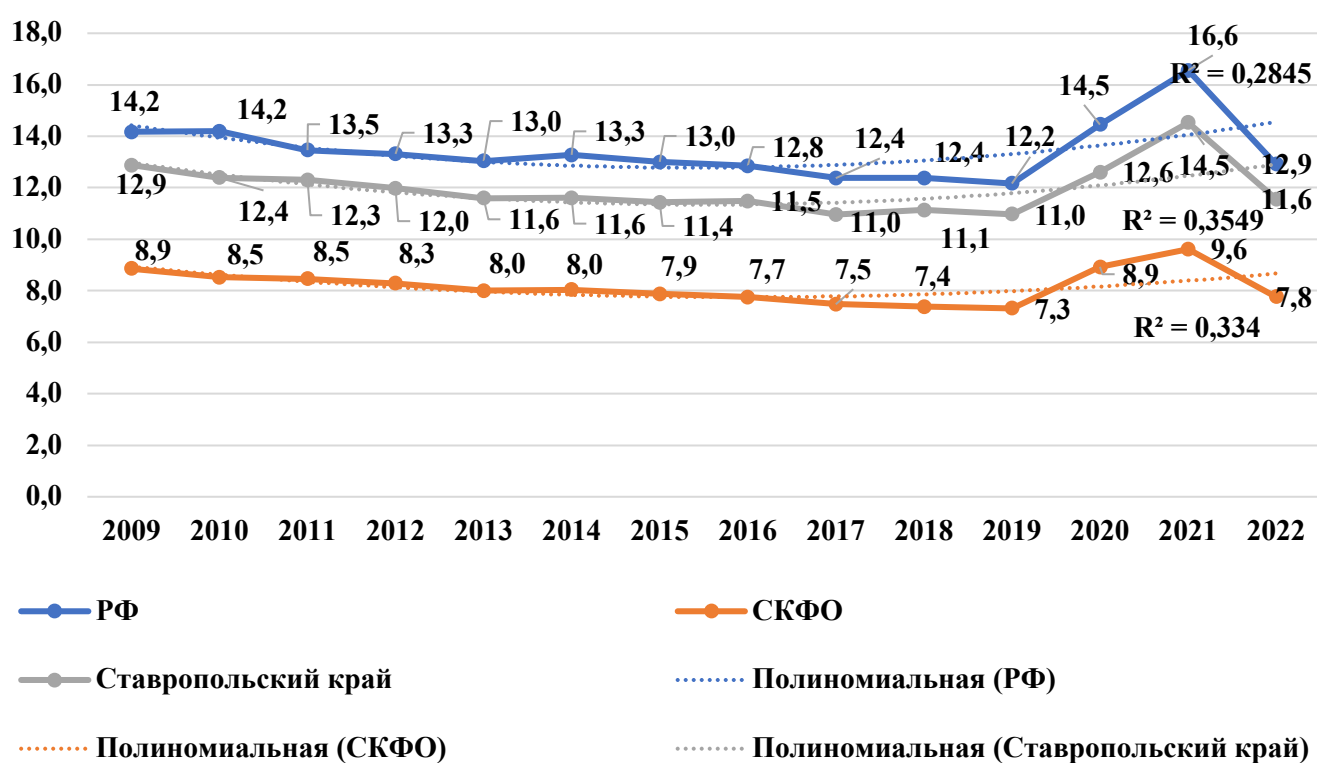


Рисунок 4 – Динамика смертности населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

На протяжении исследуемого периода значения показателя смертности в Ставропольском крае были ниже общероссийских показателей, при этом разница находилась в диапазоне от 8,6 до 12,7%. Показатель смертности по СКФО в целом, в связи с большей долей молодого населения в северокавказских республиках, был существенно более низким по сравнению

со Ставропольским краем.

Для Ставропольского края после пятилетнего периода положительного естественного прироста населения в 2012-2017 гг., начиная с 2018 года характерна убыль населения, что соответствует общероссийской тенденции. При этом в период убыли населения Ставропольский край вошел на 1 год позже, чем РФ в целом (Рисунок 5). Динамика убыли населения была усилена пандемией COVID-19, достигнув максимума в 2021 г. – до -5,4 на 1000 населения в Ставропольском крае (-7,1 в РФ). В 2022 году естественная убыль населения в Ставропольском крае составила -2,9% (- 4,0% в РФ). В СКФО, в отличие от Ставропольского края, на протяжении всего анализируемого периода имел место положительный естественный прирост населения с максимумом в 2012-2014 гг. – 9,1-9,2 на 1000 населения. Минимальное значение естественного прироста в СКФО пришлось на окончание пандемии в 2021 году, что соответствовало 3,3 на 1000 населения. Это коррелирует и с традиционно более высоким коэффициентом рождаемости относительно Ставропольского края. В 2022 г. уровень естественного прироста в СКФО достиг 4,9 на 1000 населения.

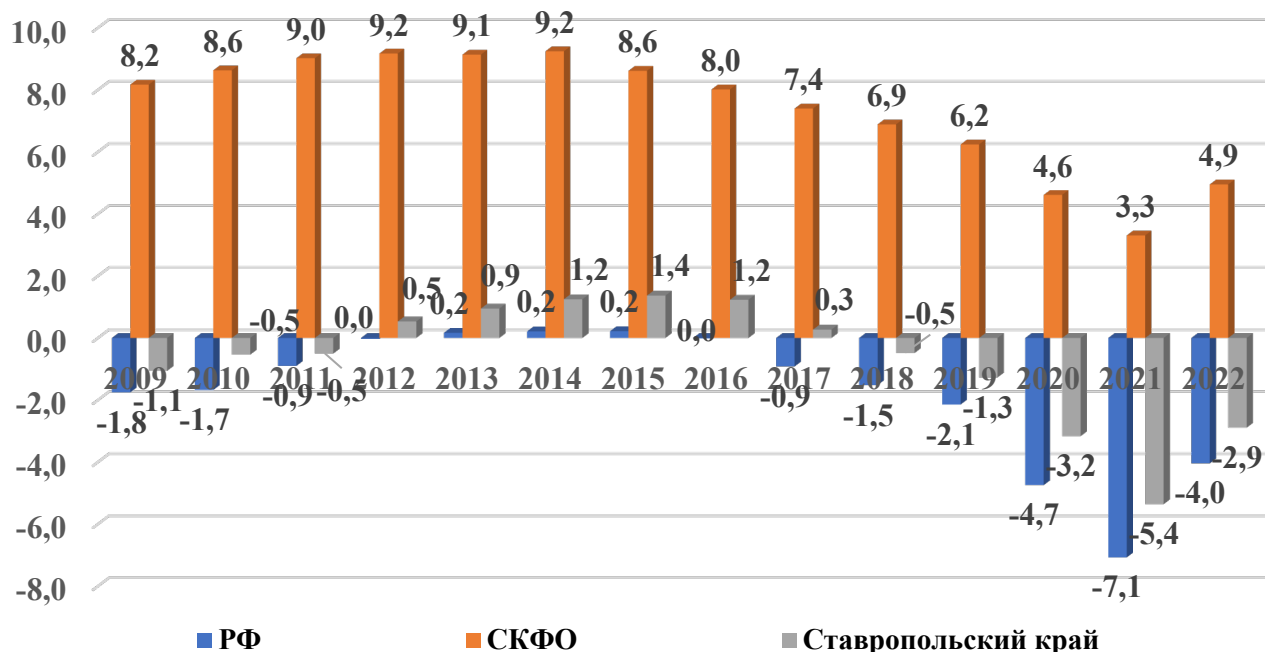


Рисунок 5 – Динамика естественного прироста населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Далее был проведен сравнительный анализ смертности населения Ставропольского края, РФ и СКФО по основным классам заболеваний.

За период 2009-2022 гг. в Ставропольском крае отмечается устойчивое снижение смертности от наиболее частой причины – болезней системы кровообращения (БСК) на 32,6% (с 742,7 до 500,6 на 100 000 населения). При этом коэффициент аппроксимации линейного уравнения тренда $y = -13,98x + 758,82$ составил 0,770 (Рисунок 6).

Аналогичная тенденция смертности от БСК присутствует в РФ и СКФ, при этом динамика снижения показателя является еще более устойчивой и детерминируется линейными регрессионными уравнениями на 86,3% и 96,3%, соответственно. В 2022 году смертность от БСК в РФ превысила показатель Ставропольского края на 11,7%. Однако в период с 2015 по 2019 г. смертность от БСК в Ставропольском крае превышала общероссийские показатели с максимальным разрывом в 2017 г. (на 12,3%).

Смертность от БСК в СКФО является наиболее низкой среди федеральных округов РФ и составила в 2022 г. 328,7 на 100 000 населения. При этом данный показатель снизился на 33,7% относительно 2009 г. и был ниже данных по Ставропольскому краю в том же году на 51,3%, а в 2022 г. – на 52,3%.

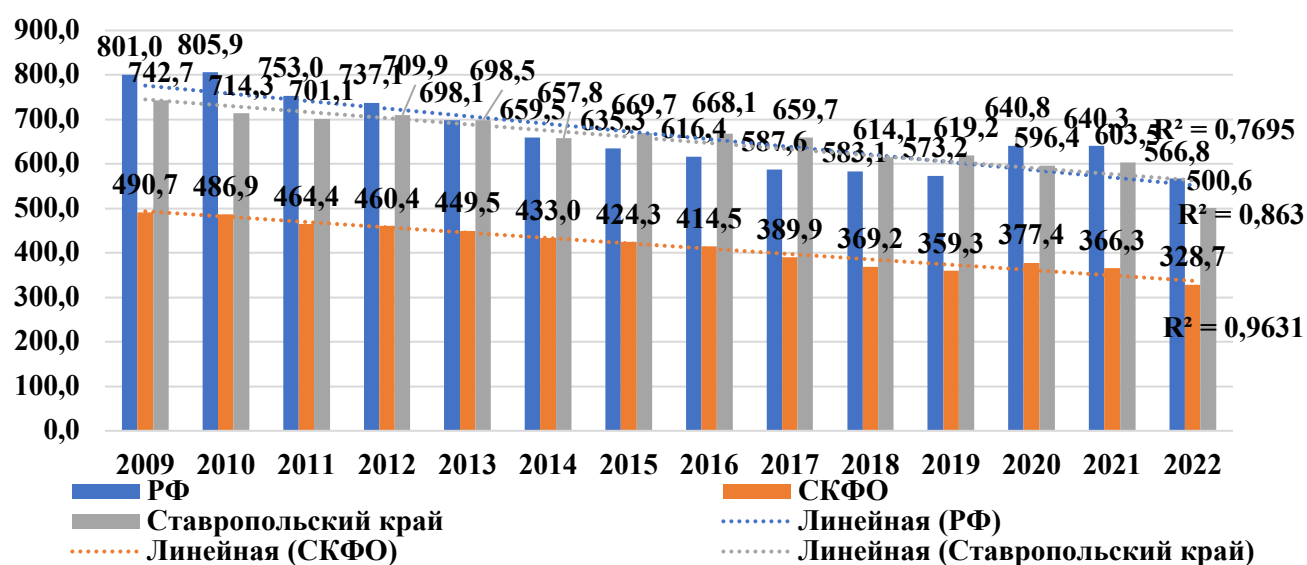


Рисунок 6 – Динамика смертности от БСК в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

Динамика смертности от онкологических заболеваний в Ставропольском крае имеет линейную тенденцию снижения ($R^2=0,514$). За анализируемый периода смертность от новообразований в Ставропольском крае снизилась с 189,5 до 154,9 на 100000 населения (на 18,3%). Аналогичная динамика имеет место в РФ – снижение по итогу периода наблюдения на 5,9% и в СКФО – показатель снизился на 11,8% (Рисунок 7). Уровень смертности от новообразований в Ставропольском крае в 2022 г. ниже аналогичного показателя по РФ на 19,2% и выше смертности от аналогичной причины в СКФО на 29,5%, что приблизительно соответствует соотношению между сравниваемыми данными на протяжении всего периода 2009-2022 гг.

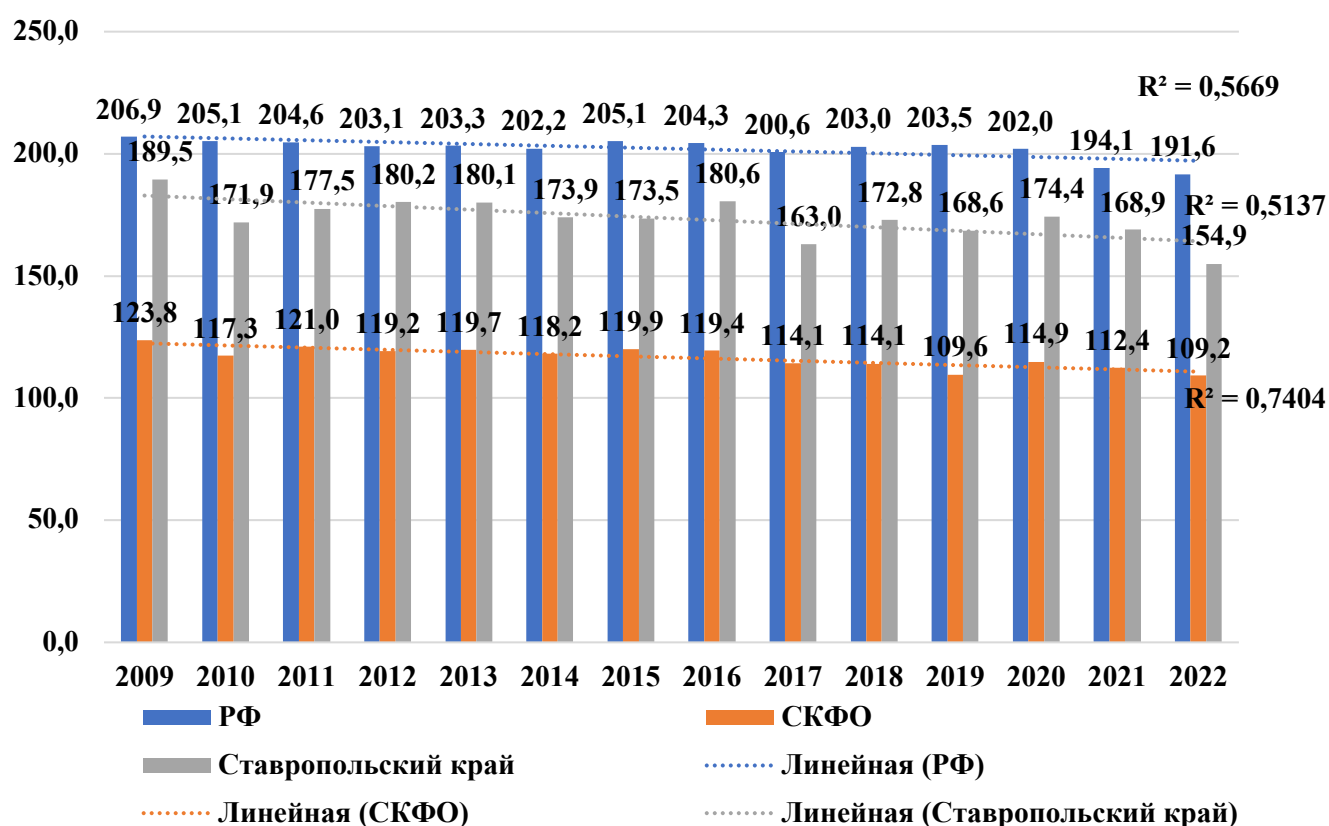


Рисунок 7 – Динамика смертности от новообразований в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

Третье место по частоте случаев смерти в Ставропольском крае занимает смертность от внешних причин. Отмечается устойчивое снижение смертности, обусловленной внешними причинами в Ставропольском крае в течение

анализируемого периода. Данная динамика объясняется линейным уравнением тренда $y = -2,9786x + 100,87$ на 81,9% (Рисунок 8).

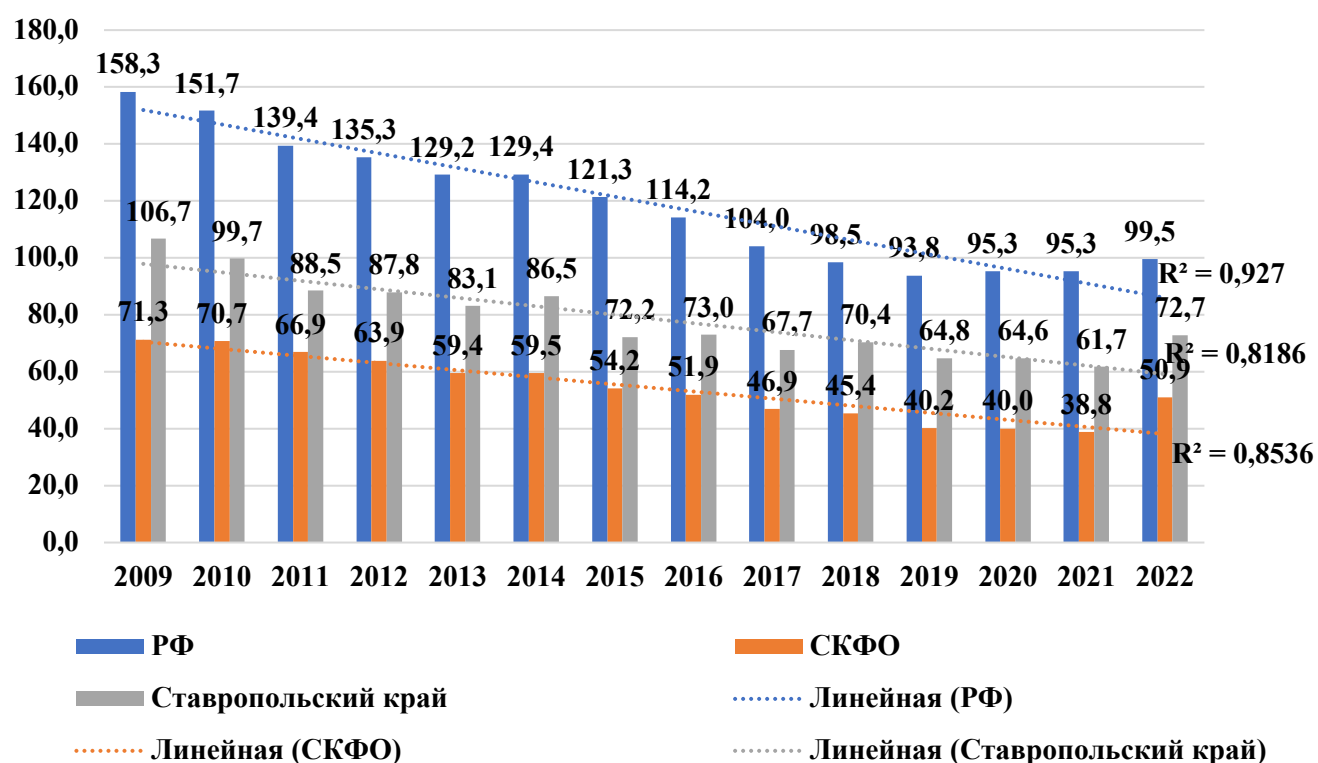


Рисунок 8 – Динамика смертности, вызванной внешними причинами в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

За 14 лет наблюдения смертность от внешних причин в Ставропольском крае сократилась на 31,8%. При этом максимальная убыль показателя относительно базового уровня пришлась на 2021 год и составила 42,2%. Так же поступательное устойчивое снижение смертности от неестественных причин за анализируемый период отмечено и в РФ (на 37,1%), и в СКФО (на 28,6%). Смертность от внешних причин в Ставропольском крае в течение всего периода наблюдения превышала аналогичный показатель в СКФО (от 49,6% в 2009 до 42,8% в 2022 г.) и была существенно ниже, чем по РФ (от 48,4% в 2009 г. до 36,9% в 2022 г.).

В 2022 году в структуре смертности от внешних причин наибольшую долю составили повреждения с неопределёнными намерениями – 39,5%. На втором месте находились другие внешние причины (28,3%), включающие падения,

случайные отравления, утопления и другие травмы. Транспортные несчастные случаи формировали 17,7% всех смертей от внешних причин. Доля преднамеренных самоповреждений составила 9,7%, а нападений – 4,6%.

Смертность от болезней органов дыхания (БОД) в Ставропольском крае в 2022 г. составила 49,4 на 100000 населения, что на 42,7% выше, чем в 2009 году (Рисунок 9). Динамика показателя на протяжении исследуемого периода характеризуется отсутствием выраженной тенденции. После снижения смертности в 2010 г. на 26,3%, с 2010 г. по 2019 г. показатель колебался в пределах между 26,1 и 27,9 на 100000 населения. В 2020 г. в связи с началом пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 показатель смертности от болезней органов дыхания вырос на 154,2%, а в 2021 еще на 32,7%, превысив общероссийский уровень, и составил 88,7 на 100000 населения.

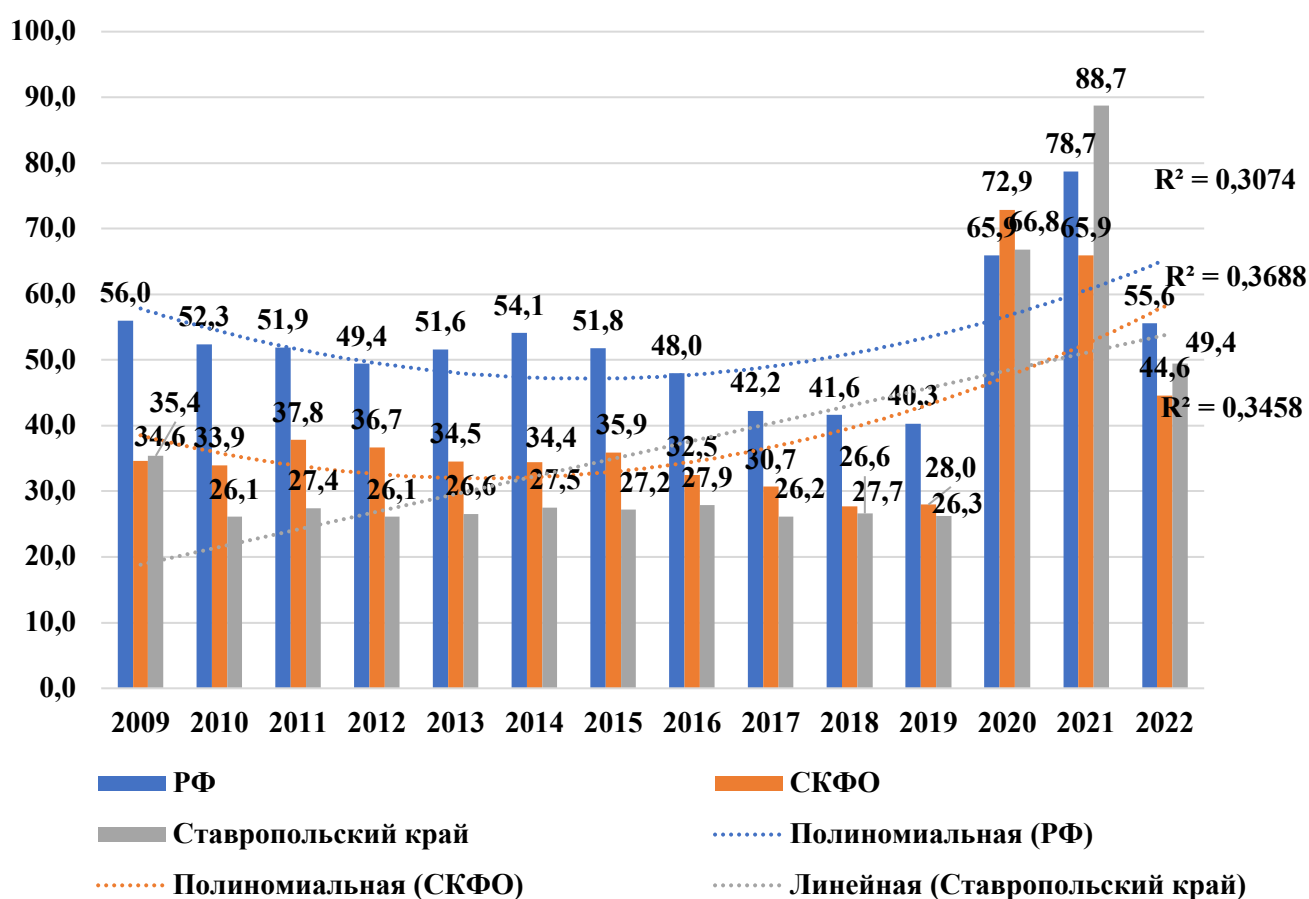


Рисунок 9 – Динамика смертности от болезней органов дыхания в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

Сходная динамика смертности от болезней органов дыхания наблюдалась в РФ и СКФО. Но показатель по РФ после окончания пандемии вернулся на уровень 2009 года, оставаясь при этом выше смертности в Ставропольском крае на 19,8%. Если смертность от БОД в СКФО, с 2010 по 2019 гг. превышала аналогичный показатель в Ставропольском крае, то в 2021 г. в СКФО умирало от БОД на 100000 населения меньше, чем в Ставропольском регионе на 25,7% человек, и в 2022 г. – на 9,7%.

В Ставропольском крае в 2009-2022 гг. отмечается устойчивая тенденция роста смертности от болезней органов пищеварения, которая может быть аппроксимирована линейным уравнением тренда $y=2,0297x + 44,575$, объясняющим изменения показателя на 70,4%. Максимальный уровень смертности от болезней органов пищеварения в Ставропольском крае был отмечен в 2021 году и составил 82,6 на 100000 населения, что превышало уровень 2009 года на 59,2%. В 2022 г. данный показатель составил 68,9 на 100000 населения, что соответствовало базовому приросту 32,8% (Рисунок 10).

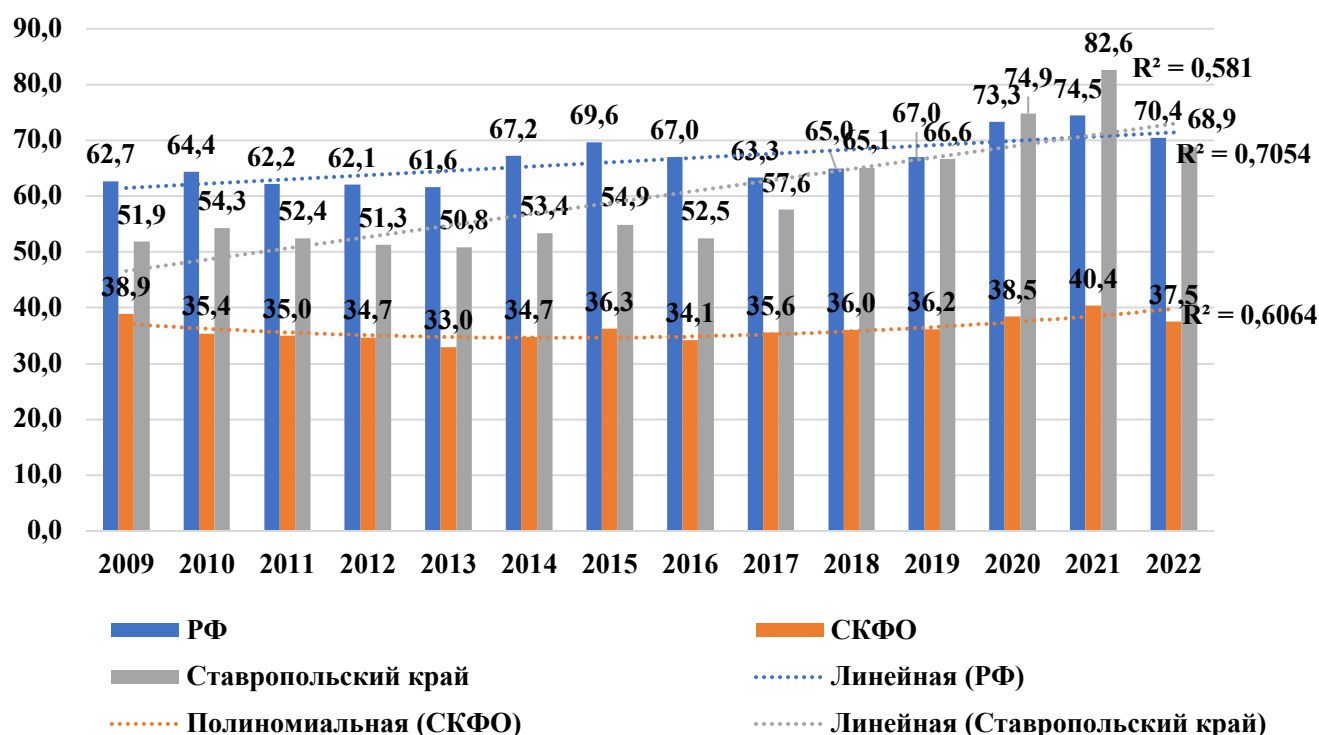


Рисунок 10 – Динамика смертности от болезней органов пищеварения в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

Показатель смертности от болезней органов пищеварения в Ставропольском крае в 2009 году был ниже аналогичного показателя РФ на 17,2%, затем, вследствие роста показателя, в 2018 г. он сравнялся с данными по РФ, а в 2020-2021 гг. превысил уровень смертности в РФ на 10,8%. В 2022 г. уровень смертности от болезней органов пищеварения в Ставропольском крае был на 2,1% ниже среднероссийского показателя. Вместе с тем на протяжении всего анализируемого периода данный показатель в крае превышал значения по СКФО, причём величина различий увеличилась с 33,4% в 2009 г. до 104,5% в 2021 г. и составила 83,7% в 2022 г.

Динамика смертности от инфекционных заболеваний в Ставропольском крае и СКФО отличается от аналогичной динамики в РФ. В Ставропольском крае и СКФО в 2009-2014 г. отмечено устойчивое снижение показателя: в Ставропольском крае на 48,7% ($R^2=0,675$), а в СКФО – на 55,1% ($R^2=0,797$) (Рисунок 11).

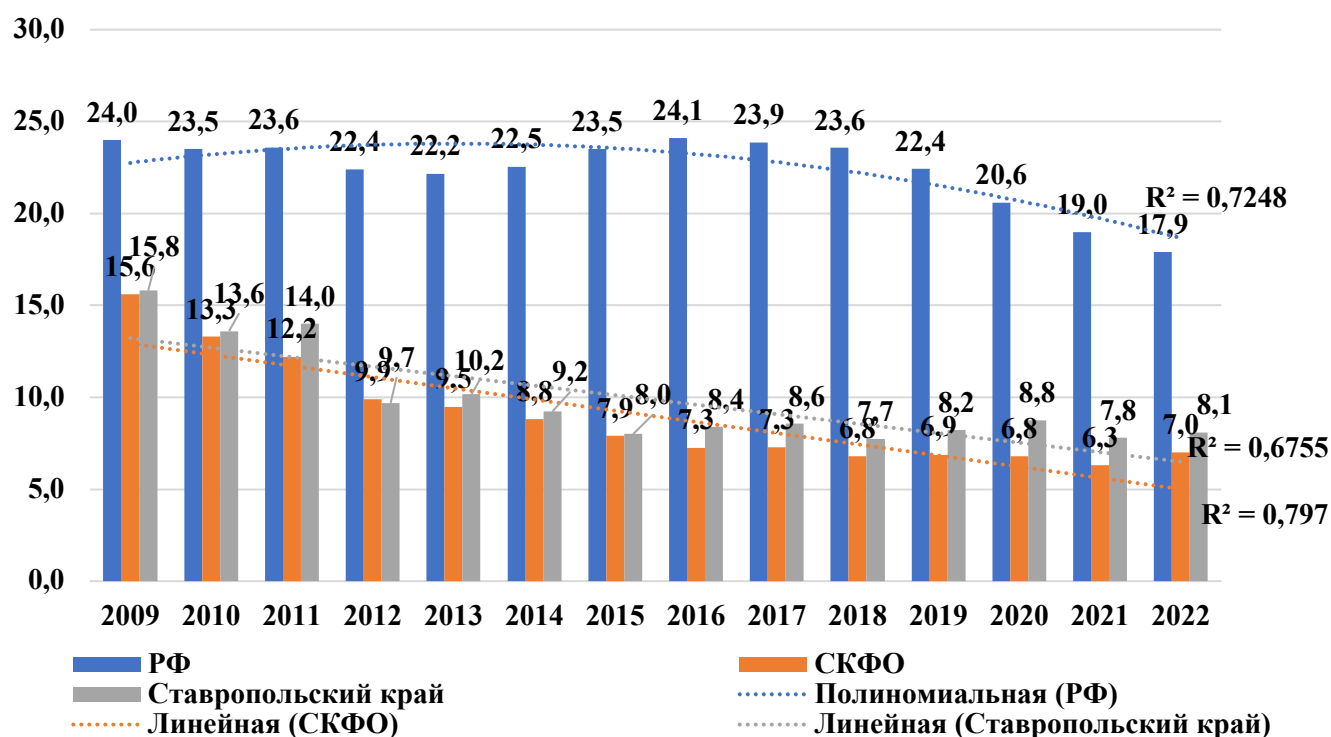


Рисунок 11 – Динамика смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

Смертность от инфекционных заболеваний в Ставропольском крае на протяжении всего периода наблюдения была существенно ниже, чем в РФ – от 34,1% в 2009 г. до 54,7% в 2022 г. При этом динамика данного показателя в РФ не является устойчивой. Период роста в 2012-2016 г. (на 7,6%) сменяется периодом снижения с 2016 по 2022 гг., составившим 25,7%.

Отмечается устойчивая линейная тенденция снижения смертности от туберкулеза в Ставропольском крае ($R^2=0,900$), что соответствует изменениям данного показателя в РФ ($R^2=0,971$) и СКФО ($R^2=0,899$). В Ставропольском крае смертность от туберкулеза сократилась к 2022 г. в 6,4 раза, в РФ – в 4,4 раза, в СКФО – в 7,2 раза. При этом уровень смертности от туберкулеза в 2022 году в Ставропольском крае был выше, чем в СКФО на 11,1%, и ниже, чем в РФ на 47,4% (Рисунок 12).

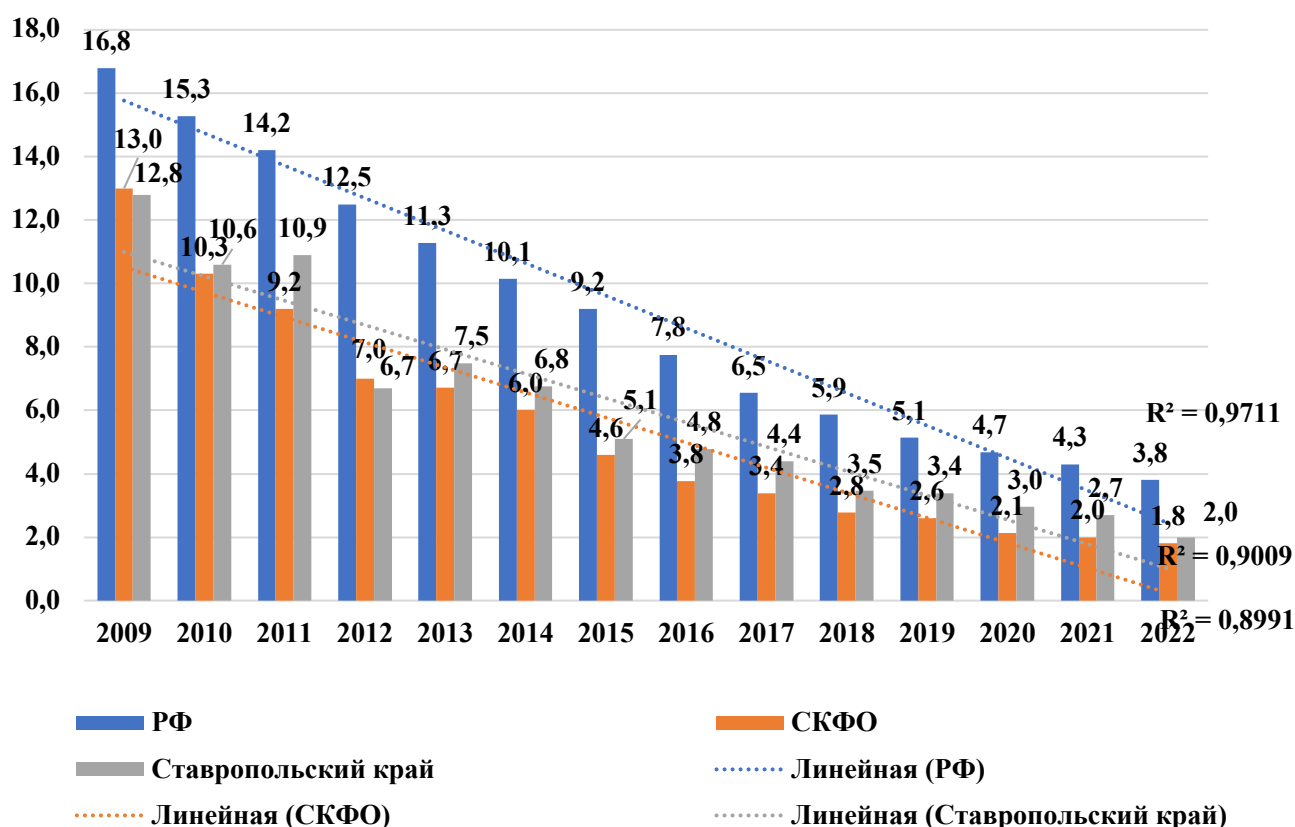


Рисунок 12 – Динамика смертности от туберкулеза в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

3.2. Анализ показателей миграции населения Ставропольского края в 2009-2022 гг.

Далее были рассмотрены показатели, характеризующие миграцию населения в Ставропольском крае в сравнении с остальными субъектами, входящими в СКФО: коэффициенты прибытия, выбытия и механический (миграционный) прирост.

Коэффициент прибытия в Ставропольском крае, начиная с 2014 года занимает первое ранговое место среди всех субъектов, входящих в состав СКФО, уступая только общероссийскому показателю. В 2022 коэффициент прибытия составил 11,4 человека на 1000 населения, что на 40% больше уровня 2009 года (6,8 на 1000 населения), но на 25,7% ниже максимального уровня показателя, пришедшегося на 2014 год (14,7 на 1000 населения) (Рисунок 13).

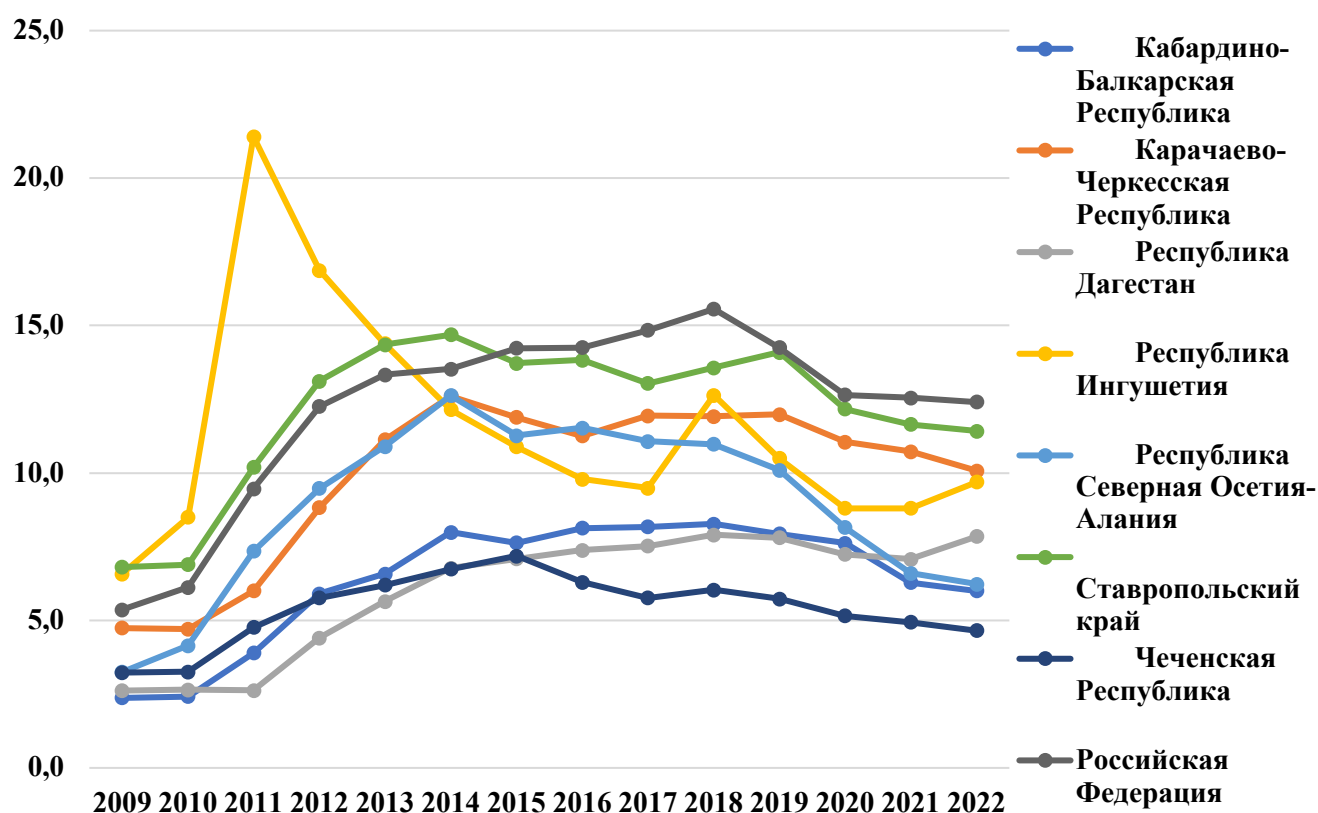


Рисунок 13 – Динамика коэффициента прибытия населения РФ и субъектов СКФО в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Коэффициент выбытия в Ставропольском крае в 2022 году составлял 11,0 человек на 1000 населения и занимал 3 ранговое место среди субъектов РФ, входящих в СКФО, после Республики Северная Осетия-Алания и Ингушетии. Аналогичное ранговое место данный показатель занимал на протяжении всего анализируемого периода, за исключением 2017 г., когда коэффициент выбытия Ставропольского края был на втором ранговом месте. За анализируемый период в Ставропольском крае коэффициент выбытия увеличился на 45,1% по отношению к 2009 году – с 6,1 до 11,0 на 1000 населения (Рисунок 14).

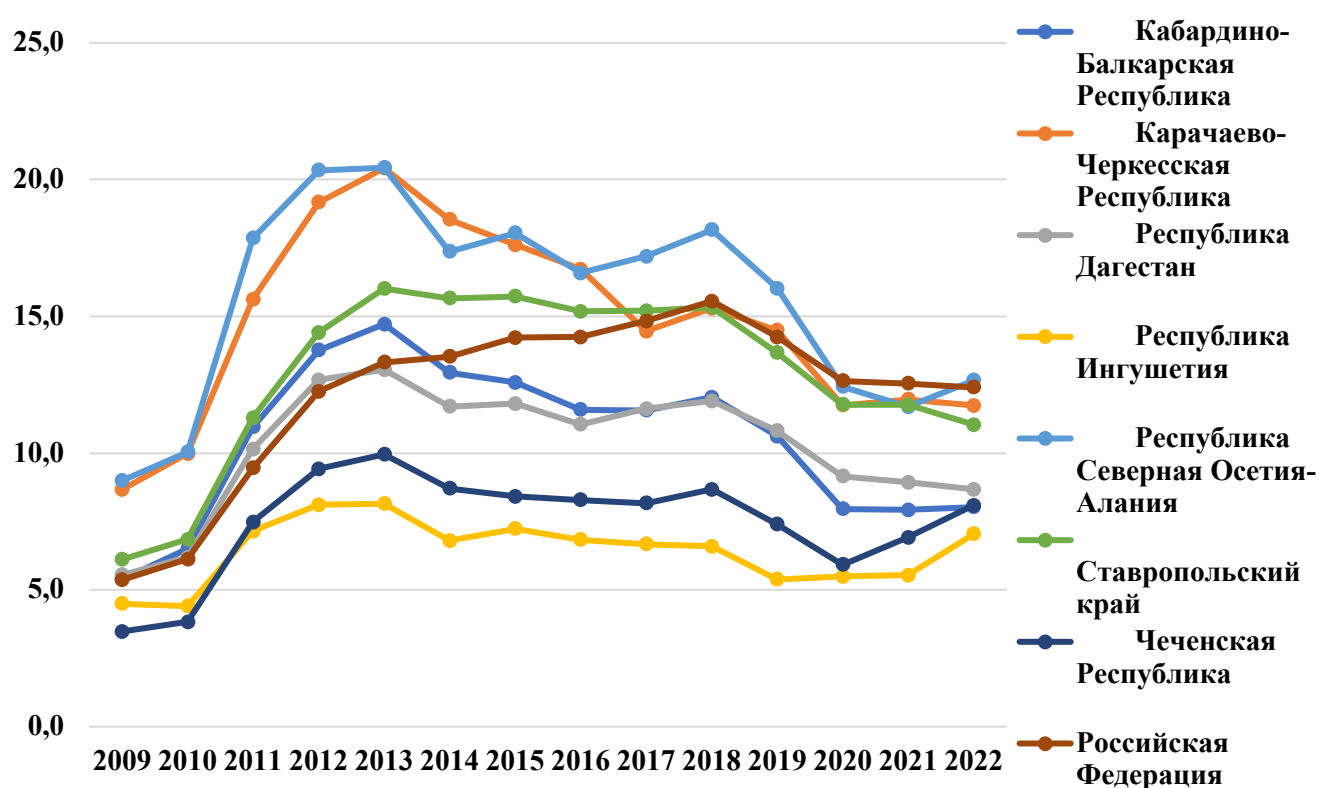


Рисунок 14 – Динамика коэффициента выбытия населения РФ и субъектов СКФО в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Коэффициент механического (миграционного) прироста является положительным только в 2 из 7 субъектах – в Республике Ингушетия (2,6 на 1000 населения) и Ставропольском крае (0,4 на 1000 населения) (Рисунок 15). При этом Ставропольский край занимает второе ранговое место в течение всего анализируемого периода, за исключением 2015 г. Коэффициент миграционного

прироста в Ставропольском крае с 2011 по 2018 гг. имел отрицательные значения (от -1,1 до -2,2), отражающие преобладание выбывшего населения над прибывшим.

Следует отметить, что даже положительное значение миграционного прироста в Ставропольском крае не компенсирует убыль населения, связанную с отрицательным значением естественного прироста населения, начиная с 2018 г.

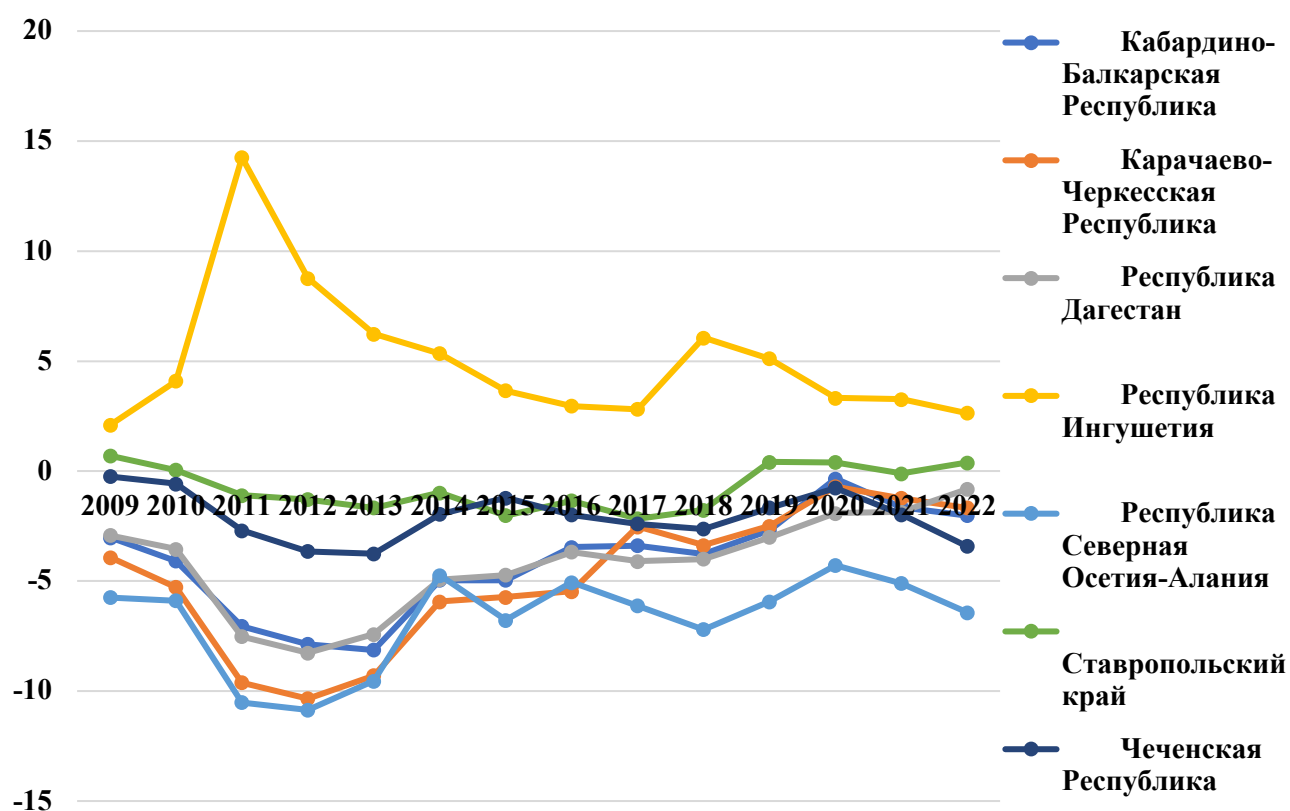


Рисунок 15 – Динамика коэффициента миграционного прироста населения субъектов СКФО в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

В то же время, в остальных субъектах РФ, входящих в СКФО, миграционная убыль населения перекрывается положительным естественным приростом.

3.3. Анализ показателей заболеваемости и инвалидности населения Ставропольского края в 2009-2022 гг.

В 2022 году в Ставропольском крае было зарегистрировано всего 4 517 035 заболеваний, что соответствует частоте 1556,3 случая на 1000 населения. Данный показатель в 2022 году был на 10,0% ниже, чем показатель по РФ (1728,3 случая на 1000 населения) и почти на 20% выше, чем заболеваемость в СКФО (1298,2 случая на 1000 населения). Для динамики общей заболеваемости населения Ставропольского края на протяжении всего анализируемого периода был характерен устойчивый прогрессирующий рост. Динамика общей заболеваемости в Российской Федерации и Северо-Кавказском федеральном округе, несмотря на итоговое увеличение показателя по сравнению с 2009 г. (в РФ – на 7,5%, в СКФО – на 10,0%), характеризовалась чередованием периодов роста и снижения. В связи с этим описать выявленные изменения возможно только с использованием полиномиальных уравнений тренда (Рисунок 16, Таблица 3). В Ставропольском крае в период 2009-2022 гг. отмечается неуклонный устойчивый рост общей заболеваемости, что отражает линейное уравнение тренда $y = 38,874x + 978,5$, с коэффициентом детерминации 0,946. Базовый прирост данного показателя в Ставропольском крае в 2022 г. составил 46,3%. При этом на протяжении анализируемого периода уменьшался разрыв показателя относительно показателей по РФ с 33,8 до 10,0%. Если в 2009 году показатель общей заболеваемости населения Ставропольского края был ниже соответствующего уровня по СКФО на 9,9%, то начиная с 2017 года общая заболеваемость в крае стала превышать показатели Северо-Кавказского федерального округа. В 2022 году разрыв показателя в пользу Ставропольского края составил 10%.

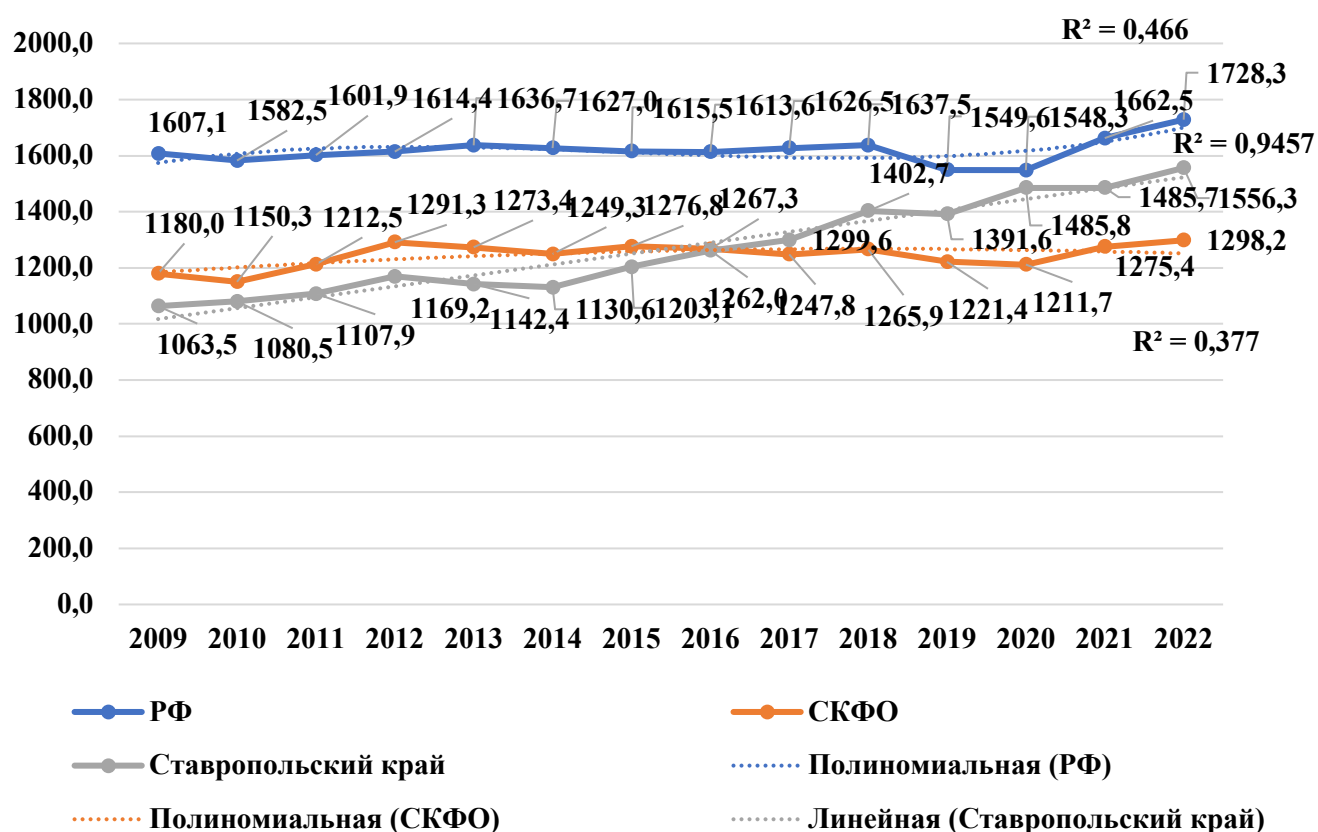


Рисунок 16 – Динамика общей заболеваемости населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

В Ставропольском крае в течение 2022 года было впервые выявлено 2 421 776 случаев заболеваний, что соответствует показателю первичной заболеваемости – 834,4 на 1000 населения. Ставропольский край характеризуется существенно более значительным приростом первичной заболеваемости по отношению к уровню 2009 года (52,8%) по сравнению с аналогичным приростом показателя в РФ (6,0%) и СКФО (12,6%).

Тенденция роста показателя первичной заболеваемости в Ставропольском крае носит устойчивый характер на протяжении всего анализируемого периода, что подтверждается линейным уравнением тренда $y = 18,174x + 483,85$, объясняющим 67,7% всех наблюдавшихся за рассматриваемый период изменений показателя.

Таблица 3 – Динамика общей и первичной заболеваемости населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

\	Показатель	Годы													
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Общая заболеваемость															
РФ	Значение	1607,1	1582,5	1601,9	1614,4	1636,7	1627,0	1615,5	1613,6	1626,5	1637,5	1549,6	1548,3	1662,5	1728,3
	Прирост к 2009 г, %	-	-1,53	-0,33	0,45	1,84	1,24	0,52	0,40	1,21	1,89	-3,58	-3,66	3,45	7,54
СКФО	Значение	1180,0	1150,3	1212,5	1291,3	1273,4	1249,3	1276,8	1267,3	1247,8	1265,9	1221,4	1211,7	1275,4	1298,2
	Прирост к 2009 г, %	-	-2,52	2,75	9,43	7,92	5,87	8,20	7,39	5,74	7,27	3,50	2,69	8,08	10,02
Ставропольский край	Значение	1063,5	1080,5	1107,9	1169,2	1142,4	1130,6	1203,1	1262,0	1299,6	1402,7	1391,6	1485,8	1485,7	1556,3
	Прирост к 2009 г, %	-	1,60	4,17	9,93	7,41	6,31	13,13	18,66	22,20	31,89	30,85	39,70	39,70	46,33
	Прирост к РФ, %	-33,82	-31,72	-30,84	-27,58	-30,20	-30,51	-25,53	-21,79	-20,10	-14,34	-10,20	-4,04	-10,64	-9,95
	Прирост к СКФО, %	-9,87	-6,06	-8,63	-9,46	-10,29	-9,50	-5,77	-0,42	4,15	10,81	13,94	22,62	16,49	19,88
Первичная заболеваемость															
РФ	Значение	802,7	795,5	796,3	794,1	799,0	798,4	776,4	782,6	775,1	777,0	774,6	752,2	754,8	850,6
	Прирост к 2009 г, %	-	-0,90	-0,80	-1,08	-0,47	-0,54	-3,29	-2,51	-3,45	-3,21	-3,51	-6,30	-5,98	5,96
СКФО	Значение	626,8	602,3	650,6	663,3	686,4	668,4	652,8	642,1	634,9	622,8	634,9	609,2	678,8	705,9
	Прирост к 2009 г, %	-	-3,92	3,79	5,82	9,49	6,64	4,14	2,44	1,28	-0,64	1,29	-2,81	8,29	12,62
Ставропольский край	Значение	545,8	527,1	579,1	584,2	594,9	564,9	551,7	580,1	583,6	596,0	661,8	684,4	794,1	834,4
	Прирост к 2009 г, %	-	3,42	6,10	7,05	9,00	3,50	1,09	6,29	6,93	9,21	21,26	25,40	45,49	52,88
	Прирост к РФ, %	-32,01	33,74	-27,28	-26,42	-25,54	-29,24	-28,94	-25,88	-24,70	-23,29	-14,56	-9,01	5,21	-1,91
	Прирост к СКФО, %	-12,93	12,48	-10,99	-11,92	-13,33	-15,49	-15,48	-9,66	-8,07	-4,30	4,23	12,34	16,98	18,20

Динамика первичной заболеваемости в РФ и СКФО имеет отличия. Так показатель первичной заболеваемости по РФ с 2009 по 2020 гг. имел устойчивую тенденцию к снижению и уменьшился по сравнению с началом периода на 6,3%. Тенденция снижения первичной заболеваемости наблюдалась также и в СКФО, но она охватывала период с 2013 по 2020 гг., в течение которого показатель уменьшился на 11,3% (Рисунок 17).

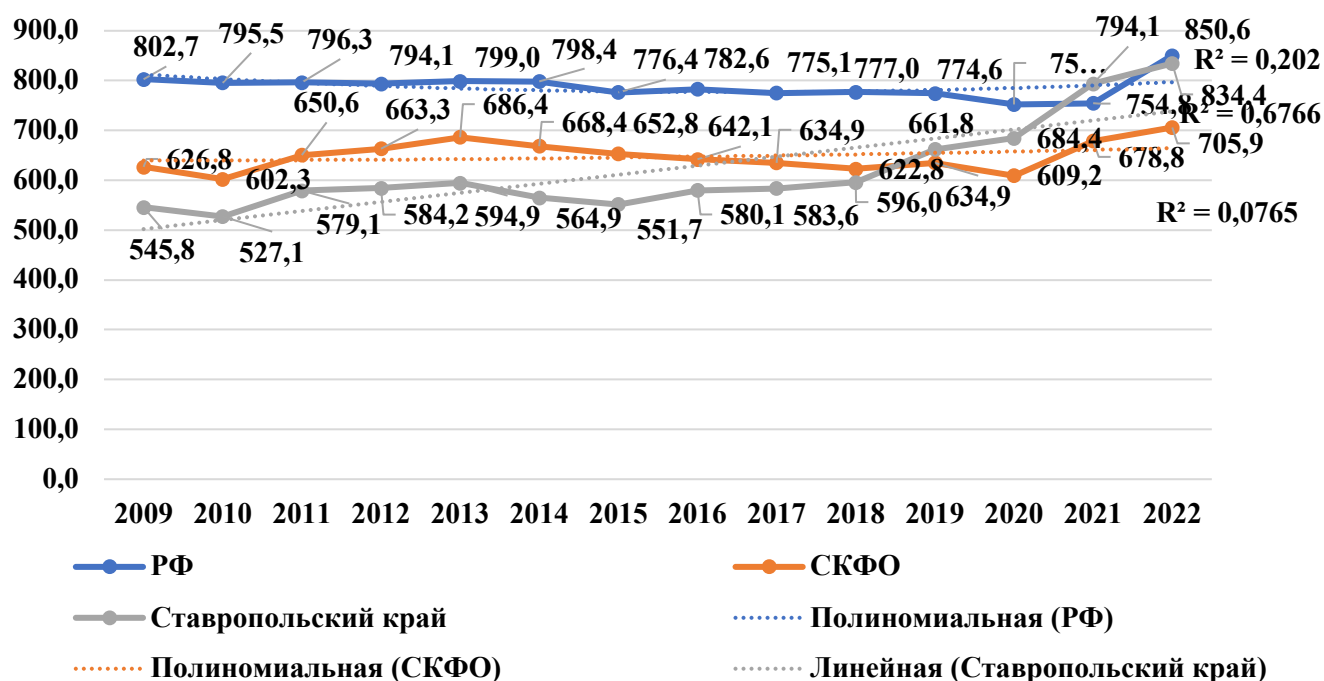


Рисунок 17 – Динамика первичной заболеваемости населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Смена направления тренда в виде роста первичной заболеваемости в РФ и СКФО в 2020-2022 гг. была связана с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19. В то же время в Ставропольском крае на фоне пандемии произошло усиление уже существующей тенденции роста первичной заболеваемости. Если в период 2009-2018 гг. первичная заболеваемость в СКФО превышала аналогичный показатель Ставропольского края в разные годы на величину от 4,4 до 15,5%, то начиная с 2019 г. показатель первичной заболеваемости в Ставропольском крае превысил уровень СКФО, и в 2022 разница между ними достигла 18,2%. Если в 2009 г. уровень первичной заболеваемости в Ставропольском крае был ниже общероссийского на 32,8%, то на протяжении анализируемого периода эта

разница неуклонно сокращалась и в 2021 году показатель первичной заболеваемости в Ставропольском крае превысил уровень аналогичного показателя в РФ на 5,2% (794,1 против 754,8 случаев на 1000 населения).

Динамика общей заболеваемости детей от 0 до 14 лет в Ставропольском крае имеет выраженный восходящий тренд и может быть аппроксимирована линейным уравнением тренда $y = 37,499x + 1562,6$ с коэффициентом детерминации 0,627, что говорит об устойчивости данной тенденции на протяжении анализируемого периода (Рисунок 18). Показатель общей заболеваемости детей в Ставропольском крае в 2022 г. года вырос на 25,1% относительно базового значения и составил 2265,7 случаев на 1000 населения. Наибольший прирост детской заболеваемости в 2022 г. в Ставропольском крае был достигнут относительно 2015 г. – на 39,6%.

В то же время динамику данного показателя в РФ за тот же период отражает нисходящий линейный тренд и снижение на 4,8% относительно исходного уровня (Таблица 3).

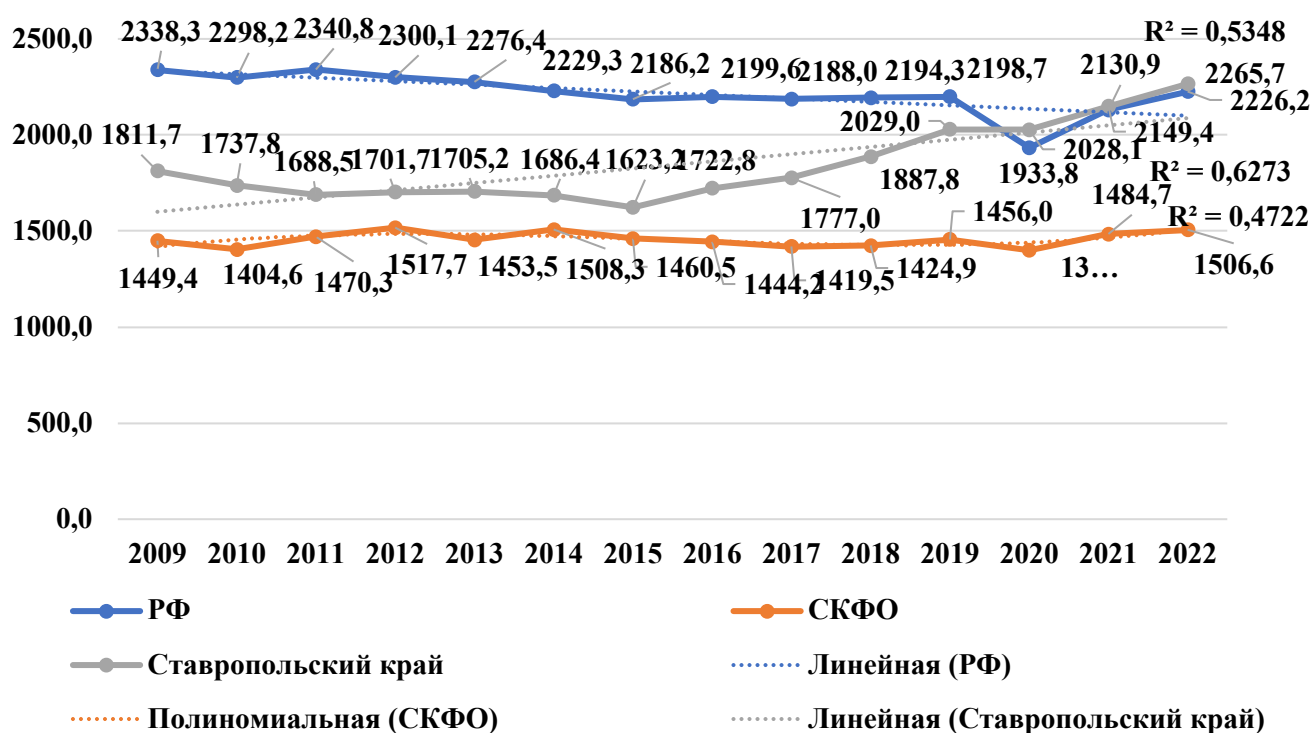


Рисунок 18 – Динамика общей заболеваемости детей (0-14 лет) РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения детского возраста)

Динамика общей заболеваемости детей в СКФО несмотря на итоговый прирост на 4,0% имеет неустойчивый характер с чередованиями повышения и снижения показателя, в результате чего уравнение тренда для данной динамики носит полиномиальный характер.

Уровень общей заболеваемости детей в Ставропольском крае на протяжении всего анализируемого периода превышал значения показателя в СКФО и этот разрыв увеличился с 25,0% в 2009 году до 50,4% в 2022 году. Рост уровня детской заболеваемости в Ставропольском крае привел к тому, что начиная с 2020 г. он превысил значения общероссийского показателя, в то время как в начале исследуемого периода был ниже его на 22,5% (Таблица 4).

Динамика первичной заболеваемости детей в Ставропольском крае характеризуется непрерывным ростом начиная с 2015 года, итоговый прирост к базовому уровню 2009 года составил 25,3%. Указанные изменения первичной заболеваемости детей описываются линейным уравнением тренда $y = 26,38x + 1250,4$ на 54,6% (Рисунок 19).

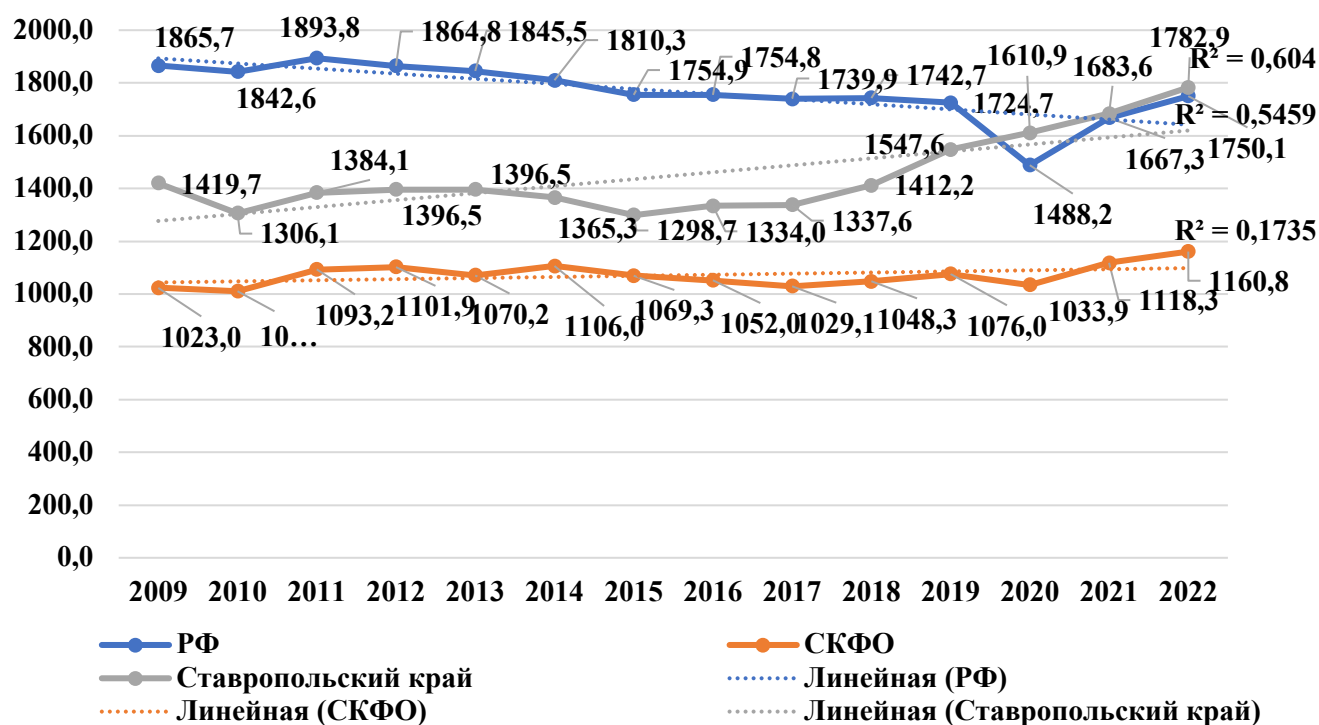


Рисунок 19 – Динамика первичной заболеваемости детей (0-14 лет) РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения детского возраста)

Таблица 4 – Динамика общей и первичной заболеваемости населения детского возраста (0-14 лет) РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Субъект	Показатель	Годы													
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Общая заболеваемость															
РФ	Значение	2338,3	2298,2	2340,8	2300,1	2276,4	2229,3	2186,2	2199,6	2188,0	2194,3	2198,7	1933,8	2130,9	2226,2
	Прирост к 2009 г, %	-	-1,71	0,11	-1,63	-2,65	-4,66	-6,50	-5,93	-6,43	-6,16	-5,97	-17,30	-8,87	-4,79
СКФО	Значение	1449,4	1404,6	1470,3	1517,7	1453,5	1508,3	1460,5	1444,2	1419,5	1424,9	1456,0	1399,7	1484,7	1506,6
	Прирост к 2009 г, %	-	-3,09	1,45	4,71	0,28	4,06	0,77	-0,36	-2,06	-1,69	0,46	-3,43	2,44	3,95
Ставро- польский край	Значение	1811,7	1737,8	1688,5	1701,7	1705,2	1686,4	1623,2	1722,8	1777,0	1887,8	2029,0	2028,1	2149,4	2265,7
	Прирост к 2009 г, %	-	-4,08	-6,80	-6,07	-5,88	-6,92	-10,40	-4,91	-1,92	4,20	12,00	11,95	18,64	25,06
	Прирост к РФ, %	-22,52	-24,39	-27,86	-26,02	-25,09	-24,35	-25,75	-21,68	-18,79	-13,97	-7,72	4,88	0,87	1,77
	Прирост к СКФО, %	25,00	23,72	14,84	12,13	17,32	11,81	11,14	19,29	25,18	32,49	39,35	44,90	44,77	50,39
Первичная заболеваемость															
РФ	Значение	1865,7	1842,6	1893,8	1864,8	1845,5	1810,3	1754,9	1754,8	1739,9	1742,7	1724,7	1488,2	1667,3	1750,1
	Прирост к 2009 г, %	-	-1,24	1,51	-0,05	-1,08	-2,97	-5,94	-5,94	-6,74	-6,59	-7,56	-20,23	-10,63	-6,20
СКФО	Значение	1023,0	1010,4	1093,2	1101,9	1070,2	1106,0	1069,3	1052,0	1029,1	1048,3	1076,0	1033,9	1118,3	1160,8

Продолжение Таблицы 4

	Прирост к 2009 г, %	-	-1,23	6,86	7,71	4,61	8,11	4,53	2,83	0,60	2,47	5,18	1,07	9,32	13,47
Ставропольский край	Значение	1419,7	1306,1	1384,1	1396,5	1396,5	1365,3	1298,7	1334,0	1337,6	1412,2	1547,6	1610,9	1683,6	1782,9
	Прирост к 2009 г, %	-	-8,00	-2,51	-1,63	-1,63	-3,83	-8,52	-6,04	-5,78	-0,53	9,01	13,47	18,59	25,58
	Прирост к РФ, %	-23,91	-29,12	-26,91	-25,11	-24,33	-24,58	-26,00	-23,98	-23,12	-18,96	-10,27	8,24	0,98	1,87
	Прирост к СКФО, %	38,78	29,27	26,61	26,74	30,49	23,44	21,45	26,81	29,98	34,71	43,83	55,81	50,55	53,59

На протяжении всего анализируемого периода уровень первичной заболеваемости детского населения в Ставропольском крае существенно превышал соответствующие показатели по СКФО. В период с 2009 по 2022 гг. величина данного превышения увеличилась с 38,8 до 53,6%. Если в 2009 г. первичная заболеваемость среди детей в Ставропольском крае была ниже общероссийского показателя на 23,9%, а в 2010 – на 29,1%, то, начиная с 2020 года уровень впервые выявленных заболеваний среди детского населения в Ставропольском крае превысил соответствующий показатель по РФ (Таблица 3).

Общая заболеваемость подростков 15-17 лет в Ставропольском крае характеризуется еще более устойчивой динамикой роста за период 2009-2022 гг., чем данный показатель среди детей. Об этом свидетельствует аппроксимация данной динамики линейным уравнением тренда $y = 36,136x + 1510,5$ на 87,5% (Рисунок 20). Уровень показателя в 2022 году достиг 2033,0 случаев на 1000 населения соответствующего возраста, что соответствует базовому приросту на 30,9%.

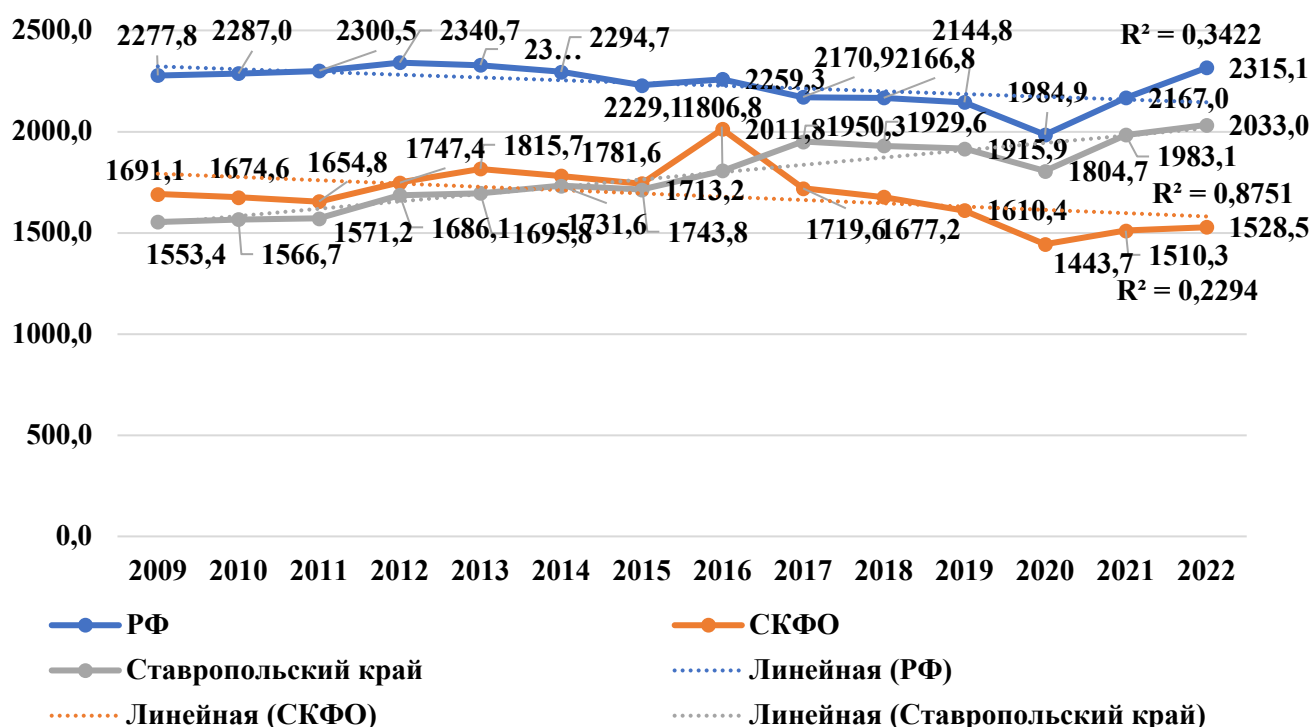


Рисунок 20 – Динамика общей заболеваемости подростков (15-17 лет) РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг.
(на 1000 населения подросткового возраста)

При этом динамика общей заболеваемости подростков в РФ и СКФО, вплоть до времени начала пандемии COVID-19 в 2020 г., характеризовалась нисходящими трендами. Рост данного показателя среди населения подросткового возраста в Ставропольском крае способствовал сокращению разрыва уровня подростковой заболеваемости относительно данных по РФ с 31,8% в 2009 г. до 12,2% в 2022 г. Если в 2009 году общая заболеваемость подростков в Ставропольском крае была ниже, чем в СКФО на 8,1%, то в 2022 году данный показатель по краю на 33,0% превышал его уровень в СКФО (Рисунок 21, Таблица 5).

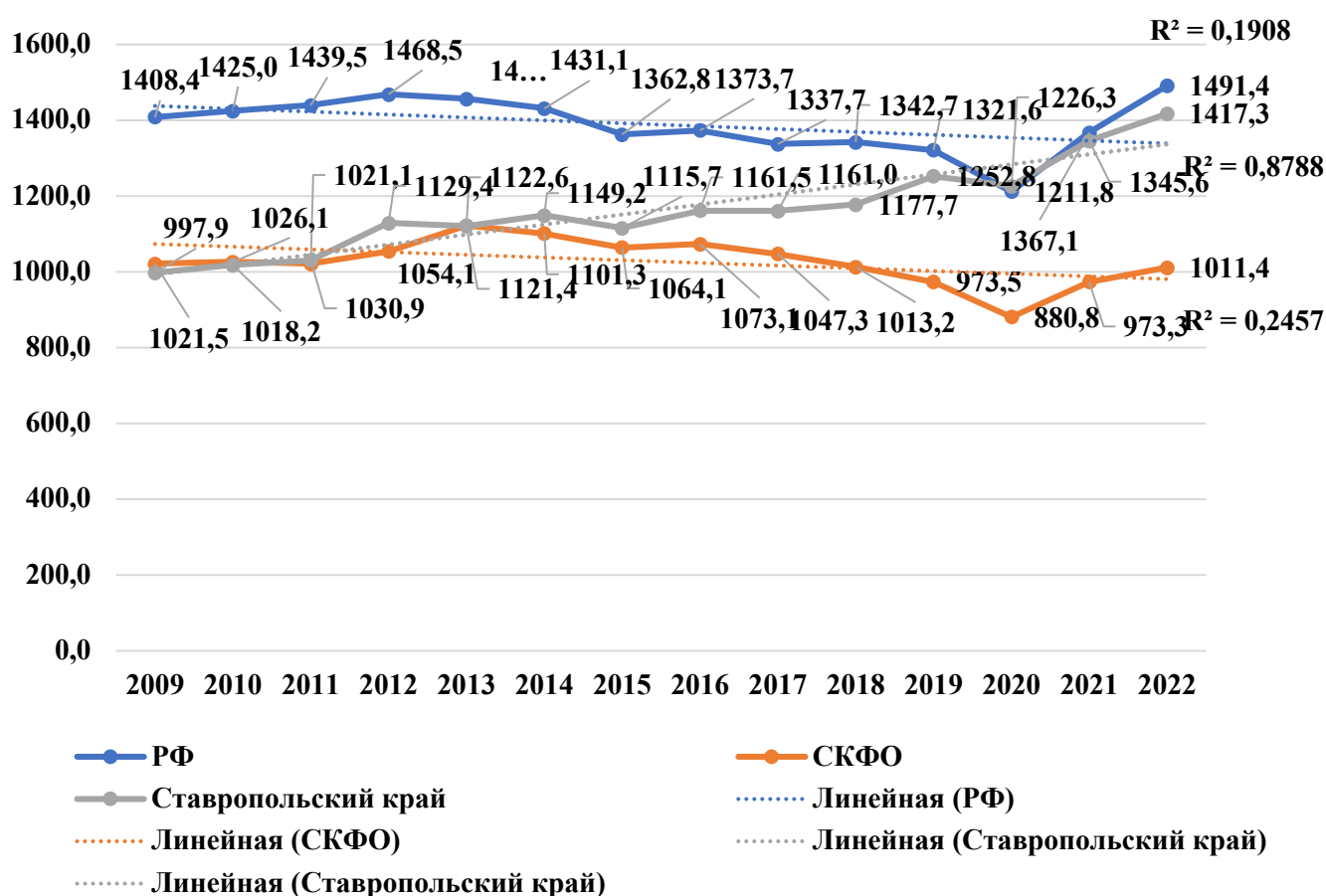


Рисунок 21 – Динамика первичной заболеваемости подростков (15-17 лет) РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг.
(на 1000 населения подросткового возраста)

Таблица 5 – Динамика общей и первичной заболеваемости подростков (15-17 лет) РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 1000 населения)

Су бъ ек т	Показате ль	Годы													
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Общая заболеваемость															
РФ	Значение	2277,8	2287,0	2300,5	2340,7	2328,4	2294,7	2229,1	2259,3	2170,9	2166,8	2144,8	1984,9	2167,0	2315,1
	Прирост к 2009 г, %	-	0,40	1,00	2,76	2,22	0,74	-2,14	-0,81	-4,70	-4,87	-5,84	-12,86	-4,87	1,63
СКФО	Значение	1691,1	1674,6	1654,8	1747,4	1815,7	1781,6	1743,8	2011,8	1719,6	1677,2	1610,4	1443,7	1510,3	1528,5
	Прирост к 2009 г, %	-	-0,97	-2,15	3,33	7,37	5,35	3,12	18,97	1,68	-0,82	-4,77	-14,63	-10,69	-9,61
Ставропольский край	Значение	1553,4	1566,7	1571,2	1686,1	1695,8	1731,6	1713,2	1806,8	1950,3	1929,6	1915,9	1804,7	1983,1	2033,0
	Прирост к 2009 г, %	-	0,86	1,14	8,54	9,17	11,47	10,29	16,31	25,55	24,22	23,33	16,17	27,66	30,87
	Прирост к РФ, %	-31,80	-31,50	-31,70	-27,97	-27,17	-24,54	-23,14	-20,03	-10,16	-10,95	-10,67	-9,08	-8,49	-12,19
	Прирост к СКФО, %	-8,14	-6,44	-5,05	-3,51	-6,60	-2,81	-1,75	-10,19	13,42	15,05	18,96	25,01	31,30	33,00
Первичная заболеваемость															
РФ	Значение	1408,4	1425,0	1439,5	1468,5	1456,8	1431,1	1362,8	1373,7	1337,7	1342,7	1321,6	1211,8	1367,1	1491,4
	Прирост к 2009 г, %	-	1,18	2,21	4,27	3,43	1,61	-3,24	-2,47	-5,02	-4,66	-6,16	-13,96	-2,93	5,90
СКФО	Значение	1021,5	1026,1	1021,1	1054,1	1122,6	1101,3	1064,1	1073,1	1047,3	1013,2	973,5	880,8	973,3	1011,4

Продолжение Таблицы 5

	Прирост к 2009 г, %	-	0,46	-0,03	3,19	9,90	7,81	4,17	5,06	2,53	-0,81	-4,70	-13,77	-4,72	-0,98
Ставропольский край	Значение	997,9	1018,2	1030,9	1129,4	1121,4	1149,2	1115,7	1161,5	1161,0	1177,7	1252,8	1226,3	1345,6	1417,3
	Прирост к 2009 г, %	-	2,04	3,30	13,17	12,38	15,17	11,80	16,39	16,34	18,02	25,55	22,89	34,85	42,03
	Прирост к РФ, %	-29,15	-28,55	-28,39	-23,09	-23,02	-19,70	-18,13	-15,44	-13,21	-12,29	-5,21	1,20	-1,58	-4,97
	Прирост к СКФО, %	-2,31	-0,77	0,95	7,14	-0,10	4,36	4,85	8,23	10,85	16,24	28,70	39,23	38,25	40,13

Если в 2009 году показатель первичной заболеваемости среди подростков в Ставропольском крае был на 29,1% ниже, чем в РФ и находился практически на одном уровне с аналогичным показателем по СКФО, то в 2022 г. вследствие разной направленности трендов, разница показателя с РФ сократилась до 5,0%, а уровень СКФО был превышен на 40,1% (Таблица 5).

При анализе заболеваемости по основным классам заболеваний в Ставропольском крае выявлен существенный прирост вновь возникающих случаев по всем классам. Данный прирост по своей величине опережает любые изменения заболеваемости, происходившие в как в РФ, так и СКФО (Таблица 6).

Прирост заболеваемости БСК в Ставропольском крае в 2022 г. составляет 46,6% по отношению к 2009 г. в то время, как в РФ заболеваемость БСК снизилась на 10,8%, а в СКФО – на 8,4%. При этом данный показатель в Ставропольском крае на протяжении 2009-2018 гг. находился на более низком уровне по отношению к РФ и СКФО. Начиная с 2018 г. отмечался выраженный рост показателя, вследствие чего уже в 2019 г. уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) в Ставропольском крае превысил соответствующий показатель по СКФО, а в 2020 г. – по Российской Федерации. К 2022 г. уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) в Ставропольском крае превышал среднероссийский показатель на 14,2%, а данные по СКФО — на 21,6%.

В 2022 г. показатель заболеваемости новообразованиями в Ставропольском крае характеризовался базовым приростом 29,6%, тогда как в СКФО данный показатель составил 5,9%, а в Российской Федерации – 0,9%.

К завершению исследуемого периода уровень заболеваемости новообразованиями в крае всё ещё оставался на 10,5% ниже среднероссийского показателя, одновременно существенно превышая значения по СКФО – на 60,5%.

За анализируемый период распространённость болезней органов дыхания в Ставропольском крае увеличилась на 58,4%, что более чем в два раза превышало темпы роста данного показателя в Российской Федерации (24,2%) и СКФО (20,3%).

Таблица 6 – Динамика заболеваемости по основным классам болезней в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг. (на 100 000 населения)

Год	Болезни системы кровообращения			Новообразования			Болезни органов дыхания			Внешние причины			Болезни органов пищеварения		
	РФ	СКФО	СК	РФ	СКФО	СК	РФ	СКФО	СК	РФ	СКФО	СК	РФ	СКФО	СК
2009	3761,0	3436,5	2612,3	1074,5	571,3	749,2	33928,7	25316,8	26129,3	9058,3	6532,3	6793,1	4902,0	4361,6	1612,9
2010	3734,0	3412,2	2598,6	1077,4	569,3	748,6	32378,3	25126,9	26548,6	9162,2	6546,2	6613,9	4778,0	4320,2	1608,3
2011	3803,6	3356,7	2612,2	1110,2	570,1	749,8	33903,7	25096,3	26143,4	9282,4	6423,7	6718,4	4766,9	4306,1	1602,6
2012	3813,7	3228,6	2519,3	1156,4	570,8	748,4	33087,1	24876,2	26896,2	9375,2	6520,8	6628,5	4981,9	4289,3	1593,8
2013	4284,8	3206,4	2508,1	1135,0	569,7	747,9	33843,9	24496,2	26318,5	9257,6	6397,6	6596,2	5055,3	4243,6	1588,3
2014	2874,9	3198,8	2504,1	1157,5	569,9	747,1	33300,6	24218,5	26475,7	9012,8	6371,1	6544,9	3652,4	4218,6	1573,5
2015	3119,6	3339,0	2687,0	1142,8	598,1	658,5	33817,5	24907,9	26360,6	9048,4	6780,2	6943,1	3529,9	3782,0	1361,0
2016	3169,3	3014,4	2528,2	1137,3	611,9	766,3	35161,2	24749,1	29618,8	8906,1	6141,9	6899,8	3564,8	3980,2	1526,1
2017	3206,0	2817,3	2414,1	1140,4	586,7	725,8	35356,6	25147,7	29974,9	8818,8	6377,2	7220,9	3396,2	3819,5	1587,7
2018	3256,9	2729,0	2642,2	1160,9	584,8	742,3	35982,0	25046,1	31631,8	8902,9	6292,7	7397,3	3307,5	3804,5	1607,2
2019	3499,2	3003,3	3297,3	1188,2	607,7	876,5	35616,2	25829,9	33910,6	9040,9	6113,7	7869,7	3197,6	3869,0	2177,4
2020	2931,9	2494,9	3334,9	983,3	533,5	769,7	37056,8	27036,9	36414,2	8130,7	5542,2	7330,6	2632,1	3490,6	2534,6
2021	3039,9	3033,7	3606,6	1015,3	582,3	936,1	40624,9	29039,0	40857,0	8340,9	5820,7	7771,2	2682,3	3643,6	3048,8
2022	3353,3	3148,8	3829,2	1084,4	605,1	971,0	42127,3	30449,1	41383,3	8540,9	5766,5	7312,2	2711,7	3761,3	3240,4
Прирост к 2009, %	-10,8	-8,4	46,6	0,9	5,9	29,6	24,2	20,3	58,4	-5,7	-11,7	7,6	-44,7	-13,8	100,9
R ² для линейного тренда	0,370	0,499	0,590	0,048	0,084	0,419	0,723	0,498	0,810	0,626	0,684	0,630	0,875	0,827	0,572

В 2022 году уровень заболеваемости болезнями органов дыхания в Ставропольском крае только на 1,7% отставал от показателя по РФ, и при этом на 35,9% превышал значение данной заболеваемости в СКФО.

Особенностью роста заболеваемости органов дыхания в Ставропольском крае в 2009-2014 гг. является объяснение линейным уравнением тренда на 81,0%, что показывает ее устойчивый рост на протяжении всего периода.

Болезней органов пищеварения в Ставропольском крае в 2022 году было зарегистрировано в 2 раза больше, чем в 2009 году. В Ставропольском крае к 2022 году уровень заболеваемости болезнями органов пищеварения увеличился в 2 раза по сравнению с 2009 годом. В отличие от этого, в Российской Федерации за аналогичный период отмечалось снижение показателя на 44,7%, а в СКФО – на 13,8%. Начиная с 2021 г. заболеваемость болезнями органов пищеварения в Ставропольском крае стала превышать среднероссийский уровень; в 2022 году данное превышение составило 13,8%.

Следует отметить, что рост заболеваемости болезнями органов пищеварения в Ставропольском крае ($R^2=0,572$) происходил на фоне устойчивой тенденции снижения данного показателя в РФ ($R^2=0,875$) и СКФО ($R^2=0,827$).

На фоне снижения заболеваемости, связанной с внешними причинами в РФ и СКФО в 2009-2022 гг. в Ставропольском крае в 2022 г. отмечен базовый прирост данного показателя на 7,6%. При этом в 2022 г. данный вид заболеваемости все еще уступает общероссийскому показателю (на 14,4%), но превосходит показатель СКФО на 26,8%.

На рисунке 22 представлена динамика заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями, которая в Ставропольском крае, в отличие от РФ и СКФО имеет устойчивую динамику роста с достаточно высоким коэффициентом детерминации 0,686. На фоне снижения инфекционной заболеваемости в РФ на 54,0% и в СКФО на 42,8%, уровень данного показателя в СКФО в 2022 г. вырос на 41,6% и превысил его значение как в СКФО (на 42,0%), так и в РФ (41,6%).

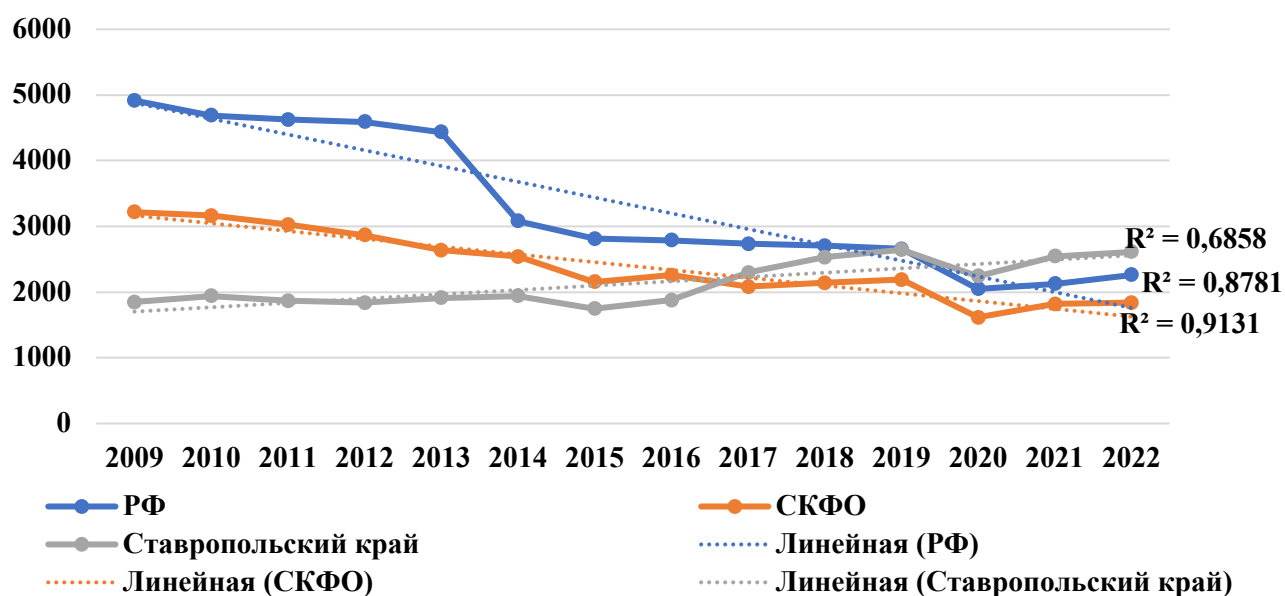


Рисунок 22 – Динамика заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10000 населения)

При анализе первичной инвалидности среди населения Ставропольского края отмечается устойчивая тенденция снижения показателя, соответствующая динамике, характеризующей первичную инвалидность в РФ (Рисунок 23).

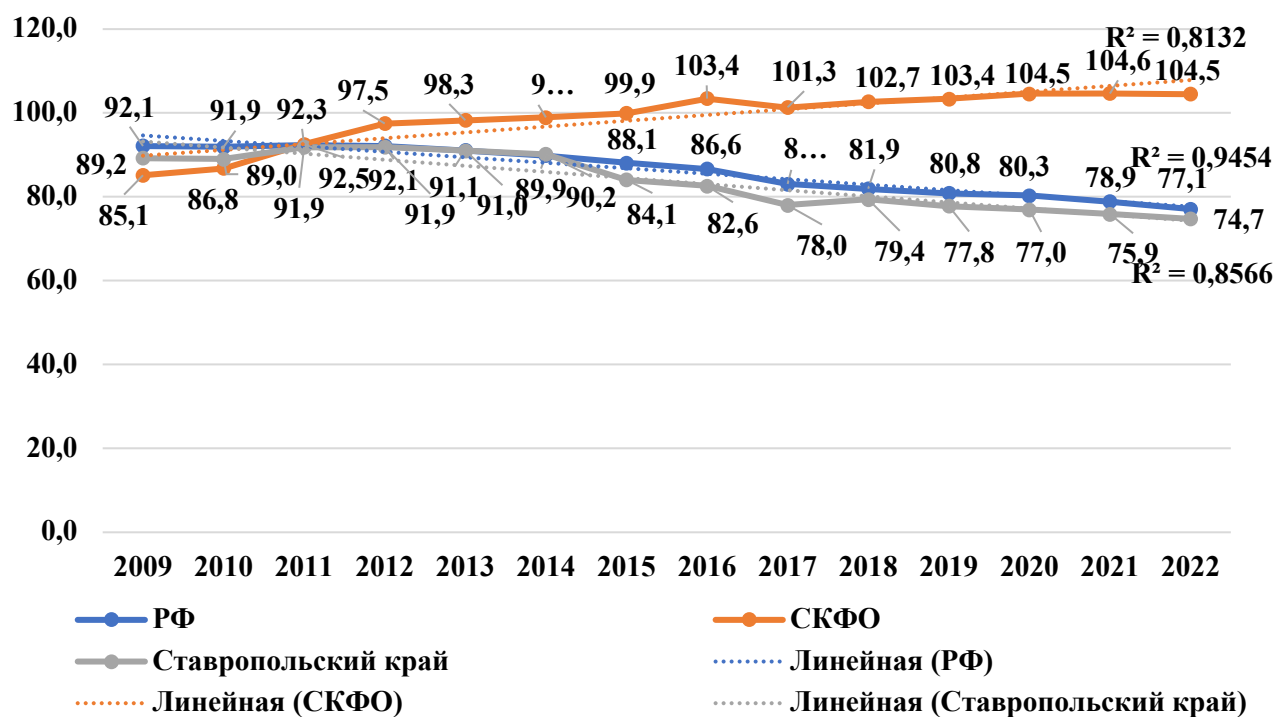


Рисунок 23 – Динамика первичной инвалидности населения РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Снижение уровня показателя в Ставропольском крае относительно 2009 г. составило 16,3% (с 89,2 до 74,7 на 10 000 населения), при этом и в начале, и в конце периода показатель был ниже, чем в РФ на 3,1% ($R^2=0,856$). При этом показатель первичной инвалидности в СКФО в 2022 г. вырос относительно исходного на 22,8% ($R^2=0,813$) и был выше уровня данного показателя в Ставропольском крае на 39,9%.

3.4. Анализ показателей кадрового обеспечения системы здравоохранения Ставропольского края в 2009-2022 гг.

За последний год анализируемого периода общее число штатных должностей медицинских работников по Ставропольскому краю уменьшилось на 2196,25, занятых должностей уменьшилось на 1015,5.

В штатных должностях 39,6% приходится на средний медицинский персонал, 20,4% на врачей, 5,9% на младший медицинский персонал и 32,1% на прочий персонал. Количество физических лиц на занятых должностях врачей по сравнению с 2021 года увеличилось на 0,7%, среднего медицинского персонала уменьшилось на 481 человека (на 1,7%).

Таблица 7 – Динамика количества медицинских работников в РФ, СКФО и Ставропольском крае в 2009-2022 гг.

Год	Врачи			Средний медицинский персонал		
	РФ	СКФО	СК	РФ	СКФО	СК
2009	711271	38885	12867	1517600	81350	25434
2010	715801	37830	10990	1508667	83502	25677
2011	732825	39936	12464	1530406	85542	25818
2012	703220	39753	12513	1520259	86332	26425
2013	702577	39503	11833	1518457	87522	27099
2014	709397	40226	12120	1525088	88306	27040
2015	673040	38387	11564	1549744	88686	27162
2016	680916	39793	11942	1537881	90008	27526

Продолжение Таблицы 7

2017	697088	41307	12086	1525190	92291	27581
2018	703748	42092	12283	1491375	92625	27389
2019	714630	42617	12387	1491256	93681	28156
2020	737371	43949	12872	1490517	95378	28579
2021	741858	44049	12996	1467603	96085	28701
2022	744100	44628	13092	1439929	95745	28220
Прирост к 2009 г., %	4,6	14,8	1,7	-5,1	17,7	10,9

По сравнению с 2009 годом абсолютное количество врачей в Ставропольском крае увеличилось только на 1,7%. Данный прирост уступает аналогичному показателю, как по РФ (4,6%), так и по СКФО (14,8%). В то же время, прирост абсолютного числа среднего медицинского персонала (10,9%) в Ставропольском крае опережает данные по РФ (-5,1%), но уступает аналогичному приросту в СКФО (17,7%) (Таблица 7).

В 2010–2022 гг. укомплектованность врачами в Ставропольском крае снизилась с 93,5% до 82,1% (Рисунок 24). Наиболее резкое снижение наблюдалось в 2010–2014 гг. и в период пандемии (2020–2021), когда показатель достиг минимума – 77,9%. В 2022 году зафиксирован рост укомплектованности до 82,1%, отражающий эффективность принимаемых мер, однако ее значение остаётся существенно ниже исходного уровня с отрицательным базовым приростом, составляющим – 12,2%. Коэффициент детерминации 0,890 указывает на устойчивую тенденцию снижения укомплектованности на протяжении рассматриваемого периода.

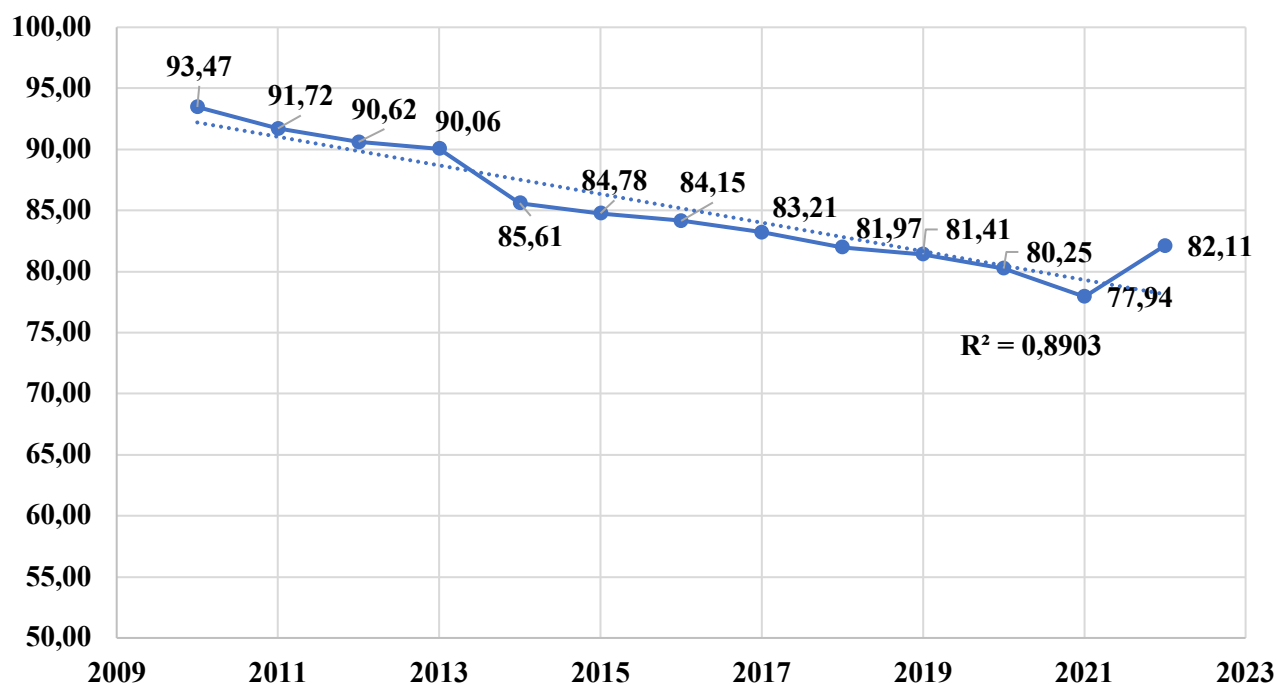


Рисунок 24 – Динамика укомплектованности врачами в Ставропольском крае в 2010-2022 гг., %

Анализ динамики укомплектованности врачебными кадрами в Ставропольском крае за 2010–2022 гг. выявил выраженное снижение обеспеченности по большинству ведущих специальностей (Таблица 8). Данные свидетельствуют о системном характере кадрового дефицита, затрагивающем как первичную медико-санитарную помощь, так и специализированную медицинскую помощь.

Наиболее существенное снижение укомплектованности наблюдается среди терапевтов (-11,0%), педиатров (-9,8%), акушеров-гинекологов (-9,8%), неврологов (-10,6%) и психиатров-наркологов (-12,1%). Последняя специальность демонстрирует наиболее глубокий кадровый дефицит в регионе. Значительное снижение показателей отмечено также среди хирургов (-6,2%) и оториноларингологов (-5,7%).

Относительно более стабильной остаётся обеспеченность офтальмологами (-4,1%) и стоматологами (-2,9%), где снижение укомплектованности является минимальным. Это связано с высокой привлекательностью данных специальностей, возможностью работы в частном секторе.

Таблица 8 – Динамика укомплектованности врачами отдельных специальностей в Ставропольском крае в 2010-2022 гг., %

Год	Терапевты	Хирурги	Акушеры-гинекологи	Педиатры	Офтальмологи	Оториноларингологи	Неврологи	Психиатры - наркологи	Дермато-венерологи	Стоматологи
2010	92,08	97,44	97,26	95,96	95,62	91,35	92,31	80,00	96,25	94,07
2011	87,56	95,35	96,87	95,03	93,94	90,70	95,16	82,21	93,24	97,51
2012	86,78	95,44	95,96	94,96	93,10	91,95	90,37	83,22	93,52	97,77
2013	85,87	92,27	96,49	94,16	90,30	91,25	88,78	87,05	89,39	96,75
2014	84,70	89,12	95,05	93,04	84,98	89,16	87,30	75,57	84,21	91,83
2015	81,11	90,67	91,62	93,03	82,66	87,03	88,34	80,23	87,00	93,71
2016	79,61	91,03	89,36	87,45	82,97	84,83	87,68	71,86	86,99	92,54
2017	82,52	90,32	89,08	87,59	80,72	82,55	85,37	75,97	84,20	90,32
2018	80,31	87,51	87,56	85,08	79,12	81,53	83,21	73,48	80,41	91,36
2019	79,96	88,17	87,10	83,32	78,66	79,77	78,80	71,92	79,64	88,71
2020	76,62	89,43	86,26	82,27	81,18	79,81	78,43	71,84	75,53	84,05
2021	74,40	87,34	87,44	81,57	75,59	78,39	74,72	70,96	77,19	85,62
2022	81,97	91,37	87,70	86,51	85,44	86,15	81,16	74,66	87,11	91,37
% к 2010 г.	-11,0	-6,2	-9,8	-9,8	-10,6	-5,7	-12,1	-6,7	-9,5	-2,9

Общая динамика демонстрирует, что наиболее критический период снижения укомплектованности пришёлся на 2020–2021 гг., когда кадровая обеспеченность снизилась до минимальных значений под влиянием пандемии COVID-19 и роста нагрузки на медицинский персонал. В 2022 году отмечается частичная стабилизация, однако показатели остаются значительно ниже уровня 2010 года.

Обеспеченность врачами в Ставропольском крае в 2022 году составляла 45,1 на 10000 населения, что меньше уровня 2009 года на 3,0%. Данный показатель превышает обеспеченность врачами населения СКФО на 2,7%, но уступает общероссийскому показателю на 10,8%. (Рисунок 25).

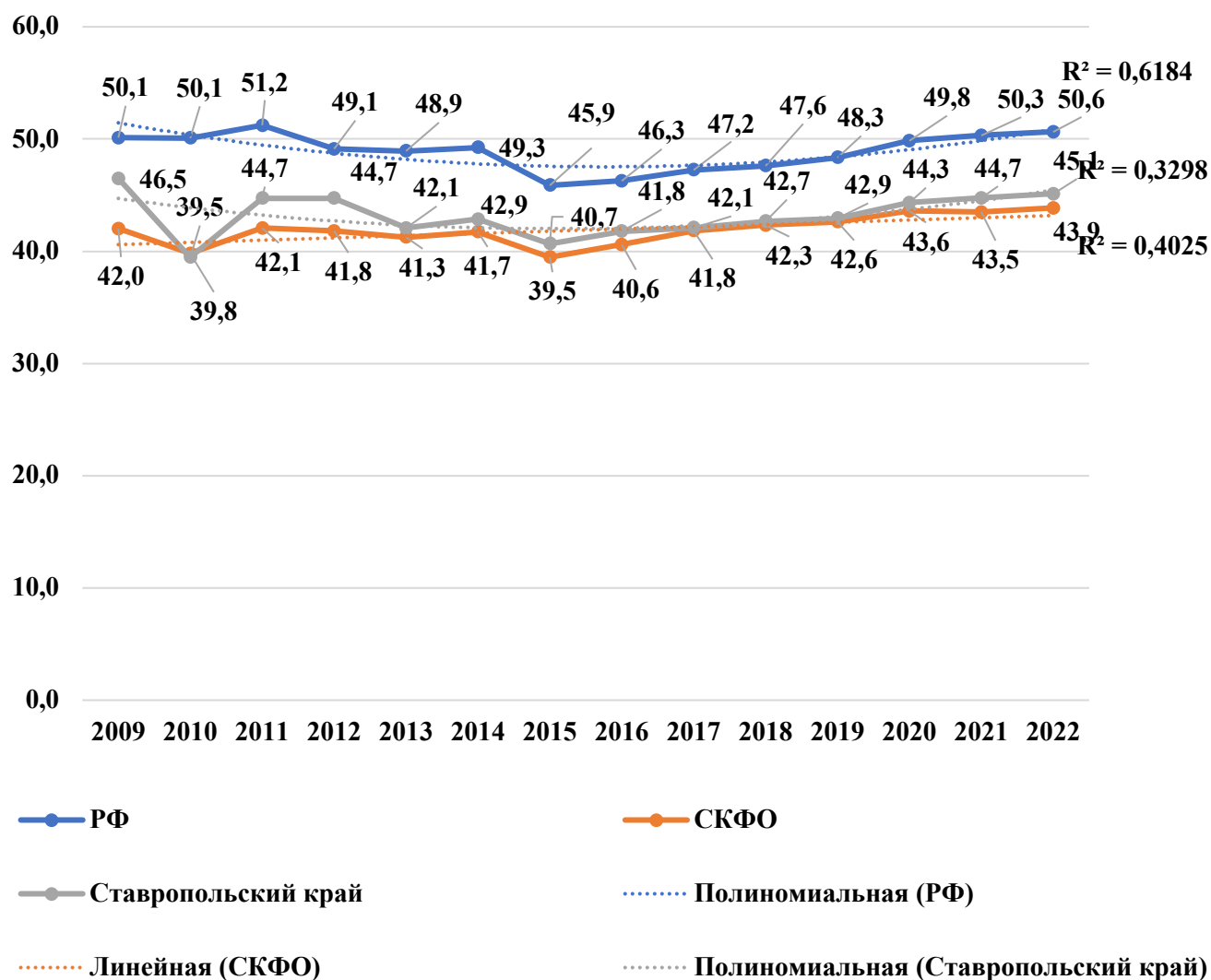


Рисунок 25 – Динамика обеспеченности врачами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Динамика обеспеченности средним медицинским персоналом в Ставропольском крае в 2009-2022 г. характеризуется постепенным сближением с общероссийскими показателями.

Если в 2009 г. обеспеченность средним медицинским персоналом в Ставропольском крае была меньше, чем в РФ на 14,2%, то в течение последующего периода данный показатель в РФ уменьшился на 8,3% при его росте в Ставропольском крае на 5,8%. В результате в 2022 году обеспеченность средним медицинским персоналом в РФ была выше, чем в Ставропольском крае на 0,8%. Обеспеченность средним медицинским персоналом в СКФО в

анализируемом периоде имела аналогичную Ставропольскому краю устойчивую тенденцию роста. В 2022 г. уровень данного показателя в СКФО был меньше, чем в Ставропольском крае на 3,2% (Рисунок 26).

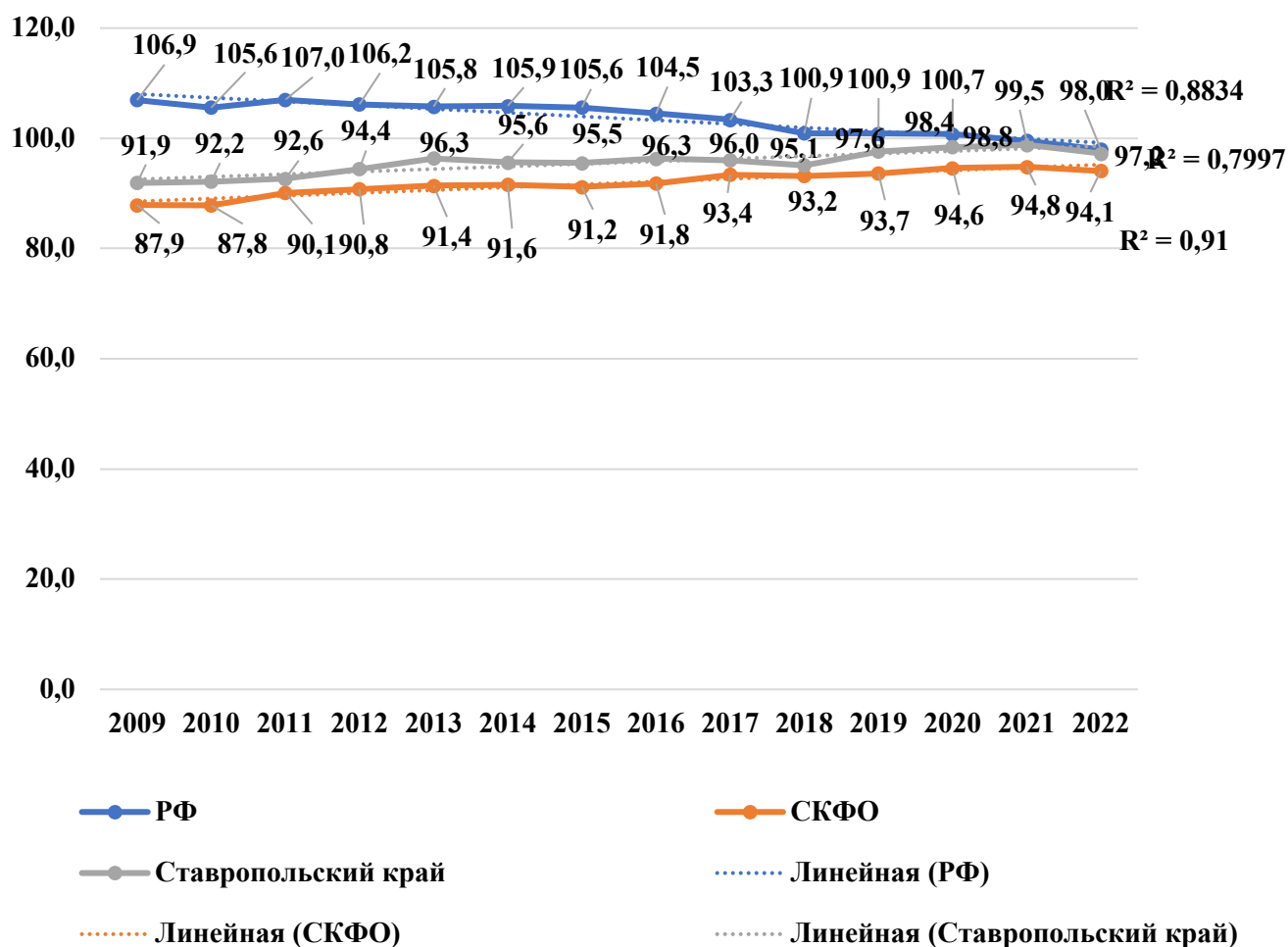


Рисунок 26 – Динамика обеспеченности средним медицинским персоналом РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Динамика коэффициента совместительства врачей в Ставропольском крае в 2009-2022 гг. характеризуется устойчивой тенденцией снижения на 7,6% (с 1,44 до 1,33), объясняемой линейным уравнением тренда на 79,5%. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала за анализируемый период остался практически на том же уровне (снижение с 1,26 до 1,24). Тенденция изменения данного показателя не является устойчивой и характеризуется чередованием периодов снижения и роста (Рисунок 27).



Рисунок 27 – Динамика коэффициента совместительства врачей и среднего медицинского персонала в Ставропольском крае в 2009-2022 гг.

Несмотря на то, что обеспеченность врачами терапевтического профиля выросла в Ставропольском крае с 2009 г. на 26,5% (с 3,44 до 4,35 на 10 000 населения), и имела устойчивую тенденцию роста на протяжении всего анализируемого периода ($R^2=0,810$), данный показатель в 2022 году был ниже обеспеченности терапевтами в России на 16,0% и в СКФО на 27,7% (Рисунок 28).

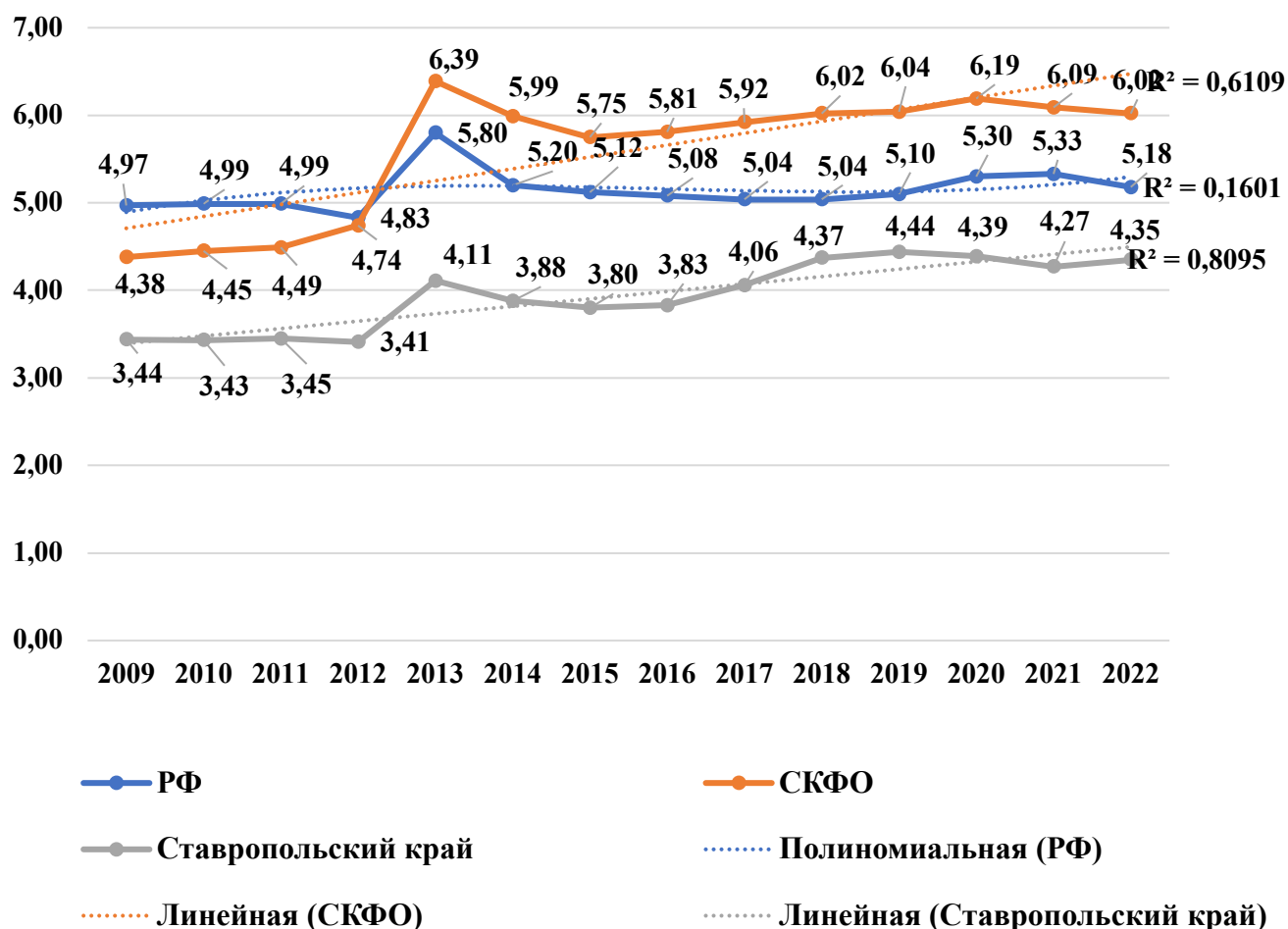


Рисунок 28 – Динамика обеспеченности врачами-терапевтами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Динамика обеспеченности населения хирургами имеет выраженную негативную тенденцию на протяжении 2009-2022 гг. как в РФ, так и в СКФО со Ставропольским краем (Рисунок 29). С 2009 г. обеспеченность хирургами в РФ сократилась на 27,2%, в СКФО – на 21,9%, в Ставропольском крае – на 13,6%. При этом данная тенденция является устойчивой и аппроксимируется линейными уравнениями тренда на 90,0% в РФ, на 96,0% в СКФО и на 64,9% в Ставропольском крае. В 2009 г. обеспеченность хирургами в Ставропольском крае была ниже общероссийского показателя на 23,7%, в 2022 году на 9,5%.

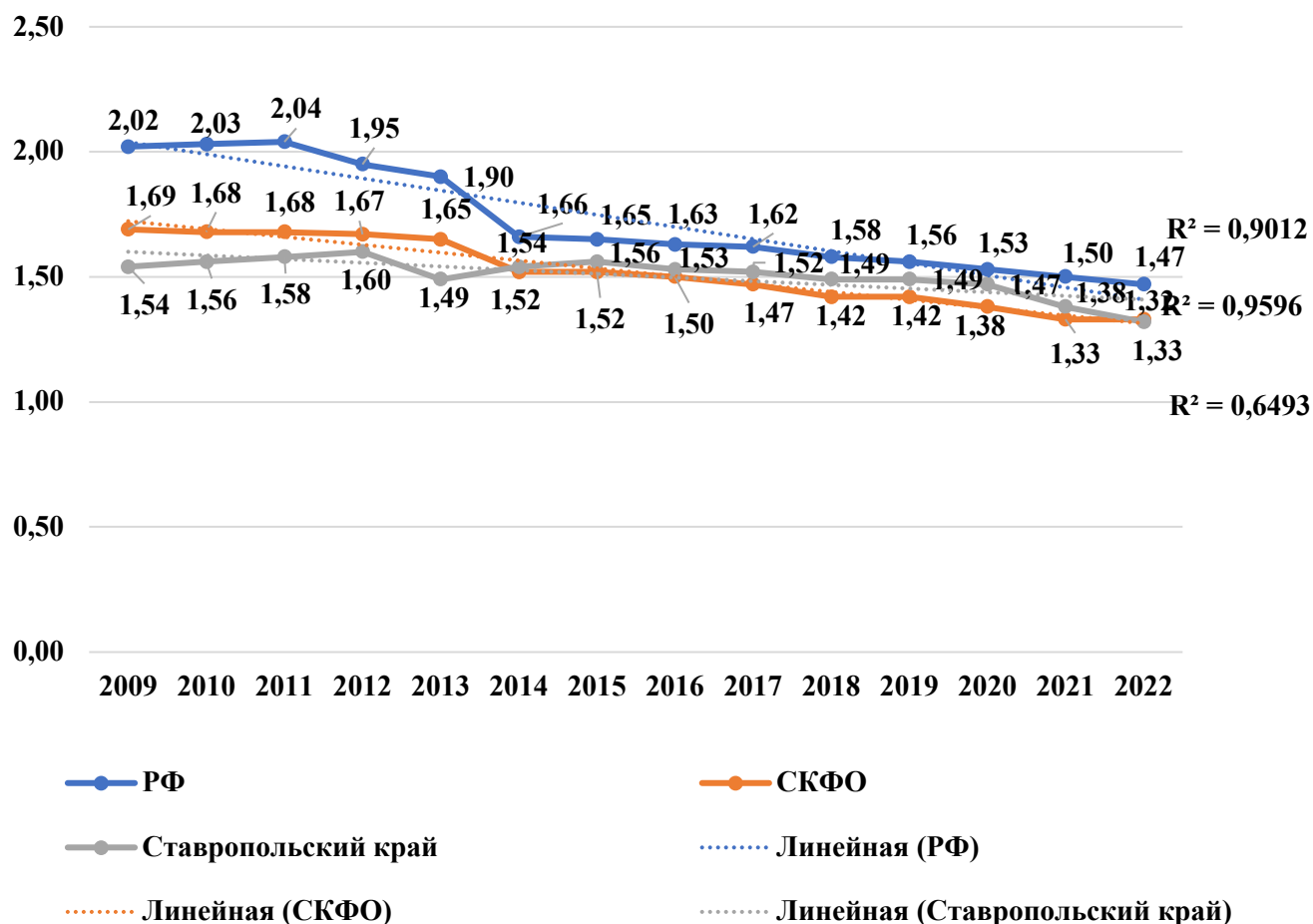


Рисунок 29 – Динамика обеспеченности хирургами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

На протяжении 2009-2022 гг. отмечается уменьшение обеспеченности населения РФ, СКФО и Ставропольского края акушерами-гинекологами. В Ставропольском крае в 2022 г. обеспеченность акушерами-гинекологами сократилась на 10,8% по сравнению с 2009 г., при этом динамика объясняется линейным уравнением тренда на 65,6%. В 2022 году обеспеченность акушерами гинекологами в Ставропольском крае была меньше, чем в РФ на 5,0%. При этом обеспеченность акушерами-гинекологами в СКФО была на 34,1% выше, чем общероссийский показатель и на 29,2% выше, чем показатель Ставропольского края, что, по-видимому, связано с большим удельным весом женщин репродуктивного возраста и более высоким уровнем рождаемости, и соответственно, более высокой потребностью в акушерах-гинекологах, чем в остальных российских регионах (Рисунок 30).

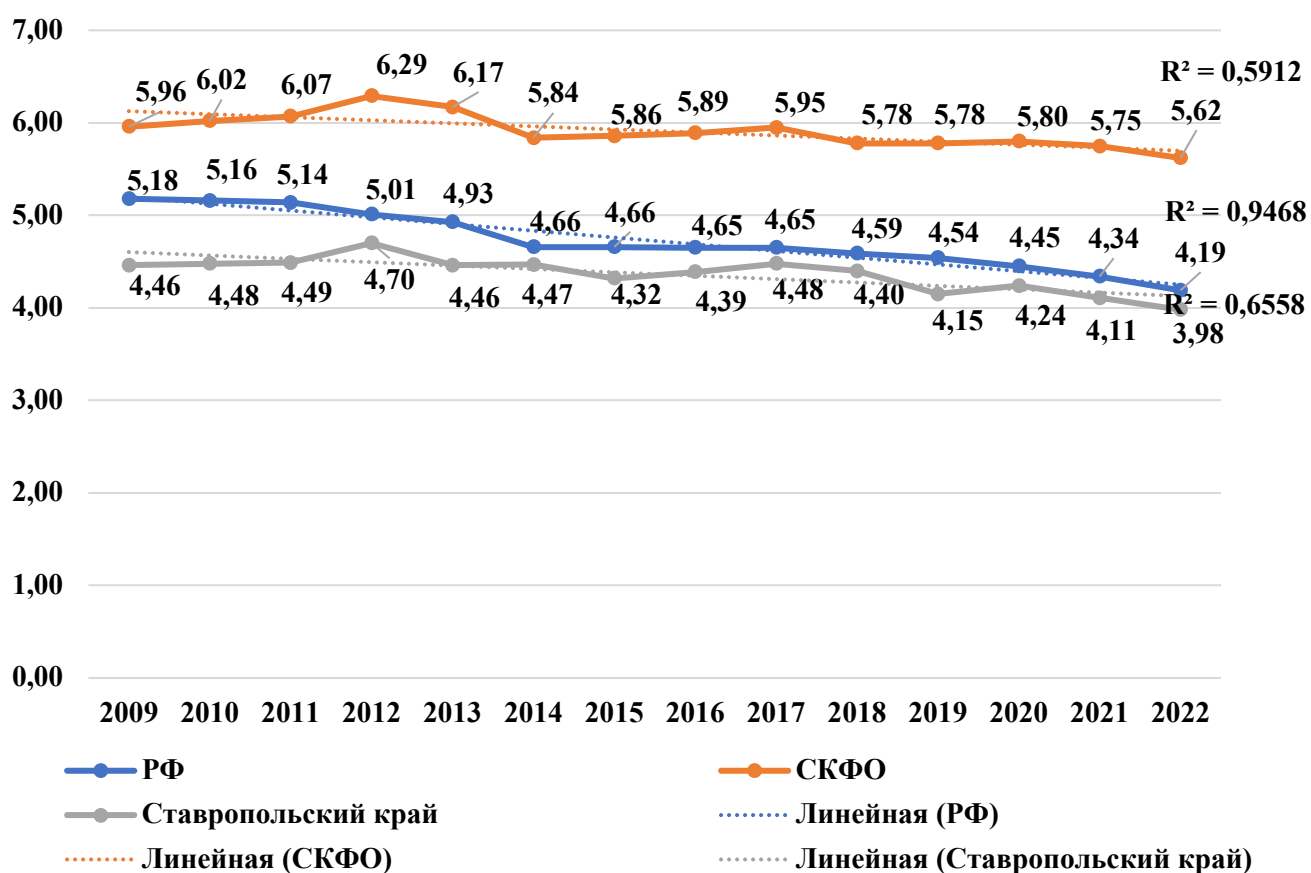


Рисунок 30 – Динамика обеспеченности акушерами-гинекологами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Для Ставропольского края характерно устойчивая тенденция снижения обеспеченности населения педиатрами, аналогичная общероссийской динамике данного показателя (Рисунок 31).

В 2022 году обеспеченность педиатрами в Ставропольском крае снизилась относительно 2009 г. на 16,9% (с 15,8 до 13,1 на 10 000 населения). Данная динамика объясняется линейным регрессионным уравнением на 68,7%. В РФ за тот же период произошло снижение данного показателя на 20,2% при линейном тренде с коэффициентом детерминации – $R^2=0,791$. В 2009 году обеспеченность населения педиатрами в Ставропольском крае была на 21,7% ниже среднероссийского показателя, а к 2022 г. величина данного отставания составила 18,5%. Одновременно вследствие снижения обеспеченности педиатрами в Ставропольском крае различия с аналогичным показателем по СКФО сократились с 21,7% в 2009 г. до 7,2% в 2022 г.

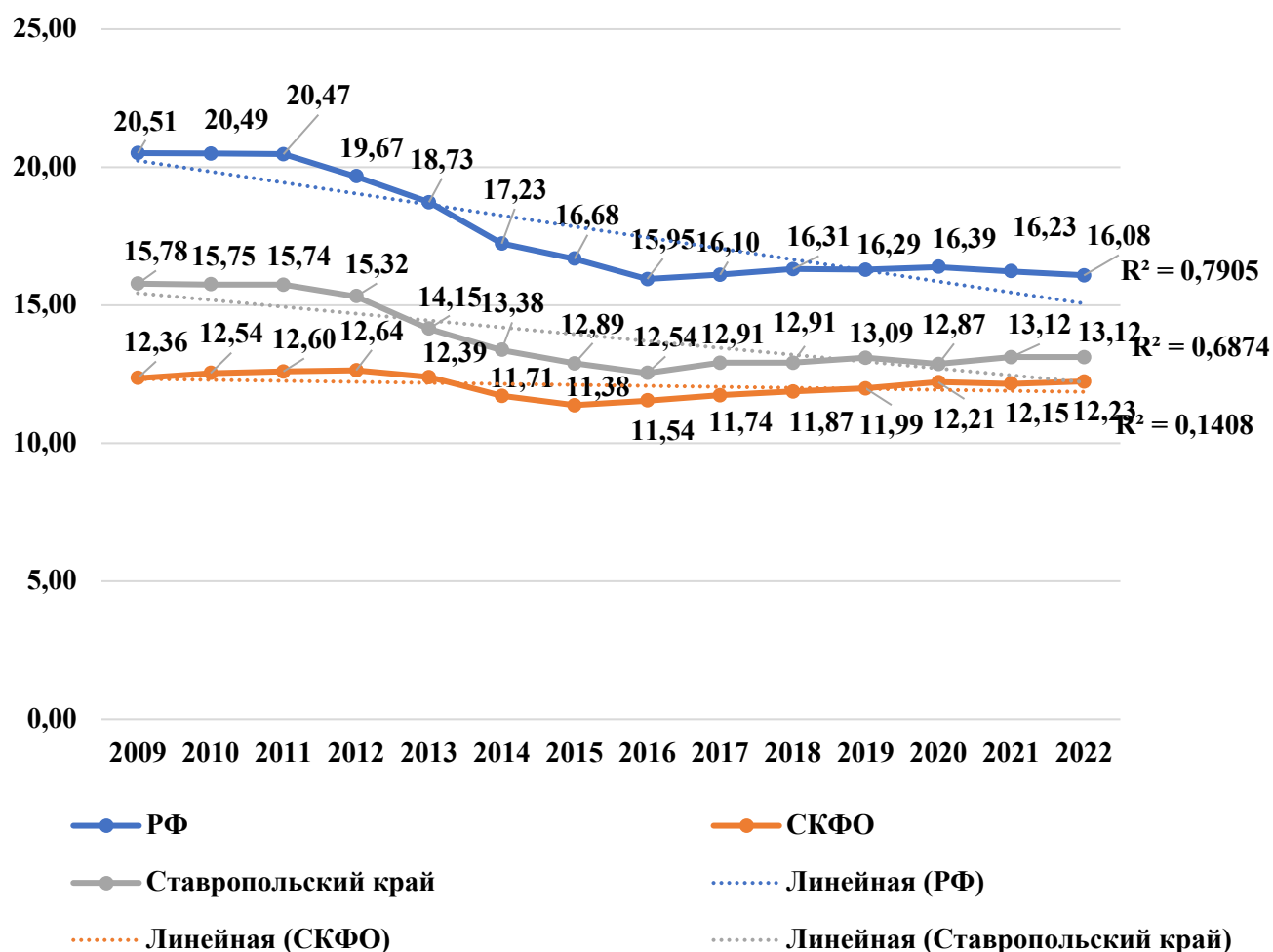


Рисунок 31 – Динамика обеспеченности педиатрами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

На протяжении всего анализируемого периода в РФ устойчиво снижалась обеспеченность врачами-специалистами (офтальмологами, неврологами, оториноларингологами, психиатрами) (Рисунок 32-35). Так обеспеченность офтальмологами за 2009-2022 гг. снизилась на 15,2% ($R^2=0,887$), оториноларингологами – на 14,3% ($R^2=0,805$), неврологами – на 12,8% ($R^2=0,876$), психиатрами – на 13,2% ($R^2=0,916$).

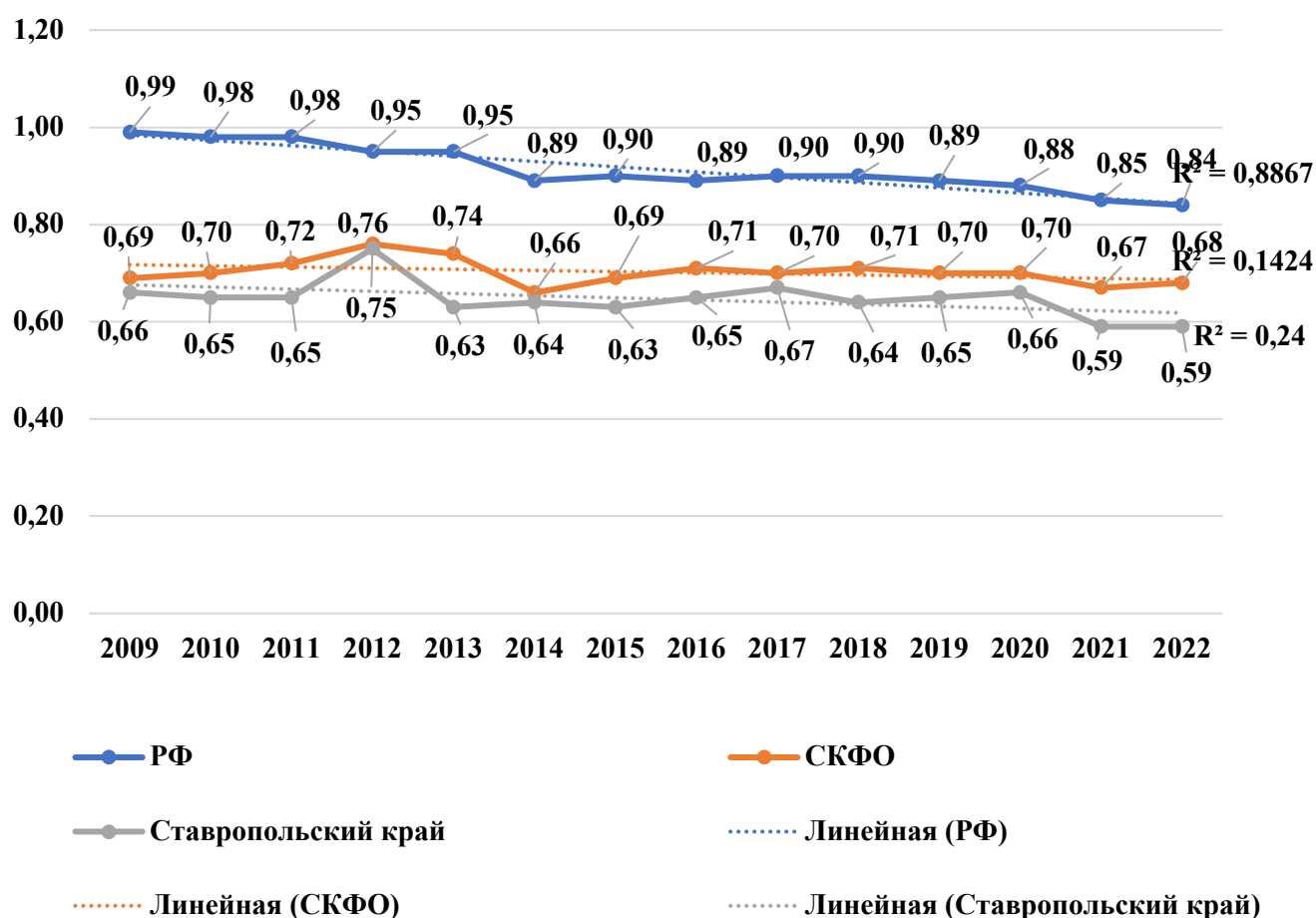


Рисунок 32 – Динамика обеспеченности офтальмологами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Обеспеченность врачами-специалистами в Ставропольском крае как правило уступает и общероссийскому уровню, и уровню обеспеченности СКФО. Обеспеченность офтальмологами в Ставропольском крае в 2022 г. по сравнению с базовым уровнем сократилась на 10,6%, при этом в 2022 г. численность врачей офтальмологов на 10 000 населения Ставропольского края была меньше, чем в РФ на 29,8% и меньше, чем в СКФО на 13,2% (Рисунок 32).

Уровень обеспеченности оториноларингологами в Ставропольском крае в 2022 году был ниже, чем в 2009 г. на 9,4%, при этом он уступает обеспеченности данными специалистами в РФ – на 3,3% и в СКФО – на 6,5% (Рисунок 33).

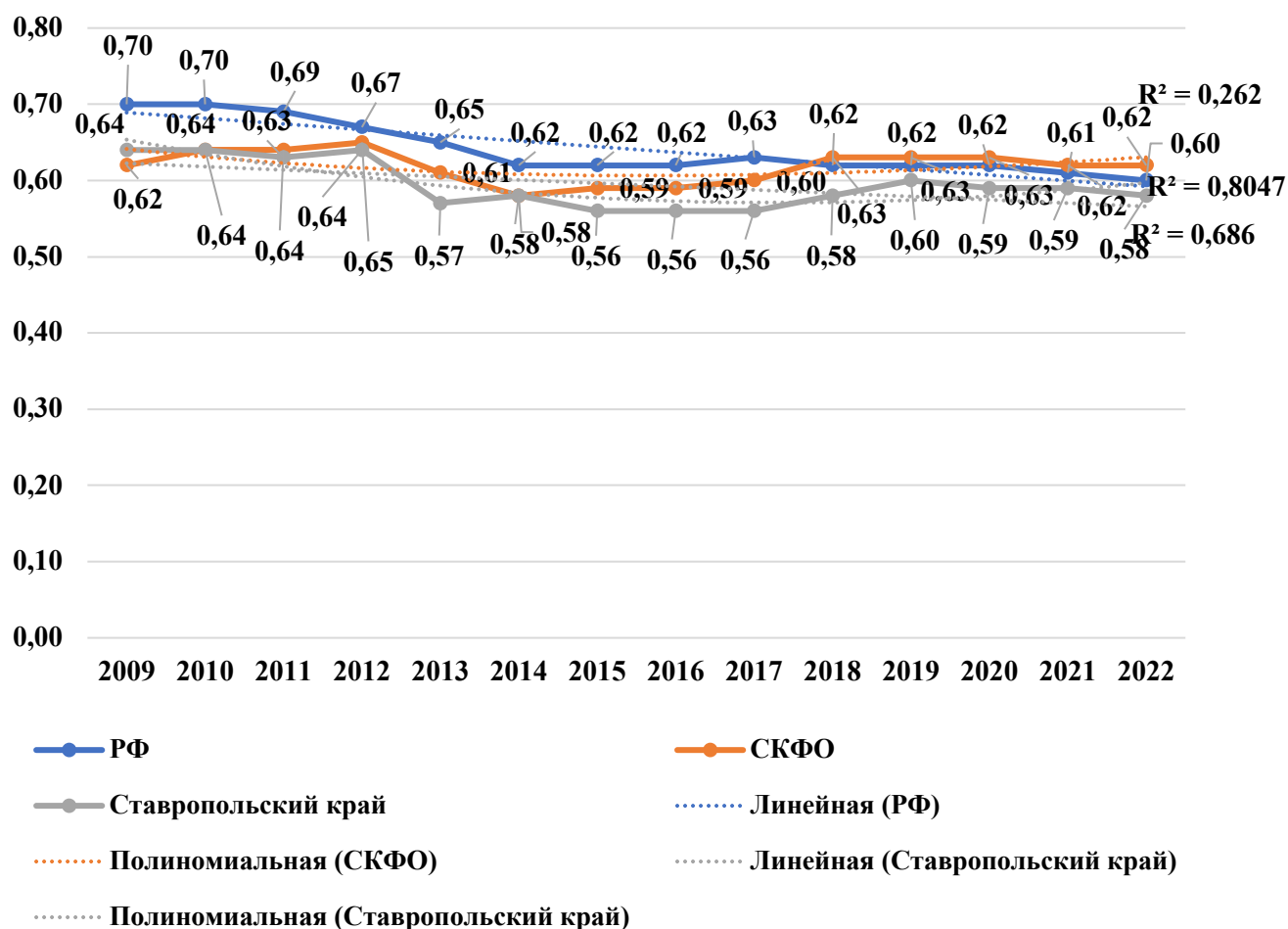


Рисунок 33 – Динамика обеспеченности оториноларингологами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Динамика обеспеченности неврологами в Ставропольском крае и СКФО в 2009-2014 гг. имела существенные различия. Если в СКФО данный показатель вырос на 20,4%, превывсив, начиная с 2015 г. общероссийские показатели, то в Ставропольском крае обеспеченность неврологами в 2022 г. была ниже, чем в РФ на 8,8% и чем в СКФО – на 22,0% (Рисунок 34).

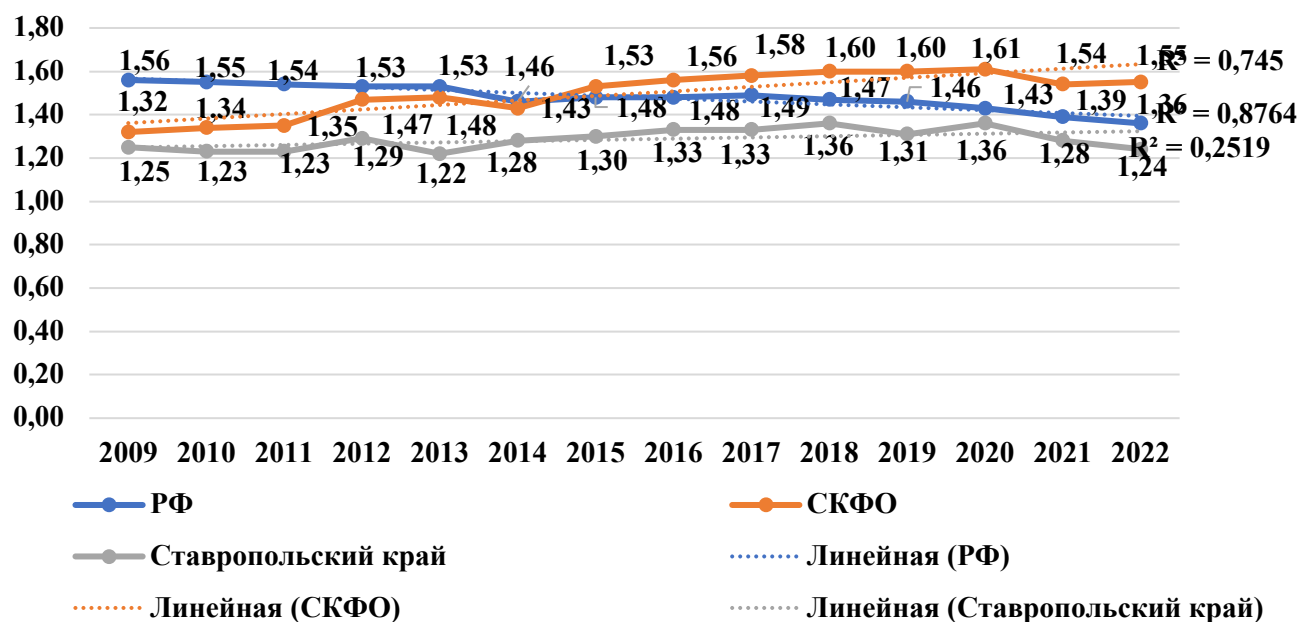


Рисунок 34 – 2009-2022 гг. – Динамика обеспеченности неврологами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Обеспеченность врачами-психиатрами в Ставропольском крае в 2022 году совпадала с уровнем СКФО (0,20 на 10 000 населения), при этом данное значение показателя на 39,4% ниже, чем обеспеченность психиатрами в РФ (Рисунок 35).

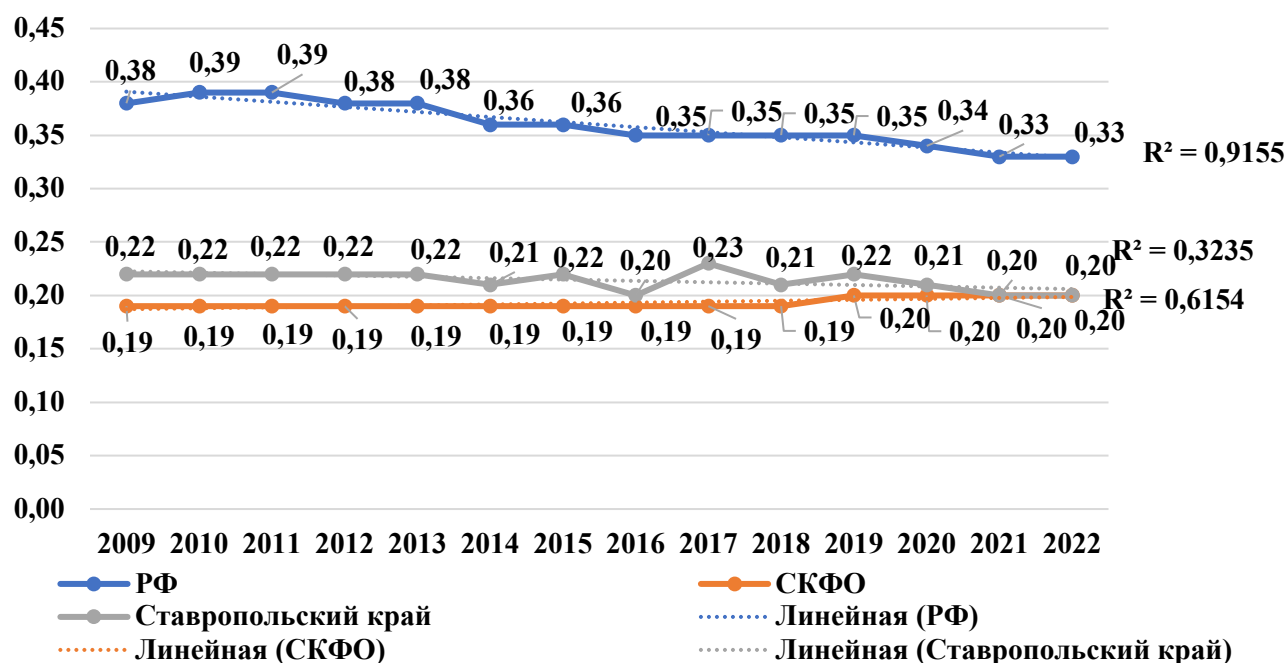


Рисунок 35 – Динамика обеспеченности психиатрами РФ, СКФО и Ставропольского края в 2009-2022 гг. (на 10 000 населения)

Резюме

Таким образом анализ медико-демографических показателей и показателей заболеваемости населения Ставропольского края за период 2009-2022 гг. позволил выявить ряд негативных тенденций.

На фоне сложившейся регрессивной структуры населения отмечается снижение рождаемости с 2016 г., рост смертности с 2018 г. и превышение показателем смертности показателя рождаемости начиная с 2018 г., знаменующим вхождение в полосу депопуляции населения. При этом миграционный прирост не компенсирует естественную убыль населения Ставропольского края. Отмечается устойчивый рост смертности вследствие болезней органов дыхания и пищеварения. По всем классам заболеваний смертность населения Ставропольского края превышает аналогичную смертность в СКФО.

Отмечается синхронный рост общей и первичной заболеваемости как среди всего населения Ставропольского края, так и среди детей и подростков. Указанная тенденция является неблагоприятной и отражает рост общей заболеваемости в первую очередь за счет увеличения числа вновь выявленных случаев, что отражает рост их распространенности. Данная тенденция указывает на необходимость усиления профилактической работы, направленной на предотвращение развития новых случаев заболеваний среди населения.

В условиях снижения удельного веса детей и подростков в возрастной структуре населения отмечается рост их общей и первичной заболеваемости со сближением размера этих показателей с общероссийскими и существенным превышением уровней данных показателей в СКФО.

Рост заболеваемости населения в Ставропольском крае отражает увеличение частоты возникновения случаев заболеваний, относящихся ко всем основным классам нозологий. Причем тренды для БСК, болезней органов пищеварения, внешних причин, инфекционной заболеваемости имеют противоположную направленность роста по сравнению со снижением в РФ и СКФО, при этом заболеваемость БСК и болезнями органов пищеварения превысила общероссийские показатели.

По результатам анализа кадровых ресурсов здравоохранения Ставропольского края отмечается неблагоприятная динамика по снижению обеспеченности населения врачами-хирургами, акушерами-гинекологами, педиатрами. Обеспеченность врачами-специалистами находится на уровне, уступающем общероссийским показателям. При этом обеспеченность неврологами, оториноларингологами, офтальмологами, акушерами-гинекологами, терапевтами уступает обеспеченности этими специалистами в СКФО.

Анализ укомплектованности показывает, что особое внимание требует развитие служб психиатрии, наркологии, педиатрической и терапевтической помощи, где кадровые потери наиболее значимы и оказывают непосредственное влияние на качество оказания медицинской помощи населению.

Выявленные негативные тенденции медико-демографических показателей, показателей заболеваемости и обеспеченности медицинскими работниками населения Ставропольского края диктуют необходимость разработки и внедрения мер, направленных на преодоление кадрового дефицита медицинских работников и повышения результативности системы здравоохранения, что и определило необходимость проведения дальнейшего исследования.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости поиска новых организационных и управленческих решений в области кадровой политики в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, направленных на повышение доступности целевого обучения, расширение мер социальной поддержки врачей, стимулирование закрепления кадров в первичном звене, повышение укомплектованности штатов медицинским персоналом наиболее дефицитных специальностей.

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ОБУЧАЮЩИМИСЯ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗАКРЕПЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

4.1. Проблема закрепления медицинских кадров на региональном уровне и пути ее решения

Обобщение исследований по проблемам кадровой политики в здравоохранении страны в последние годы позволило определить наиболее важные ее направления, реализуемые в течение последнего десятилетия. Решение основных задач кадровой политики в современных условиях требует также реализации мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров в субъекты Российской Федерации, по подготовке и продвижению руководящих кадров, созданию реестра руководителей, формированию баз данных медицинских работников и внедрению современных информационных технологий в деятельность медицинских организаций в рамках цифровизации здравоохранения.

В реализации кадровой политики в системе здравоохранения страны особую значимость сегодня приобретают мероприятия, учитывающие ее региональные аспекты, проблемы кадрового обеспечения субъектов Российской Федерации. Даже при наличии единой государственной кадровой политики в системе здравоохранения страны проблема обеспеченности медицинскими кадрами в каждом регионе имеет свою специфику, связанную с территориальными особенностями конкретного региона, уровнем его финансовых возможностей и социального развития, демографической характеристикой, особенностями физического развития и заболеваемости населения.

Элементами эффективной кадровой политики на региональном уровне являются:

- Создание механизмов финансового стимулирования с целью привлечения специалистов в районы, испытывающие потребность в медицинских кадрах;
- Увеличение целевого набора в образовательные организации студентов,

поступающих из регионов, испытывающих кадровый дефицит;

- Мониторинг и регулирование выбора места работы выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования;

- Совершенствование организации процесса оказания медицинских услуг, улучшение условий труда врачей в районах с недостаточным уровнем обеспеченности, использование современных информационно-коммуникационных технологий.

Обеспеченность населения медицинской помощью является сегодня чрезвычайно важной задачей системы здравоохранения каждого субъекта Российской Федерации, при этом относительная неравномерность социально-экономического развития регионов страны обостряет проблему обеспечения медицинскими кадрами отдельных территорий.

При этом важной составной частью осуществления значимых преобразований в данной сфере является проведение углубленных научных исследований с целью создания организационных механизмов обеспечения субъектов Российской Федерации медицинскими кадрами с использованием потенциала региональных образовательных организаций высшего медицинского образования.

В современных условиях развития страны в целом и каждого конкретного субъекта в Российской Федерации, особую актуальность приобретают вопросы реализации отечественной (национальной) системы образования, определения национальной шкалы профессиональных квалификаций.

При этом важнейшей задачей является соотнесение образовательных квалификаций с потребностями территории, подготовка кадров «под заказ», соответственно, в связи с чем повышается роль работодателя. Он должен участвовать в процессе подготовки кадров – подготовки под заказ потребностям территории, потребностям времени. При этом именно работодатель обязательно должен принимать участие в прогнозировании потребности в кадрах (подготовка, обеспечение кадрами на ближайшие 5 лет, затем последующее полное обновление). Под этот прогноз и необходимо уже сейчас готовить специалистов.

В настоящее время существенно меняется роль высшего, особенно университетского, образования. Роль университетов в регионах должна заключаться в активном взаимодействии и развитии образования, науки, а также активном участии их в социально-экономическом развитии региона.

Университеты должны создавать условия для ускоренного выхода на рынок труда: подготовленные кадры в университете после прохождения стажировки в период обучения на рабочем месте максимально должны уходить на рынок по профессии.

При этом ключевым элементом в обучении должна стать проектная деятельность с обязательной реализацией на практике и получением конкретного результата.

Таким образом, на современном этапе существенно возрастают роль, значение и ответственность медицинских университетов регионов в системе подготовки медицинских кадров для субъекта Российской Федерации.

Вместе с тем, важнейшим вопросом осуществления кадровой политики на конкретной территории является эффективность закрепления подготовленных специалистов на территории.

Следует отметить, что совершенствование системы закрепления кадров в конкретном регионе во многом определяется территориальными особенностями региона, уровнем его социально-экономического развития, особенностями менталитета и рядом других факторов.

При этом особую роль в решении кадровых проблем в региональном здравоохранении играет формирование приверженности студентов медицинских вузов и молодых специалистов к трудоустройству по полученной специальности в регионах. В настоящее время одновременно действует целый ряд программ и механизмов, направленных на решение кадровых вопросов в сфере здравоохранения.

К мерам региональной социальной поддержки медицинских работников в 2023 году с учетом полномочий субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления по предоставлению мер социальной поддержки)

относятся целый ряд мероприятий, которые осуществляются преобладающим числом регионов страны [234]:

- Служебное жилье (предоставляют 77 регионов),
- Жилые помещения по договору социального найма (61 регион),
- Общежитие (51 регион),
- Компенсация аренды жилья (72 региона),
- Льготное ипотечное кредитование (без учета дфо и арктики-48 регионов),
- Приватизация служебной жилой площади (в 40 регионах),
- Предоставление земельных участков (осуществляют 53 региона),
- Компенсация расходов на жилищно-коммунальное хозяйство (жкх) (в 77 регионах),
- Предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных учреждениях (осуществляют 56 регионов страны).

Среднемесячная заработная плата у врачей в Российской Федерации в 2023 году составила 113 602 рублей, у среднего медицинского (фармацевтического) персонала – 47 583 рублей.

Одновременные компенсационные выплаты врачам в 2023 г. составили 2,0 млн рублей, а фельдшерам, акушеркам, медицинским сестрам – 1,0 млн. рублей [Постановление Правительства РФ № 2568 от 31 декабря 2022 г.]. В 2024 году на реализацию данных программ было направлено 5,94 млрд рублей. Отмечается увеличение числа медицинских работников, привлечённых в рамках программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер»; планируемый объём привлечения составляет около 6,5 тыс. медицинских работников.

Вместе с тем следует отметить, что есть проблемы с эффективностью трудоустройства выпускников: на 01.10.2023 года по программам ординатуры по договорам о целевом обучении завершили обучение 7253 человека, исполнили обязательства 72,34%, 5193 трудоустроены, 1,03% освобождены от обязательств по уважительной причине, а 2006 человек из 7253 обязательства не исполнили [236].

Эффективность трудоустройства лиц, завершивших обучение по программам специалитета по договорам о целевом обучении, на 01.10 2023: завершили обучение 8899 человек, исполнили обязательства, либо освобождены от их исполнения 5433 человека, а 3466 (61,05%) не исполнили обязательств. Из тех, кто завершил обучение, 2457 (45,2%) трудоустроены, 2558 (47,1%) поступили в ординатуру к тем же заказчикам, а 418 (7,7%) освобождены в процессе трудоустройства [237].

Говоря об обеспеченности кадрами по РФ за 2023 год, можно охарактеризовать движение медицинских кадров следующим образом:

- По врачам: всего – 549 076 человек, потребность составила 29 407 врачей, убыло - 83 775 человек. В целом, отмечается прирост врачей на 10 833 человек.

- По среднему медицинскому персоналу: всего средних медицинских работников 1 121 354 человек, потребность в 2023 году составила 63 643 человека, убыло 170 034 человека и в целом отмечается недостаток 3296 средних медицинских работников [237].

Вместе с тем в кадровой политике следует учитывать происходящие в стране изменения в составе и структуре медицинских кадров, такие как: старение медицинских работников, выбытие медицинских кадров во время эпидемии COVID-19, высокая миграция медицинских работников, выгорание, уход из профессии и др.

В соответствии с прогнозами социально-экономического развития страны к 2030 году в Российской Федерации следует ожидать рост потребности в медицинских услугах, что может быть связано с увеличением доли населения старшего возраста, накоплением хронических заболеваний, изменением структуры заболеваемости, изменением образа жизни граждан.

Вместе с тем, с учетом демографических прогнозов, к 2030 году на рынок труда в Российской Федерации в целом выйдет около 3 млн молодых людей в возрасте 15-29 лет, и необходимо учесть, что необходимо использовать это «окно возможностей» и подготовить именно тех специалистов, которые будут

востребованы.

В послании Федеральному собранию (2024 год) Президентом России Владимиром Владимировичем Путиным был анонсирован национальный проект «Кадры» и ряд мер для подготовки новых кадров, в том числе медицинских и фармацевтических работников. Этот проект в стране начал свою реализацию с 1 января 2025 года.

Также по поручению главы государства в конце 2024 года был сформирован обновленный прогноз потребности экономики в кадрах. Проект был подготовлен не только по видам экономической деятельности, но и по «профессионально-квалификационным группам». Это позволило более точно установить контрольные цифры приема в системе среднего специального и высшего образования и истинные кадровые запросы экономики, в том числе регионов.

Главными целями проекта являются – отслеживание баланса на рынке труда и обновление образовательной инфраструктуры. Таким образом, национальный проект «Кадры» решает две основные задачи – соотнесение прогнозных потребностей экономики с ее возможностями и качественное изменение инфраструктуры образования.

В рамках проекта Правительство РФ моделирует будущее состояние рынка труда и отвечает на этот прогноз со стороны образования и подготовки кадров.

Сам Национальный проект состоит из четырех федеральных проектов:

- По трудоустройству выпускников,
- По переобучению уже работающих,
- По снижению травматизма на производстве и сокращению потерь от временной нетрудоспособности работников,
- По вовлечению молодежи в предпринимательскую деятельность.

Фактически национальный проект позволяет сделать цифровое соединение для обеспечения возможности быстрого реагирования на ситуацию, быстрого изменения учебных программ и выстраивания контрольных цифр приема в образовательные организации как высшего профессионального, так и среднего

профессионального образования, чтобы они соответствовали потребностям рынка труда.

Целью проекта является не только обеспечение страны кадровым потенциалом высокого уровня, но и стимулирование инновационной деятельности, развитие технологических компетенций и научно-исследовательской работы.

В связи с этим чрезвычайно важным становится обоснование изменений кадровой политики с учетом специфики конкретного региона, включая подготовку медицинских кадров, их распределение, закрепление, переподготовку, научную деятельность, лидерство в профессиональной и научной области, что в целом можно охарактеризовать как проектное управление деятельностью медицинских кадров на отдельной территории, которое не может быть осуществлено без лидерской, информационной, образовательной, научной, предпринимательской поддержки регионального медицинского университета, использующего для решения кадровых проблем региона с учетом запросов регионального работодателя все вышеназванные технологии кадровой политики, включая возможности современных цифровых технологий и площадок.

Осуществляемые мероприятия по социальной поддержке и закреплению кадров в здравоохранении в Российской Федерации в целом показали существенные результаты. Однако вместе с тем, в каждом отдельном регионе есть свои, специфические особенности, которые, во многом, связаны с менталитетом обучающихся, их потребностями, стремлением к развитию, их мотивацией работать в конкретных медицинских организациях, в городской или сельской местности. Факторам, влияющим на закрепление медицинских кадров в Ставропольском крае, по мнению обучающихся по программе специалитета и программе подготовки в ординатуре, посвящено исследование, результаты которого приведены далее в данной главе.

4.2. Опрос студентов и ординаторов Ставропольского государственного медицинского университета о мерах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения

Проведен опрос 488 студентов 6-го курса лечебного и педиатрического факультетов и 854 ординаторов Ставропольского государственного медицинского университета согласно разработанной автором анкете с целью изучения мнения обучающихся о программах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения.

Средний возраст опрошенных составил $24,4 \pm 4,6$ лет при этом средний возраст студентов – $22,9 \pm 1,8$ лет, а средний возраст ординаторов – $25,3 \pm 5,4$ лет ($p < 0,001$) (Таблица 9).

Таблица 9 – Социально демографические характеристики опрошенных

Признак	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Возраст, лет	$22,9 \pm 1,8$	$25,3 \pm 5,4$	$24,4 \pm 4,6$	$< 0,001$
Пол, мужчины/ женщины, n (%)	86 (17,6) / 402 (82,4)	266 (31,1)/ 588 (68,9)	322 (26,2)/ 990 (73,8)	$< 0,001$
Нахождение в браке, n (%)	81 (16,6)	258 (30,2)	339 (25,3)	$< 0,001$
Наличие детей, n (%)	17 (3,5)	122 (14,3)	139 (10,4)	$< 0,001$

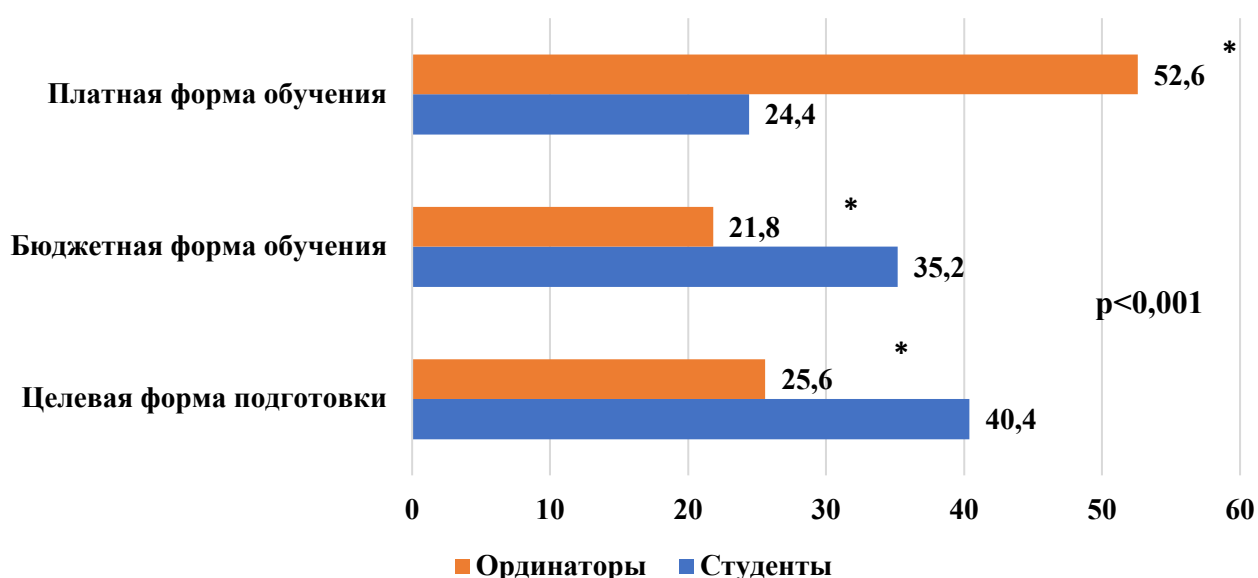
Среди опрошенных преобладали женщины – 990 (73,8%). При этом удельный вес мужчин среди ординаторов был статистически значимо выше, чем среди студентов 6-го курса – 266 (31,1%) против 86 (17,6%) ($p < 0,001$).

Отличительными особенностями группы ординаторов, ввиду более старшего возраста являются больший удельный вес находящихся в браке – 258 (30,2%) против 81 (16,6%) среди студентов, а также большая частота наличия детей – 122 (14,3%) против 17 (3,5%) ($p < 0,001$).

Среди форм обучения студентов Ставропольского государственного

медицинского университета преобладали бюджетная и целевая. Наиболее часто студенты указывали на целевую форму подготовки – 197 (40,4%), бюджетная форма была второй по частоте – 172 (35,2%) и платная форма обучения встречалась реже, чем остальные – 119 (24,4%). Среди форм обучения ординаторов преобладала платная. На платной основе обучалось более половины ординаторов – 449 (52,6%), целевая форма обучения в ординатуре являлась второй по частоте – 219 (40,4%), наиболее редкой оказалась бюджетная форма обучения, на которую указали 186 (24,4%) человек (Рисунок 36).

При этом распределение форм обучения среди студентов и ординаторов статистически значимо различалось по всем категориям ($p < 0,001$).



Примечание: *статистически значимые различия $p < 0,05$

Рисунок 36 – Распределение опрошенных по формам прохождения обучения в Ставропольском государственном медицинском университете (на 100 опрошенных)

Наиболее часто и студенты (32,8%), и ординаторы (29,6%) указывали на доход на одного члена семьи, соответствующий 10-19 тыс. рублей. При этом наибольший уровень дохода, заложенный в анкету (30 тыс. рублей и более) статистически значимо чаще отмечали ординаторы – 25,6% против 15,4% ($p < 0,001$) (Таблица 10).

Подавляющее большинство опрошенных проживало в собственной или съемной квартире при этом каждый из этих вариантов указывало сопоставимое количество студентов, и ординаторов – 40,2%, 39,5% и 38,3%, 40,5% соответственно. Наименьшее число опрошенных ответили, что они живут в общежитии – 6,6% студентов и 5,3% ординаторов. Ординаторы статистически значимо чаще указывали на проживание у родственников по сравнению со студентами – 15,9% против 10,2% ($p=0,004$).

Таблица 10 – Ежемесячный доход на одного члена семьи и жилищные условия опрошенных, n (%)

прошенных, п (%)				
Варианты ответов	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Укажите размер Вашего ежемесячного доход на 1 члена семьи				
менее 10000 руб.	106 (21,7)	199 (23,3)	305 (22,7)	<0,001
10000 – 19000 руб.	160 (32,8)	253 (29,6)	413 (30,8)	
20000 – 29000 руб.	118 (24,2)	183 (21,4)	610 (45,5)	
30 000 руб. и более	75 (15,4)	219 (25,6)*	653 (48,7)	
В каком жилье Вы проживаете в настоящее время?				
В собственной квартире / доме	196 (40,2)	327 (38,3)	523 (39,0)	0,004
На съемной квартире /комнате / доме	193 (39,5)	346 (40,5)	539 (40,2)	
В общежитии	32 (6,6)	45 (5,3)	77 (5,7)	
У родственников	50 (10,2)	136 (15,9)*	186 (13,9)	

Наиболее частым вариантом ответа на вопрос о причине выбора профессии врача и среди студентов, и среди ординаторов был ответ о выборе по призванию (Таблица 11). При этом ординаторы, многие из которых уже имеют опыт практической деятельности, статистически значимо чаще выбрали данный вариант ответа – 59,5% против 46,3% студентов ($p<0,001$), что может говорить о более выраженной уверенности в своем призвании. Второй по значимости причиной выбора стала убежденность в престижности профессии врача. Так

считают 45,5% студентов и 44,0% ординаторов. Среди студентов более распространенным оказался выбор специальности по совету родственников или друзей – 21,3% против 15,7% ($p=0,010$). В то же время ординаторы статистически значимо чаще (15,7% против 9,4% ($p=0,001$)) указывали, что они являются продолжателями семейных традиций. Реже всего опрошенные отмечали, что выбрали профессию врача, поскольку не смогли поступить в другое высшее учебное заведение – всего 3,0%.

Таблица 11 – Причина выбора профессии врача по мнению опрошенных, n (%)

Почему Вы выбрали профессию врача?	Студенты	Ординаторы	Всего	p
По призванию	226 (46,3)	508 (59,5)	794 (54,7)	<0,001
Престиж профессии	222 (45,5)	376 (44,0)	598 (44,6)	0,604
По совету родственников (друзей)	104 (21,3)	134 (15,7)	238 (17,7)	0,010
Семейная традиция	46 (9,4)	134 (15,7)	180 (13,4)	0,001
Не смог поступить в другое высшее учебное заведение	11 (2,3)	29 (3,4)	40 (3,0)	0,237

Далее респондентам было предложено указать основные мотивы выбора врачебной специальности (Таблица 12). В качестве наиболее частого мотива среди студентов и ординаторов упоминалась возможность помогать людям (71,2% от общего количества опрошенных). Ординаторы по сравнению со студентами демонстрировали более осознанное понимание своих мотивов, что выражалось в статистически значимо более частом выборе ответов о помощи людям (75,2% против 64,3%, $p<0,001$), об интересе к работе, в том числе научно-исследовательском (47,9% против 41,2%, $p=0,018$), о возможности профессионального и карьерного роста в рамках специальности (51,6% против 43,4%, $p=0,004$). Мотив высокой социальной значимости профессии врача студенты и ординаторы указывали с приблизительно одинаковой частотой (около 40%). Кроме того, 9,8% ординаторов указали в качестве мотива, на возможность участия в программах государственной поддержки.

Таблица 12 – Мотивы выбора профессии врача по мнению опрошенных, n (%)

Что более всего Вас привлекает в выбранной профессии	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Возможность помогать людям	314 (64,3)	642 (75,2)	956 (71,2)	<0,001
Высокая социальная значимость	206 (42,2)	346 (40,5)	552 (41,1)	0,543
Интересная работа, в т.ч. научно-исследовательская	201 (41,2)	409 (47,9)	610 (45,5)	0,018
Возможность профессионального и карьерного роста	212 (43,4)	441 (51,6)	653 (48,7)	0,004
Возможность участия в программах государственной поддержки	-	84 (9,8)	84 (9,8)	-

По окончании обучения в университете большинство студентов – 374 (76,6%) планировали продолжить обучение в ординатуре. Только 81 (16,6%) респондент думал о работе в практическом здравоохранении, и 11 (2,3%) – о поступлении в аспирантуру. Среди шестикурсников 2,7% не определились с продолжением карьеры и 1,8% указали на вероятную переподготовку по другой профессии (Рисунок 37).

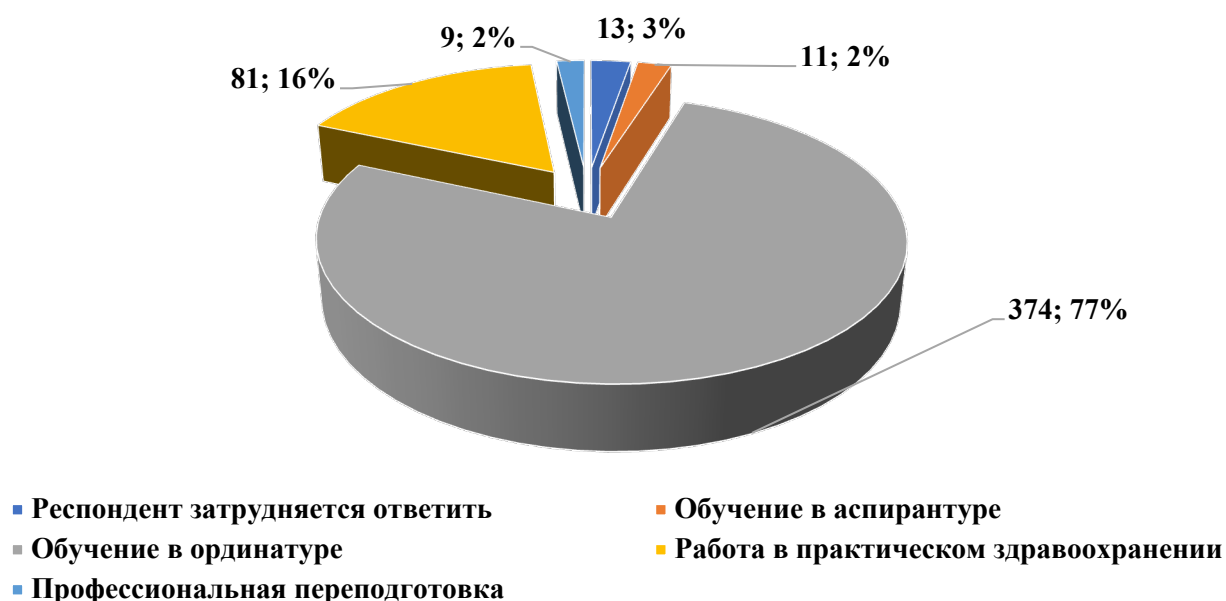


Рисунок 37 – Планы студентов по окончании обучения в университете, n (%)

Среди ординаторов большинство видели себя после окончания ординатуры, работающими в практическом здравоохранении – 630 (73,8% опрошенных). Одинаковое число респондентов (по 11,0%) планировали продолжить обучение в аспирантуре или пройти переподготовку по другой медицинской специальности. Около 4,0% ординаторов планировали работать в клиниках Ставропольского государственного медицинского университета (Рисунок 38).

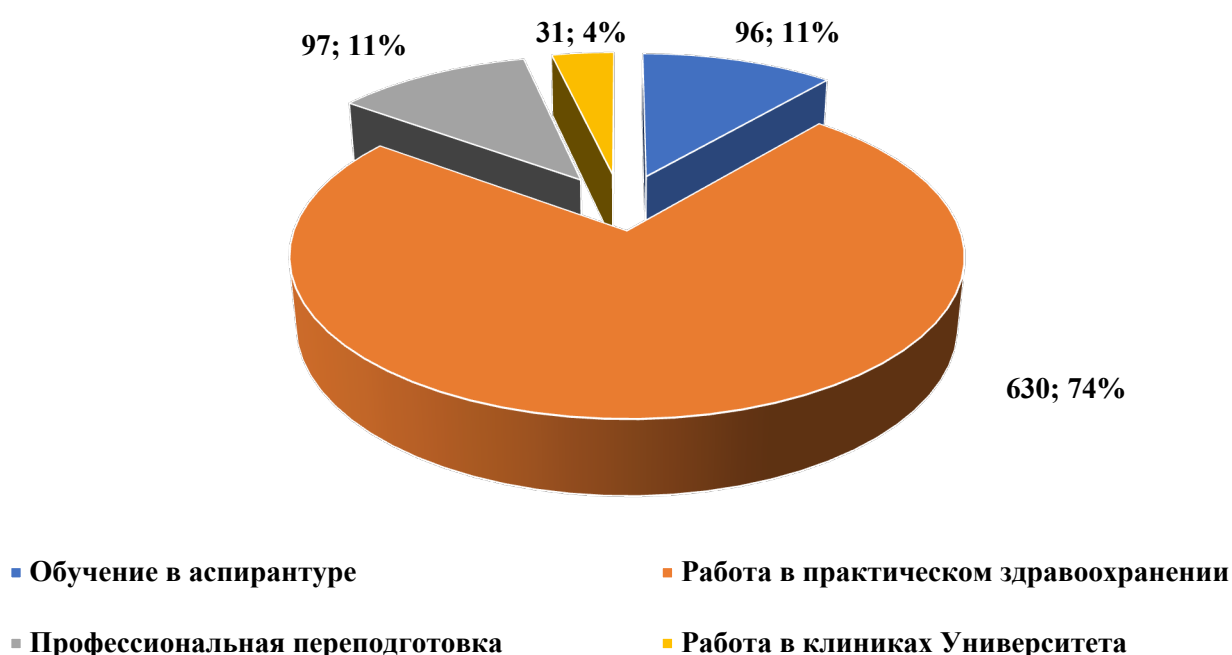


Рисунок 38 – Планы ординаторов по окончании обучения в ординатуре n (%)

Ординаторам было предложено выбрать наиболее привлекательные для них черты их профессиональной траектории и работы по выбранной специальности.

Профессиональную траекторию ординаторы оценивали в первую очередь с позиции своего профессионального роста и развития (81,4% респондентов). На второе по значимости место они поставили возможность достижения материальной стабильности и защищенности. Этот фактор был упомянут 52,0% респондентов. Около одной трети опрошенных в качестве важного фактора выбора профессиональной траектории назвали карьерные перспективы. Реже

других факторов ординаторы называли возможность заниматься научной деятельностью. Такого мнения придерживались 18,5% респондентов (Рисунок 39).

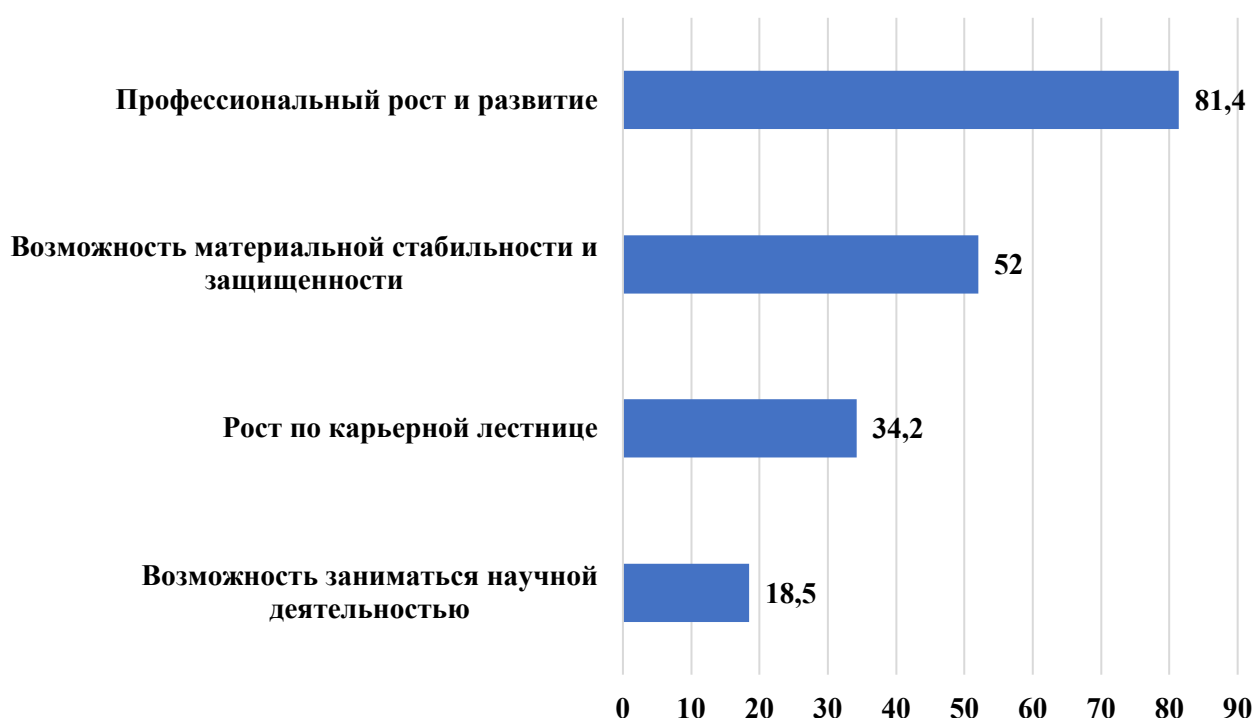


Рисунок 39 – Распределение ответов ординаторов на вопрос «Что Вас привлекает в выбранной траектории профессионального становления?»
(на 100 опрошенных)

В качестве привлекательных черт работы по выбранной специальности наибольшее количество ординаторов выбрали возможность применения новых технологий в диагностике и лечении (61,9% респондентов).

Среди ординаторов доминировало желание быть специалистом узкого профиля (59,7% опрошенных) в то время, как желание работать в качестве специалиста широкого профиля высказали только 19,2%. Обращает на себя внимание, что при ответе на данный вопрос, ординаторы несколько чаще выбирали возможность научно-исследовательской реализации по сравнению с высокой заработной платой и льготами – 28,3% против 25,9% опрошенных (Рисунок 40).



Рисунок 40 – Распределение ответов ординаторов на вопрос «Что Вас привлекает в работе по выбранной специальности?» (на 100 опрошенных)

Сопоставимое распределение ответов среди студентов и ординаторов было получено относительно вопроса о наличии у них работы параллельно с обучением (Рисунок 41). При этом около одной трети опрошенных, согласно их ответам, не работают нигде.

Более половины и студентов (55,9%), и ординаторов (55,7%) ответили, что одновременно с обучением в Университете они работали в медицинских организациях. При этом ординаторы указывали, в основном, врачебные должности, наиболее частыми из которых были стоматолог, участковый врач-терапевт и врач общей практики. Из опрошенных ординаторов 28 (3,3%) указали на работу в качестве среднего медицинского персонала.

В качестве среднего медицинского персонала работали все студенты, указавшие на трудовую деятельность в медицинских организациях. Работу вне системы здравоохранения указали 10,2% студентов и 7,3% ординаторов. В подразделениях университета работали 2,5% ординаторов и 1,2% студентов.

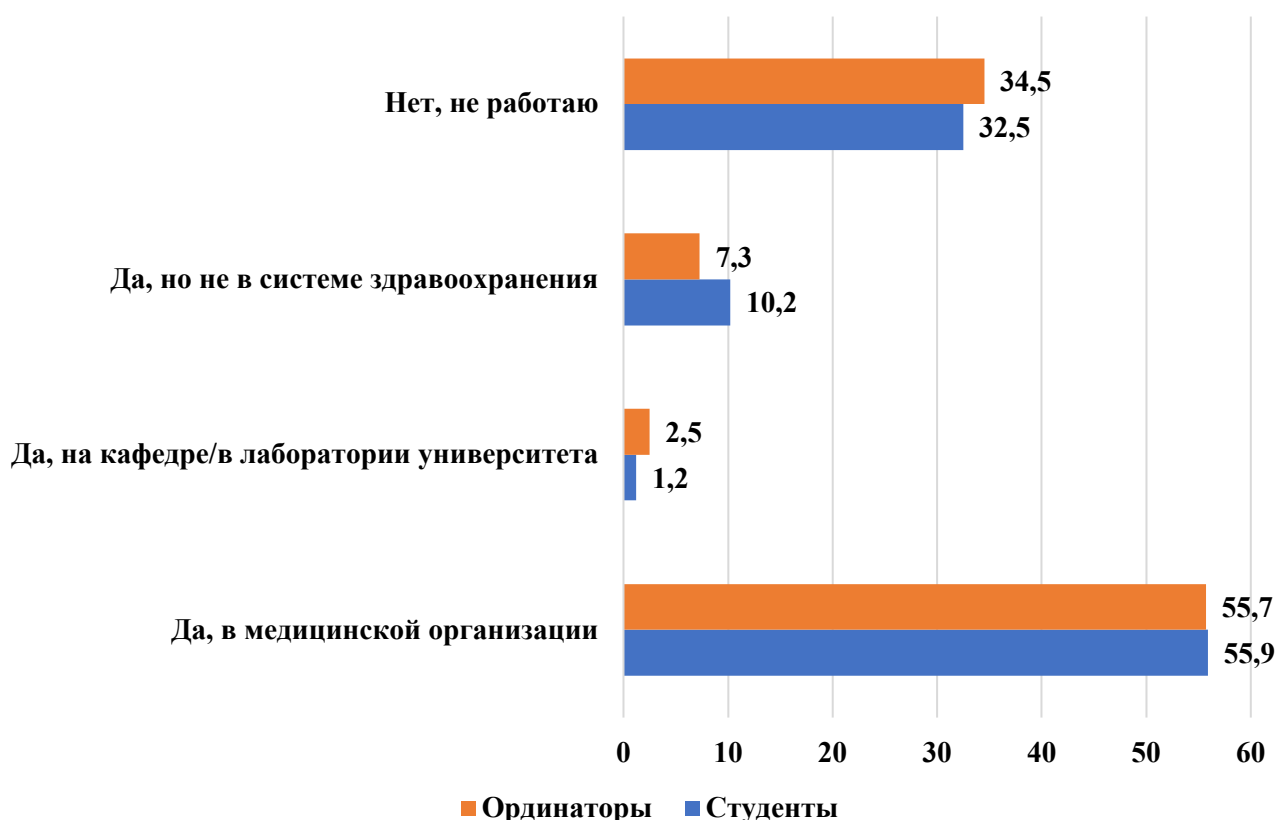


Рисунок 41 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Работаете ли Вы во время обучения в университете?» (на 100 опрошенных)

На вопрос о необходимости помощи центра по трудоустройству положительно ответили 19,3% студентов и 24,5% ординаторов. Большинство ординаторов (75,5%) не определились с ответом на данный вопрос. При этом, студенты, зная, что им предстоит обучение в ординатуре, давали в основном отрицательный ответ относительно помощи в трудоустройстве, поскольку, по-видимому, считали его преждевременным (77,7% респондентов). Указанный результат опроса говорит о существенных резервах в работе центра по трудоустройству, прежде всего в плане доведения информации до молодых специалистов о предоставляемых им возможностях (Рисунок 42).

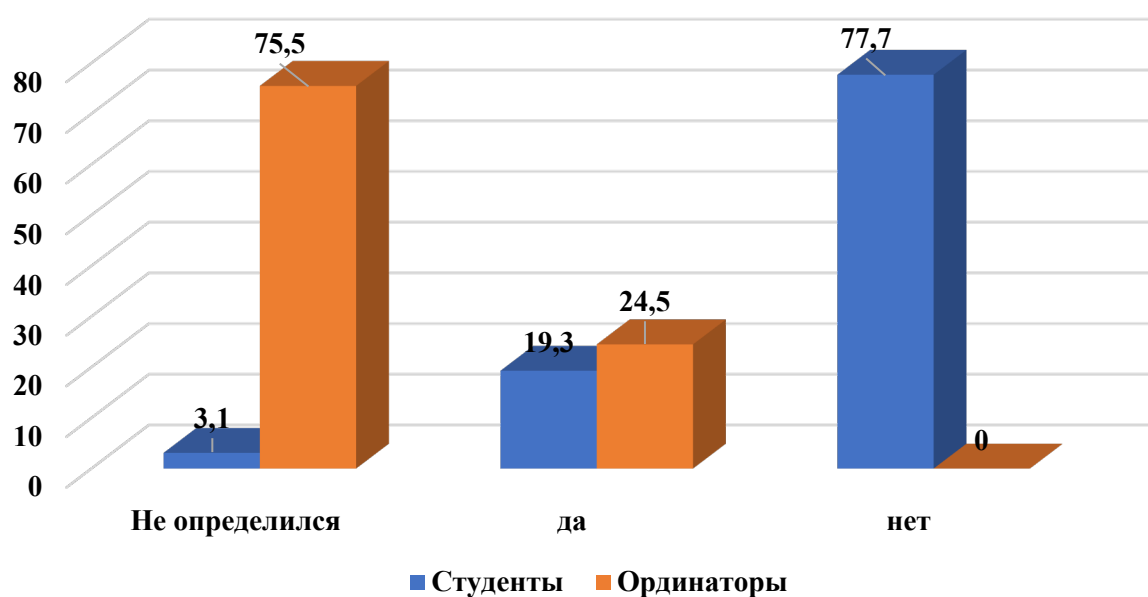


Рисунок 42 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Нуждаетесь ли Вы в помощи Центра по трудоустройству?» (на 100 опрошенных)

Студенты статистически значимо чаще, чем ординаторы указывали, что они хотели бы работать после окончания обучения в стационарных условиях – 43,4% против 36,4% ($p < 0,001$) (Таблица 13). При этом, ординаторы, успевшие непосредственно столкнуться с проблемами государственных медицинских организаций, статистически значимо чаще по сравнению со студентами, в качестве предпочтительного места работы называли частные медицинские организации – 39,0% против 27,5% ($p < 0,001$). Еще более существенная разница относительно работы в частных медицинских организациях была отмечена при ответе на вопрос о планах на дальнейшую трудовую деятельность. Здесь ординаторы выбирали частные медицинские организации в 35,0% случаев, в то время как студенты только в 18,0% ($p < 0,001$). При этом данный ответ среди ординаторов занял первое ранговое место по частоте выбора.

Наибольшее количество студентов (36,1%) планировали после окончания обучения работать в государственных медицинских организациях г. Ставрополя. При этом и студенты, и ординаторы отдавали предпочтение городским медицинским организациям Ставрополя перед аналогичными организациями Ставропольского края (суммарно 34,9% против 21,0% опрошенных).

Таблица 13 – Планы опрошенных на дальнейшую работу (предпочтительные тип медицинской организации и место работы), n (на 100 опрошенных)

Варианты ответов	Студенты	Ординаторы	Всего	p
В какой медицинской организации Вы хотели бы работать?				
Больница	212 (43,4)	311 (36,4)*	523 (39,0)	<0,001
Поликлиника	222 (45,5)	376 (44,0)	598 (44,6)	
Врачебная амбулатория, центр общей врачебной практики (семейной медицины)	104 (21,3)	134 (15,7)	238 (17,7)	
Станция скорой медицинской помощи	11 (2,3)	29 (3,4)	40 (4,0)	
Консультативно-диагностический центр	35 (7,2)	58 (6,8)	93 (6,9)	
Частная медицинская организация	134 (27,5)	333 (39,0)*	467 (34,8)	
Где Вы планируете работать после окончания обучения?				
В государственных медицинских организациях г. Ставрополя	176 (36,1)	293 (34,3)	469 (34,9)	<0,001
В государственных медицинских организациях Ставропольского края	118 (24,2)	164 (19,2)*	282 (21,0)	
В частных медицинских организациях	88 (18,0)	299 (35,0)*	387 (28,8)	
В медицинских организациях за пределами Ставропольского края	71 (14,5)	91 (10,7)*	162 (12,1)	
Не планирую работать в здравоохранении	35 (7,2)	7 (0,8)*	42 (3,1)	
Примечание: * Статистически значимые различия (p<0,05)				

Студенты статистически значимо чаще по сравнению с ординаторами делают выбор в пользу медицинских организаций Ставропольского края (24,2% против 19,2% опрошенных), что, по-видимому, объясняется большей долей обучающихся по целевому набору среди них. Также, студенты статистически значимо чаще, по сравнению с ординаторами, указывали на планы работать в медицинских организациях за пределами Ставропольского края (14,5% против

10,7% опрошенных), и на отсутствие планов работать в системе здравоохранения (7,2% против 0,8% опрошенных) ($p < 0,001$).

Среди факторов выбора населенного пункта для будущей работы обе категории опрошенных чаще всего выбирали высокий уровень развития инфраструктуры, при этом ординаторы выбирали этот вариант в подавляющем большинстве случаев – 88,3% против 44,1% среди студентов ($p < 0,001$) (Таблица 14).

Таблица 14 – Мотивы выбора места проживания для работы по мнению опрошенных, n (на 100 опрошенных)

Чем Вы руководствовались бы при выборе населенного пункта для места Вашей будущей работы?	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Высоким уровнем развития инфраструктуры района	230 (44,1)	754 (88,3)	984 (73,3)	<0,001
Возможностью жить и работать там, где родился	160 (32,8)	324 (37,9)	484 (36,1)	0,059
Близостью расположения к областному центру	182 (37,3)	291 (34,1)	473 (35,2)	0,235
Благоприятными экологическими условиями района	144 (29,5)	269 (31,5)	413 (30,8)	0,447
Высоким уровнем привлекательности центральной районной больницы	94 (19,3)	119 (13,9)	213 (15,9)	0,010

Вторым по частоте выбора ответов среди студентов была близость расположения к областному центру (37,3%), в то время как ординаторы вторым по частоте выбора вариантом ответа указали возможность жить и работать в месте своего рождения (37,9%). Наименее популярным вариантом ответа был уровень привлекательности центральной районной больницы, однако студенты выбирали этот вариант статистически значимо чаще ($p = 0,010$).

В таблице 15 представлены ответы респондентов на вопрос о необходимых, по их мнению, материальных предпочтениях для молодого врача.

Таблица 15 – Необходимые материальные преференции для молодого врача по мнению опрошенных, n (на 100 опрошенных)

Материальные преференции для молодого врача	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Льготное ипотечное кредитование	213 (43,6)	351 (41,1)	564 (42,0)	0,363
Компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства	233 (47,7)	317 (37,1)	550 (41,0)	<0,001
Предоставление земельного участка	207 (42,2)	336 (39,3)	543 (40,5)	0,270
Компенсация аренды жилья	187 (38,3)	305 (35,7)	492 (36,7)	0,341
Предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях	200 (41,0)	286 (33,5)	486 (36,2)	0,006
Служебное жилье	147 (30,1)	252 (29,5)	399 (29,7)	0,813
Приватизация служебной жилой площади	127 (26,0)	148 (17,3)	275 (20,5)	<0,001
Жилое помещение по договору социального найма	46 (9,4)	76 (8,9)	122 (9,1)	0,747
Общежитие	14 (2,9)	31 (3,6)	45 (3,4)	0,456

Наиболее часто выбираемыми вариантами ответов среди всех опрошенных были льготное ипотечное кредитование (42,0%), компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства (41,0%) и предоставление земельного участка (40,5%). Обращает на себя внимание, что студенты статистически значимо чаще указывали вариант ответа о компенсации расходов на ЖКХ – 47,7% против 37,1% опрошенных среди ординаторов ($p < 0,001$).

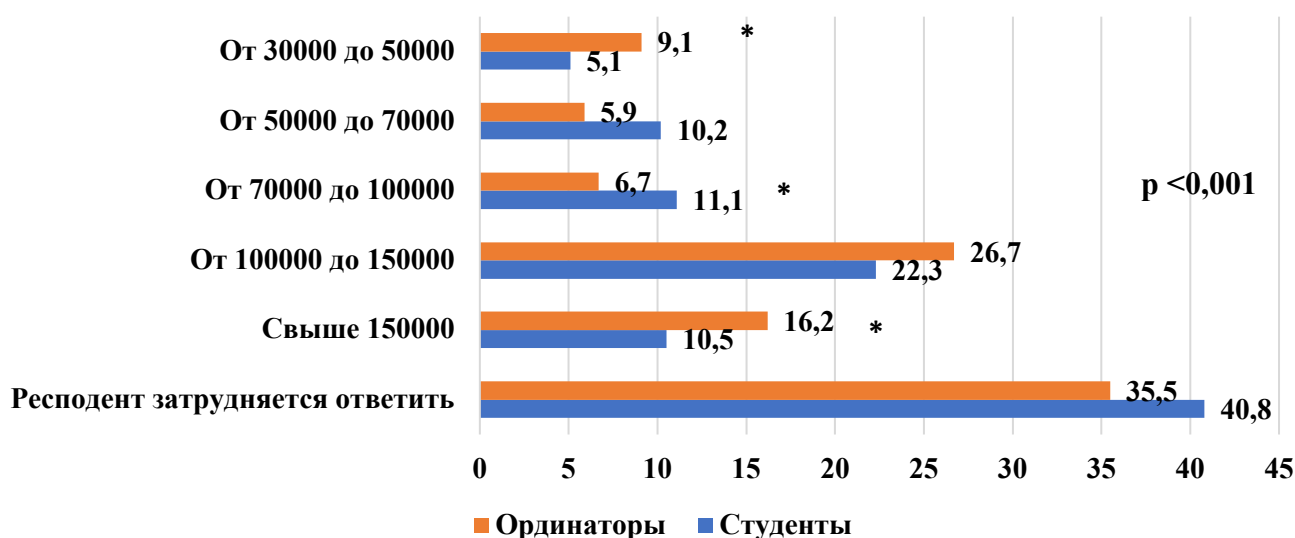
Второй по значимости группой мер по материальной поддержке молодых специалистов опрошенные считали компенсацию аренды жилья (36,7%), предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях (36,2%), предоставление служебного жилья (29,7%). При этом студенты указывали статистически значимо чаще, чем ординаторы такую меру, как предоставление мест детям в дошкольных

образовательных учреждениях – 41,0% против 33,5% опрошенных ($p=0,006$).

Из оставшихся вариантов ответов студенты уделили статистически значимо большее внимание приватизации служебной жилой площади по сравнению с ординаторами – 26,0% против 17,3% респондентов ($p<0,001$).

Наименее популярными среди респондентов были такие меры, как предоставление жилого помещения по договору социального найма (9,1% опрошенных) и предоставление места в общежитии (3,4% опрошенных).

На вопрос о необходимом уровне дохода для переезда на работу в сельскую местность наибольшее количество опрошенных (37,4%) затруднилось ответить (Рисунок 43). Среди остальных респондентов наиболее популярным вариантом ответа был уровень дохода 100-150 тысяч рублей (25,1%). Ординаторы, имеющие больший опыт семейной жизни самостоятельного ведения хозяйства, статистически значимо чаще по сравнению со студентами указывали на сумму дохода более 150 тысяч рублей – 16,2% против 10,5% ($p<0,001$). В то же время, студенты статистически значимо чаще довольствовались суммой 70-100 тысяч рублей – 11,1% против 6,7% опрошенных.



Примечание: *статистически значимые различия $p<0,05$

Рисунок 43 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Какой уровень ежемесячного дохода на одного члена семьи мог бы способствовать Вашему решению связать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности?» (на 100 опрошенных)

Структура ответов на вопросы о преимуществах и трудностях проживания в сельской местности у ординаторов и студентов в целом была сходной при отсутствии значимых различий (Таблица 16). Большинство опрошенных среди достоинств жизни в сельской местности указали благоприятные экологические условия (54,7%), 52,2% респондентов в качестве преимущества отметили спокойствие, тишину и размеренный образ жизни по сравнению с проживанием в городе. Варианты ответов, относительно возможности заниматься частным предпринимательством и ведением личного подсобного хозяйства встречались намного реже. Так ответили соответственно 16,2% и 13,6% опрошенных. Наименее привлекает обучающихся возможность заниматься сельскохозяйственной деятельностью (12,4% респондентов). При этом значимых различий между оценками преимуществ проживания в сельской местности студентов и ординаторов отмечено не было.

Таблица 16 – Преимущества и трудности жизни в сельской местности по мнению опрошенных, n (на 100 опрошенных)

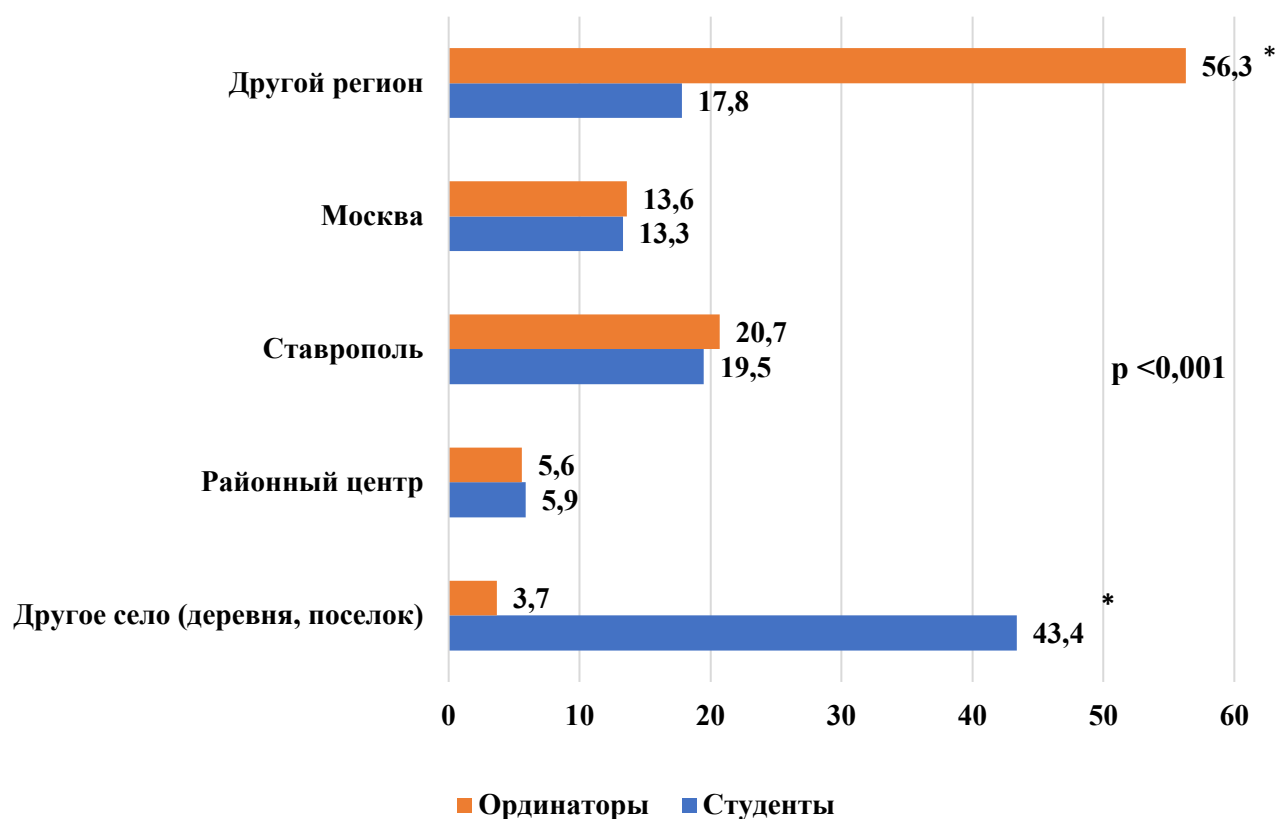
Варианты ответов	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Преимущества жизни в сельской местности				
Благоприятные экологические условия	251 (51,4)	483 (56,6)	734 (54,7)	0,070
Спокойствие, тишина и относительно размеренный образ жизни	243 (49,8)	458 (53,6)	701 (52,2)	0,176
Возможность заниматься частным предпринимательством	78 (16,0)	139 (16,3)	217 (16,2)	0,889
Возможность ведения личного подсобного хозяйства	62 (12,7)	121 (14,2)	183 (13,6)	0,452
Возможность заниматься сельскохозяйственной деятельностью	58 (11,9)	108 (12,6)	166 (12,4)	0,684

Продолжение Таблицы 16

Трудности жизни в сельской местности				
Недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры	294 (60,2)	541 (63,3)	835 (62,2)	0,259
Ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий	265 (54,3)	486(56,9)	751 (56,7)	0,355
Трудности в организации обучения детей	209 (42,8)	388 (45,4)	597 (44,5)	0,356
Особенности менталитета сельского населения	146 (29,9)	225 (26,3)	371 (27,6)	0,159
Большие затраты на содержание дома	130 (26,6)	172 (20,1)	302 (22,5)	0,006
Необходимость ведения подсобного хозяйства	98 (20,1)	135 (15,8)	233 (17,4)	0,047

Мнения студентов и ординаторов относительно трудностей проживания в сельской местности были преимущественно сопоставимыми. В качестве наиболее негативного момента большинство опрошенных указало недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры (60,2% и 63,3% респондентов). Вторым по частоте выбора был ответ об ограниченности в выборе досуга в сельской местности (54,3% и 56,9% респондентов). Существенное значение студенты и ординаторы придали трудностям в организации обучения детей (42,8% и 45,4% опрошенных). Что касается особенностей менталитета сельского населения, в качестве трудности его отметили 29,9% студентов и 26,3% ординаторов. Статистически значимые различия были зафиксированы в отношении наименее частых ответов. Студенты статистически значимо чаще по сравнению с ординаторами в качестве трудностей указывали на большие затраты на содержание дома – 26,6% против 20,1% ($p=0,006$), и необходимость ведения сельского хозяйства – 20,1% против 15,8% ($p=0,047$).

На вопрос о возможности переезда из текущего места жительства большинство ординаторов (56,3%) по сравнению со студентами (17,8%) указали, что они могли бы выбрать другой регион ($p<0,001$) (Рисунок 44).



Примечание: *статистически значимые различия $p < 0,05$

Рисунок 44 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Если Вы планируете уезжать, то укажите тип населенного пункта, в который собираетесь переехать» (на 100 опрошенных)

Студенты, проживающие в сельской местности, не исключали для себя переезд в другое село или поселок (43,4% опрошенных). Примерно, каждый пятый опрошенный указал на возможность переезда в областной центр – 20,7% ординаторов и 19,5% студентов.

Среди респондентов выразили интерес к возможности переезда в сельскую местность после окончания обучения 132 (27,0%) студента и 223 (26,1%) ординатора. Интересующимся переездом был задан вопрос о его мотивах, а ответившим отрицательно – о причинах отказа от переезда в сельскую местность.

В частоте выбора ответов среди студентов и ординаторов по всем пунктам статистически значимых различий получено не было (Таблица 17).

Таблица 17 – Мотивы собирающихся переехать на работу в сельскую местность и причины отказа от переезда, n (на 100 опрошенных)

Варианты ответов	Студенты	Ординаторы	Всего	p
Мотивы для переезда в сельскую местность (n=355)				
Опыт самостоятельной работы	69 (52,3)	138 (61,9)	207 (58,3)	0,076
Возможность работать там, где родился (проживают родственники)	79 (59,8)	110 (49,3)	189 (53,2)	0,055
Более благоприятные экологические условия	54 (40,9)	99 (44,4)	153 (43,1)	0,597
Возможность ведения собственного хозяйства	30 (22,7)	41 (18,3)	71 (20,0)	0,395
Причины отказа от переезда в сельскую местность (n=987)				
Не развита инфраструктура	233 (65,4)	424 (67,2)	657 (66,6)	0,577
Недостаточное материально-техническое оснащение	218 (61,2)	393 (62,3)	611 (61,9)	0,746
Отсутствие приспособленности к сельской жизни	175 (49,2)	302 (47,9)	477 (48,3)	0,666
Отсутствие возможности дополнительного заработка	129 (36,2)	222 (35,2)	351 (35,6)	0,740

Наиболее часто в качестве мотива переезда респонденты указывали возможность получения опыта самостоятельной работы (58,3% ответивших), причем ординаторы указывали эту причину чаще студентов – 61,9% против 52,3% при этом различия носили пограничный характер и не достигали статистической значимости ($p=0,076$). Вторым по частоте выбора был мотив, связанный с возможностью работать там, где проживают родственники (53,2% респондентов). Этот вариант чаще отмечали студенты (59,8% против 49,3%), различия также были близки к статистической значимости ($p=0,055$). Третьим актуальным мотивом переезда в сельскую местность респонденты указали более благоприятные экологические условия в сельской местности (43,1% опрошенных).

При определении причин отказа от переезда в сельскую местность ответы студентов и ординаторов были сопоставимыми. Главной причиной, препятствующей переезду, респонденты считали неразвитую инфраструктуру

(66,6% опрошенных), 61,9% респондентов указали в качестве причины неготовности к переезду в сельскую местность недостаточное материально-техническое оснащение. Далее, в порядке убывания по частоте выбора респондентами расположились отсутствие приспособленности к сельской жизни (48,3%) и отсутствие возможности дополнительного заработка (35,2%).

Следующий блок вопросов предполагал балльную оценку опрошенными предложенных вариантов ответов на вопрос по пятибалльной системе.

На вопрос о предпочитаемых формах получения профессиональных знаний и студенты, и ординаторы наиболее высокую оценку дали использованию интернет-ресурсов и электронному обучению (Таблица 18).

Второе ранговое место по оценкам респондентов получили традиционные меры обучения. Участие в научно-практических конференциях ординаторы закономерно оценили статистически значимо выше студентов – $4,15 \pm 1,22$ против $3,94 \pm 1,33$ баллов ($p=0,004$). Использование дистанционных форм обучения также оценивалось ординаторами выше, чем студентами ($4,05 \pm 1,33$ против $3,94 \pm 1,30$ балла), при этом различия носили пограничный характер ($p=0,053$). Последнее ранговое место было отдано респондентами работе в научном обществе, что отражает избирательный интерес обучающихся к научной деятельности.

Таблица 18 – Предпочтения студентов и ординаторов в отношении форм получения профессиональных знаний, баллы

Формы повышения профессиональных знаний	Студенты		Ординаторы		p
	M $\pm$ SD	Ранг	M $\pm$ SD	Ранг	
Использование интернет-ресурсов, электронное обучение	4,22 $\pm$ 1,20	1	4,30 $\pm$ 1,14	1	0,112
Традиционные формы повышения квалификации	4,11 $\pm$ 1,22	2	4,19 $\pm$ 1,21	2	0,162
Научно-практические конференции, съезд	3,94 $\pm$ 1,33	3-4	4,15 $\pm$ 1,22	3	0,004
Дистанционные формы обучения	3,94 $\pm$ 1,30	3-4	4,05 $\pm$ 1,33	4	0,053
Работа в научном обществе	3,17 $\pm$ 1,41	5	3,26 $\pm$ 1,50	5	0,214

Далее респондентам было предложено оценить привлекательные стороны и недостатки работы в государственных медицинских организациях с их точки зрения. Учитывая, что ординаторы имели больший опыт взаимодействия с данными организациями, в отношении большинства вариантов ответов были получены статистически значимые различия. В целом, ординаторы оценивают привлекательные стороны государственных медицинских организаций более высоко, по сравнению со студентами.

Оценивая привлекательные стороны работы в государственных медицинских организациях, ординаторы наиболее высоко оценили наличие ежегодного оплачиваемого отпуска ($3,94 \pm 1,34$ баллов), в то время как студенты самую высокую среднюю оценку дали возможности повышения квалификации за счет средств работодателя ($3,80 \pm 1,45$ баллов). Третье и четвертое ранговые место для студентов разделили устойчивость организации в кризисный период ($3,39 \pm 1,46$ балла) и стабильная заработная плата ($3,39 \pm 1,45$ балла), в то время как ординаторы устойчивое положение государственной медицинской организации оценили более высоко, чем стабильность заработной платы ($3,74 \pm 1,34$ балла и $3,63 \pm 1,36$ балла) (Таблица 19). Наиболее низкую оценку респонденты дали социальной защищенности сотрудников ($3,12 \pm 1,51$ балла – студенты и $3,48 \pm 1,42$ балла – ординаторы).

Обращает на себя внимание, что ординаторы дают статистически значимо более высокую оценку положительных сторон работы в государственных медицинских организациях, чем студенты по всем пунктам, кроме повышения квалификации.

Таблица 19 – Привлекательные стороны работы в государственных медицинских организациях по мнению студентов и ординаторов, баллы

Чем привлекает Вас работа в государственных медицинских организациях?	Студенты		Ординаторы		p
	M $\pm$ SD	Ранг	M $\pm$ SD	Ранг	

Продолжение таблицы 19

Повышение квалификации за счет средств работодателя	3,80±1,45	1	3,92±1,37	2	0,132
Ежегодный оплачиваемый отпуск	3,59±1,45	2	3,94±1,34	1	<0,001
Устойчивость организации в кризисные периоды	3,39±1,46	3-4	3,74±1,34	3	<0,001
Стабильная заработная плата	3,39±1,45	3-4	3,63±1,36	4	0,004
Социальная защищенность	3,12±1,51	5	3,48±1,42	5	<0,001

Среди недостатков работы в государственных медицинских организациях, опрошенные на первое место поставили недостаточный уровень заработной платы, при этом студенты данный пункт оценивали статистически значимо выше по сравнению с ординаторами – 4,11±1,29 балла против 3,95±1,35 балла ($p=0,046$). На второе ранговое место респонденты поставили недостаточное материально-техническое оснащение (средняя оценка студентов – 3,85±1,29 балла, ординаторов – 3,78±1,36 балла). Третий ранг оценки имеет пункт об ограничении деятельности врача установленными стандартами (по оценке студентов – 3,81±1,32 балла, ординаторов – 3,78±1,36 балла). Недостаточность социальной поддержки со стороны государственных медицинских организациях студенты оценили статистически значимо выше ординаторов – 3,66±1,34 балла против 3,49±1,42 балла ($p=0,037$) (Таблица 20).

Различия в оценках положительных сторон и недостатков государственных медицинских организаций свидетельствуют о том, что ординаторы имея непосредственный практический опыт работы в организациях данного типа дают более взвешенные оценки, выше оценивая достоинства и ниже недостатки.

Таблица 20 – Недостатки работы в государственных медицинских организациях по мнению студентов и ординаторов, баллы

Недостатки работы в государственных медицинских организациях	Студенты		Ординаторы		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Недостаточный уровень заработной платы	4,11±1,29	1	3,95±1,35	1	0,046
Недостаточное материально-техническое оснащение	3,85±1,29	2	3,78±1,36	2	0,572
Ограничение деятельности врача установленными стандартами	3,81±1,32	3	3,66±1,37	3	0,060
Недостаточная социальная поддержка	3,66±1,34	4	3,49±1,42	4	0,037
Недостаточно комфортные бытовые условия	3,55±1,34	5	3,43±1,40	5	0,144

Наиболее высокую оценку среди факторов, способных повлиять на решение молодых специалистов работать в медицинских организациях сельской местности, получили льготы для медицинских работников в сельской местности – по оценкам студентов – 3,64±1,57 балла, ординаторов – 3,74±1,52 балла. Если по мнению студентов, на втором ранговом месте оказалась возможность жизни в экологически чистой местности (3,41±1,55 балла), то ординаторы, на второе место поставили возможность перспективного профессионального и карьерного роста (3,57±1,57 балла), а экологические преимущества – на третье место (3,49±1,57 балла) (Таблица 21).

Обращает на себя внимание, что ординаторы, будучи уже более зрелыми в профессиональном плане, статистически значимо выше оценили возможность профессионального и карьерного роста (3,57±1,57 балла против 3,40±1,54 балла (p=0,029)) и возможность самостоятельной практической работы (3,45±1,54 балла против 3,22±1,52 балла (p=0,004)).

Наименее значимым фактором для респондентов была возможность самостоятельной жизни в сельской местности (3,22±1,52 балла для студентов и 3,21±1,63 балла – для ординаторов).

Таблица 21 – Факторы, способные повлиять на решение студентов и ординаторов работать в медицинских организациях сельской местности, баллы

Факторы	Студенты		Ординаторы		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Льготы для медицинских работников в сельской местности	3,64±1,57	1	3,74±1,52	1	0,359
Жизнь в экологически чистой местности	3,41±1,55	2	3,49±1,57	3	0,248
Возможность перспективного профессионального и карьерного роста	3,40±1,54	3	3,57±1,57	2	0,029
Возможность самостоятельной практической работы	3,22±1,52	4	3,45±1,54	4	0,004
Самостоятельная жизнь (независимость от родителей и т.п.)	3,06±1,59	5	3,21±1,63	5	0,087

На первое место при ранжировании средних оценок трудностей, являющихся препятствием для работы в сельской местности, и студенты, и ординаторы поставили отсутствие современных методов диагностики и лечения (по оценке студентов – 3,85±1,52 балла, по оценке ординаторов – 3,91±1,41 балла) (Таблица 22). Вторым и третьим по рангу отрицательными факторами, по мнению опрошенных явились недостаточное развитие инфраструктуры (3,81±1,55 балла и 3,84±1,42 балла) и ограниченная возможность профессионального общения (3,59±1,55 балла и 3,44±1,49 балла). На четвертом месте по оценкам студентов находились отсутствие необходимого опыта и знаний (3,30±1,53 баллов), в то время как ординаторы оценили этот фактор статистически значимо ниже ($p<0,001$), поставив его на последнее, шестое ранговое место (3,00±1,53 баллов). Более существенными для себя ординаторы посчитали фактор отсутствия близких людей и особенности менталитета сельского населения, расположив их четвертом и пятом ранговых местах (3,37±1,55 балла и 3,19±1,52 балла соответственно).

Таблица 22 – Трудности, способные стать препятствием для решения студентов и ординаторов работать в медицинских организациях сельской местности, баллы

Трудности, связанные с работой в сельской местности	Студенты		Ординаторы		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Отсутствие современных методов диагностики и лечения	3,85±1,52	1	3,91±1,41	1	0,594
Недостаточное развитие инфраструктуры	3,81±1,55	2	3,84±1,42	2	0,960
Ограниченная возможность профессионального общения	3,59±1,55	3	3,44±1,49	3	0,179
Отсутствие необходимого опыта и знаний	3,30±1,53	4	3,00±1,53	6	<0,001
Отсутствие родных/друзей	3,21±1,68	5	3,37±1,55	4	0,127
Особенности менталитета сельского населения	3,13±1,62	6	3,19±1,52	5	0,670

На вопрос о видах социальной поддержки для привлечения молодых специалистов на работу в сельскую местность студенты дали наиболее высокую оценку компенсации отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи – 3,73±1,66 балла. согласно анкетам ординаторов, этот фактор оказался на втором ранговом месте, а приоритет был отдан предоставлению земельного участка (3,86±1,54 балла) (Таблица 23).

Таблица 23 – Виды социальной поддержки, способные привлечь студентов и ординаторов к работе в медицинских организациях сельской местности, баллы

Виды социальной поддержки	Студенты		Ординаторы		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи	3,73±1,66	1	3,81±1,55	2	0,454
Предоставление земельного участка	3,69±1,67	2	3,86±1,54	1	0,074

Продолжение Таблицы 23

Компенсация оплаты услуг жилищно-коммунального хозяйства, детского сада и пр.	3,64±1,66	3	3,72±1,56	3	0,412
Обеспечение автотранспортным средством	3,62±1,66	4	3,71±1,57	4	0,274
Предоставление служебного жилья	3,26±1,69	5	3,35±1,65	6	0,293
Возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования	3,22±1,72	6	3,42±1,65	5	0,030

Третье ранговое место по оценкам и студентов и ординаторов заняла компенсация расходов на услуги жилищно-коммунального хозяйства, детского сада и др. Также совпала ранговая оценка студентов и ординаторов такой меры, как обеспечение автотранспортным средством (четвертое ранговое место). Пятое ранговое место по оценкам ординаторов принадлежала возможности участия в ипотечных программах льготного кредитования. Данная оценка среди ординаторов была статистически значимо выше, чем среди студентов (3,42±1,65 балла против 3,22±1,72 балла ($p=0,030$)), у которых эта мера находилась на шестом ранговом месте, после предоставления служебного жилья.

Ранговое распределение средних балльных оценок мер по привлечению молодых специалистов в сельскую местность у студентов и ординаторов, полностью совпало, что говорит о сопоставимых приоритетах (Таблица 24).

Таблица 24 – Меры по привлечению молодых специалистов в сельскую местность по мнению студентов и ординаторов, баллы

Каким образом можно привлечь молодых специалистов в сельскую местность?	Студенты		Ординаторы		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Повышать материально-техническое оснащение центральных районных больниц	4,04±1,49	1	4,19±1,38	1	0,108
Обеспечивать жильем (строительство дома, квартиры)	3,98±1,49	2	4,16±1,40	2	0,009

Продолжение Таблицы 24

Расширять социальные гарантии (добровольное медицинское страхование, ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха, досрочный выход на пенсию, полная компенсация услуг жилищно-коммунального хозяйства, сберегательный капитал)	3,95±1,50	3	4,10±1,43	3	0,031
Внедрять телемедицинские технологии для совершенствования профессионального развития молодых врачей	3,86±1,52	4	4,05±1,45	4	0,011
Развивать инфраструктуру сельских и отдаленных районов	3,85±1,50	5	4,00±1,45	5	0,040

Наиболее значимой мерой, согласно оценкам респондентов, явилось повышение материально-технического оснащения центральных районных больниц – 4,04±1,49 балла по оценкам студентов и 4,19±1,38 балла по оценкам ординаторов. Второе ранговое место по мнению опрошенных принадлежало обеспечению молодых специалистов жильем, при этом ординаторы оценивали эту меру выше студентов (4,16±1,40 балла против 3,98±1,49 балла ($p=0,009$)). На третьем ранговом месте среди предложенных мер находилось расширение социальных гарантий для молодых специалистов, приезжающих работать в сельскую местность. К числу данных гарантий относятся добровольное медицинское страхование, ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха, досрочный выход на пенсию, полная компенсация услуг жилищно-коммунального хозяйства, сберегательный капитал. Ординаторы оценили данную меру статистически значимо выше, чем студенты (4,10±1,43 балла против 3,95±1,50 балла ($p=0,031$)). Меры, занявшие четвертую и пятую ранговые позиции, ординаторы также оценили статистически значимо выше, чем студенты – внедрение телемедицинских технологий для совершенствования профессионального развития молодых врачей (4,05±1,45 балла против 3,86±1,52 балла ($p=0,011$)) и развитие инфраструктуры сельских и отдаленных районов (4,00±1,45 балла против 3,85±1,50 балла ($p=0,040$)).

В целом ординаторы давали статистически значимо более высокие оценки предлагаемых мер, что свидетельствует о более осознанном подходе к решению проблем, с которыми многим из них предстоит столкнуться в более близком времени, чем студентам.

Таким образом, подводя итоги социологического опроса можно выделить следующие основные положения.

Основными причинами выбора сферы профессиональной деятельности студенты и ординаторы считают призвание (54,7%) и престиж врачебной профессии (44,6%), мотивируя этот выбор возможностью помогать людям (71,2%). При этом ординаторы в большей степени по сравнению со студентами нацелены на возможность профессионального и карьерного роста (51,6%). По окончании обучения в университете большинство студентов (76,6%) планируют продолжить обучение в ординатуре, а среди ординаторов большинство видит себя после окончания ординатуры, работающими в практическом здравоохранении (73,8%). При этом ординаторы свою профессиональную траекторию оценивают в первую очередь с позиции возможности профессионального роста и развития (81,4%), уделяя также важное значение возможности применения новых технологий в диагностике и лечении пациентов (61,9%) при преобладающем желании стать специалистом узкого профиля (59,7%).

Наибольшая часть среди всех опрошенных (34,9%) планируют работать после окончания обучения в государственных медицинских организациях города Ставрополя, при этом среди ординаторов на первое ранговое место по частоте выбора выходят частные медицинские организации (35,0%).

Главным мотивом выбора населенного пункта для будущей работы большинство опрошенных считают высокий уровень развития инфраструктуры (73,3%).

Среди респондентов выразили интерес к возможности переезда после окончания обучения в сельскую местность 27,0% студентов и 26,1% ординаторов. Наиболее часто в качестве мотива переезда были указаны возможность получения опыта самостоятельной работы (58,3%), возможность работать там, где

проживают родственники (53,2%). благоприятные экологические условия (43,1%). Главными причинами, препятствующими переезду, респонденты считают неразвитую инфраструктуру (66,6%), недостаточное материально-техническое оснащение (61,9%), отсутствие приспособленности к сельской жизни (48,3%).

Наиболее высокий ранг среди факторов, способных повлиять на решение молодых специалистов работать в медицинских организациях сельской местности, получили льготы для медицинских работников в сельской местности, возможность жизни в экологически чистой местности, возможность перспективного профессионального и карьерного роста (по мнению ординаторов, в большей степени). Наиболее значимыми факторами, затрудняющими работу в сельской местности, опрошенные сочли недостаточную оснащённость современными методами диагностики и лечения, низкий уровень развития инфраструктуры, а также дефицит возможностей для профессионального взаимодействия и обмена опытом.

Среди недостатков работы в государственных медицинских организациях, опрошенные на первое место поставили недостаточный уровень заработной платы, недостаточное материально-техническое оснащение, ограничение деятельности врача установленными стандартами. Привлекательными сторонами работы в государственных медицинских организациях опрошенные считали ежегодный оплачиваемый отпуск, возможность повышения квалификации за счет средств работодателя, устойчивость организации в кризисный период и стабильная заработная плата

Наиболее часто выбираемыми вариантами ответов о материальных предпочтениях для молодого врача среди опрошенных были льготное ипотечное кредитование (42,0%), компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства (41,0%) и предоставление земельного участка (40,5%).

Наиболее значимыми мерами поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения для респондентов явились повышение материально-технического оснащения, обеспечение молодых специалистов жильем, расширение социальных гарантий для молодых специалистов (добровольное

медицинское страхование, ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха, досрочный выход на пенсию, полная компенсация услуг жилищно-коммунального хозяйства, сберегательный капитал).

Среди видов социальной поддержки для привлечения молодых специалистов на работу в сельскую местность респонденты дали наиболее высокую ранговую оценку компенсации отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи, предоставлению земельного участка и компенсации расходов на услуги жилищно-коммунального хозяйства, детского сада и др.

Резюме

Закрепление молодых специалистов в системе здравоохранения на территории субъектов Российской Федерации является одной из приоритетных задач кадровой политики, особенно в условиях реализации стратегических направлений национального проекта «Кадры», ориентированного на согласование потребностей системы здравоохранения с возможностями подготовки кадров.

Эффективность решения данной задачи во многом определяется региональными особенностями, включая социально-экономические условия, уровень развития инфраструктуры и мотивационными установками обучающихся. В связи с этим чрезвычайно важным становится обоснование изменений кадровой политики с учетом специфики конкретного региона, включая подготовку медицинских кадров, их распределение, закрепление, переподготовку, научную деятельность, лидерство в профессиональной и научной области, что в целом можно охарактеризовать как проектное управление деятельностью медицинских кадров на отдельной территории, которое не может быть осуществлено без лидерской, информационной, образовательной, научной, предпринимательской поддержки образовательной организаций высшего медицинского образования, расположенной в данном регионе, использующей для решения кадровых проблем с учетом запросов региональных работодателей все вышеназванные технологии кадровой политики, включая возможности современных цифровых технологий и площадок.

Результаты проведенного социологического исследования позволили

выделить основные факторы, влияющие на закрепление молодых специалистов в медицинских организациях Ставропольского края.

К числу факторов, способствующих закреплению медицинских работников, относятся:

- профессиональные: возможность получения опыта самостоятельной работы, профессионального и карьерного роста, применения современных технологий;
- социально-экономические: наличие мер государственной и региональной поддержки, включая льготное ипотечное кредитование, компенсацию расходов на жилье и жилищно-коммунальные услуги, предоставление земельных участков;
- территориальные: благоприятные экологические условия, возможность проживания в месте рождения или рядом с родственниками.

К факторам, препятствующим закреплению специалистов, относятся:

- инфраструктурные: недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры;
- организационно-технологические: неудовлетворительный уровень материально-технического обеспечения медицинских организаций, а также ограниченные возможности профессионального взаимодействия и обмена опытом;
- социально-бытовые: отсутствие готовности к сельскому образу жизни, ограниченность досуговых возможностей, дополнительные затраты на содержание жилья и ведение хозяйства.

В целом установлено, что при наличии интереса к профессиональной реализации и осознании значимости врачебной деятельности, ключевыми условиями закрепления молодых специалистов остаются обеспечение достойного уровня жизни, развитие инфраструктуры и создание возможностей для профессионального роста.

Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к формированию региональной кадровой политики, учитывающего как условия функционирования системы здравоохранения, так и ожидания

обучающихся, что должно стать основой для разработки эффективных механизмов закрепления медицинских кадров на уровне субъекта Российской Федерации.

ГЛАВА 5. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕР ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В опросе, позволяющем оценить меры поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения приняли участие 28 экспертов, представляющих руководящий состав государственных медицинских организаций Ставропольского края.

Среди экспертов, принявших участие в исследовании, мужчины и женщины были представлены в равном соотношении – по 14 человек (50,0%). Средний возраст участников экспертной группы составил $56,5 \pm 7,3$ лет.

Одним из ключевых критериев отбора экспертов являлся стаж профессиональной деятельности, поскольку наличие опыта административно-управленческой работы непосредственно связано с уровнем профессиональной компетентности. Общий медицинский стаж всех включенных в исследование специалистов составлял не менее 15 лет. Продолжительность работы на руководящих должностях в системе здравоохранения была не менее 10 лет и в среднем достигала $20,8 \pm 6,9$ лет. Средний стаж работы в качестве руководителя медицинских организаций Ставропольского края составил $20,5 \pm 7,2$ лет, а продолжительность работы в занимаемой должности – $17,8 \pm 8,7$ лет.

На этапе формирования экспертной группы осуществлялось определение коэффициента компетентности экспертов.

Согласно результатам анкеты самооценки, высокий уровень теоретической подготовки по рассматриваемой тематике отметили 89,3% респондентов. Собственный практический опыт как высокий оценили 78,6% экспертов. Высокую способность к прогнозированию развития ситуации в исследуемой сфере указали 71,4% участников опроса.

Среднее значение индекса компетентности в сформированной группе экспертов составило $0,84 \pm 0,16$, что свидетельствует о высоком уровне их самооценки и профессиональной подготовленности.

Таким образом, проведенная оценка компетентности экспертов, участвовавших в исследовании, продемонстрировала высокий уровень их профессионального опыта и теоретической подготовки. Это позволяет рассматривать полученные экспертные мнения как достаточную основу для формирования согласованной экспертной оценки по вопросам реализации мер поддержки молодых специалистов в системе здравоохранения.

Коэффициент конкордации Кендалла составлял 0,41–0,75, что позволяет считать мнения экспертов в рамках данного опроса согласованным.

По информации, полученной от экспертов за последние годы в медицинские организации, которые они представляют, пришли по медианной оценке 5,0 (2,0; 9,8) молодых специалистов. Из них по целевому договору обучалось – 1,0 (0,0; 5,8) человек.

В начале опроса экспертам было предложено оценить общие факторы, привлекающие молодых врачей в медицинскую профессию, а также факторы, влияющие на их профессиональную траекторию и выбор медицинской специальности.

Наиболее часто эксперты указывали в качестве фактора, привлекающего молодых врачей в медицинскую профессию возможность профессионального и карьерного роста (Рисунок 45). Данный фактор отметили 53,6% экспертов. Вторым по значимости фактором эксперты считали возможность помогать людям. На значимость этого фактора указали 46,4% экспертов. По 35,7% экспертов указали на роль высокой социальной значимости медицинской профессии и возможность участия в программах государственной поддержки. Значение интереса к работе, в том числе к научно-исследовательской деятельности, отметили наименьшее количество экспертов (25,0%).

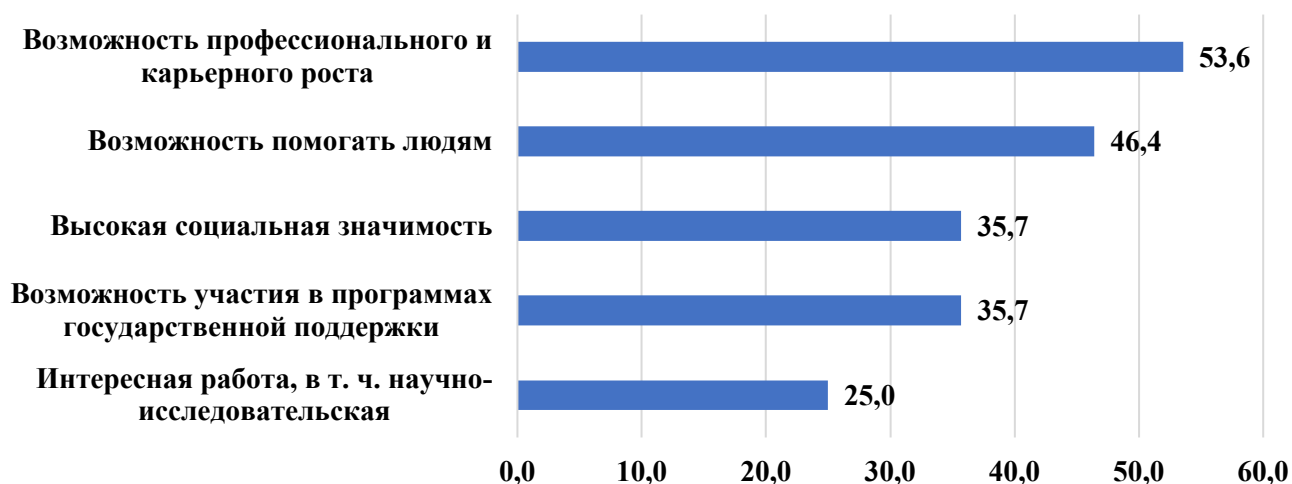


Рисунок 45 – Факторы, привлекающие молодых врачей в медицинскую профессию (частота ответов, %)

Согласно мнению экспертов основным фактором выбора профессиональной траектории выпускниками образовательной организации высшего медицинского образования является возможность достижения материальной стабильности и защищенности, такой точки зрения придерживались 67,9% опрошенных (Рисунок 46). 53,6% экспертов отмечают приоритетность такого фактора, как важность профессионального роста и развития. Стремление к карьерному росту в качестве значимого фактора указывают 39,3% экспертов. Наименьшее количество экспертов (7,1%) отметили значимость возможности заниматься научной деятельностью для выпускников вузов (Рисунок 46).

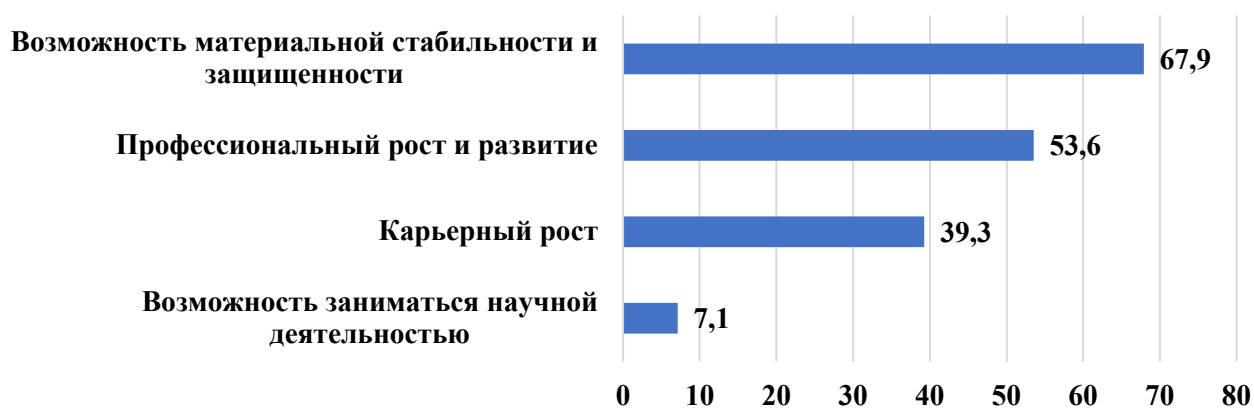


Рисунок 46 – Факторы выбора траектории профессионального становления выпускниками образовательных организаций высшего медицинского образования (частота ответов, %)

Среди факторов, привлекающих выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования к работе по выбранной специальности, приоритет, по мнению экспертов принадлежит желанию быть специалистом узкого профиля (Рисунок 47). Такого мнения придерживались 71,4% респондентов. Второе место по частоте упоминаний экспертами принадлежало высокой заработной плате и льготам (60,7% опрошенных). Важность возможности применения новых технологий в диагностике и лечении, как фактора привлекательности для работы по специальности отметили 42,9% экспертов. Менее значимую роль участники исследования отвели возможности научно-исследовательской реализации в выбранной специальности и желанию выпускника стать специалистом широкого профиля. На эти факторы указали соответственно 10,7% и 3,6% экспертов.

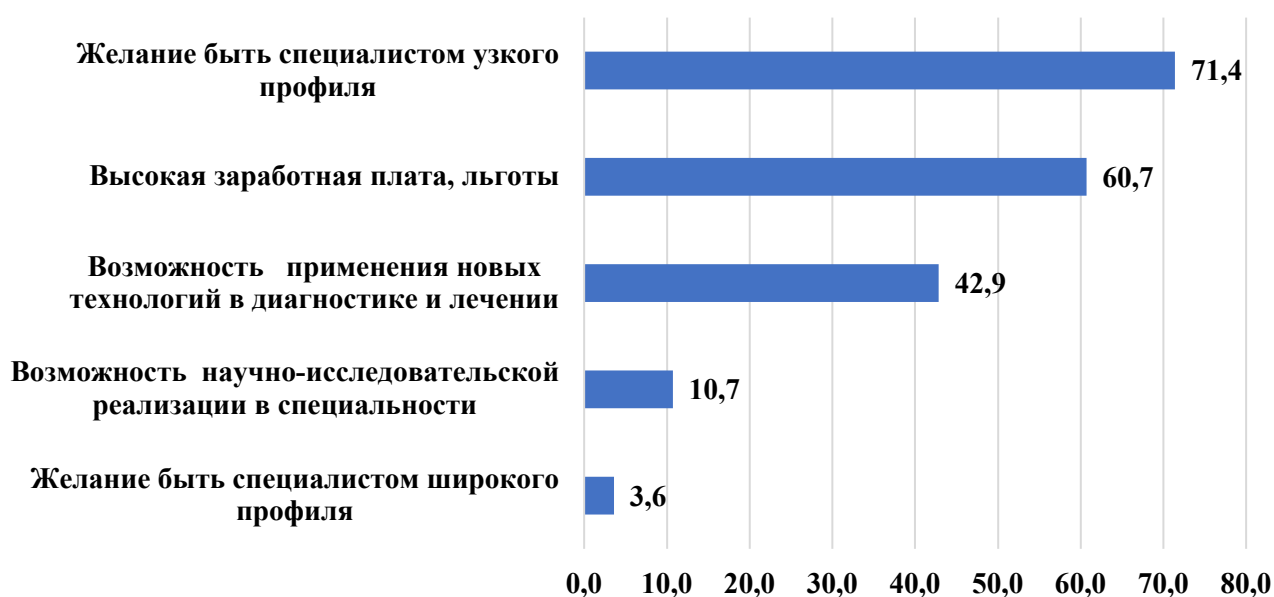


Рисунок 47 – Факторы, привлекающие выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования к работе по выбранной специальности (частота ответов, %)

Среди факторов выбора молодым врачом населенного пункта для места своей работы, наибольшее количество экспертов указали высокий уровень развития инфраструктуры (Рисунок 48). Такой точки зрения придерживались 60,7% опрошенных. На важность близости расположения населенного пункта к областному центру указали 53,6% респондентов, 46,4% отметили, что на выбор

выпускников оказывает существенное влияние возможность жить и работать в месте своего рождения. Менее значимыми факторами, по мнению экспертов были признаны высокий уровень привлекательности центральной районной больницы (данный фактор отметили 21,4% экспертов) и благоприятные экологические условия места проживания (17,9% экспертов).



Рисунок 48 – Факторы, влияющие на выбор молодым врачом населенного пункта для места работы (частота ответов, %)

Учитывая наличие наиболее острой кадровой проблемы в сельской местности, экспертам было предложено указать привлекательные, по их мнению, стороны работы для выпускников медицинских вузов и факторы, снижающие привлекательность работы в условиях сельских районов, а также преимущества и трудности жизни в сельской местности, оказывающие влияние на выбор молодых специалистов.

Основным преимуществом жизни в сельской местности для выпускников эксперты посчитали благоприятные экологические условия. Такого мнения придерживались 64,3% экспертов (Рисунок 49). С точки зрения 53,6% респондентов к числу преимуществ жизни в сельской местности относится более спокойный размеренный образ жизни по сравнению с жизнью в городе. Около

одной трети опрошенных (32,1%) придерживались мнения, что преимуществом является возможность ведения личного подсобного хозяйства. Незначительными преимуществами, по мнению экспертов, являются возможность заниматься частным предпринимательством и сельскохозяйственной деятельностью (по 7,1% ответивших).

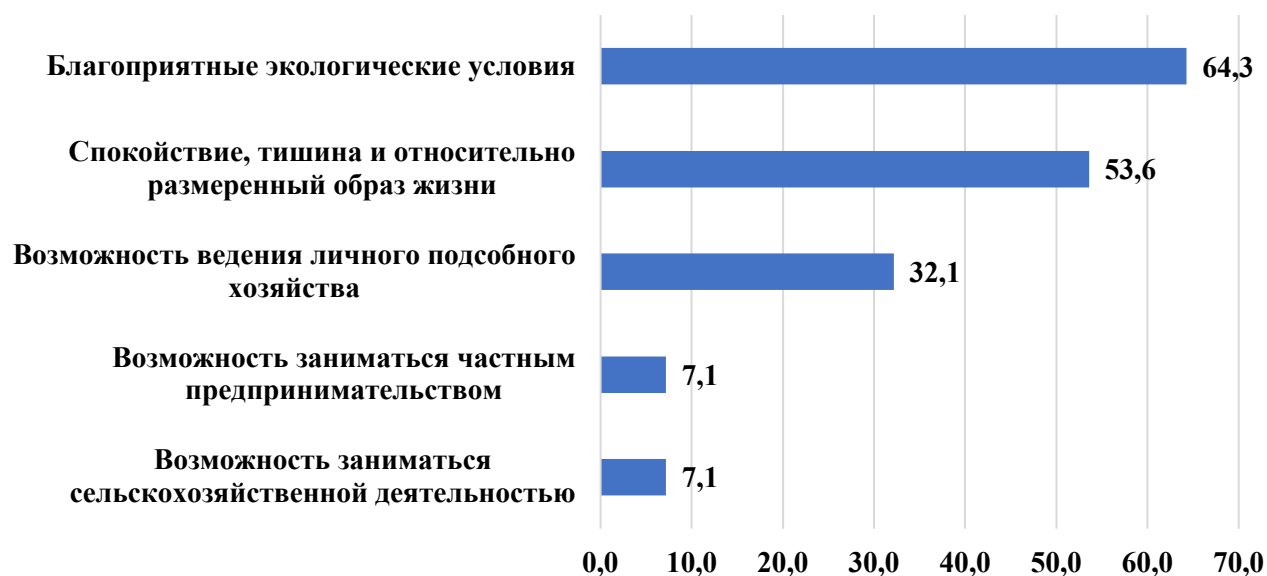


Рисунок 49 – Преимущества жизни в сельской местности для выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования (частота ответов, %)

Главным недостатком жизни в сельской местности для молодых специалистов эксперты признали недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры. Этот фактор был выделен 85,7% опрошенных (Рисунок 50). Ограниченность в выборе досуга и культурных мероприятий в качестве неблагоприятного фактора проживания в сельской местности упомянули 67,9% респондентов, что делает его вторым по значимости среди трудностей сельской жизни, отмеченных в рамках данного опроса. Третьим по частоте упоминания среди негативных факторов стали сложности, связанные с организацией обучения детей, на что указали 35,7% экспертов. Аналогичная доля участников исследования (35,7%) отнесла к числу значимых трудностей особенности менталитета сельского населения. Реже в качестве проблем жизни в

сельской местности отмечались высокие затраты на содержание дома, указанные 14,3% экспертов, а также необходимость ведения подсобного хозяйства, на которую обратили внимание 7,1% респондентов.

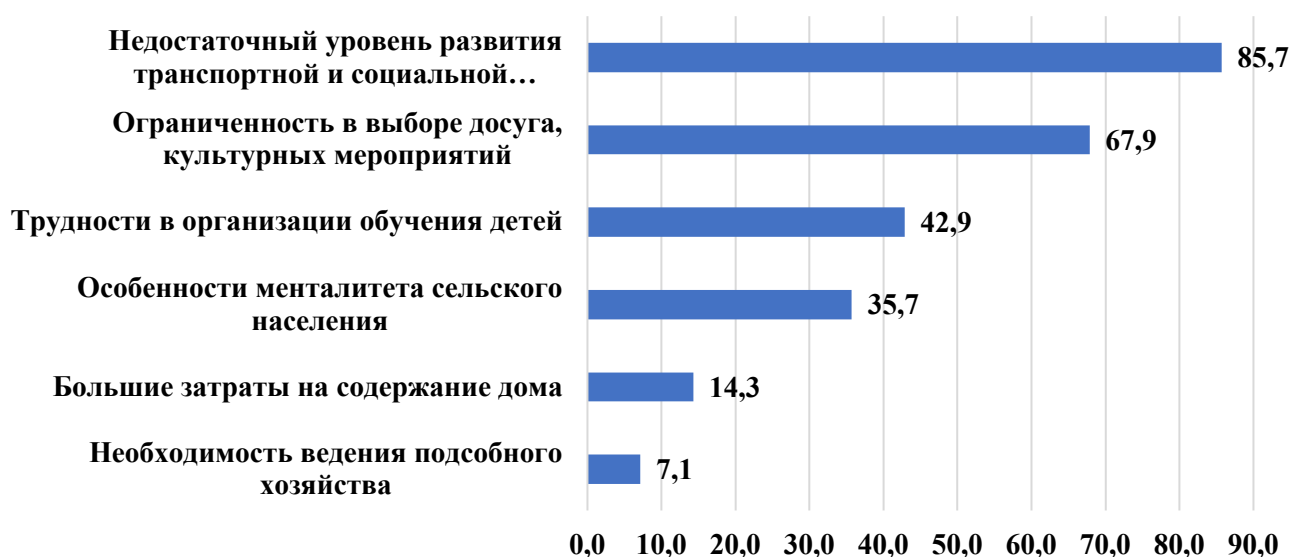


Рисунок 50 – Основные трудности проживания в сельской местности для выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования (частота ответов, %)

Среди факторов, являющихся привлекательными для молодых специалистов при работе в сельской местности, эксперты чаще выбирали возможность получения опыта самостоятельной работы (Рисунок 51). Этот фактор отметили 50,0% экспертов. На привлекательность возможности работать по месту проживания родственников указали 46,4% респондентов. Третьим по частоте выбора опрошенными (17,9%) положительным фактором были более благоприятные экологические условия, характерные для сельской местности. Наименее существенным фактором эксперты посчитали возможность ведения собственного хозяйства (3,6% экспертов).

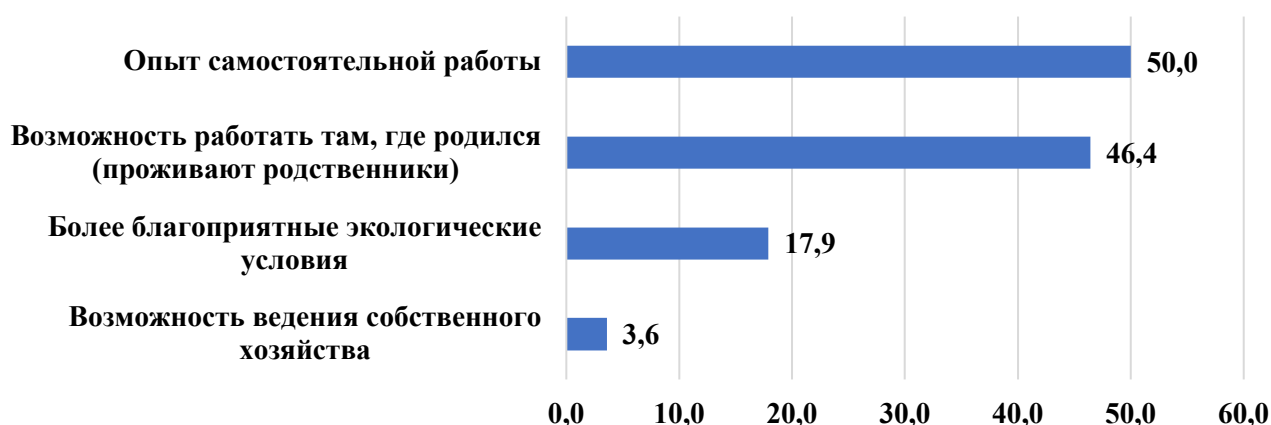


Рисунок 51 – Факторы привлекательности работы в сельской местности для выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования (частота ответов, %)

К числу факторов, снижающих привлекательность работы в сельской местности для выпускников медицинских вузов наибольшее число экспертов относит отсутствие развитой инфраструктуры (71,4%) (Рисунок 52). Вторым по важности отрицательным фактором (по мнению 50,0%) явилось отсутствие приспособленности молодых людей к жизни в сельской местности. Третьим фактором, по частоте выбора экспертами, является недостаточное материально-техническое оснащение, характерное для медицинских организаций сельских районов.

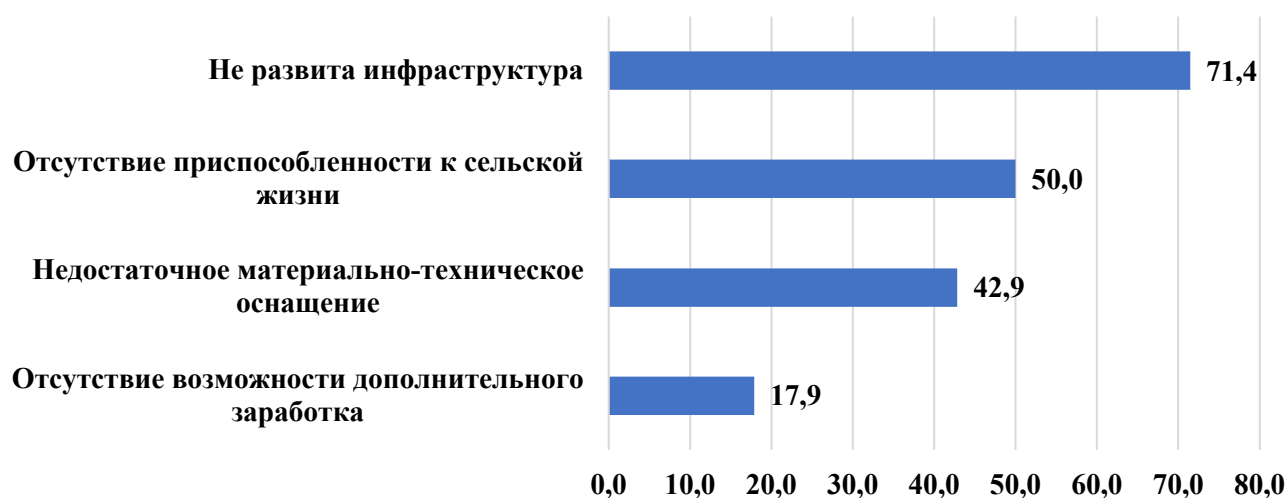


Рисунок 52 – Факторы, снижающие привлекательность работы в сельской местности для выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования (частота ответов, %)

Такой точки зрения придерживались 42,9% экспертов. Наименьшее число экспертов указало в качестве отрицательного фактора отсутствие возможности дополнительного заработка – 17,9% опрошенных.

Далее экспертам было предложено оценить по пятибалльной шкале достоинства и недостатки работы в государственных медицинских организациях для молодых специалистов и меры поддержки молодых врачей, направленные на борьбу с кадровым дефицитом специалистов в системе здравоохранения (где 5 – наибольшая оценка). Полученные оценки экспертов выстраивались в ранговом порядке.

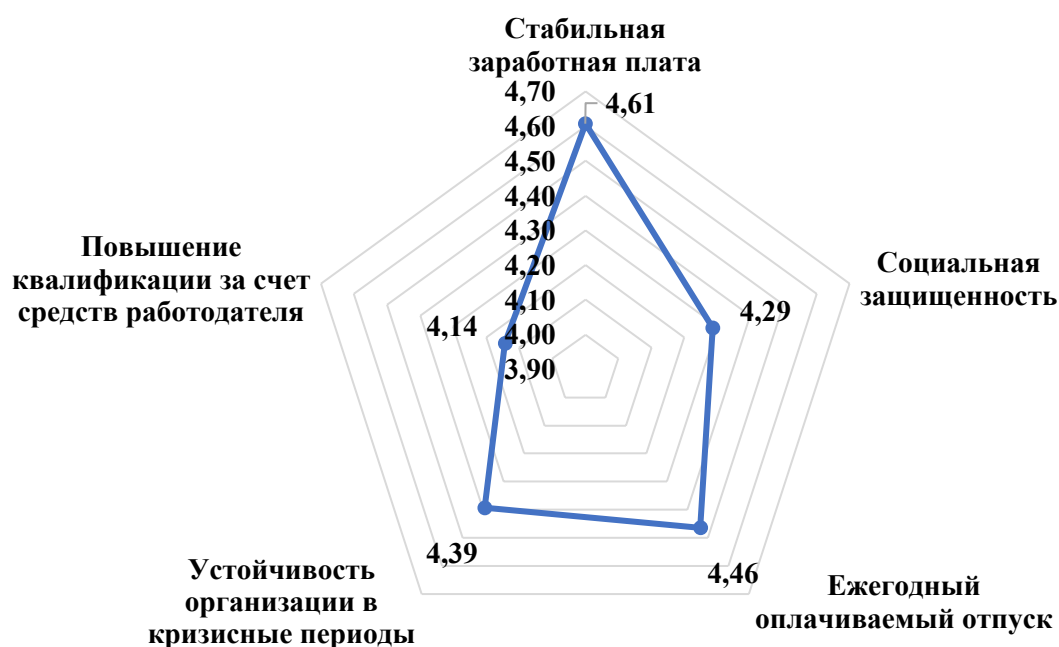


Рисунок 53 – Факторы привлекательности для молодых врачей работы в государственных медицинских организациях, баллы

При оценке экспертами факторов привлекательности для молодых врачей работы в государственных медицинских организациях наивысшую оценку ($4,61 \pm 0,96$ балла) получила стабильность заработной платы (Рисунок 53). Второе ранговое место с оценкой $4,46 \pm 0,96$ балла участники исследования отдали наличию у сотрудника ежегодного оплачиваемого отпуска, а третий ранг получила устойчивость организации в кризисные периоды – $4,39 \pm 1,03$ балла.

Четвертое и пятое ранговые места по мнению экспертов имели социальная защищенность сотрудников ($4,29 \pm 1,21$ балла) и повышение квалификации за счет работодателя ($4,14 \pm 1,21$ балла).

Среди недостатков работы в государственных медицинских организациях для молодых врачей эксперты на первое место поставили недостаточное материально-техническое оснащение – $3,46 \pm 1,45$ балла (Рисунок 54). Близко к этому фактору были оценены недостаточно комфортные бытовые условия – $3,43 \pm 1,45$ балла. Одинаковые оценки и третье-четвертое ранговые места получили недостаточный уровень заработной платы ($3,29 \pm 1,56$ балла) и ограничение деятельности врача установленными стандартами ($3,29 \pm 1,53$ балла). Наименее значимым фактором экспертами была признана недостаточная социальная поддержка – $2,75 \pm 1,48$ балла.

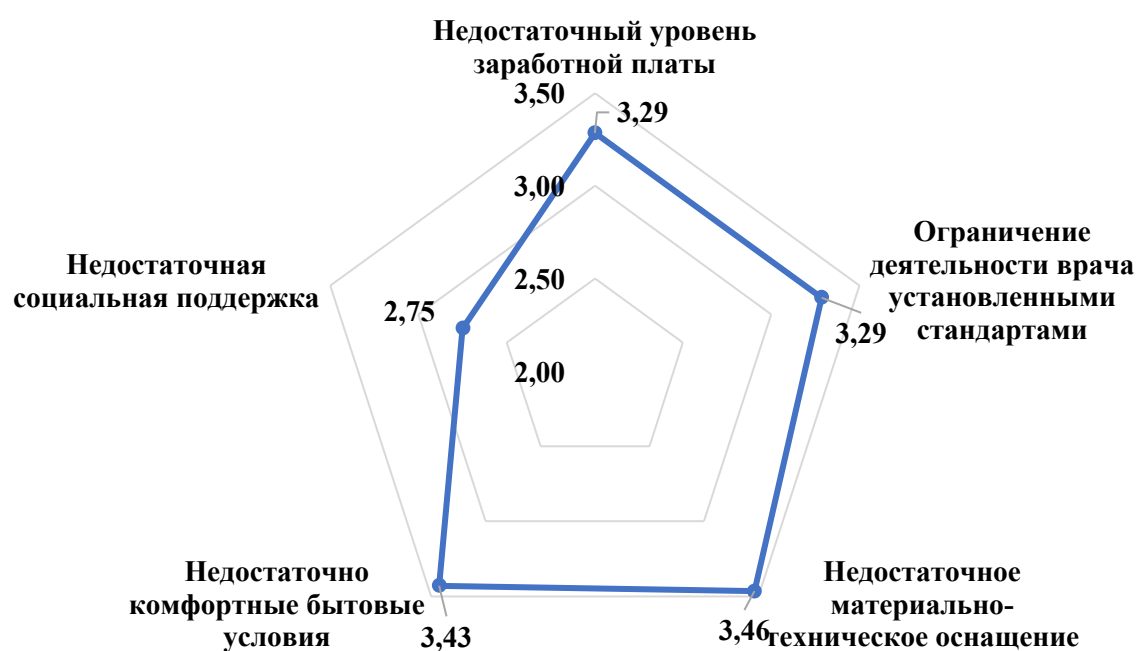


Рисунок 54 – Недостатки работы в государственных медицинских организациях для молодых врачей по оценке экспертов, баллы

Ведущим фактором привлечения молодых врачей к работе в медицинских организациях сельской местности по мнению экспертов могли бы стать льготы,

предоставляемые медицинским работникам (Рисунок 55). Данный вариант ответа эксперты оценили выше других со средним баллом $3,25 \pm 1,79$ балла. Второе ранговое место среди факторов привлечения молодых специалистов респонденты отдали возможности перспективного и карьерного роста – $2,96 \pm 1,73$ балла. Возможность начать самостоятельную жизнь участники исследования поставили на третье ранговое место – $2,71 \pm 1,65$ балла. Далее по оценкам экспертов расположились возможность самостоятельной практической работы ($2,46 \pm 1,55$ балла) и жизнь в экологически чистой местности ($2,00 \pm 1,36$ балла).

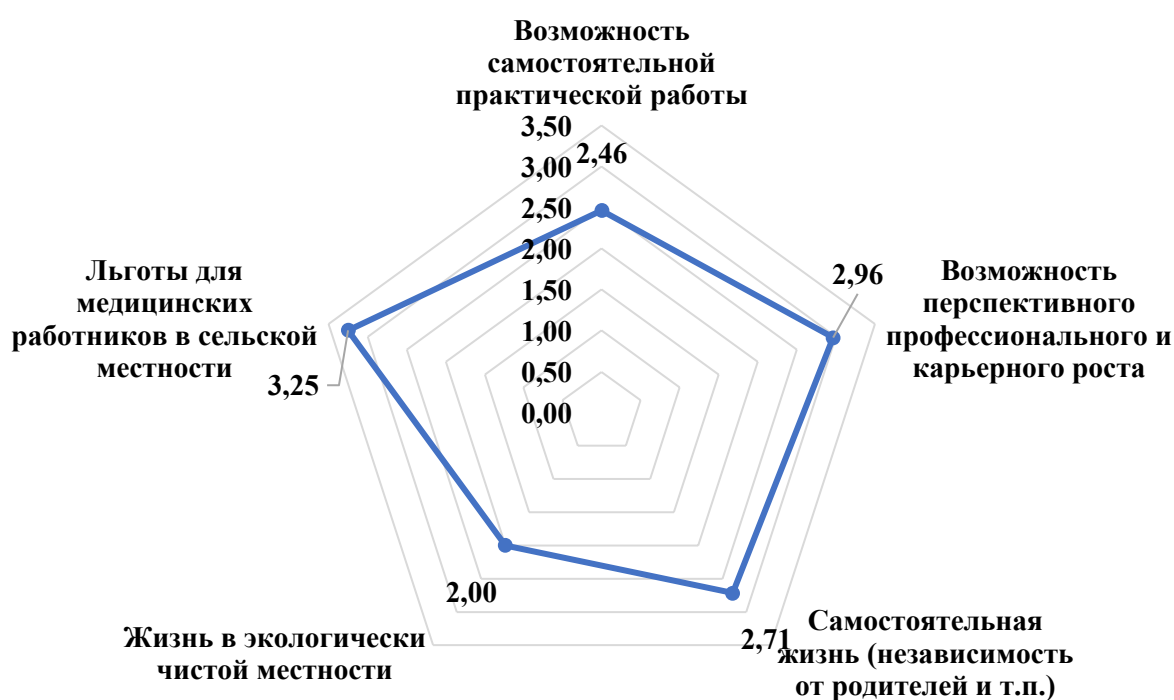


Рисунок 55 – Факторы привлечения молодых врачей к работе в медицинских организациях сельской местности, баллы

По мнению экспертов, основным препятствием для принятия молодыми специалистами решения о трудоустройстве в сельской местности является недостаточный уровень развития инфраструктуры, получивший максимальную оценку – $3,07 \pm 1,61$ балла (Рисунок 56). Второе ранговое место занял фактор отсутствия современных методов диагностики и лечения, оценённый в $2,75 \pm 1,38$

балла. В интервале от 2,7 до 2,5 баллов экспертами были оценены ещё три фактора: ограниченные возможности профессионального общения ($2,68 \pm 1,44$ балла), особенности менталитета сельского населения ($2,64 \pm 1,39$ балла), а также отсутствие рядом родственников и близких при переезде в сельскую местность ($2,57 \pm 1,55$ балла). Наиболее низкую оценку участников исследования и последний ранг получило возможное отсутствие у молодого специалиста необходимого опыта и знаний – $2,29 \pm 1,38$ балла.



Рисунок 56 – Трудности, являющиеся для молодых врачей препятствием для работы в сельской местности, баллы

При оценке видов социальной поддержки, направленных на привлечение молодых врачей для работы в медицинских организациях сельской местности, обращает на себя внимание, что первые два места эксперты отдали мерам, связанным с решением жилищной проблемы. Наиболее важным они признали возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования – $4,25 \pm 1,18$ балла (Рисунок 57). На второе ранговое место эксперты поставили

предоставление служебного жилья ($4,11 \pm 1,32$ балла). Достаточно высокую оценку с точки зрения значимости получила компенсация оплаты услуг жилищно-коммунального хозяйства, детского сада и др. ($4,04 \pm 1,35$ балла). Ниже других видов социальной поддержки были оценены компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи ($3,71 \pm 1,38$ балла) и предоставление земельного участка ($3,68 \pm 1,59$ балла).



Рисунок 57 – Виды социальной поддержки, способные привлечь молодых врачей к работе в медицинских организациях сельской местности, баллы

Согласно экспертному мнению, наибольшую важность среди мер по привлечению молодых врачей в сельскую местность, имело обеспечение жильем, что будет способствовать их закреплению на данном месте работы ($4,89 \pm 0,42$ балла) (Рисунок 58). Второе ранговое место принадлежало улучшению материально-технического оснащения центральных районных больниц ($4,68 \pm 0,82$ балла). Расширению социальных гарантий для молодых специалистов было присвоено третье ранговое место ($45,0 \pm 1,04$ балла). К числу таких гарантий

эксперты относили ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха в Российской Федерации, досрочный выход на пенсию, полную компенсацию услуг жилищно-коммунального хозяйства, сберегательный капитал, добровольное медицинское страхование. На четвертом ранговом месте оказалось развитие инфраструктуры сельских и отдаленных районов ($4,32 \pm 1,36$ балла). Последнее место в рейтинге мер, определённом участниками исследования, заняло внедрение телемедицинских технологий для совершенствования профессионального развития молодых врачей ($3,86 \pm 1,38$ балла).

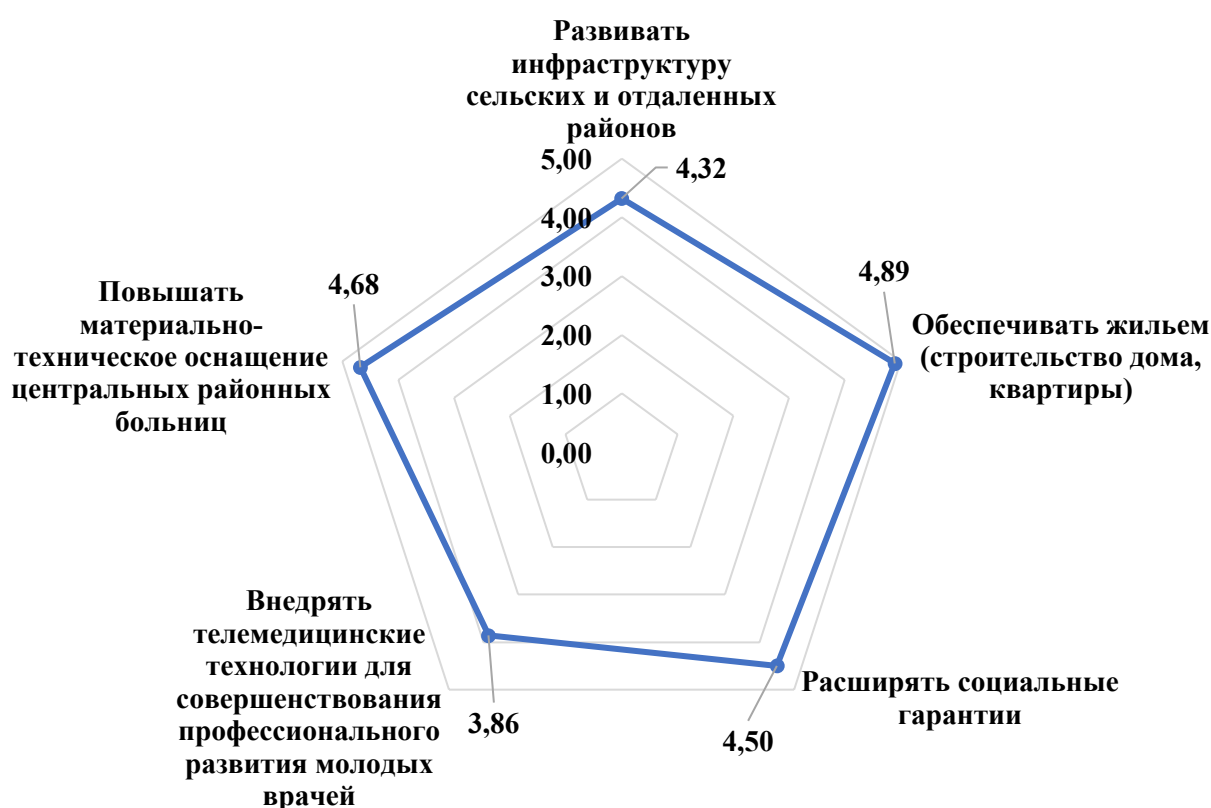


Рисунок 58 – Меры, способные привлечь молодых врачей к работе в медицинских организациях сельской местности, баллы

Тремя наиболее существенными материальными предпочтениями для молодых специалистов в рамках программы социально-экономической поддержки эксперты признали предоставление служебного жилья ($4,11 \pm 1,20$ балла), льготное ипотечное кредитование ($4,07 \pm 1,43$ балла), предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных организациях ($4,07 \pm 1,33$ балла) (Рисунок 59).

Четвертое и пятое ранговые места в перечне предполагаемых материальных предпочтений для молодых специалистов по согласованной экспертной оценке с небольшим разрывом получили приватизация служебной жилой площади ($3,93 \pm 1,60$ балла) и компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства ($3,89 \pm 1,47$ балла).

Шестое ранговое место в экспертном рейтинге получила компенсация аренды жилья молодым специалистам ($3,64 \pm 1,60$ балла), а седьмой ранг – предоставление молодым специалистам земельного участка ($3,50 \pm 1,62$ балла).

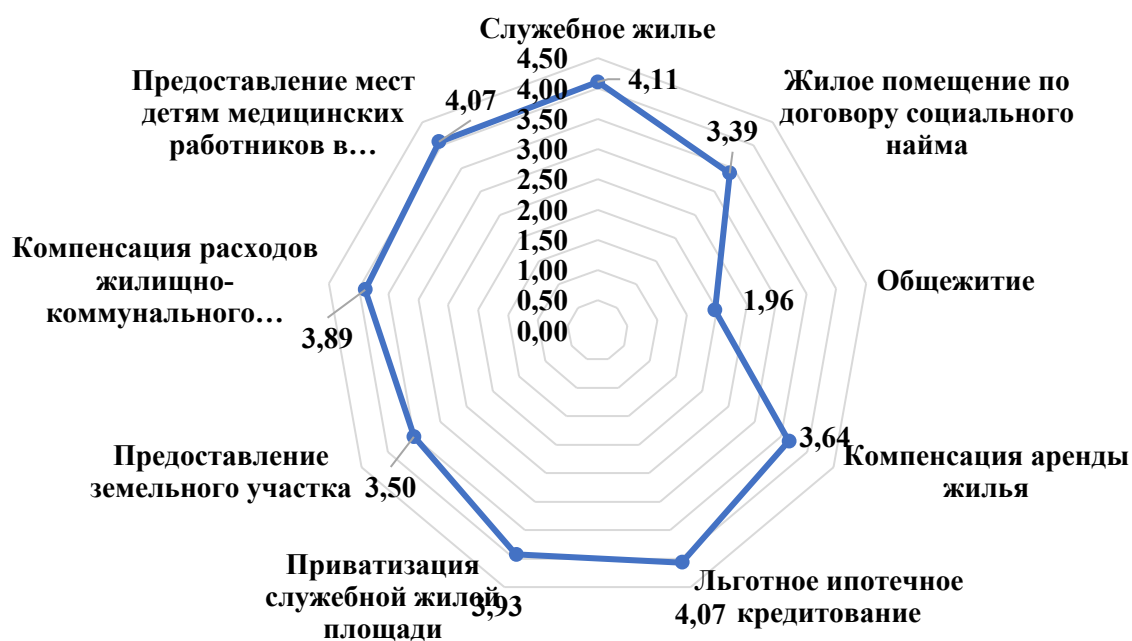


Рисунок 59 – Материальные предпочтения для молодых специалистов в рамках программы социально-экономической поддержки, баллы

На восьмое ранговое место эксперты поставили предоставление молодым специалистам жилого помещения по договору социального найма ($3,89 \pm 1,47$ балла). Наименьшую оценку получило предоставление молодым врачам общежития ($1,96 \pm 1,23$ балла).

Медианный уровень предполагаемого ежемесячного дохода на одного члена

семьи, который мог бы, по мнению экспертов, способствовать решению молодого врача связать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности, составил 70 (50; 100) тысяч рублей.

В рамках заключительного вопроса исследования проводилось изучение мнения экспертов относительно предложений по совершенствованию системы закрепления кадров в регионе, необходимых в настоящее время (Рисунок 60).

По согласованному экспертному мнению, наиболее важными мерами для решения кадровой проблемы в регионе являются предоставление молодым специалистам служебного жилья и транспорта, снижение ставки ипотечного кредитования для медицинских работников сельской местности, первоочередное предоставление мест в детских образовательных учреждениях, компенсация летнего отдыха детей ($4,39 \pm 1,32$ балла).



Рисунок 60 – Меры по совершенствованию системы закрепления кадров в субъекте, баллы

Второе по значимости ранговое место получила нормативная фиксация и обеспечение реализации требований, согласно которым обучающиеся за счет средств федерального бюджета должны отработать не менее 3-х лет в государственных медицинских организациях ($4,36 \pm 1,22$ балла).

На третьем-четвертом ранговых местах в рейтинге предложений, направленных на совершенствование системы закрепления кадров в субъекте с одинаковой экспертной оценкой оказались меры, касающиеся подготовки будущих специалистов – проведение для обучающихся стажировок и практической подготовки, трудоустройство ординаторов в должности врач-стажер сроком не менее 6 месяцев ($4,07 \pm 1,33$ балла) и обязательная организация для обучающихся от региона прохождения практики с 3-го по 6-й курс на базе региональных медицинских организаций ($4,07 \pm 1,38$ балла).

Пятое и шестое ранговые места среди рассматриваемого комплекса мероприятий по мнению экспертов разделили закрепление кадров в региональной системе здравоохранения через модернизацию модели целевого приема путем закрепления молодого специалиста на рабочем месте в течение 3-х лет на условиях заказчика подготовки ($4,04 \pm 1,37$ балла) и рассмотрение возможности формирования и внедрения модели финансирования или софинансирования целевого обучения за счет средств регионального бюджета ($4,04 \pm 1,29$ балла).

На последнее ранговое место в рейтинге предполагаемых мер, эксперты определили активизацию работы и усиление роли медико-биологических классов с их методическим и профориентационным сопровождением как со стороны медицинского университета, так и со стороны региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения ($3,29 \pm 1,36$ балла).

Резюмируя результаты экспертного опроса, можно отметить, что по мнению опрошенных, главным фактором, способным привлечь молодых врачей в медицинскую профессию является возможность профессионального и карьерного роста, а фактором выбора профессиональной траектории выпускников медицинского вуза в первую очередь должна являться возможность материальной стабильности и защищенности. Ведущим фактором, привлекающим выпускников

медицинских вузов в работе по выбранной специальности, по мнению экспертов, является желание быть специалистом узкого профиля. На выбор населенного пункта молодым врачом для места своей работы наибольшее влияние, как полагают эксперты, оказывает высокий уровень развития инфраструктуры.

По мнению экспертов, основным преимуществом проживания в сельской местности являются благоприятные экологические условия. В качестве наиболее значимых трудностей жизни в сельском регионе были отмечены недостаточное развитие транспортной и социальной инфраструктуры, а также ограниченные возможности для досуга и участия в культурных мероприятиях.

В качестве фактора, являющегося наиболее привлекательным для молодых специалистов при работе в сельской местности, эксперты чаще всего указывали на возможность получения опыта самостоятельной работы. К числу факторов, снижающих привлекательность работы в сельской местности наибольшее число экспертов относит отсутствие развитой инфраструктуры.

Среди привлекательных для молодых врачей факторов работы в государственных медицинских организациях наивысшую оценку, по мнению экспертов, получила стабильность заработной платы. Среди недостатков работы в государственных медицинских организациях эксперты на первое место поставили недостаточное материально-техническое оснащение.

Ведущим фактором привлечения молодых врачей для работы в медицинских организациях сельской местности по мнению экспертов могли бы стать льготы, предоставляемые медицинским работникам.

Среди видов социальной поддержки, направленных на привлечение молодых врачей для работы в медицинских организациях сельской местности, эксперты отдали приоритет возможности участия в ипотечных программах льготного кредитования и предоставление служебного жилья.

По согласованному экспертному мнению, главными мерами по привлечению молодых врачей на работу в сельскую местность являются обеспечение их жильем, повышение материально-технического оснащения центральных районных больниц, расширение социальных гарантий для молодых

специалистов.

Наиболее важными материальными предпочтениями для молодых специалистов в рамках программы социально-экономической поддержки эксперты считают предоставление служебного жилья, льготное ипотечное кредитование, предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях.

В качестве приоритетных мер, направленных на решения кадровой проблемы в регионе, согласно экспертной оценке, рекомендовано предоставление молодым специалистам служебного жилья и транспорта, снижение ставки ипотечного кредитования для медицинских работников сельской местности, первоочередное предоставление мест в детских образовательных учреждениях, компенсация летнего отдыха детей. Данный набор мероприятий должен сочетаться с внесением в нормативную базу требований, согласно которым обучающиеся за счет средств федерального бюджета должны отработать не менее 3-х лет в государственных медицинских организациях.

Резюме

На современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации чрезвычайно значимыми являются проблемы кадрового обеспечения субъектов Российской Федерации с учетом социальных, территориальных, экономических и демографических особенностей конкретных регионов, их финансовых возможностей и социального развития.

Результаты проведенных опросов показали, что мнения обучающихся и экспертов во многом совпадают.

Как обучающиеся, так и эксперты в качестве ведущего фактора, способного привлечь молодых врачей в медицинскую профессию, рассматривают возможность профессионального и карьерного роста. Среди факторов, являющихся наиболее привлекательным для молодых специалистов при работе в сельской местности и эксперты, и обучающиеся отдают приоритет возможности получения опыта самостоятельной работы и благоприятным экологическим условиям в сельской местности. Главным мотивом выбора населенного пункта

для будущей работы большинство обучающихся считают высокий уровень развития инфраструктуры. Такого же мнения придерживаются эксперты.

Среди видов социальной поддержки, направленных на привлечение молодых врачей для работы в медицинских организациях сельской местности, по оценке экспертов, которая совпадает с мнением обучающихся, приоритет принадлежит мероприятиям, направленным на решение жилищной проблемы. Среди данных мер, и те и другие выделяют возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования. Также важная роль придается компенсации расходов жилищно-коммунального хозяйства и предоставлению земельного участка.

Наиболее значимыми мерами поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения, помимо обеспечения молодых специалистов жильем, согласно оценкам экспертов и мнению обучающихся, является повышение материально-технического оснащения районных больниц, расширение социальных гарантий для молодых специалистов (ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха, досрочный выход на пенсию), компенсация отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи, предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях.

Вместе с тем выявлены и определенные различия оценок. Эксперты в большей степени акцентируют внимание на системных и инфраструктурных ограничениях, а также на организационно-технологических аспектах функционирования медицинских организаций, тогда как обучающиеся в большей степени ориентированы на индивидуальные траектории профессионального развития, материальные условия и социально-бытовые факторы.

Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к формированию региональной кадровой политики, учитывающего как условия функционирования системы здравоохранения, так и ожидания обучающихся и экспертного сообщества, что должно служить основой для разработки эффективных механизмов закрепления медицинских кадров на уровне субъекта Российской Федерации.

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА КЛЮЧЕВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИДЕРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6.1. Результаты опроса студентов о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения

Проведен опрос 236 студентов 3-6 курсов Ставропольского государственного медицинского университета согласно разработанной автором анкете с целью определения и оценки ключевых характеристик и качеств лидера в сфере здравоохранения. В данный опрос были включены студенты, сумевшие за время обучения в университете продемонстрировать наличие у них лидерских качеств (выполнение обязанностей старост групп, участие в волонтерской деятельности, участие в органах студенческого самоуправления, участие в организации культурных и спортивных мероприятий).

Средний возраст опрошенных составил $19,4 \pm 1,4$ года. Среди опрошенных студентов преобладали девушки – 180 (76,3%), студентов мужского пола было в 3,2 раза меньше – 56 (23,7%).

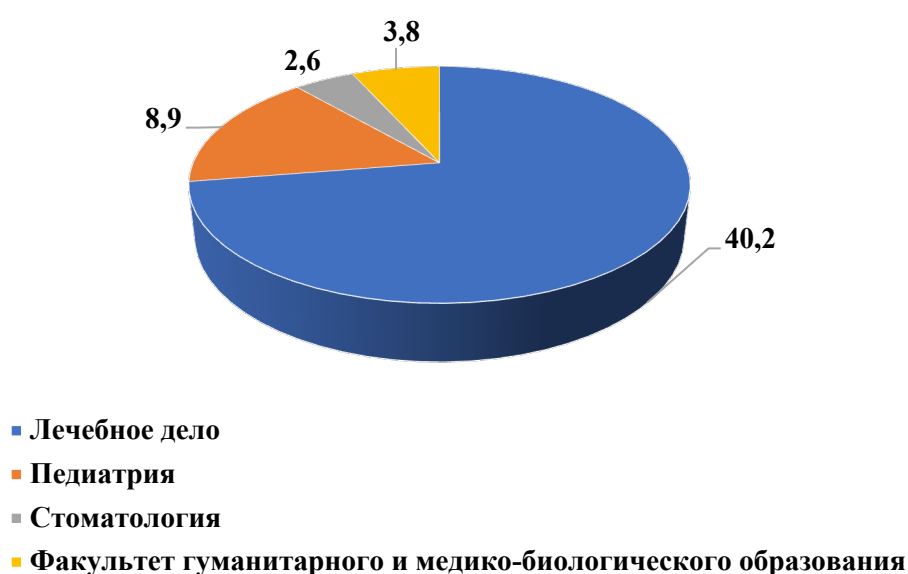


Рисунок 61 – Распределение опрошенных студентов по направлениям подготовки (%)

Большинство опрошенных проходило обучение по направлению подготовки «Лечебное дело» – 171 (72,5%) студентов, по направлению подготовки «Педиатрия» обучались 38 (8,9%) человек, 16 (3,8%) опрошенных были студентами факультета гуманитарного и медико-биологического образования. Наименьшая доля опрошенных – 11 (2,6%) проходила обучение по направлению подготовки «Стоматология» (Рисунок 61).

Опыт лидерства респондентов отражен на Рисунке 62.

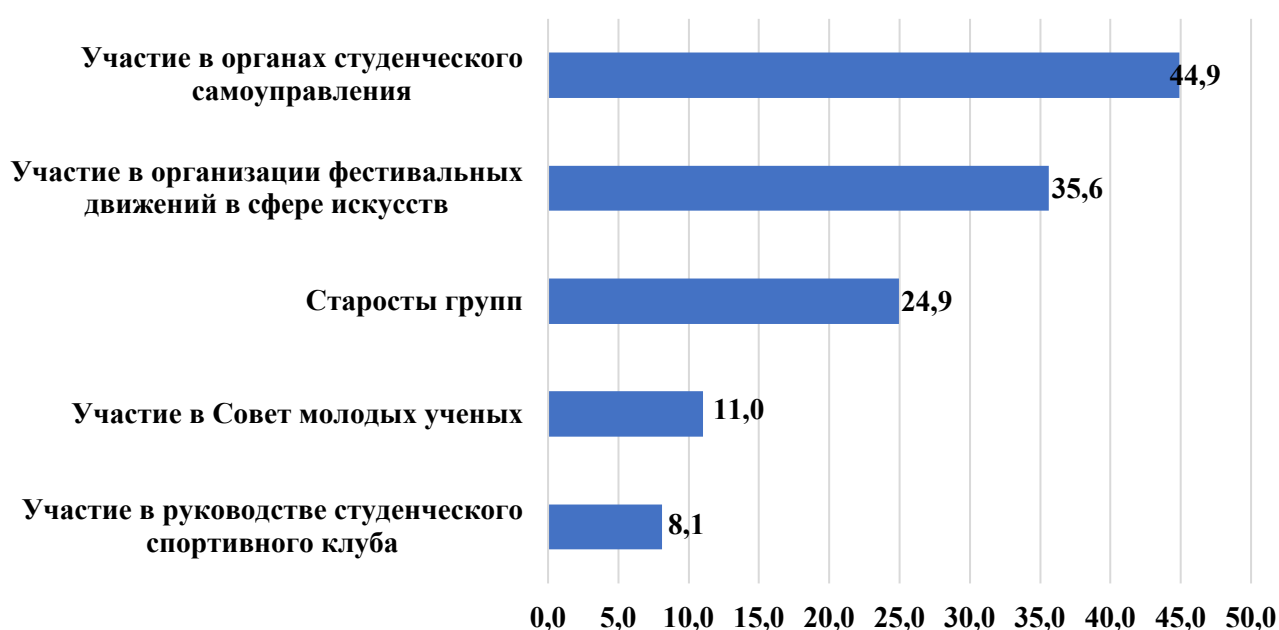


Рисунок 62 – Опыт лидерства студентов, принявших участие в опросе (на 100 опрошенных)

Основной опыт опрошенных студентов, связанный с лидерской деятельностью, был обусловлен участием в органах студенческого самоуправления – 106 (44,9%). Участие в организации фестивальных движений в сфере искусств отметили 84 (19,8%) респондента, выполнение функций старост групп – 57 (13,4%), участие в работе Совета молодых ученых – 26 (11,0%), участие в руководстве студенческим спортивным клубом – 19 (8,1%). Внеучебная активность студентов, принявших участие в опросе, в большинстве случаев была связана с творчеством – у 119 (50,4%) (Рисунок 63). Также студенты, принявшие

участие в опросе, активно осуществляли волонтерскую деятельность в медицинских проектах – 89 (37,7%) респондентов, в самоуправлении студенческих организаций – 82 (34,7%), в спортивных мероприятиях и соревнованиях – 80 (33,9%). Около четверти опрошенных проявляли активность в рамках организации студенческой научной деятельности – 55 (23,3%).

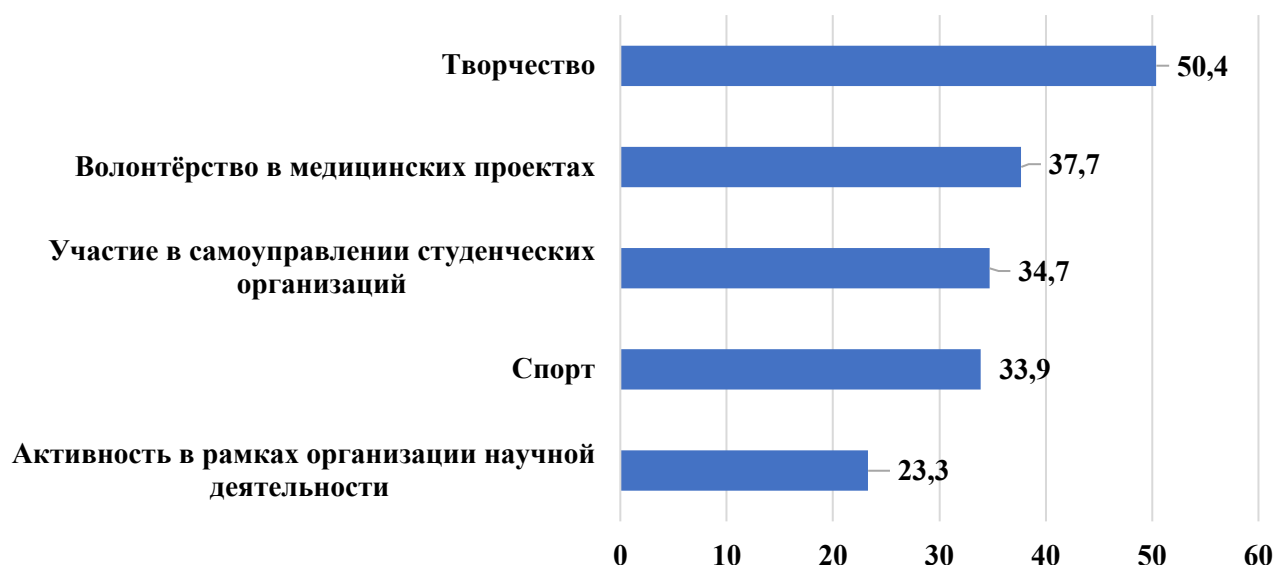


Рисунок 63 – Внеучебная активность студентов, принявших участие в опросе (на 100 опрошенных)

Студентам было предложено по пятибалльной системе оценить степень важности определенных характеристик для лидера в сфере здравоохранения, определить насколько некоторые качества недооцениваются для современных руководителей здравоохранения, оценить важность различных аспектов эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении и их необходимость при подготовке будущих руководителей здравоохранения.

При оценке степени важности определенных характеристик для лидера в сфере здравоохранения из 15 предложенных качеств студенты наиболее высокую оценку дали ответственности за принятые решения ($4,41 \pm 0,72$ балла) и стрессоустойчивости в условиях высокой нагрузки и кризисов ($4,41 \pm 0,91$ балла). Также, в число наиболее высоко оцененных студентами качеств лидера вошли коммуникативные навыки ($4,38 \pm 0,79$ балла), способность принимать решения в

условиях неопределённости ($4,37 \pm 0,72$ балла), этичность и соблюдение медицинской деонтологии ($4,36 \pm 0,76$ балла) (Рисунок 64).

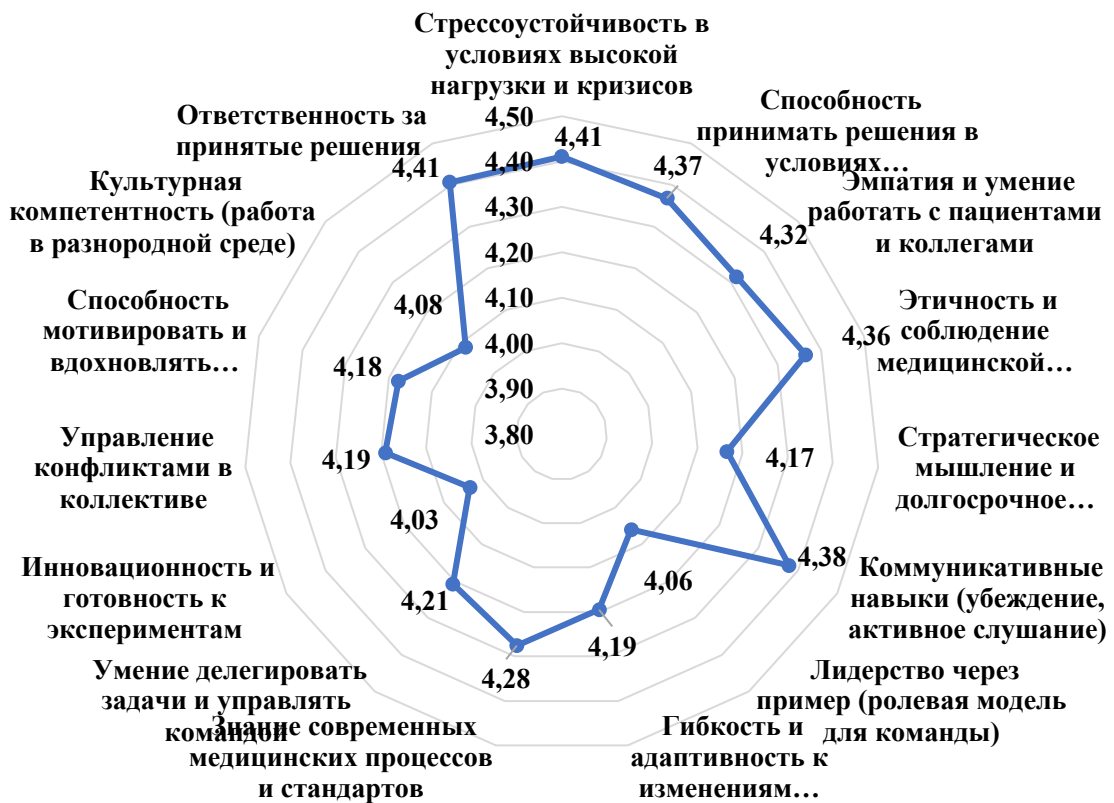


Рисунок 64 – Оценка студентами степени важности характеристик для лидера в здравоохранении, баллы

Тремя наименее важными характеристиками по мнению опрошенных явились культурная компетентность (работа в разнородной среде) ($4,08 \pm 0,79$ балла), лидерство через пример (ролевая модель для команды) ($4,06 \pm 0,83$ балла), инновационность и готовность к экспериментам ($4,03 \pm 0,81$ балла).

Среди качеств недооцениваемых в современных руководителях здравоохранения студенты наиболее высоко оценили навык решать проблемы ($4,32 \pm 0,81$ балла). В число наиболее высоко оцененных студентами качеств вошли умение обучать и развивать подчиненных ($4,21 \pm 0,77$ балла), способность руководить ($4,15 \pm 0,80$ балла), высокая способность влиять на окружающих ($4,13 \pm 0,78$ балла), способность формировать и развивать эффективные рабочие

группы ($4,12 \pm 0,84$ балла). Ниже других качеств студенты оценили характеристики, связанные с личностью лидера (личностный рост, четкие личные цели, разумные личные ценности) – в диапазоне 4,02 – 4,06 балла (Рисунок 65).

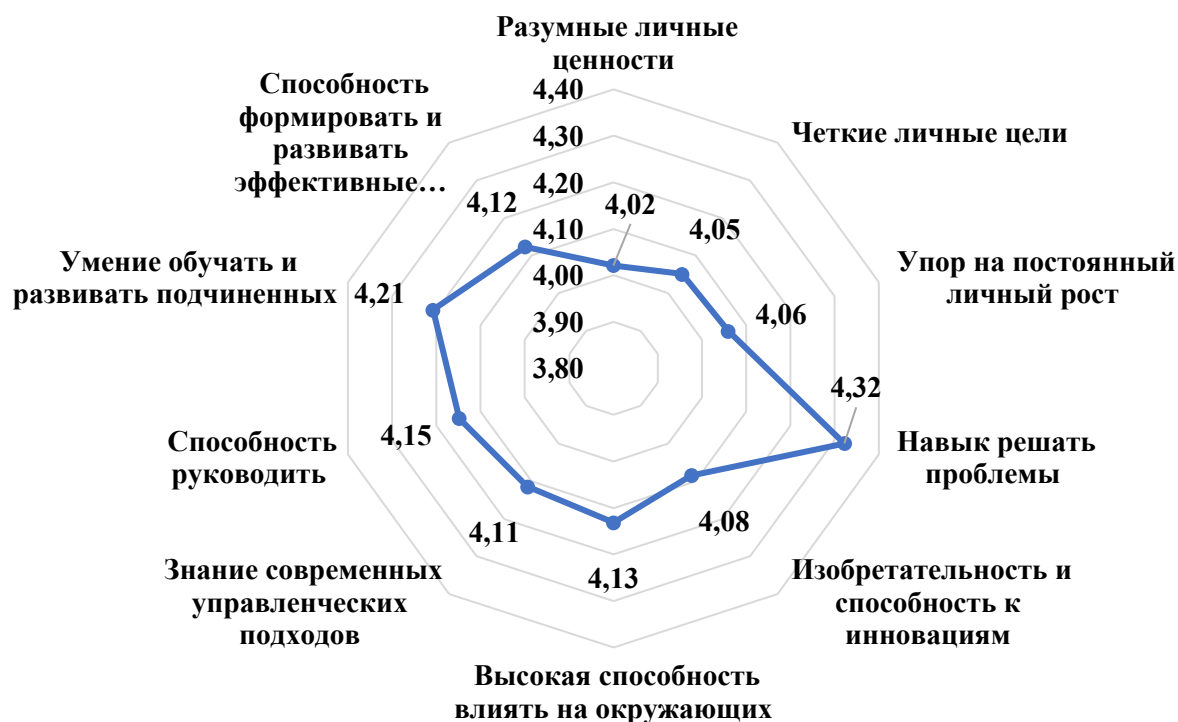


Рисунок 65 – Оценка студентами качеств лидера, недооцениваемых в современных руководителях здравоохранения, баллы

При оценке важности различных аспектов эмоционального интеллекта для лидера в сфере здравоохранения студенты отдали приоритет способности управлять своими эмоциями и стрессом ($4,38 \pm 0,77$ балла). В число пяти наиболее высоко оцененных характеристик эмоционального интеллекта по мнению молодых лидеров вошли способность сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений ($4,29 \pm 0,69$ балла), умение выстраивать доверительные отношения с коллективом и с руководством ($4,28 \pm 0,71$ балла), способность распознавать и понимать свои эмоции ($4,26 \pm 0,75$ балла) и умение разрешать конфликты, учитывая эмоциональные потребности сторон ($4,21 \pm 0,75$ балла). Самую низкую оценку со стороны студентов получили способности распознавать ($4,14 \pm 0,81$ балла) и влиять на эмоции других людей ($4,00 \pm 0,85$ балла) (Рисунок 66).



Рисунок 66 – Оценка студентами важности отдельных аспектов эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении, баллы

Подавляющее большинство студентов считали, что для лидера в здравоохранении необходимо развивать эмоциональный интеллект. Важным это считают 110 (46,6%) опрошенных и крайне важным 97 (41,1%) респондентов.

При оценке аспектов эмоционального интеллекта, которым необходимо уделять больше внимания в подготовке будущих руководителей здравоохранения, студенты наиболее высоко оценили эмоциональный самоконтроль ($4,28 \pm 0,73$ балла) и командную работу ($4,28 \pm 0,79$ балла). Также требуют развития способность управлять конфликтами ($4,22 \pm 0,79$ балла), способность к адаптации ($4,21 \pm 0,80$ балла), организационная осведомленность ($4,20 \pm 0,67$ балла). Наименее важными участники опроса сочли эмоциональное самосознание ($4,09 \pm 0,79$ балла), влияние ($4,04 \pm 0,83$ балла) и достижения ($4,01 \pm 0,82$ балла) (Рисунок 67).

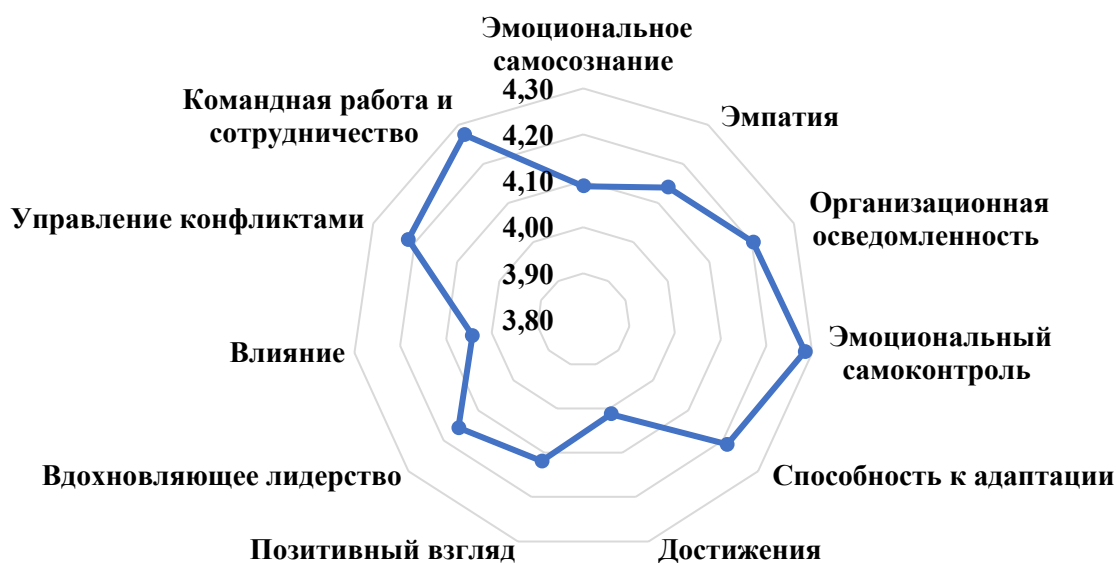


Рисунок 67 – Оценка студентами аспектов эмоционального интеллекта, которым необходимо уделять больше внимания при подготовке будущих руководителей здравоохранения, баллы

По мнению студентов наибольшую помощь в развитии эмоционального интеллекта могут оказать тренинги по развитию навыков общения. Такого мнения придерживались 84 (35,6%) опрошенных (Рисунок 68).

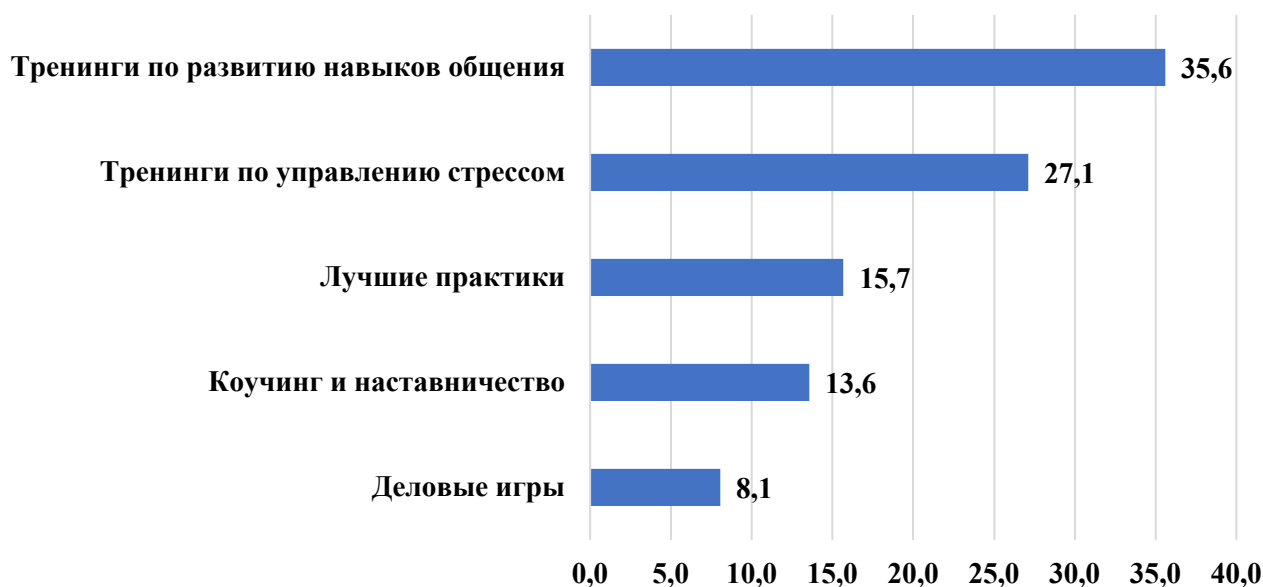


Рисунок 68 – Методы помогающие развивать эмоциональный интеллект по мнению студентов (на 100 опрошенных)

Вторым по значимости методом развития эмоционального интеллекта студенты посчитали проведение тренингов по управлению стрессом (64 (27,1%) опрошенных. Из оставшихся методов, 37 (15,7%) опрошенных отдали предпочтение изучению лучших практик, 32 (13,6%) выделили коучинг и наставничество и 19 (8,1%) – деловые игры.

6.2. Результаты опроса экспертов о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения

В опросе, направленном на оценку ключевых характеристик и качеств лидера в сфере здравоохранения приняли участие 76 экспертов, входящих в руководство государственных медицинских организаций Ставропольского края.

Среди опрошенных экспертов 39 (51,3%) составили мужчины и 37 (48,7%) женщины. Средний возраст экспертов составил $52,4 \pm 8,0$ года.

Все опрошенные эксперты имели общий медицинский стаж не менее 15 лет, который в среднем составил $29,2 \pm 8,2$ лет. Продолжительность работы на руководящих должностях в системе здравоохранения была не менее 5 лет и в среднем достигала $17,7 \pm 8,1$ лет. В составе экспертной группы 25 человек (32,8%) являлись кандидатами медицинских наук, ещё 2 эксперта (2,6%) имели степень доктора медицинских наук.

В процессе формирования экспертной группы проводилась оценка коэффициента компетентности экспертов. Среднее значение индекса компетентности составило $0,81 \pm 0,09$, что свидетельствует о высоком уровне самооценки и профессиональной компетентности экспертов, позволяющем использовать их мнения для получения экспертной оценки относительно значимых качеств лидера в сфере здравоохранения.

При проведении экспертной оценки по пятибалльной шкале наиболее высокую значимость среди характеристик лидера в сфере здравоохранения получила ответственность за принимаемые решения, средний балл которой составил $4,71 \pm 0,46$. В число 5 наиболее высоко оценённых экспертами качеств

лидера вошли также этичность и соблюдение медицинской деонтологии ($4,62 \pm 0,52$ балла), стратегическое мышление и долгосрочное планирование ($4,59 \pm 0,52$ балла), управление конфликтами в коллективе ($4,57 \pm 0,50$ балла), стрессоустойчивость в условиях высокой нагрузки и кризисов ($4,54 \pm 0,55$ балла) (Рисунок 69).



Рисунок 69 – Оценка экспертами степени важности характеристик для лидера в здравоохранении, баллы

По мнению экспертов, тремя наименее важными характеристиками являются лидерство через пример ($4,28 \pm 0,50$ балла), инновационность и готовность к экспериментам ($4,09 \pm 0,57$ балла), культурная компетентность (работа в разнородной среде) ($4,07 \pm 0,57$ балла).

По мнению экспертов наиболее недооцениваемым качеством в современных руководителях здравоохранения является способность руководить ($4,51 \pm 0,57$ балла). К числу других часто недооцениваемых качеств экспертами были отнесены навык решать проблемы ($4,43 \pm 0,52$ балла), умение обучать и

развивать подчиненных ($4,29 \pm 0,56$ балла), способность формировать и развивать эффективные рабочие группы ($4,29 \pm 0,56$ балла), знание современных управленческих подходов ($4,24 \pm 0,65$ балла). В наименьшей степени недооценка касается постоянного личного роста ($3,88 \pm 0,73$ балла) и четких личных целей ($3,70 \pm 0,67$ балла) (Рисунок 70).

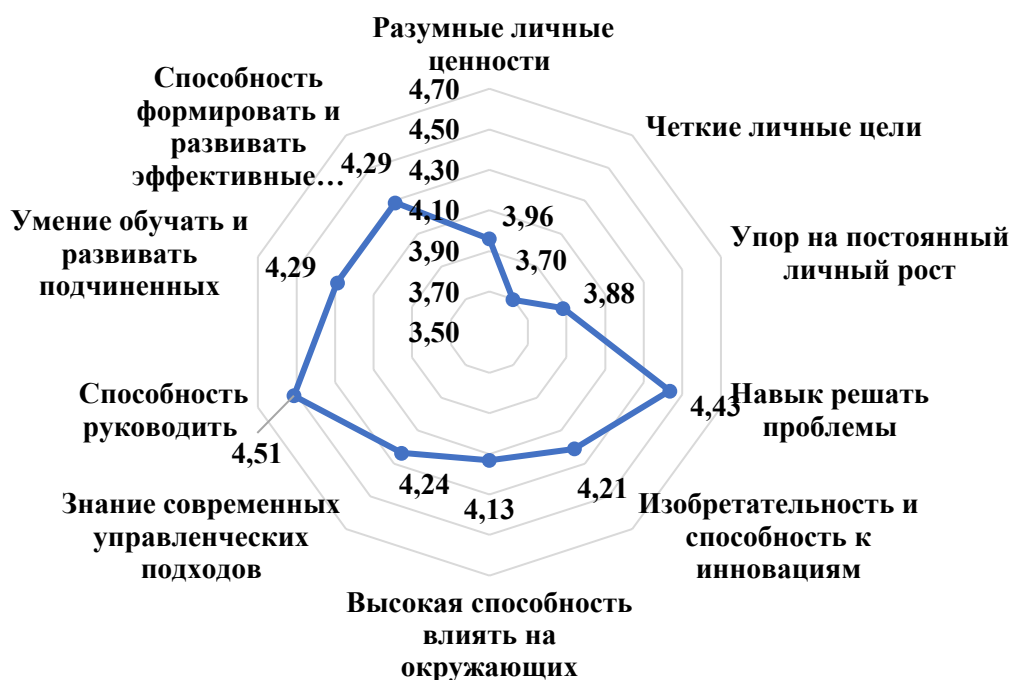


Рисунок 70 – Оценка экспертами качеств лидера, недооцениваемых в современных руководителях здравоохранения, баллы

Согласно мнению экспертов, развитие эмоционального интеллекта для лидера здравоохранения является важным (50 (65,8%) экспертов) или крайне важным (25 (32,9%) экспертов). Только один (1,3%) эксперт дал нейтральный ответ на данный вопрос.

Ведущей характеристикой эмоционального интеллекта для лидера в сфере здравоохранения по мнению экспертов является способность управлять своими эмоциями и стрессом ($4,43 \pm 0,62$ балла). Также эксперты выше других характеристик эмоционального интеллекта оценили способность сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений ($4,30 \pm 0,65$ балла), умение

выстраивать доверительные отношения с коллективом и с руководством ($4,29 \pm 0,61$ балла), умение разрешать конфликты, учитывая эмоциональные потребности сторон ($4,28 \pm 0,48$ балла) и способность распознавать эмоции других людей ($4,20 \pm 0,59$ балла). Самую низкую экспертную оценку получили способности распознавать и понимать свои эмоции ($4,16 \pm 0,54$ балла) и способность влиять на эмоции других людей ($4,04 \pm 0,58$ балла) (Рисунок 71).

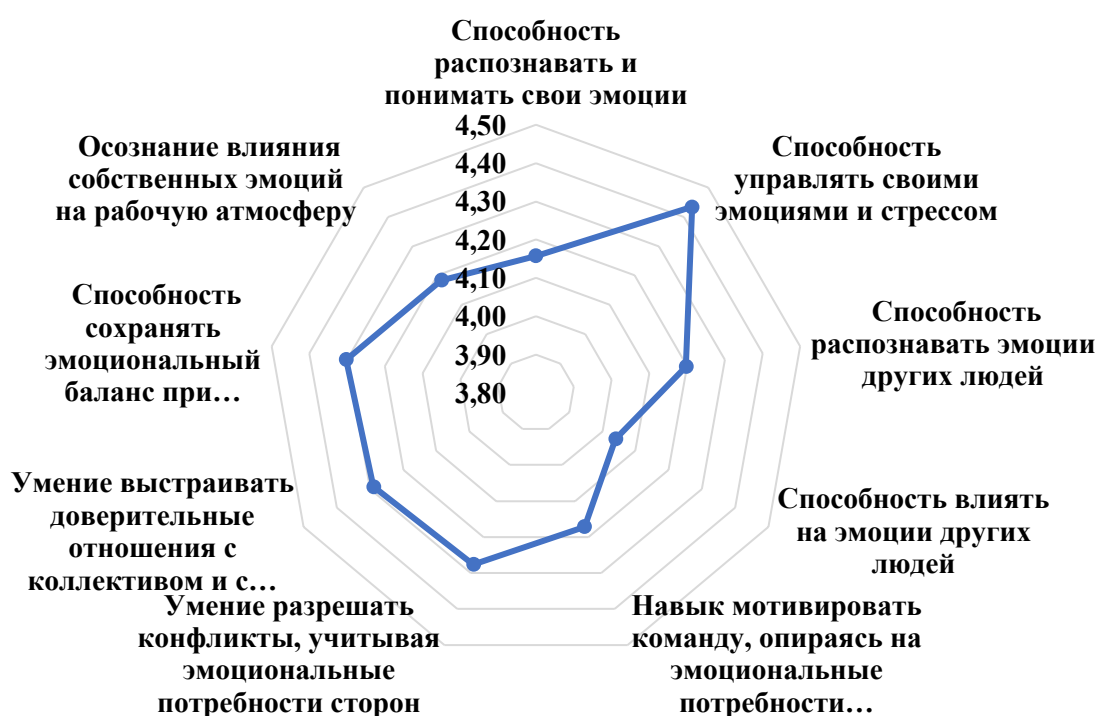


Рисунок 71 – Оценка экспертами важности отдельных аспектов эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении, баллы

С точки зрения экспертов, наибольшее внимание из аспектов эмоционального интеллекта в подготовке будущих руководителей здравоохранения надо отдавать способности управлять конфликтами ($4,32 \pm 0,57$ балла). Второе ранговое место, согласно оценкам экспертов, получила командная работа и сотрудничество ($4,26 \pm 0,73$ балла). На третье и четвертое места по значимости среди характеристик, необходимых при подготовке организатора здравоохранения, экспертами были поставлены такие компетенции, как организационная осведомленность ($4,16 \pm 0,61$ балла) и влияние ($4,13 \pm 0,68$ балла).

В пятерку приоритетных по данному параметру характеристик также вошло вдохновляющее лидерство ($4,11 \pm 0,72$ балла). Наименее значимыми для развития аспектами эмоционального интеллекта респонденты посчитали эмпатию ($3,83 \pm 0,68$ балла) и эмоциональное самосознание ($3,71 \pm 0,69$ балла) (Рисунок 72).

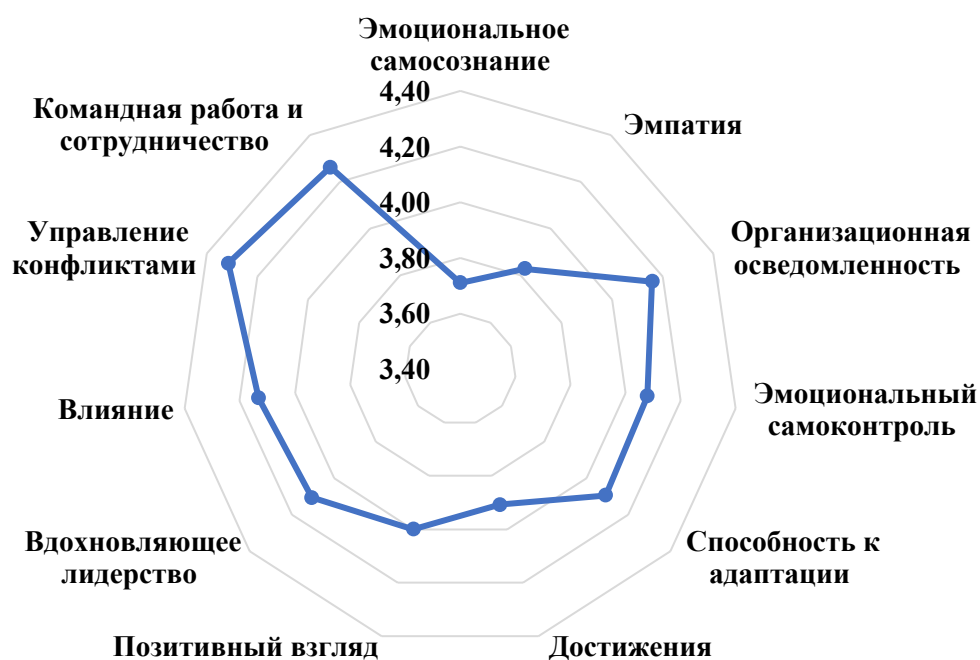


Рисунок 72 – Оценка экспертами аспектов эмоционального интеллекта, которым необходимо уделять больше внимания при подготовке руководителей здравоохранения, баллы

По мнению экспертов, для развития эмоционального интеллекта наиболее эффективными подходами являются использование лучших практик (так посчитали 23 (30,3%) эксперта) и тренинги по управлению стрессом (22 (28,9%) опрошенных) (Рисунок 73).

Тренинги по развитию навыков общения в качестве ведущего метода, позволяющего развивать эмоциональный интеллект, упомянули 16 (21,1%) участников исследования. Деловые игры для развития эмоционального интеллекта порекомендовали 8 (10,5%) членов экспертной группы и 7 (9,2%) выделили коучинг и наставничество.

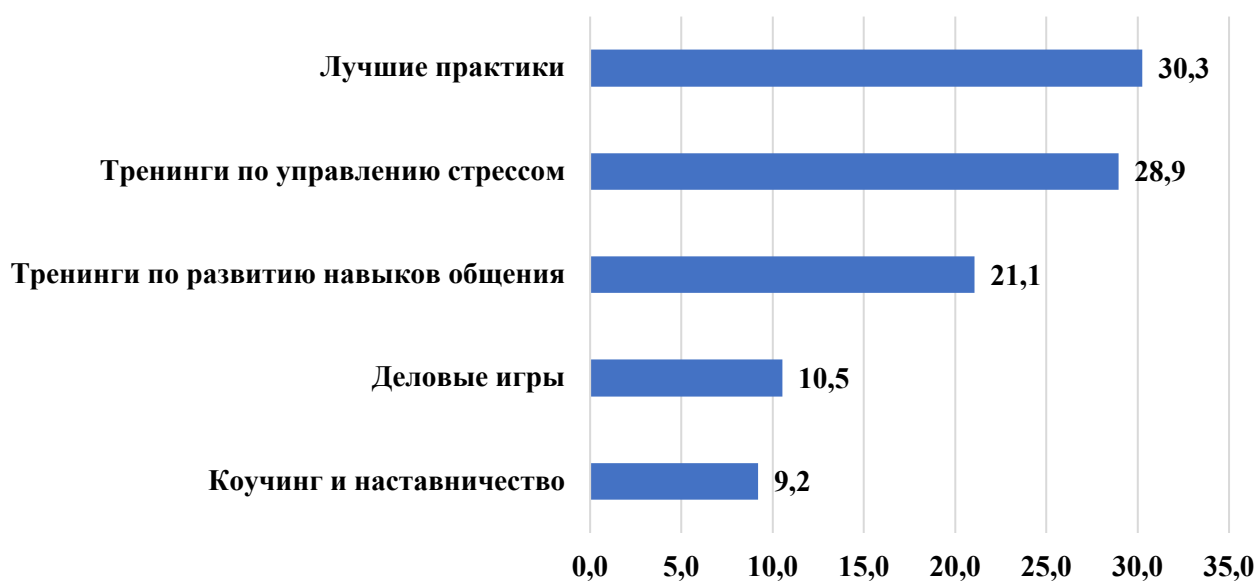


Рисунок 73 – Оценка экспертами методов, развития эмоционального интеллекта (на 100 опрошенных)

На открытый вопрос о способах формирования лидерских качеств у руководителя здравоохранения 15 (19,7%) экспертов ответили, что этому можно обучить, 8 (10,5%) считали что формированию лидерских качеств способствует получение опыта в ходе работы в медицинской организации, 5 (6,6%) экспертов придерживались точки зрения, что лидерство следует рассматривать как преимущественно врождённое качество и приобрести его нельзя.

6.3. Сравнительный анализ результатов опросов студентов и экспертов-руководителей о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения

Был проведен сравнительный анализ результатов двух проведенных опросов начинающих и опытных лидеров здравоохранения, студентов и экспертов-руководителей о ключевых характеристиках и качествах лидера в сфере здравоохранения.

Было установлено, что эксперты статистически значимо более высоко оценили важность ряд характеристик лидера здравоохранения (Таблица 25): ответственность за принятые решения ($4,71 \pm 0,46$ балла против $4,41 \pm 0,72$ балла

($p=0,001$)), управление конфликтами в коллективе ($4,57\pm0,50$ балла против $4,19\pm0,90$ балла ($p=0,002$)), стратегическое мышление и долгосрочное планирование ($4,59\pm0,52$ балла против $4,17\pm0,78$ балла ($p < 0,001$)), гибкость и адаптивность к изменениям ($4,41\pm0,52$ балла против $4,19\pm0,74$ балла ($p=0,048$)). Это можно объяснить большим управленческим опытом.

Таблица 25 – Оценка студентами и экспертами-руководителями важности характеристик лидера в здравоохранении, баллы

Характеристики	Студенты		Руководители		p
	M $\pm$ SD	Ранг	M $\pm$ SD	Ранг	
Стрессоустойчивость в условиях высокой нагрузки и кризисов	4,41 $\pm$ 0,91	2	4,54 $\pm$ 0,55	5	0,886
Способность принимать решения в условиях неопределённости	4,37 $\pm$ 0,72	4	4,49 $\pm$ 0,53	6	0,433
Эмпатия и умение работать с пациентами и коллегами	4,32 $\pm$ 0,79	6	4,43 $\pm$ 0,53	9	0,606
Этичность и соблюдение медицинской деонтологии	4,36 $\pm$ 0,76	5	4,62 $\pm$ 0,52	2	0,016
Стратегическое мышление и долгосрочное планирование	4,17 $\pm$ 0,78	12	4,59 $\pm$ 0,52	3	<0,001
Коммуникативные навыки (убеждение, активное слушание)	4,38 $\pm$ 0,79	3	4,47 $\pm$ 0,50	7	0,880
Лидерство через пример (ролевая модель для команды)	4,06 $\pm$ 0,83	14	4,28 $\pm$ 0,67	13	0,056
Гибкость и адаптивность к изменениям (например, новые технологии)	4,19 $\pm$ 0,74	9	4,41 $\pm$ 0,52	10	0,048
Знание современных медицинских процессов и стандартов	4,28 $\pm$ 0,78	7	4,45 $\pm$ 0,50	8	0,216
Умение делегировать задачи и управлять командой	4,21 $\pm$ 0,84	8	4,37 $\pm$ 0,49	12	0,423
Инновационность и готовность к экспериментам	4,03 $\pm$ 0,81	15	4,09 $\pm$ 0,57	14	0,801
Управление конфликтами в коллективе	4,19 $\pm$ 0,90	10	4,57 $\pm$ 0,50	4	0,002
Способность мотивировать и вдохновлять сотрудников	4,18 $\pm$ 0,84	11	4,38 $\pm$ 0,54	11	0,152
Культурная компетентность (работа в разнородной среде)	4,08 $\pm$ 0,79	13	4,07 $\pm$ 0,57	15	0,561
Ответственность за принятые решения	4,41 $\pm$ 0,72	1	4,71 $\pm$ 0,46	1	0,001

Обращает на себя внимание, что и эксперты, и обучающиеся самое высокое ранговое место из предложенных характеристик отдали ответственности за принятые решения. В число первых пяти, наиболее высоко оценённых и студентами, и экспертами характеристик вошли такие как этичность и соблюдение медицинской деонтологии и стрессоустойчивость в условиях высокой нагрузки и кризисов. В то же время студенты недооценивали важные, по мнению руководителей, характеристики – управление конфликтами в коллективе и стратегическое мышление с долгосрочным планированием. Согласно оценкам студентов в число наиболее высоко оцененных факторов вошли коммуникативные навыки (убеждение, активное слушание) и способность принимать решения в условиях неопределённости, которые, по-видимому, молодые лидеры здравоохранения хотели бы развивать у себя в большей степени.

Среди недооцененных качеств лидера эксперты статистически значимо более высоко оценили способность руководить ($4,51 \pm 0,57$ против $4,15 \pm 0,80$ балла, $p < 0,001$). При этом студенты значимо выше оценили наличие четких личных целей ($4,05 \pm 0,84$ против $3,70 \pm 0,67$ балла, $p < 0,001$) (Таблица 26).

Первое ранговое место по данному параметру по оценкам студентов занимает навык решать проблемы, тогда как эксперты эту характеристику поставили на второе место, а наиболее высокую оценку, по их мнению, получила способность руководить. Умение обучать и развивать подчиненных получило вторую ранговую оценку по мнению студентов и третью по мнению руководителей здравоохранения. Также в число наиболее высоко оцененных характеристик, согласно обоим опросам, вошла способность формировать и развивать эффективные рабочие группы (пятое ранговое место у студентов, третье-четвертое ранговое место – у экспертов). Отличием ранговых оценок в опросах было то, что в число первых пяти согласно опросу студентов, вошла высокая способность влиять на окружающих, в то время как у экспертов более высокую ранговую оценку получило знание современных управленческих подходов.

Таблица 26 – Оценка студентами и экспертами-руководителями качеств лидера, недооцениваемых в современных руководителях здравоохранения, баллы

Характеристики	Студенты		Руководители		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Разумные личные ценности	4,02±0,87	10	3,96±0,70	8	0,314
Четкие личные цели	4,05±0,84	9	3,70±0,67	10	<0,001
Упор на постоянный личный рост	4,06±0,80	8	3,88±0,73	9	0,073
Навык решать проблемы	4,32±0,81	1	4,43±0,52	2	0,738
Изобретательность и способность к инновациям	4,08±0,82	7	4,21±0,50	6	0,489
Высокая способность влиять на окружающих	4,13±0,78	4	4,13±0,64	7	0,763
Знание современных управленческих подходов	4,11±0,80	6	4,24±0,65	5	0,315
Способность руководить	4,15±0,80	3	4,51±0,57	1	<0,001
Умение обучать и развивать подчиненных	4,21±0,77	2	4,29±0,56	3-4	0,741
Способность формировать и развивать эффективные рабочие группы	4,12±0,84	5	4,29±0,56	3-4	0,301

Обращает на себя внимание практически полное совпадение оценок студентов и экспертов относительно важности характеристик эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении. Полностью совпали ранги трех наиболее высоко оцененных характеристик: способности управлять своими эмоциями и стрессом, способности сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений и умения выстраивать доверительные отношения с коллективом и с руководством. Также, в число пяти характеристик с наиболее высокой оценкой в обоих опросах, вошло умение разрешать конфликты, учитывая эмоциональные потребности сторон. Обе сравниваемые группы среди ведущих характеристик отметили способность распознавать и понимать эмоции. Только студенты отдали приоритет своим эмоциям, а эксперты-руководители – эмоциям других людей. Средние оценки характеристик эмоционального интеллекта лидера

в здравоохранения студентами и экспертами не имели статистически значимых различий (Таблица 27).

Таблица 27 – Оценка студентами и экспертами-руководителями важности характеристик эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении, баллы

Характеристики	Студенты		Руководители		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Способность распознавать и понимать свои эмоции	4,26±0,75	4	4,16±0,54	8	0,067
Способность управлять своими эмоциями и стрессом	4,38±0,77	1	4,43±0,62	1	0,967
Способность распознавать эмоции других людей	4,14±0,81	8	4,20±0,59	5	0,938
Способность влиять на эмоции других людей	4,00±0,85	9	4,04±0,58	9	0,868
Навык мотивировать команду, опираясь на эмоциональные потребности сотрудников	4,15±0,75	7	4,17±0,55	7	0,836
Умение разрешать конфликты, учитывая эмоциональные потребности сторон	4,21±0,75	5	4,28±0,48	4	0,906
Умение выстраивать доверительные отношения с коллективом и с руководством	4,28±0,71	3	4,29±0,61	3	0,845
Способность сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений	4,29±0,69	2	4,30±0,65	2	0,979
Осознание влияния собственных эмоций на рабочую атмосферу	4,19±0,75	6	4,18±0,58	6	0,591

При сравнении оценок студентов и экспертов аспектов эмоционального интеллекта, которым необходимо уделять больше внимания при подготовке руководителей здравоохранения, эксперты статистически значимо ниже оценили важность таких аспектов, как эмпатия (3,83±0,68 балла против 4,14±0,70 балла (p=0,001)) и управление конфликтами в коллективе (3,71±0,69 балла против

4,09±0,79 балла ($p<0,001$)) (Таблица 28).

Среди аспектов эмоционального интеллекта, которым необходимо уделять больше внимания в подготовке руководителей здравоохранения, согласно оценкам экспертов, первое и второе ранговые места разделили управление конфликтами и командная работа и сотрудничество. В опросе студентов эти характеристики также были высоко оценены, получив, соответственно третью и вторую позиции. При этом на первом ранговом месте у студентов находился эмоциональный самоконтроль, не получивший высокой оценки экспертов.

Таблица 28 – Оценка студентами и экспертами-руководителями аспектов эмоционального интеллекта, которым необходимо уделять больше внимания при подготовке руководителей здравоохранения, баллы

Характеристики	Студенты		Руководители		p
	M±SD	Ранг	M±SD	Ранг	
Эмоциональное самосознание	4,09±0,79	9	3,71±0,69	11	<0,001
Эмпатия	4,14±0,70	7	3,83±0,68	10	0,001
Организационная осведомленность	4,20±0,67	5	4,16±0,61	3	0,523
Эмоциональный самоконтроль	4,28±0,73	1	4,08±0,81	7	0,052
Способность к адаптации	4,21±0,80	4	4,09±0,77	6	0,170
Достижения	4,01±0,82	11	3,91±0,71	9	0,233
Позитивный взгляд	4,12±0,76	8	4,00±0,69	8	0,190
Вдохновляющее лидерство	4,16±0,83	6	4,11±0,72	5	0,422
Влияние	4,04±0,83	10	4,13±0,68	4	0,590
Управление конфликтами	4,22±0,79	3	4,32±0,57	1	0,617
Командная работа и сотрудничество	4,28±0,79	2	4,26±0,73	2	0,768

Высокие ранговые места были отданы, согласно обоим опросам, организационной осведомленности – третье ранговое место у экспертов и пятое – у студентов. Четвертое ранговое место в опросе студентов получила способность

к адаптации, в то время как у экспертов эта характеристика получила шестую позицию. Влияние и вдохновляющее лидерство получили, согласно опросу экспертов, четвертую и пятую ранговую позицию, при этом студентами они были недооценены.

Абсолютное большинство и студентов и руководителей здравоохранения высоко оценивают степень важности развития эмоционального интеллекта для лидера здравоохранения. Однако среди студентов доля лиц, занимающих по этому вопросу нейтральную позицию, оказалось статистически значимо больше – 27 (11,4%) против 1 (1,3%) ($p=0,015$) (Таблица 29).

Таблица 29 – Оценка важности развития эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении по мнению студентов и экспертов-руководителей, n (на 100 опрошенных)

на 100 опрошенных)			
Степень важности	Студенты	Руководители	p
Крайне важно	97 (41,1)	25 (32,9)	0,015
Важно	110 (46,6)	50 (65,8)*	
Нейтрально	27 (11,4)	1 (1,3)*	
Не очень важно	1 (0,4)	0 (0,0)	
Совсем не важно	1 (0,4)	0 (0,0)	
Примечание: * Статистически значимые различия на уровне $p<0,05$			

При сравнении оценок методов, в наибольшей степени способствующих развитию эмоционального интеллекта, следует отметить, что студенты статистически значимо чаще экспертов упоминали тренинги по развитию навыков общения – 84 (35,6%) против 16 (21,1%) опрошенных, в то время, как руководители чаще отдавали предпочтение лучшим практикам 23 (30,3%) против 37 (15,7) ($p=0,022$) (Таблица 30).

Таким образом оценки молодых лидеров здравоохранения и опытных руководителей-экспертов, относительно ключевых характеристик и качеств лидера в сфере здравоохранения, во многом совпадают.

Таблица 30 – Оценка студентами и экспертами-руководителями методов, способствующих развитию эмоционального интеллекта, n (на 100 опрошенных)

Методы	Студенты	Руководители	p
Тренинги по управлению стрессом	64 (27,1)	22 (28,9)	0,022
Тренинги по развитию навыков общения	84 (35,6)	16 (21,1)*	
Деловые игры	19 (8,1)	8 (10,5)	
Коучинг и наставничество	32 (13,6)	7 (9,2)	
Лучшие практики	37 (15,7)	23 (30,3)*	
Примечание: * Статистически значимые различия на уровне $p<0,05$			

При этом различия в оценках объясняются, по-видимому, взглядом экспертов через призму опыта руководящей деятельности, с чем сопряжен выбор качеств и характеристик, более востребованных в практической работе руководителя. Об этом свидетельствуют более высокие оценки таких характеристик лидера здравоохранения, как стратегическое мышление, способность к долгосрочному планированию, управлять конфликтами в коллективе и ответственность за принятые решения; признание в качестве недооцениваемых в современных руководителях здравоохранения таких качеств, как способность руководить и знание современных управленческих подходов; более высокая значимость, придаваемая развитию таких аспектов эмоционального интеллекта, как способность управлять конфликтами, влиять на подчиненных и вдохновляющее лидерство.

Студенты же более высоко оценивают те качества, которые им хотелось бы развить у себя, чтобы стать успешными в дальнейшей карьере. В этой связи можно отметить больший по сравнению с экспертами приоритет коммуникативных навыков и способности принимать решения в условиях неопределённости среди характеристик лидера в здравоохранении; большее внимание, уделяемое способности влиять на окружающих, как недооцененному качеству лидера в современных руководителях здравоохранения; а также выбор эмоционального самоконтроля и способности к адаптации в качестве наиболее

значимых для подготовки лидера здравоохранения аспектов эмоционального интеллекта, наряду с предпочтением тренингов в качестве метода развития эмоционального интеллекта.

Учитывая результаты исследования, представляется необходимым организовать школу мастерства в Ставропольском государственном медицинском университете для потенциальных лидеров здравоохранения по формированию и развитию лидерских качеств у студентов. Создание данной школы подразумевает научное и методическое обоснование ее создания; анализ опыта формирования и развития лидерских качеств у студентов; разработку рабочей программы подготовки студентов, а также организация работы школы мастерства. Основные показатели разработанной программы: продолжительность обучения 144 академических часа в течение учебного года, группа обучаемых 15 человек 5–6 курсов, предусмотрено проведение 18 учебных занятий методами активного обучения, подготовка к занятиям осуществляется методом «перевернутый класс», для контроля знаний и практических навыков обучаемых предусмотрены текущий, промежуточный и итоговый контроль.

Данная дополнительная программа подготовки студентов по лидерству создана и обсуждена 13 ноября 2025 г. на X Всероссийском совещании Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения и 27 ноября 2025 г. на межкафедральной конференции сотрудников кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко (ОЗЗ им. Н.А. Семашко) Сеченовского Университета и кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета 23 апреля 2026 г. Планируется ее реализация, начиная с 2026/2027 учебного года.

ГЛАВА 7. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

7.1. Нормативное правовое обеспечение кадровой политики здравоохранения Ставропольского края

В Ставропольском крае за последние годы приняты нормативные правовые документы, регламентирующие реализацию финансируемых из средств бюджета субъекта мер социальной поддержки медицинских работников, работающих в государственных организациях системы здравоохранения.

Законом Ставропольского края № 42-кз от 1 августа 2005 года «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, работающих и проживающих в сельской местности» установлена мера социальной поддержки по оплате жилых помещений, коммунальных услуг или отдельных их видов работников государственных учреждений, государственных организаций и государственных унитарных предприятий, работающих и проживающих в сельской местности с учетом индексации в 2025 году в размере 934,46 руб.

Законом Ставропольского края от 28 февраля 2023 года № 20-кз «О дополнительных мерах социальной поддержки медицинских и иных работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края» установлена специальная социальная выплата для медицинских работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, оказывающих отдельные виды медицинской помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расширен перечень категорий медицинских работников, которые имеют право на получение указанной выплаты. Специальная социальная выплата установлена в размерах от 4,5 до 18,5 тыс. рублей для медицинских работников по профилям «фтизиатрия», «паллиативная помощь», «психиатрия».

Постановлением Правительства Ставропольского края от 21 февраля 2018 года № 57-п «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины)» в зависимости от должности устанавливается размер выплат врачам до 1,5 млн рублей, специалистам среднего медицинского до 750 тыс. рублей в рамках программы «Земский доктор/фельдшер». Программа помогает обеспечивать квалифицированными кадрами сельские ФАПы и другие медицинские организации, особенно она актуальна для отдалённых территорий. За период реализации программы «Земский доктор/Земский фельдшер» было привлечено 1438 медицинских работников, из них: 1353 врача и 85 средних медицинских работников. В 2024 году единовременные компенсационные выплаты предоставлены 87 специалистам, из них: 72 врачам и 15 специалистам среднего медицинского персонала. В 2025 году министерством предоставлена выплата 90 медицинским работникам, из них: 73 врачам и 17 специалистам среднего медицинского персонала. Программа «Земский доктор/Земский фельдшер» в 2025 году исполнена министерством на 100%. На 2026 года запланировано предоставление единовременных компенсационных выплат 76 медицинским работникам, из них: 65 врачам и 11 средним медицинским работникам. В марте 2026 года выплата осуществлена 13 медицинским работникам, из них 11 врачей, 2 средний медицинский работник.

Законом Ставропольского края от 24 марта 2026 г. № 34-кз «О некоторых мерах, направленных на кадровое обеспечение в сфере охраны здоровья граждан на территории Ставропольского края в 2026 и 2027 годах» предоставляются следующие меры поддержки, направленные на кадровое обеспечение в сфере охраны здоровья граждан (далее – меры поддержки):

1) компенсация расходов физических лиц (за исключением индивидуальных предпринимателей) на оплату обучения граждан Российской Федерации,

обучающихся на пятом и (или) шестом курсах по договорам об оказании платных образовательных услуг по образовательным программам высшего образования – программам специалитета по специальностям «Лечебное дело» или «Педиатрия» в образовательных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по программам высшего медицинского образования, расположенных на территории Ставропольского края (далее соответственно – физическое лицо, обучающийся), и заключивших с медицинской организацией государственной системы здравоохранения Ставропольского края договор об осуществлении ими после завершения освоения образовательной программы трудовой деятельности (далее соответственно – медицинская организация, договор, гражданин Российской Федерации, заключивший договор), в размере фактической стоимости обучения за пятый и (или) шестой курсы обучения, но не более 210 тыс. рублей за один учебный год (далее – компенсация расходов на обучение);

2) предоставление ежемесячной денежной выплаты обучающемуся в размере 30 тыс. рублей (далее – ежемесячная денежная выплата).

Договор заключается при наличии у обучающегося по итогам двух следующих друг за другом в соответствии с календарным учебным графиком промежуточных аттестаций, предшествующих заключению договора, оценок только «отлично» и «хорошо» и отсутствии академической задолженности на дату заключения договора. Компенсация расходов на обучение предоставляется при отсутствии у обучающегося академической задолженности по итогам каждой следующей в соответствии с календарным учебным графиком промежуточной аттестации после заключения договора.

Ежемесячная денежная выплата предоставляется при наличии у обучающегося по итогам промежуточной аттестации в соответствии с календарным учебным графиком после заключения договора оценок только «отлично» и «хорошо» и отсутствии академической задолженности.

Компенсация расходов на обучение предоставляется за период с 1 сентября 2025 года по 30 июня 2027 года.

Ежемесячная денежная выплата предоставляется с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором был заключен договор, по 30 июня 2027 года.

Существенными условиями договора являются:

1) Обязательства медицинской организации, предусматривающие:

- предоставление гражданину мер поддержки;
- контроль успеваемости обучающегося с возможностью приостановления ежемесячной денежной выплаты в случае невыполнения требований, предусмотренных частью 4 статьи 2 настоящего Закона;
- обеспечение трудоустройства гражданина Российской Федерации, заключившего договор, в соответствии с полученной квалификацией в сроки, установленные договором, с указанием конкретного места осуществления трудовой деятельности.

2) Обязательства гражданина Российской Федерации, заключившего договор, включающие:

- освоение образовательной программы, предусмотренной договором, а также прохождение аккредитации специалиста;
- предоставление медицинской организации информации о результатах промежуточной и итоговой аттестации, ходе освоения образовательной программы и прохождении аккредитации специалиста;
- осуществление трудовой деятельности по полученной квалификации в месте, определённом договором, в течение не менее трёх лет с соблюдением сроков трудоустройства, установленных договором.

В случае неисполнения обязательств, связанных с освоением образовательной программы, предусмотренной договором, прохождением аккредитации специалиста и (или) осуществлением трудовой деятельности в течение установленного срока, предусмотренного договором, или расторжения договора в одностороннем порядке гражданин Российской Федерации, заключивший договор, обязан возместить в доход бюджета Ставропольского края расходы в виде предоставленных мер поддержки в трехкратном размере.

Гражданин Российской Федерации, заключивший договор, при досрочном расторжении трудового договора обязан возместить в доход бюджета Ставропольского края часть расходов в виде предоставленных мер поддержки, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду исходя из трехкратного размера со дня прекращения трудового договора.

Также в Ставропольском крае для привлечения медицинских кадров в государственные медицинские организации реализуются такие меры как:

1. Обучение по целевому направлению. Студент после окончания вуза обязуется в течение трёх лет отработать в медицинской организации, направившей его на обучение. Во время обучения студенты получают стипендию от медицинской организации.

По информации министерства здравоохранения Ставропольского края в 2024 году в Ставропольском крае было заключено 344 договора на целевое обучение будущих врачей. В медицинский вуз по программам специалитета поступило 214 студентов, а еще 130 – по программам ординатуры.

2. Профориентационная работа. Региональное Министерство здравоохранения и медицинские организации края системно ведут её среди учащихся средних и старших классов. В ставропольских школах открываются профильные химико-биологические классы, нацеленные на подготовку детей к поступлению в медицинские колледжи и вузы.

На базе СтГМУ создана малая медицинская академия (далее – ММА). Цель – профориентация школьников по специальным программам, формирование устойчивой мотивации к профессии врача. Учащиеся 9-11 классов имеют возможность ближе познакомиться с профессией врача, приобрести навыки научно-исследовательской деятельности, встретиться с видными учёными, врачами-клиницистами, узнать о прошлом и будущем медицины, посетить кафедры и музеи СтГМУ, адаптироваться к условиям обучения в Вузе. Занятия для слушателей ММА бесплатны. Учебный год в ММА длится с октября по апрель.

С 1 января 2025 года реализуется Национальный проект «Продолжительная

и активная жизнь», он рассчитан до 2030 года. Структура нацпроекта включает 11 федеральных проектов и один из них – «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». Он направлен на решение следующих задач:

- Снижение дефицита врачей в государственных клиниках с 29,4 тыс. До 1470 к 2030 году;
- Создание 85 кадровых центров для организации управления персоналом до 2030 года;
- Повышение квалификации 26 тыс. медицинских работников бригад скорой медицинской помощи к 2030 году.

Одной из действенных мер по привлечению медицинских работников в государственные медицинские организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края является программа «Земский доктор/Земский фельдшер», которая реализуется на территории Ставропольского края с 2012 года.

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640 и постановлением Правительства Ставропольского края от 21.02.2018 г. № 57-п «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины)», единовременную компенсационную выплату могут получить медицинские работники прибывшие (переехавшие) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек.

Таким образом, формирование кадрового потенциала системы здравоохранения Ставропольского края осуществляется на основе комплексного нормативно-правового регулирования, включающего федеральные и

региональные меры поддержки медицинских работников. Реализуемые механизмы предусматривают предоставление социальных выплат, развитие программ привлечения специалистов в сельские территории, совершенствование системы целевого обучения и стимулирование подготовки медицинских кадров. Важную роль в решении кадровых проблем играет взаимодействие органов государственной власти, медицинских организаций и образовательных организаций, прежде всего Ставропольского государственного медицинского университета. Реализация указанных мер направлена на повышение обеспеченности региона медицинскими кадрами, укрепление кадрового потенциала и повышение доступности и качества медицинской помощи населению региона.

7.2. Организация профориентационной деятельности для обеспечения системы здравоохранения Ставропольского края медицинскими кадрами

Система высшего медицинского образования предъявляет повышенные требования как к уровню подготовки абитуриентов, так и к степени осознанности выбора ими будущего профессионального направления. Для образовательной организации высшего медицинского образования, которая вступает в конкурентную борьбу за абитуриента, важными являются: скоординированная работа внутри коллектива, имидж университета, в том числе международный, профессионализм профессорско-преподавательского состава, организация системы довузовской подготовки, уровень интеллектуальных ресурсов самого абитуриента, а также качество преподавания профильных предметов в школах. В связи с этим, в Ставропольском государственном медицинском университете существует комплексный подход к формированию качественного контингента обучающихся для подготовки квалифицированных медицинских кадров с учетом потребностей регионов, оказание помощи молодежи в профессиональном самоопределении, становлении, социальной и психологической адаптации, дальнейшей трудовой деятельности.

Согласно концепции профориентационного развития в медицинском университете, основная работа проводится на 3 этапах: довузовском, вузовском и постдипломном.

Довузовский этап профориентационной деятельности включает следующие направления:

- Расширение профориентационного пространства посредством заключения договоров о сотрудничестве со специализированными образовательными организациями, создания центров профессионального тестирования школьников, профильных классов и других форм взаимодействия;
- Совершенствование профориентационной работы за счёт внедрения интернет-технологий, организации научно-исследовательской деятельности с одарёнными учащимися и других современных подходов;
- Организацию работы с абитуриентами, поступающими в рамках целевого набора;
- Формирование агитационных групп из числа студентов и преподавателей университета для проведения профориентационных мероприятий;
- Проведение Дней открытых дверей для потенциальных абитуриентов и их родителей;
- Организацию и проведение олимпиад школьников в рамках федеральных округов с целью накопления практического опыта и последующего включения олимпиад в перечень, предоставляющий льготы при поступлении в высшие учебные заведения.

Вузовский этап профориентационной работы включает:

- Сопровождение личностного и профессионального становления студентов, в том числе адаптационные мероприятия для первокурсников, систему кураторства, профориентационные мероприятия по курсам, а также психолого-педагогическую поддержку профессионального самоопределения обучающихся;
- Внедрение системы студенческого портфолио как инструмента личностного и профессионального развития;
- Использование активных форм и методов профориентационной

деятельности, включая тренинги, деловые игры и иные интерактивные технологии;

– Приоритетную ориентацию обучающихся на инновационную деятельность, научные исследования и разработки.

В рамках постдипломного этапа профориентационной деятельности осуществляются:

– Мониторинг эффективности трудоустройства и закрепления выпускников в медицинских организациях, оценка удовлетворённости работодателей качеством подготовки специалистов, а также анализ региональной потребности в кадровых ресурсах с высшим медицинским образованием;

– Взаимодействие с «Ассоциацией выпускников» университета по вопросам оценки эффективности трудоустройства выпускников и удовлетворённости работодателей уровнем их профессиональной подготовки.

В настоящее время довузовская подготовка в университете осуществляется по следующим направлениям:

- Малая медицинская академия (ММА);
- Подготовительные курсы для абитуриентов;
- Профильные лицейские классы «Медикус» с углубленным изучением латинского языка для школьников Ставропольского края;
- Конкурсы и медико-биологическая олимпиада школьников;
- Профориентационные информационные выезды в территории края;
- Проведение экскурсий, Дней открытых дверей в университете.

Расширение профориентационного пространства обеспечивается посредством заключения договоров о сотрудничестве с образовательными организациями региона, число которых превышает 30, а также деятельностью Малой медицинской академии, созданной в 2010 году.

Малая медицинская академия представляет собой добровольное объединение учащихся 9–11 классов и студентов медицинских колледжей из различных районов Ставропольского края и регионов СКФО. Заседания в ММА проводятся один раз в месяц, согласно утверждённому плану работы, и включают

лекции по специальности, мастер-классы и отработку практических навыков.

В деятельности Малой медицинской академии коллектив университета определяет следующие приоритетные направления работы:

- Создание условий для профессионального самоопределения личности и её дальнейшей самореализации в условиях Ставропольского края;
- Формирование качественного контингента обучающихся с целью подготовки квалифицированных медицинских кадров в соответствии с кадровыми потребностями региона;
- Развитие предметных знаний и личностных компетенций старшеклассников, необходимых для поступления на программы медицинского образования;
- Систематическое ознакомление обучающихся с медицинскими профессиями, направлениями и уровнями подготовки специалистов медицинского профиля;
- Обеспечение регулярного содержательного взаимодействия старшеклассников с профессорско-преподавательским составом и студентами высшей школы.

Кроме того, важное место в работе ММА занимает проведение тематических мастер-классов по: хирургии под руководством студенческого хирургического общества; реанимации новорожденных, подготовленного в федеральном аккредитационном центре СтГМУ; ожоговой травме с элементами определения площади ожоговой поверхности, дальнейшей тактике ведения и даже выполнения аутодермопластики; челюстно-лицевой хирургии с оказанием первой помощи при травмах лица и специализированной помощи в виде имплантации, сложного хирургического удаления зубов; травматологии и ортопедии с возможностью выполнения металлоостеосинтеза, навыков первой помощи при травмах и переломах; клинической психологии с навыками составления профиля и личностного профессионального роста, а также квест-игры, организованной студенческим обществом спасателей First Aid и прямых трансляций из операционных и клиник университета.

Анализ данных, представленных в таблице 31, свидетельствует о положительной динамике деятельности Малой медицинской академии ФГБОУ ВО СтГМУ за рассматриваемый период.

Таблица 31 – Динамика деятельности Малой медицинской академии ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России за период 2011-2026 гг.

Годы	Количество зарегистрированных слушателей	Количество выпускников	Количество поступивших в СтГМУ	Количество поступивших в другие медицинские вузы
2010/2011	163	78	24 (30,7%)	46
2011/2012	270	98	51 (52%)	40
2012/2013	304	114	56 (49,1%)	58
2013/2014	310	117	57 (48,7%)	60
2014/2015	414	120	59 (49,1%)	58
2015/2016	427	118	61 (51,6%)	62
2016/2017	376	123	64 (52%)	65
2017/2018	282	103	49 (47,5%)	54
2018/2019	310	117	54 (46,1%)	58
2019/2020	350	120	44 (36,6%)	50
2021/2022	357	126	56 (44,4%)	54
2022/2023	340	128	64 (50%)	60
2023/2024	320	132	74 (56%)	52
2024/2025	390	149	97 (65,1%)	48
2025/2026	420			
Базисный прирост	157,7%	91,0%	304,2%	4,3%

Число зарегистрированных слушателей увеличилось с 163 человек в 2010/2011 учебном году до 420 человек в 2025/2026 году (прирост 157,7%). Количество выпускников академии возросло с 78 до 149 человек (на 91,0%). Особенно выраженный рост отмечен по показателю поступления выпускников ММА в СтГМУ: с 24 человек (30,7%) до 97 человек (65,1%), что соответствует увеличению более чем в 3 раза (304,2%). При этом число поступивших в другие образовательные организации высшего медицинского образования оставалось относительно стабильным, демонстрируя незначительный прирост (4,3%). Это свидетельствует об эффективности Малой медицинской академии как

инструмента ранней профориентации и формирования контингента абитуриентов медицинского университета.

Организация работы с абитуриентами, поступающими по целевому набору, проводится совместно сотрудниками университета и министерством здравоохранения Ставропольского края.

Целевое обучение реализуется на основании договора, заключаемого между абитуриентом, поступающим на обучение по образовательной программе, либо обучающимся и органом государственной власти субъекта Российской Федерации, выступающим заказчиком целевого обучения.

Учащиеся по целевой программе проходят производственную практику у будущего работодателя и в целом могут рассчитывать на его содействие, например, при подготовке курсовой или дипломной работы.

Для обучающихся, проходящих подготовку в рамках целевого обучения, предусмотрены ежемесячные меры материальной поддержки, предоставляемые работодателем в соответствии с условиями заключённого договора.

Важным достижением и своеобразным брендом университета является создание в 2017 году лицейских классов «Медикус» с углубленным изучением латинского языка.

Медицинские классы являются частью структуры факультета довузовского образования и в своей деятельности руководствуются нормативно-правовыми документами, а учебный процесс осуществляется по разработанной общеобразовательной общеразвивающей программе для лицейских классов «Медикус» – «Основы медицинских знаний».

Двухлетняя программа обучения включает в себя:

- Модульное химико-биологическое обучение в количестве 102 часов, согласно учебно-тематическому плану;
- Изучение латинского языка, а в последующем – медицинского латинского языка;
- Обучение по программе ранней профессиональной ориентации «Шаг в медицину».

Преподавание биологии и химии ведётся по утверждённым Министерством образования и науки РФ учебным программам и учебникам профильного уровня в совокупности с учебно-методическими комплексами, разработанными ведущими специалистами СтГМУ. Основой модульной программы являются ежемесячный обзорный лекционный материал, решение ситуационных задач и творческих заданий по наиболее сложным и интересным темам. Именно такая схема позволяет наиболее оптимально, полно и эффективно реализовывать подготовку абитуриентов-медиков и способствует повышению уровня знаний по химии и биологии.

Программа латинского языка и медицинского латинского языка рассчитана на 40 часов и 36 часов соответственно. Занятия проводятся онлайн для лицеистов субъекта и в очной форме для школьников г. Ставрополя. Сотрудниками кафедры иностранных языков разработаны авторские методические и справочные пособия для школьников.

Знакомство с латинским языком до поступления в образовательную организацию высшего медицинского образования позволяет учащимся создать базу для дальнейшего изучения сложных медицинских дисциплин, значительно облегчая восприятие учебного материала и помогая быстрее адаптироваться к требованиям университета.

Кроме того, лицеисты посещают ежемесячные занятия по программе ранней профессиональной ориентации «Шаг в медицину». Это специальный элективный курс, реализуемый в условиях федерального аккредитационного центра СтГМУ и состоящий из лекций и практических занятий. Курс позволяет с большой эффективностью формировать основные компетенции в области первой помощи, ухода за больным и коммуникации с ним, а также навыков действия в чрезвычайных ситуациях.

Учащиеся медицинских классов являются активными слушателями ММА и мероприятий, проводимых университетом, таких как ежегодный фестиваль «Запусти сердце», праздник первой помощи, интерактивный урока «Гигиена полости рта и здоровье зубов», новогодняя квест игра.

Анализ динамики деятельности лицейских классов «Медикус» ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России за период 2017–2026 гг. свидетельствует о значительном расширении данного профориентационного проекта (Таблица 32). Число обучающихся в медицинских классах увеличилось с 18 человек в 2017/2018 учебном году до 316 человек в 2025/2026 году (базовый прирост 1655,6%).

Таблица 32 – Динамика деятельности лицейских классов «Медикус» ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России за период 2017-2026 гг.

Годы	Количество зачисленных в медицинские классы	Количество выпускников	Количество поступивших в СтГМУ	Количество поступивших в другие медицинские вузы
2017/2018	18			
2018/2019	41	18	12 (66%)	6
2019/2020	56	41	15 (36,5%)	20
2020/2021	86	52	24 (46,1%)	26
2021/2022	122	80	38 (47,5%)	36
2022/2023	152	92	48 (52%)	44
2023/2024	188	98	52 (98%)	46
2024/2025	220	104	69 (66%)	35
2025/2026	316			
Базисный прирост	1655,6%	477,8%	475,0%	483,3%

Одновременно возросло количество выпускников и поступающих в медицинский университет. Число выпускников увеличилось на 477,8%, а число поступивших в СтГМУ – на 475,0%. При этом доля поступающих в университет среди выпускников в разные годы составляла от 36,5% до 66%. В целом результаты исследования демонстрируют высокую эффективность лицейских медицинских классов в ранней профориентации и формировании контингента поступающих в медицинский университет.

Одним из значимых направлений научно-исследовательской деятельности является организация профильных олимпиад, направленных на выявление, развитие и поддержку одарённых школьников. Участие в решении олимпиадных заданий способствует формированию у обучающихся навыков исследовательской и аналитической работы. В университете регулярно организуются Ежегодная медико-биологическая олимпиада школьников, а также Всероссийская олимпиада «Будущее медицины».

Впервые в 2024-2025 гг. СтГМУ выступил соорганизатором Всероссийской олимпиады «Будущее медицины», в которой приняли участие 22 образовательные организации высшего медицинского образования России. Олимпиада состояла из 2 этапов:

- Заочного, включающего тестовые задания по химии и биологии, в котором приняло участие 830 учащихся 10-11 классов;
- Очного, включающего творческие задания и задачи по направлениям «химия и биология».

В соответствии с Правилами приёма федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2026 году, утверждёнными решением ученого совета от 24.12.2025, протокол № 5, пункта 54 о присвоении дополнительных баллов в рамках индивидуальных достижений, все победители и призёры олимпиад получают 2 дополнительных балла.

Традиционные «Дни открытых дверей» (ДОД) ежегодно собирают более 1000 абитуриентов и их родителей.

Ставропольский государственный медицинский университет в настоящее время насыщает профориентационный вектор Дня открытых дверей цифровыми технологиями, к числу которых относятся:

- Размещение интерактивных слайдеров и панелей на главной странице сайта, позволяющих предварительно познакомиться с программой и гостями предстоящих мероприятий;

- Онлайн-регистрация на мероприятия, которая даёт возможность прогнозирования контингента, его количество и перераспределение потоков по различным направлениям подготовки;

- Онлайн-трансляция мероприятий на сайте университета и различных социальных сетях, а также брифинг с ответственным секретарём приёмной комиссии, позволяющие задать любой вопрос об условиях приёмной кампании из различных уголков России;

- Возможность виртуальной экскурсии по университету для ознакомления с кафедрами, факультетами;

- Структуризация информации об университете и приёмной кампании в виде онлайн - сервиса абитуриента.

Технологичные подходы, возможности компьютерного моделирования и визуализации университет представляет профильными площадками на Дне открытых дверей:

- Система гаджетной анатомии в режиме 3D позволяет каждому школьнику окунуться в виртуальный мир строения человека, его тканей и даже клеток;

- Роботы-симуляторы до 7-го уровня реалистичности и реальные высокотехнические медицинские системы – гибкой эндоскопии и лапароскопии, роботы-пациенты, на которых проводят оперативные вмешательства с контролем жизненно важных функций, современное стоматологическое оборудование, позволяющее осуществлять 3D-моделирование, дентальную микроскопию, имплантацию зубов каждым абитуриентом.

К каждому мероприятию выпускаются информационные буклеты:

- Памятка абитуриенту (включает информацию о ходе приёмной кампании);

- Информационные буклеты о направлениях подготовки;

- Памятки о довузовском образовании.

Анализ динамики числа абитуриентов, принявших участие в Днях открытых дверей ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России за 2011–2026 гг., свидетельствует о росте интереса потенциальных абитуриентов к университету (Таблица 33).

Таблица 33 – Динамика числа абитуриентов, принявших участие в Дне открытых дверей в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России за период с 2011 по 2026 гг.

Годы	Количество участников Ноябрьского ДОД	Количество участников Февральского ДОД	Всего
2010/2011	420	400	820
2011/2012	400	350	750
2012/2013	430	410	840
2013/2014	420	440	860
2014/2015	530	520	1050
2015/2016	550	520	1070
2016/2017	550	550	1100
2017/2018	610	580	1190
2018/2019	600	550	1150
2019/2020	610	550	1160
2020/2021	Онлайн	Онлайн	1200
2021/2022	Онлайн	Онлайн	1160
2022/2023	Онлайн	350	1200
2023/2024	580	610	1190
2024/2025	700	720	1420
2025/2026	800	850	1650
Базисный прирост	90,5%	112,5%	101,2%

Общее число участников увеличилось с 820 человек в 2010/2011 учебном году до 1650 человек в 2025/2026 году, что соответствует базисному приросту 101,2%. Наиболее заметное увеличение отмечено по числу участников февральских мероприятий (112,5%), тогда как число участников ноябрьских Дней открытых дверей выросло на 90,5%.

Несмотря на временный переход к онлайн-формату в 2020–2022 гг., интерес к профориентационным мероприятиям университета сохранялся на высоком уровне и в последующие годы демонстрировал дальнейший рост.

Важным этапом в довузовском образовании является участие университета

в профориентационных мероприятиях и выставках: «Шаг в будущее», «Ежегодный межрегиональный форум «Абитуриент»», «Навигатор поступления», а также в Ярмарках вакансий на территориях Ставропольского и Краснодарского краёв. Таким образом, профориентационная работа на всех этапах подготовки к поступлению, обучения в университете и после его окончания позволяет мотивировать обучаемых и выпускников к качественному овладению профессиональными врачебными навыками.

Таким образом, реализуемая в СтГМУ система профориентационной работы, включающая деятельность Малой медицинской академии, лицейских классов «Медикус», профильных олимпиад и Дней открытых дверей, демонстрирует существенную эффективность и устойчивое развитие. Рост числа участников профориентационных мероприятий и увеличение доли поступающих в университет подтверждают результативность комплексного подхода к формированию контингента мотивированных абитуриентов и созданию базы для обеспечения системы здравоохранения региона квалифицированными медицинскими кадрами.

7.3. Модернизация дополнительного профессионального образования в аспекте подготовки квалифицированных врачебных кадров

Создание условий для подготовки специалистов, способных эффективно решать задачи практического здравоохранения, предъявляет особые требования к системе подготовки кадров. Длительное время в системе дополнительного профессионального образования (ДПО) сохранялся ряд системных проблем: недостаточная практикоориентированность программ, отставание содержания подготовки от современных запросов здравоохранения, отсутствие единых стандартов качества образовательных услуг, а также ограниченные возможности для непрерывного повышения квалификации. Указанные проблемы создавали разрыв между формируемыми компетенциями и реальными потребностями медицинских организаций.

В последние годы в рамках модернизации образовательного процесса в Институте дополнительного профессионального образования СтГМУ сложился системный подход, направленный на комплексное преодоление этих противоречий. Основу модернизации составила ориентация на запросы практического здравоохранения региона, что выразилось в разработке и внедрении программ ДПО, отвечающих современным требованиям клинической практики.

Организационной особенностью функционирования Института дополнительного профессионального образования СтГМУ является тесное взаимодействие с Министерством здравоохранения Ставропольского края и медицинскими организациями региона. Это взаимодействие реализуется по следующим направлениям:

- Прогнозирование кадровых потребностей (на основе данных мониторинга кадрового состава медицинских организаций формируется перспективный план подготовки специалистов по программам ДПО);
- Разработка образовательных программ ДПО по запросам медицинских организаций с учетом специфики их деятельности и выявленных дефицитов компетенций;
- Оценка качества подготовки (регулярное анкетирование работодателей позволяет корректировать содержание программ и оценивать удовлетворенность качеством подготовки специалистов).

При этом площадками для проведения циклов по программам ДПО выступают ведущие медицинские организации края, что обеспечивает погружение обучающихся в реальную профессиональную среду.

Данная модель взаимодействия позволяет обеспечить адресность подготовки специалистов и сократить разрыв между содержанием образовательных программ и реальными потребностями практического здравоохранения.

Образовательные программы строятся по модульному принципу, где каждый модуль соотнесен с конкретными профессиональными компетенциями.

Модульная структура позволяет:

- Адаптировать программы под индивидуальные образовательные потребности специалистов;
- Обеспечивать вариативность обучения за счет выбора модулей в зависимости от профиля деятельности;
- Оперативно обновлять содержание отдельных модулей без пересмотра всей программы.

В целях безопасной отработки практических навыков в образовательный процесс интегрированы симуляционные курсы. Применение симуляторов позволяет:

- Многократно воспроизводить клинические сценарии, включая редкие и неотложные состояния;
- Осуществлять аудио- и видеофиксацию действий для последующего анализа и коррекции;
- Исключить риски для пациентов на этапе освоения практических навыков;
- Обеспечить контролируемое формирование практических навыков с возможностью объективной оценки.

В структуре симуляционной подготовки предусмотрены как отработка отдельных манипуляций на фантомах и тренажерах, так и комплексные симуляционные сценарии – решение клинических задач в условиях, приближенных к реальным, и анализ выполненных действий с разбором ошибок и акцентом на правильные алгоритмы (дебрифинг).

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 8 декабря 2025 г. № 896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» и в рамках реализации приоритетов научно-технологического развития, в ИДПО ведется систематическая работа по внедрению цифровых технологий и технологий искусственного интеллекта в программы ДПО.

Разработка таких программ осуществляется на основе анкетирования медицинских работников, подтвердившего высокую потребность в освоении

компетенций в сфере цифровых технологий. Образовательные программы различной продолжительности (36, 72, 144 часа) направлены на формирование у специалистов знаний и навыков:

- Работы с медицинскими информационными системами;
- Применения медицинских изделий с использованием искусственного интеллекта;
- Использования систем поддержки принятия врачебных решений;
- Интерпретации результатов, полученных с применением цифровых алгоритмов.

Важным направлением развития кадрового потенциала является система непрерывного повышения квалификации преподавателей, участвующих в реализации программ ДПО. В ИДПО организованы регулярные семинары и тренинги по методике преподавания в системе ДПО, вопросам использования симуляционных технологий и цифровых образовательных ресурсов.

Анализ результатов модернизации образовательного процесса в ИДПО СтГМУ в период 2020-2025 гг. позволяет выделить перспективные направления дальнейшего развития системы дополнительного профессионального образования:

- Расширение применения технологий искусственного интеллекта в образовательном процессе, включая разработку интеллектуальных тренажеров для отработки диагностических алгоритмов и персонализированных образовательных траекторий;
- Развитие системы наставничества, предусматривающее прикрепление каждого слушателя к опытному специалисту на период прохождения практической подготовки;
- Совершенствование механизмов обратной связи с работодателями для оперативной актуализации содержания программ в соответствии с изменяющимися потребностями практического здравоохранения;
- Расширение спектра программ ДПО, направленных на формирование компетенций в области профилактической медицины, геронтологии,

паллиативной помощи, а также междисциплинарных компетенций;

- Укрепление материально-технической базы симуляционного центра с целью обеспечения отработки навыков по всем востребованным специальностям с использованием высокотехнологичного оборудования.

Реализуемые подходы позволят преодолеть разрыв между теоретической подготовкой и практической деятельностью, повысить качество освоения профессиональных компетенций и обеспечить соответствие уровня квалификации медицинских работников современным требованиям практического здравоохранения.

7.4. Система содействия трудоустройству выпускников университета

Показатель «трудоустройство выпускников» определен как один из основных критериев эффективности деятельности образовательной организации. Система здравоохранения как в целом в Российской Федерации, так и в Ставропольском крае до настоящего времени испытывает значительный дефицит врачебных кадров.

Причины существующей нехватки в государственных медицинских организациях врачей следующие:

- Естественная убыль, это выход на пенсию по достижении предельного возраста или смерть медицинского работника;
- Убытие за пределы ставропольского края по различным причинам (продолжение учебы в ординатуре в вузах других регионов рф, семейные обстоятельства, выход замуж в другой регион скфо и выезд туда на постоянное место жительства, выход замуж за военнослужащего, проходящего службу в вооруженных силах рф в другом регионе);
- Уход из профессии (нежелание работать в медицине);
- Уход в частную медицину (эта причина набирает в последнее время довольно существенный вес среди врачебного контингента);
- Уход в санаторно-курортную отрасль региона.

Так, по состоянию на 01.04.2026 г. в Ставропольском крае всего 2136 медицинских организаций, из них 296 (13,9%) – государственной формы собственности и 1840 – частной (86,1%). Из 128 санаториев, расположенных на территории края, 64 (50%) – частной формы собственности.

На решение проблемы кадрового дефицита в системе здравоохранения Российской Федерации ориентирована комплексная система федеральных и региональных проектов.

К их числу относятся национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», федеральный проект «Медицинские кадры», а также региональный проект «Медицинские кадры (Ставропольский край)».

В рамках регионального проекта «Медицинские кадры», рассчитанного на период 2025-2030 гг., предусмотрена реализация комплекса мероприятий, направленных на улучшение основных кадровых показателей и снижение дефицита медицинских работников в системе здравоохранения Ставропольского края:

- Обеспеченность населения врачами, работающими в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в расчете на 10 тыс. населения, предполагается довести с 34,2 до 35,6. Общее количество врачей в регионе с 9 850 довести до 10 252 человек;

- Снижение дефицита врачей в государственных медицинских организациях обеспечить на 95% от базового значения [252].

С учетом первоочередных задач, поставленных перед здравоохранением Ставропольского края, возрастает и значимость всей системы мероприятий, направленных в Ставропольском государственном медицинском университете на качественную подготовку обучающихся всех уровней образования (бакалавриат, специалитет, ординатура), а также содействие трудоустройству высококвалифицированных молодых специалистов в государственные медицинские организации.

Одной из мер устранения кадрового дефицита в крае является создание в

Ставропольском государственном медицинском университете структурного подразделения – центра развития регионального здравоохранения и содействия трудоустройству выпускников (далее – Центр).

Центр целенаправленно координирует со всеми заинтересованными сторонами решение всего комплекса вопросов, связанных со снижением существующего в Ставропольском крае и регионах Северо-Кавказского федерального округа дефицита врачебных кадров, определением реальной востребованности выпускников университета на рынке труда в сфере здравоохранения, а также с возможностями их трудоустройства.

Система содействия трудоустройству включает в себя следующие направления:

Консультационная и профориентационная работа с абитуриентами, с обучающимися специалитета и ординатуры с целью доведения информации о ситуации на рынке труда в сфере здравоохранения, о востребованных специальностях врачей, о наличии вакансий в медицинских организациях.

Взаимодействие с подразделениями университета. При взаимодействии с деканатами факультетов специалитета проводятся курсовые собрания со студентами выпускных курсов стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов. До участников собраний доводится информация о текущей ситуации на рынке труда в сфере здравоохранения региона, информация о наличии вакансий врачей в медицинских организациях, о востребованных специальностях в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Проводятся консультации по действиям обучающихся при обращении в медицинские организации или министерство здравоохранения Ставропольского края по вопросам заключения договоров целевого обучения, продолжения учебы в ординатуре, вариантов трудоустройства и другим.

Выпускникам разъясняется алгоритм действий после прохождения первичной аккредитации, включая вопросы трудоустройства в медицинские организации, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь, а также

порядок продолжения обучения в ординатуре.

При взаимодействии с приемной комиссией проводится совместное участие в организации выездных мероприятий по округам и городам субъекта для профориентационной работы с абитуриентами, включая мотивацию к заключению целевых договоров с министерством здравоохранения и медицинскими организациями.

При взаимодействии с факультетами довузовского образования, гуманитарного и медико-биологического образования проводятся совместные мероприятия по профориентационной работе с будущими абитуриентами: это Дни открытых дверей в университете, в которых принимают участие школьники 9-11 классов с родителями.

Во взаимодействии с деканатом факультета повышения квалификации врачебных кадров и учебно-методическим управлением осуществляется сбор общей информации об обучающихся для последующего внесения сведений в единую информационную систему мониторинга.

Сотрудничество с правовым отделом университета организовано в рамках работы с обучающимися специалитета и ординатуры, заключившими договоры о целевом обучении и не выполнившими обязательства по трудоустройству в медицинские организации, выступающие заказчиками целевого обучения.

При взаимодействии с отделом кадров происходит получение сведений о вакансиях в клиниках СтГМУ для трудоустройства обучающихся в рамках целевой подготовки.

В рамках взаимодействия с пресс-центром осуществляется размещение новостной информации, получение информации с сайта, фото проводимых мероприятий.

С отделом организации лечебной работы проводится взаимодействие в рамках проекта «ВУЗ-регион», предоставление информации за неделю, квартальных отчетов, трудоустройство проходящих целевое обучение в СтГМУ.

При взаимодействии с институтом ДПО осуществляется получение информации по повышению квалификации и профессиональной переподготовке

для работы с Национальным медицинским исследовательским центром Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В рамках взаимодействия с отделом информационно-технологического обеспечения осуществляется размещение на сайте информации о проводимых мероприятиях, о вакансиях врачей, о трудоустройстве выпускников.

Взаимодействие с министерством здравоохранения Ставропольского края.
Взаимодействие СтГМУ с подразделениями министерства здравоохранения Ставропольского края носит систематический характер, касается вопросов организации и проведения на базе университета ярмарок вакансий врачебных специальностей с приглашением руководителей медицинских организаций всех регионов края. С руководством министерства согласовываются дни, даты, время и место проведения мероприятий, участие определенных медицинских организаций. Проводятся совместные коллегии, встречи с руководителями медицинских организаций. Так, в июне 2025 года была проведена совместная коллегия Министерства здравоохранения Ставропольского края и СтГМУ с приглашением руководителей всех медицинских организаций края. Значительное внимание в выступлениях было уделено вопросам своевременного формирования сторонами сегмента федерального регистра медицинских и фармацевтических работников (ФРМР), подготовки медицинских организаций к приему на работу врачей–стажеров, а также мотивации ординаторов к работе врачами-стажерами.

С отделом кадров министерства здравоохранения проводится работа с информационным ресурсом ФРМР; координация работы с «целевиками» специалитета и ординатуры.

Взаимодействие с медицинскими организациями:

С медицинскими организациями взаимодействие осуществляется по следующим направлениям:

- Университету предоставляется информация о наличии врачебных вакансий по специальностям, о потребности во врачах – стажерах, уточняются сведения о целевиках конкретного региона, возможные проблемы с ними;
- Предоставляются сведения о приеме на работу наших выпускников, а

также оценка руководством организации уровня полученной теоретической и практической подготовки;

– Согласовываются вопросы предоставления информации о наличии возможностей повышения квалификации молодыми специалистами, мер социальной поддержки, наличия служебного жилья или компенсации за его найм;

– Согласовываются вопросы по организации индивидуальных встреч руководителя медицинской организации со студентами и ординаторами по имеющимся наиболее дефицитным специальностям с целью приглашения на работу.

Взаимодействие с другими ведомствами края. Взаимодействие в рамках профориентационной работы, а также по вопросам содействия трудоустройству выпускников нашего университета и сокращению в регионе дефицита медицинских кадров осуществляется и с другими ведомствами Ставропольского края. Так, с министерством труда и социальной защиты населения края в 2024 году университетом заключено Соглашение о взаимодействии, предусматривающее участие университета в совместных мероприятиях регионального и федерального масштаба, организуемых и проводимых министерством.

Осуществляется и взаимодействие с министерствами здравоохранения регионов Северо-Кавказского федерального округа в рамках работы по реализации проектов «ВУЗ-регион» и проектов развития сети НМИЦ МЗ РФ. Согласовываются вопросы работы с «целевиками» данных регионов, мониторинга их трудоустройства после завершения учебы в университете, своевременного обмена информацией по другим интересующим вопросам.

Центр также организует и проводит во взаимодействии с деканатами ярмарки вакансий. На ярмарки приглашаются руководители медицинских организаций края, а также студенты выпускных курсов и ординаторы из соответствующих территорий. Организуется индивидуальное собеседование руководителей с целевиками, поступившими по направлению от своих районов.

Мониторинг трудоустройства выпускников осуществляется после

завершения учебы и прохождения первичной аккредитации.

Проводится обратная связь с выпускниками по телефону, изучаются приказы о зачислении в ординатуру СтГМУ, работа в информационном ресурсе ФРМР, получая сведения от работодателей о приеме на работу выпускников.

В таблице 34 представлена динамика трудоустройства выпускников специалитета Ставропольского государственного медицинского университета за 2021-2025 гг.

Таблица 34 – Трудоустройство выпускников специалитета СтГМУ 2021-2025 г.

Годы	Выпуск к всего	Продолжил и учебу в ординатуре		Трудоустро- ено всего		Трудоустро- ены в Ставропол- ьском крае		Трудоустроены в других субъектах РФ		Продолжили учебу в ординатуре и трудоустро- ены	
		КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%
2021	591	420	70	154	26	98	16	56	8	574	96
2022	523	348	66	134	25	108	21	26	4	482	91
2023	573	390	68	130	22	104	18	26	4	520	90
2024	554	387	70	116	21	85	15	31	5	503	91
2025	584	395	68	164	28	122	21	42	7	559	96
Базисны й прирост, %	-1,2	-6,0	-2,9	6,5	7,7	24,5	31,3	-25,0	-12,5	-2,6	0,0

Общее число выпускников за рассматриваемый период изменялось незначительно и находилось в диапазоне от 523 человек в 2022 г. до 591 человека в 2021 г. К 2025 г. данный показатель составил 584 человека, что ниже базисного уровня на 1,2%.

Число выпускников, продолживших обучение в ординатуре, характеризовалось тенденцией к снижению: с 420 (70%) человек в 2021 г. до 395

(68%) человек в 2025 г. Базисный прирост показателя составил – 6,0% по абсолютному количеству выпускников и – 2,9% по удельному весу.

Одновременно наблюдался рост общего числа трудоустроенных выпускников. Если в 2021 г. трудоустроено 154 человека (26%), то в 2025 г. - 164 человека (28%), что соответствует приросту на 6,5% по абсолютному показателю и на 7,7% по доле трудоустроенных.

Особое значение имеет динамика трудоустройства в медицинские организации Ставропольского края. В 2021 г. в регионе трудоустроились 98 выпускников (16%), тогда как в 2025 г. – 122 человека (21%). Базисный прирост составил 24,5% по абсолютному значению и 31,3% по удельному весу.

Отмечено сокращение числа выпускников, трудоустроенных в других регионах Российской Федерации с 56 человек (8%) в 2021 г. до 42 человек (7%) в 2025 г., что соответствует снижению на 25% по количеству и на 12,5% по удельному весу. Данная тенденция показывает повышение привлекательности системы здравоохранения региона для молодых специалистов.

Совокупный показатель продолжения обучения в ординатуре и трудоустройства остается стабильно высоким на протяжении всего анализируемого периода – от 90% до 96%, составляя в 2025 г. 96%, что отражает устойчивую профессиональную ориентацию выпускников медицинского университета.

Таким образом, в 2021-2025 гг. постепенно увеличивается доля выпускников, трудоустроившихся в медицинские организации Ставропольского края. При этом, несколько снижается доля выпускников, продолживших обучение в ординатуре. Данные тенденции отражают повышение востребованности молодых специалистов в системе здравоохранения региона. Полученные результаты также могут указывать на эффективность отдельных мер кадровой поддержки, реализуемых в Ставропольском крае.

В таблице 35 представлена динамика трудоустройства выпускников ординатуры Ставропольского государственного медицинского университета за 2021-2025 гг.

Таблица 35 – Трудоустройство выпускников ординатуры СтГМУ 2021-2025 г.

Год	Выпуск всего	Трудоустроено всего		Трудоустроено в Ставропольском крае		Трудоустроено в других субъектах РФ	
	количес тво	количес тво	%	количес тво	%	количе ство	%
2021	547	497	91	329	60	168	31
2022	537	462	86	330	61	132	25
2023	561	472	84	359	64	113	20
2024	565	491	87	333	59	158	28
2025	654	574	88	409	63	165	25
Базисный прирост, %	19,6	15,5	-3,3	24,3	5,0	-1,8	-19,4

Общее число выпускников ординатуры за анализируемый период увеличилось с 547 человек в 2021 г. до 654 человек в 2025 г. Базисный прирост за этот период составил 19,6%. Количество трудоустроенных выпускников также выросло – с 497 до 574 человек, что соответствует приросту 15,5%. Несмотря на увеличение абсолютного числа трудоустроенных, их удельный вес несколько снизился – с 91% в 2021 г. до 88% в 2025 г. (-3,3%).

Наиболее выраженная положительная динамика отмечается по трудоустройству в медицинские организации Ставропольского края. Число выпускников ординатуры, приступивших к профессиональной деятельности в регионе, увеличилось с 329 человек в 2021 г. до 409 человек в 2025 г., что соответствует приросту 24,3%. Доля таких выпускников возросла с 60% до 63%.

При этом отмечается снижение числа выпускников, трудоустроенных в других субъектах Российской Федерации – с 168 человек (31%) в 2021 г. до 165 человек (25%) в 2025 г. Базисное изменение данного показателя составило – 1,8% по количеству и -19,4% по удельному весу.

Результаты анализа трудоустройства выпускников ординатуры показывают рост общего числа выпускников ординатуры и увеличение числа и доли трудоустроенных в медицинские организации Ставропольского края, при одновременном сокращении доли специалистов, уезжающих в другие субъекты Российской Федерации.

Анализ трудоустройства выпускников специалитета и ординатуры Ставропольского государственного медицинского университета за 2021-2025 гг. свидетельствует о сохранении высокой степени их вовлечённости в систему медицинского образования и практического здравоохранения. В обоих случаях совокупная доля выпускников, продолжающих обучение либо трудоустроенных по специальности, остаётся стабильно высокой на протяжении рассматриваемого периода.

Прослеживается тенденция к постепенному увеличению трудоустройства в медицинские организации Ставропольского края. Одновременно наблюдается снижение доли специалистов, трудоустраивающихся в других субъектах Российской Федерации. Особенно выражена данная тенденция среди выпускников ординатуры, для которых характерен рост абсолютного числа трудоустроенных в Ставропольском крае.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о повышении эффективности региональной кадровой политики, ориентированной на закрепление молодых специалистов в медицинских организациях Ставропольского края. Реализация механизмов целевого обучения, расширение мер социальной поддержки и укрепление взаимодействия между образовательными организациями и работодателями способствуют более раннему вовлечению выпускников в профессиональную деятельность и снижению миграционного оттока медицинских кадров в другие регионы. Выявленные тенденции отражают положительную динамику формирования кадрового потенциала региональной системы здравоохранения и повышение её способности обеспечивать медицинские организации квалифицированными специалистами.

Резюме

В ходе исследования установлено, что формирование кадрового потенциала системы здравоохранения Ставропольского края осуществляется на основе комплексного подхода, включающего нормативно-правовое регулирование, профориентационную деятельность, модернизацию системы дополнительного профессионального образования и развитие механизмов содействия трудоустройству выпускников.

Показано, что реализуемые на федеральном и региональном уровнях меры социальной поддержки, программы целевого обучения и проекты по привлечению медицинских кадров создают основу для снижения кадрового дефицита и повышения устойчивости региональной системы здравоохранения.

Установлена эффективность системы профориентационной работы, реализуемой в СтГМУ, включая деятельность Малой медицинской академии, лицейских классов «Медикус», профильных олимпиад и Дней открытых дверей. Рост числа участников профориентационных мероприятий и увеличение доли поступающих в университет подтверждают результативность формирования мотивированного контингента абитуриентов.

Доказано, что модернизация дополнительного профессионального образования, основанная на взаимодействии с работодателями, внедрении модульного принципа обучения, симуляционных технологий и цифровых решений, позволяет повысить практикоориентированность подготовки и сократить разрыв между образовательным процессом и потребностями здравоохранения.

Установлено, что функционирование системы содействия трудоустройству выпускников, основанной на межведомственном взаимодействии, мониторинге кадровых потребностей и сопровождении профессиональной траектории обучающихся, способствует увеличению доли трудоустройства выпускников, в том числе в медицинские организации Ставропольского края, и снижению их оттока в другие субъекты Российской Федерации.

В целом полученные результаты свидетельствуют о формировании в Ставропольском государственном медицинском университете интегрированной модели подготовки, закрепления и развития медицинских кадров, обеспечивающей повышение кадровой обеспеченности региональной системы здравоохранения.

ГЛАВА 8. ЦИФРОВАЯ ЭКОСИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

8.1. Цифровые инструменты рекрутинга медицинских работников как перспективное направление кадровой политики здравоохранения субъекта Российской Федерации

Важнейшей составляющей реформирования кадровой политики системы здравоохранения субъекта Российской Федерации является создание эффективных инструментов для управления пространственным и квалификационным распределением человеческого капитала на основе объективного анализа ситуации. Парадокс современного рынка труда медицинских кадров заключается в сочетании формально высоких показателей обеспеченности врачами на уровне субъекта Российской Федерации с их критическим дефицитом на местах – в отдельных, чаще всего сельских, муниципалитетах и в первичном звене оказания медицинской помощи [80, 123]. Указанная структурно-пространственная диспропорция формирует системные риски, проявляющиеся в снижении доступности и качества медицинской помощи населению, увеличении нагрузки на медицинских работников, а также усилении социальной напряжённости.

Традиционные механизмы решения кадрового вопроса в сфере здравоохранения – такие как целевое обучение, программа «Земский доктор», нормативное регулирование распределения молодых специалистов – демонстрируют ограниченную эффективность в долгосрочной перспективе [106]. Они зачастую носят реактивный, «заплаточный» характер и не формируют устойчивых механизмов привлечения и, что критически важно, «закрепления» выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования в субъектах Российской Федерации. Молодые специалисты сталкиваются с информационной изоляцией, отсутствием прозрачной и полной картины о

вакансиях, условиях труда, социальных гарантиях и возможностях профессионального роста на конкретной территории [247].

В этой ситуации универсальные цифровые агрегаторы вакансий не являются адекватным решением [174]. Их основная слабость применительно к сфере здравоохранения – отсутствие отраслевой специфики. Медицинские вакансии оказываются малозаметными в общем потоке, фильтры не учитывают номенклатуру медицинских должностей, типы учреждений или уникальные критерии поиска, такие как предоставление служебного жилья или ведомственного детского сада [282]. Для работодателя – медицинской организации это приводит к высоким транзакционным издержкам: необходимости вручную отфильтровывать неподходящие отклики, конкуренции за внимание соискателей с другими отраслями и отсутствию инструментов для стратегического кадрового планирования.

В связи с этим актуальной задачей является разработка специализированного цифрового инструмента, объединяющего функции рекрутинговой площадки, средств анализа и мониторинга обеспеченности медицинскими кадрами и трудоустройства выпускников с учетом потребностей конкретного субъекта Российской Федерации [3]. Таким решением может стать отраслевая цифровая экосистема (карьерный портал), интегрирующая в единый контур все этапы жизненного цикла медицинского работника: от профориентации и целевого обучения до трудоустройства, адаптации и непрерывного профессионального развития, с привязкой к конкретным потребностям региона [34, 155].

Создание карьерного портала реализуется в рамках соглашения о сотрудничестве между ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России и министерством здравоохранения Ставропольского края при поддержке Губернатора и Правительства региона.

Данный проект знаменует переход от создания изолированных сервисов к проектированию цифровых многосторонних экосистем. Карьерный портал в данном понимании – это не просто сайт-агрегатор, а целостная среда,

объединяющая студентов, выпускников, работодателей и органы исполнительной власти в сфере здравоохранения на единой цифровой платформе с общими стандартами данных и правилами взаимодействия, что минимизирует издержки поиска и координации. Ключевая особенность такого подхода – ориентация исключительно на специфику медицинских кадров, что отличает его от универсальных платформ, где медицинские вакансии теряются среди предложений из других отраслей, а фильтры не учитывают отраслевой специфики, что является одной из основных трудностей, с которыми сталкиваются кадровые службы на общих ресурсах, вынужденные конкурировать за талантливых специалистов в неадаптированной среде.

Научной основой для проектирования архитектуры и функционала карьерного портала явились результаты анкетирования, позволившие выявить комплекс факторов, влияющих на закрепление кадров – от развитой инфраструктуры до возможности профессионального роста (глава 4, Таблица 14-17, стр. 159-165).

Таким образом, портал проектируется как механизм формирования приверженности молодого специалиста региону, путем агрегации и визуализации информации о социальных льготах, мерах поддержки, образовательных возможностях и техническом оснащении организаций.

Стратегическая цель создания карьерного портала в полной мере согласуется с задачами национального проекта «Кадры», запущенного в 2025 году, ключевыми целями которого является достижение баланса между спросом и предложением на рынке труда, а также модернизация системы подготовки специалистов. Реализация этой цели на уровне региона заключается в формировании инструмента для оперативного реагирования на кадровые потребности экономики. Карьерный портал становится именно таким инструментом – цифровым интерфейсом между системой образования и рынком труда, обеспечивающим не только трудоустройство, но и непрерывное сопровождение профессионального становления специалиста путем создания единой системы, объединяющей студентов, выпускников, работодателей и орган

управления здравоохранением региона.

Ключевым звеном, координирующим работу со всеми заинтересованными сторонами: министерством здравоохранения края, медицинскими организациями, органами местного самоуправления, является Центр развития регионального здравоохранения и содействия трудоустройству выпускников, созданный на базе университета. Его практическая деятельность, такая как проведение индивидуальных бесед с «целевиками», мониторинг трудоустройства, организация ярмарок вакансий и, что особенно важно, системная работа по мотивации ординаторов к трудоустройству на должности врачей-стажеров, представляет собой содержательное наполнение тех процессов, которые будут оцифрованы и масштабированы через портал. Таким образом, портал является цифровым усилителем и интегратором уже существующей и доказавшей эффективность организационной структуры.

Масштаб целевой аудитории и острота проблемы делают проект особенно значимым. На текущий момент, в университете обучаются 1370 ординаторов и 6280 студентов, из них свыше 2200 студентов старших курсов – будущие врачи, выходящие на рынок труда в ближайшие 1-2 года. Однако ключевой вопрос заключается не в общем количестве выпускников, окончивших университет, а в том, сколько из них «закрепляются» в регионе. Именно на решение этого вопроса и нацелено создание карьерного портала.

8.2. Архитектура и функционал карьерного портала

Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Архитектура портала строится на основе многосторонней платформенной модели, где каждый класс пользователей выполняет строго определенную роль и получает соответствующий функционал, что создает эффект сетевого взаимодействия.

Для группы соискателей вакансий (студенты, ординаторы, выпускники) портал выступает, прежде всего, как навигатор карьерной траектории. Помимо базовой функции поиска вакансий, ключевыми сервисами становятся: создание цифрового резюме, аккумулирующего данные об успеваемости, практиках и научной деятельности; доступ к персонализированным рекомендациям вакансий; а также уникальный сервис, агрегирующий всю палитру социальных мер поддержки – от льготной ипотеки и служебного жилья, до компенсаций отдыха и программ устройства детей в дошкольные организации. Это напрямую отвечает выявленным в ходе опросов приоритетам молодых специалистов, для которых жилищный вопрос и социальные гарантии являются решающими факторами при выборе места работы.

Для работодателя портал трансформируется из канала рекрутинга в инструмент кадрового планирования и управления. Личный кабинет позволяет не только размещать вакансии, но и формировать долгосрочный «банк кадровых потребностей», просматривать цифровые профили потенциальных кандидатов еще на стадии их обучения, использовать аналитические панели для оценки кадровой ситуации. Это позволяет перейти от поиска сотрудников к формированию кадрового резерва, что особенно критично для организаций, испытывающих хронический дефицит, например, в сельской местности.

Для категории администраторов (образовательная организация высшего медицинского образования, министерство здравоохранения) портал выступает как система управления и аналитики. Университет, выполняя роль оператора платформы, получает инструмент для мониторинга выполнения целевых договоров, организации практик и трудоустройства выпускников. Министерство здравоохранения, в свою очередь, получает «цифровой пульт» для мониторинга кадровой обеспеченности подведомственной сети в режим реального времени, анализа эффективности мер поддержки и формирования обоснованных прогнозов потребности в специалистах для корректировки госзадания.

Правовой основой для функционирования этой сложной экосистемы служит соглашение о сотрудничестве между министерством здравоохранения

Ставропольского края и ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России. Данный документ закрепляет некоммерческий, безвозмездный характер взаимодействия, основанный на принципах взаимной заинтересованности и паритетности. Важнейшими пунктами соглашения являются взаимные обязательства: со стороны министерства – рекомендовать подведомственным организациям оперативное и полное размещение вакансий, со стороны университета – обеспечивать технологическую и контентную модерацию платформы, а также гарантировать безопасность и конфиденциальность обработки персональных данных пользователей в строгом соответствии с законодательством.

Функционал карьерного портала можно декомпозировать на несколько ключевых модулей, каждый из которых реализует конкретный механизм решения выявленных проблем (Рисунок 74).

1. Механизм интеллектуального поиска и снижения информационной асимметрии.

The screenshot displays the 'Создание вакансии' (Job Creation) interface. The background shows the portal's sidebar with 'Вакансии' (Jobs) selected. The main form contains the following elements:

- Образование** (Education): A dropdown menu with the placeholder 'Выберите образование'.
- Населённый пункт** (Settlement): A dropdown menu with the placeholder 'Выберите населённый пункт'.
- Требования к соискателю** (Requirements for applicant): A section for specifying requirements.
- Modal Window:** A list of conditions and filters with checkboxes:
 - ☒ Предоставление служебного жилья или компенсация аренды
 - ☒ Компенсации коммунальных услуг
 - ☒ Оплата курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки
 - ☐ Подъёмные выплаты при трудоустройстве молодых специалистов и при переезде на работу в сельскую местность
 - ☐ Предоставление земельных участков или содействие в их получении
- Buttons:** 'Отмена' (Cancel) and 'Создать' (Create).

Рисунок 74 – Наличие условий и фильтров, разработанных с учетом отраслевой специфики

Основное конкурентное преимущество отраслевого портала перед универсальными агрегаторами заложено в его семантическом ядре и системе фильтрации.

Если на общероссийских платформах поиск по медицинским специальностям зачастую неточен из-за обобщенных категорий, то здесь фильтры изначально настроены на отраслевую специфику: можно вести поиск по конкретной направленности подготовки, типу медицинского медицинской организации, а также по уникальным для здравоохранения критериям – наличию социального пакета, предоставлению жилья и т.п. Более того, заложенная в техническом задании функция персонализированных рекомендаций подразумевает работу алгоритмов, анализирующих цифровой профиль пользователя, что реализует принцип таргетированного снижения информационной нагрузки на соискателя и рекрутера.

2. Механизм формирования приверженности и управления карьерной траекторией.

Цифровое резюме на портале – это динамичный профиль, который может включать данные об обучении, академической успеваемости, научной и практической деятельности (Рисунок 75).

Моё портфолио

Учебный план:

Зачетная книжка №423414. Заочная, Факультет гуманитарного и медико-биологического образования, 44.04.03 ⌵

Показать

Введите этап... 🔍 Добавить ⌵

- Все этапы
 - Учебная деятельность
 - Разработка курсовых работ
 - Контрольная работа
 - Отчет по практике
 - Участие в предметных олимпиадах
 - Научно-исследовательская деятельность
 - Написание и подготовка к изданию научной статьи
 - Написание и подготовка к изданию тезисов доклада
 - Выступление с докладом

Редактировать Удалить

Наименование	Разработка интегрированной системы навигации для малоинвазивной нейрохирургии на основе искусственного интеллекта
Дата	6 окт. 2025 г.
Закрепление Объектов	📅
Авторы	📅

Оценка:

Рисунок 75 – Пример формирования цифрового портфолио обучающегося

Ключевым элементом является агрегация и структуризация всего спектра мер поддержки, существующих в регионе для молодых специалистов. Согласно данным анкетирования студентов образовательной организации высшего медицинского образования, к ним относятся: компенсация затрат на отдых и лечение работника и членов его семьи; предоставление земельных участков; частичная оплата ЖКХ, детского сада; обеспечение транспортом; льготные ипотечные кредиты; добровольное медицинское страхование; досрочная пенсия; выделение служебного жилья. Портал трансформирует этот разрозненный перечень в наглядную, сравниваемую и привязанную к конкретным вакансиям цифровую панель, тем самым напрямую влияя на процесс формирования приверженности молодого специалиста региону (Рисунок 76).

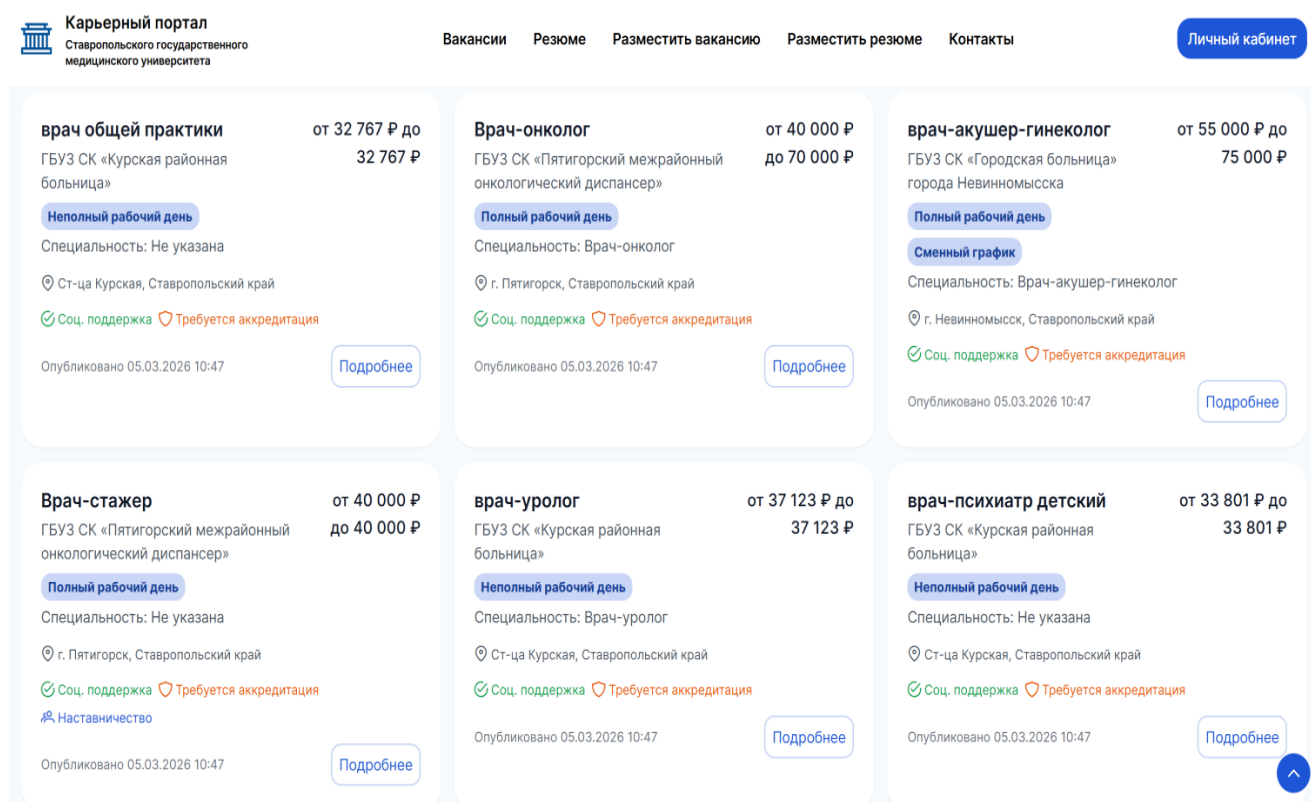


Рисунок 76 – Отображение вакансий в цифровой панели

3. Механизм аналитики и прогнозирования

Данный модуль является стратегическим ядром портала, превращающим

его в инструмент управления кадровыми ресурсами региона (Рисунок 77).

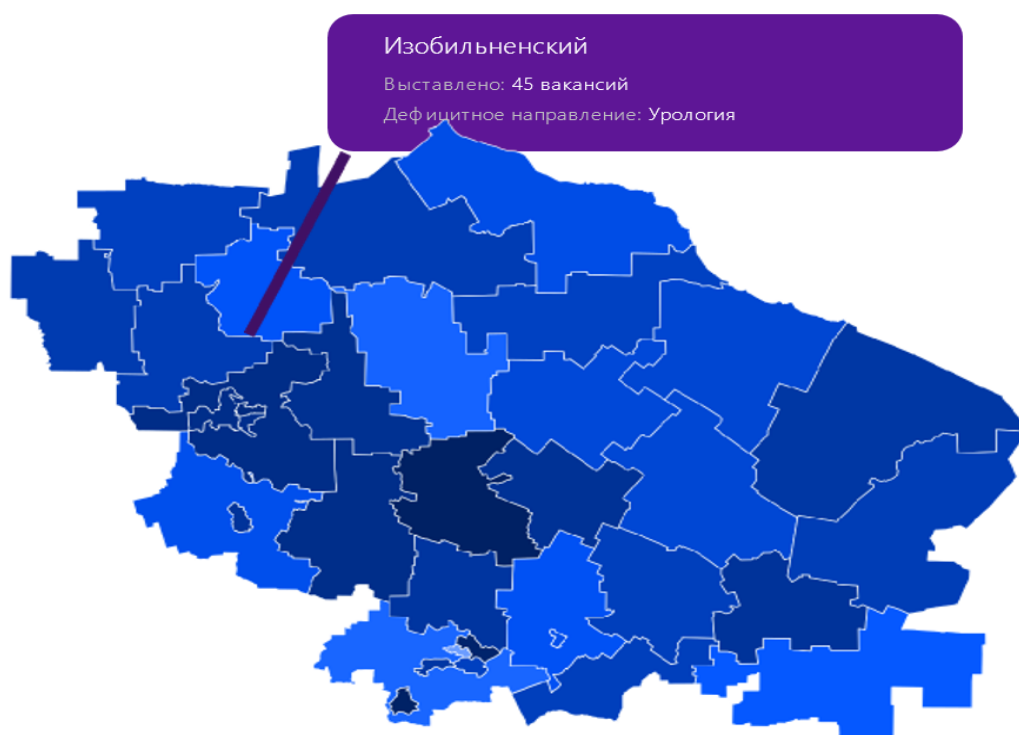


Рисунок 77 – Система геоаналитики с визуализацией на карте территорий с наличием дефицита кадров по определенным специальностям

Формируемый на основе данных от работодателей «банк кадровых потребностей» представляет собой структурированную цифровую модель спроса на медицинские кадры в субъекте Российской Федерации. Его анализ позволяет не только выявлять текущие дефициты, но и формировать прогноз, соответствующий задачам пятилетнего планирования потребности в кадрах. Особую ценность для такой аналитики представляют данные о текущей структуре трудоустройства выпускников. Так, согласно результатам самообследования деятельности ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России (<https://stgmu.ru/sveden/files/004755.pdf>), доля выпускников специалитета, продолжающих обучение в ординатуре, стабильно составляет 60-75%, что отвечает потребности во врачах-специалистах, но откладывает переход к практической деятельности. При этом в медицинские организации, оказывающие

медицинскую помощь в амбулаторных условиях, трудоустраивается лишь около четверти выпускников.

Анализ этих потоков через портал позволит выработать точечные меры по изменению сложившейся структуры распределения выпускников.

4. Механизм снижения коммуникационных издержек.

Эффективность платформы определяется также качеством опосредованного ею взаимодействия (Рисунок 78).

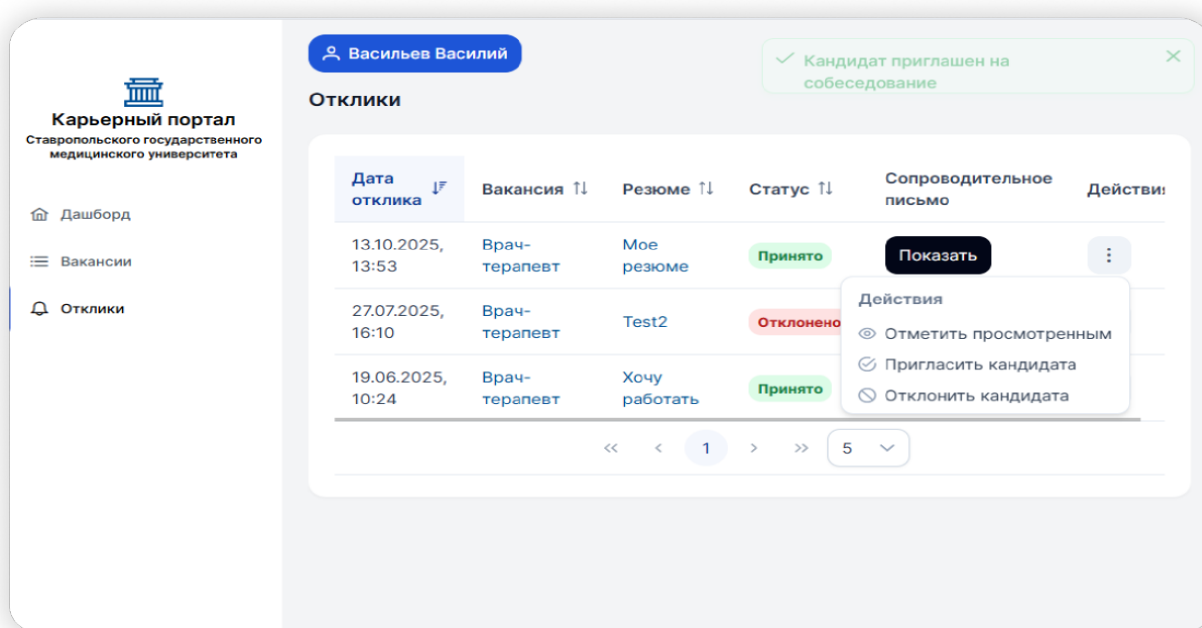


Рисунок 78 – Вид личного кабинета работодателя с функциями работы с соискателями вакансий

Встроенные инструменты коммуникации – от защищенных чатов до систем организации видео-собеседований – минимизируют необходимость переключения между внешними сервисами, снижая коммуникационные издержки и повышая безопасность обработки персональных данных. Работа портала строится в строгом соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» и действующих нормативных актов ФСТЭК и ФСБ России.

Интеграция портала с очными мероприятиями, такими как ярмарки

вакансий, которые уже являются устоявшейся практикой Центра развития регионального здравоохранения и содействия трудоустройству выпускников, создает эффект смешанного, гибридного взаимодействия, усиливая общий сетевой эффект экосистемы. Важной функциональной задачей, имплементируемой через портал, станет поддержка процесса трудоустройства ординаторов на должности врачей-стажеров, что выделено как одно из главных направлений работы.

5. Учет мотивационных профилей целевых групп пользователей в дизайне экосистемы.

Эффективность цифровой экосистемы напрямую зависит от ее способности учитывать разнородные потребности пользователей. Данные опросов студентов и ординаторов, приведенные в главе 4, выявляют существенные различия в их мотивационных профилях, что должно находить прямое отражение в логике работы портала и стратегии коммуникации.

И для студентов, и для ординаторов ведущей причиной выбора профессии является призвание и престиж профессии. Однако на этапе выбора места работы приоритеты дифференцируются. Большинство участников исследования отмечают приоритет личного профессионального роста и совершенствования. Следующим по значимости фактором становится стремление к материальному благополучию. При этом для ординаторов, обладающих большим практическим опытом, возможность профессионального и карьерного роста, а также самостоятельной практической работы оценивается значимо выше, чем для студентов (глава 4, Таблица 12, стр. 151).

При выборе работодателей студенты в большей степени ориентированы на государственные медицинские учреждения, в то время как ординаторы проявляют большую заинтересованность в частных клиниках, особенно в долгосрочной перспективе. Обе группы отдают приоритет медицинским организациям регионального центра (г. Ставрополь) перед другими территориями края. Среди недостатков работы в государственных клиниках обе группы на первое место ставят низкий уровень заработной платы, далее следует

недостаточное материально-техническое оснащение. Однако ординаторы, обладая личным опытом, в целом более высоко оценивают плюсы работы в государственных медицинских организациях (надежность, стабильность, оплачиваемый отпуск), демонстрируя более сбалансированное восприятие (глава 4, Таблица 20, стр. 169).

Выявленные различия обуславливают необходимость дифференциации контента и интерфейса. Например, для студентов акцент может делаться на стабильности и социальных гарантиях госсектора, для ординаторов – на возможностях профессионального роста и карьерных траекториях как в государственных, так и в частных клиниках. Алгоритмы рекомендаций должны учитывать принадлежность к группе.

Дифференцированная стратегия продвижения предполагает, что для студентов младших курсов ключевым каналом должны быть кураторы и кафедры, с акцентом на «раннюю карьерную навигацию»; для выпускников и ординаторов – прямые почтовые рассылки и сообщения в соцсетях о вакансиях для врачей-стажеров.

В ходе исследования были проанализированы показатели пользовательской активности и структура источников трафика портала за период с сентября 2025 года по апрель 2026 года. Полученные данные свидетельствуют о сформировавшемся интересе целевой аудитории к ресурсу и о достаточном уровне вовлечённости пользователей.

За указанный период на сайте было зафиксировано 7671 визитов от 5182 уникальных посетителей, что указывает на устойчивый охват аудитории. Общее количество просмотров составило 33,2 тыс., а средняя глубина просмотра – 4,62 страницы на визит, что свидетельствует о целенаправленном и осознанном поведении пользователей, ориентированных на изучение нескольких разделов ресурса.

Показатель среднего времени пребывания на сайте (4 минуты 16 секунд) указывает на достаточный уровень содержательной насыщенности и прикладной

значимости информации портала. Это позволяет говорить о том, что сайт выполняет информационно-аналитическую функцию для пользователей.

Анализ источников трафика показывает, что основная доля визитов формируется за счёт прямых заходов (4078 визитов) и переходов из социальных сетей (1081 визитов), что говорит о наличии сформированной аудитории, целенаправленно обращающейся к portalу. Наличие поискового трафика (1167 переходов из поисковых систем) подтверждает индексируемость сайта, а переходы по внешним ссылкам отражают интеграцию ресурса в более широкий информационный контекст.

В целом совокупность показателей позволяет охарактеризовать карьерный портал (vacancy.stgmu.ru) как функционально значимый, востребованный и перспективный информационный ресурс, обладающий стабильным пользовательским интересом и потенциалом для дальнейшего расширения аудитории.

Таким образом, портал проектируется как адаптивный инструмент, гибко подстраивающийся под меняющиеся потребности специалиста по мере его профессионального взросления.

8.3. Комплексная оценка эффективности отраслевой экосистемы на примере карьерного портала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в сравнении с существующими цифровыми платформами для трудоустройства

В период с июля 2025 года по март 2026 года был проведен сравнительный анализ цифровых платформ для рекрутинга медицинских кадров, включая универсальные агрегаторы, государственные и специализированные отраслевые сервисы. Работа выполнялась в три взаимосвязанных этапа, сочетающих качественный анализ и количественную оценку пользовательского опыта.

На первом этапе в течение июля-августа 2025 года проводился системный анализ восьми цифровых платформ: HeadHunter, SuperJob, Avito Работа, VK Jobs, «Госуслуги Карьеры», а также специализированных медицинских площадок DocDoc, MedProfi.ru и Rabotamed.ru. Анализ осуществлялся по единой схеме, включавшей оценку удобства пользования – usability (логика навигации, понятность интерфейса), функционала (полнота инструментов поиска, фильтрации и коммуникации) и качества контента (детализированность описаний вакансий, актуальность информации). Цель этапа заключалась в выявлении структурных преимуществ и ограничений существующих решений для формирования сравнительной основы.

На втором этапе объектом детального изучения стала архитектура и функционал карьерного портала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России как прототипа отраслевой экосистемы. В период с сентября по октябрь 2025 года исследовались специализированные механизмы портала: семантические фильтры для медицинских специальностей, модуль интеграции с образовательными данными вуза, инструменты аналитики и прогнозирования кадровых потребностей. Дополнительно были проанализированы объективные метрики веб-аналитики (объем и источники трафика, глубина и время просмотра), характеризующие его фактическую востребованность.

Третий этап был посвящен эмпирической оценке удовлетворенности пользователей портала путем пилотного исследования. С декабря 2025 года по март 2026 года было проведено анкетирование 486 пользователей – студентов, ординаторов и выпускников ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, организованное с помощью Яндекс форм. Для оценки использовалась специально разработанная анкета с вопросами, сгруппированными по ключевым метрикам удобства и эффективности использования платформы. Ответы фиксировались по 10-балльной шкале. Данные были обработаны методами дескриптивной статистики с расчетом среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD) для каждой метрики.

Сравнительный анализ восьми цифровых платформ для рекрутинга выявил

принципиальное различие между универсальными агрегаторами (HeadHunter, SuperJob и др.) и карьерным порталом ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России по ключевым параметрам, определяющим их пригодность для решения отраслевых задач (Таблица 36). Универсальные платформы, несмотря на высокий общий уровень развития, страдают от недостаточной специализации, что выражается в обобщенных категориях фильтрации, отсутствии интеграции с образовательным процессом и ориентированной на массовый рынок финансовой модели. В отличие от них, карьерный портал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России реализует модель многосторонней цифровой экосистемы, целенаправленно спроектированной для управления медицинскими кадрами.

Таблица 36 – Сравнительный анализ платформ для трудоустройства медицинских кадров

Критерии	Универсаль ные агрегаторы (hh.ru, SuperJob)	Специализиро ванные мед. площадки (RabotaMed и др.)	Карьерный портал СтГМУ
Специализация фильтров	Общие: сфера «Медицина», обобщенные названия должностей	Более глубокая, но часто фрагментирова на по сегментам (коммерческая медицина)	Полная отраслевая: поиск по направлению подготовки врача, типу медицинской организации
Стоимость для работодателя	Платные тарифы	Платные услуги	Бесплатно для работодателей региона (по соглашению с региональным Минздравом)

Продолжение Таблицы 36

Качество целевого трафика	Низкое: вакансии теряется в потоке предложений из всех отраслей	Узкий, часто ограниченный коммерческим сектором	Высокое: исключительно студенты (6 280), ординаторы (1 370) и выпускники медицинских вузов региона
Меры социальной поддержки	Отсутствует	Отсутствует или фрагментарно	Наличие: агрегация и визуализация мер (жилье, льготы) по районам, организациям и специальностям
Наличие опции выбора конкретного района в пределах субъекта РФ	Отсутствует	Отсутствует	Наличие: фильтрация вакансий по конкретным районам региона
Встраивание обучающихся в профессиональную среду как условие формирования практико-ориентированных компетенций	Отсутствует	Отсутствует	Механизм заблаговременного рекрутинга в процессе обучения (просмотр профилей студентов работодателями)
Интеграция с образовательным процессом	Отсутствует	Отсутствует	Глубокая: импорт данных об успеваемости, практиках, научной деятельности для формирования цифрового портфолио
Модерация контента участником процесса рекрутинга	Отсутствует	Отсутствует	Наличие: модерация вакансий и резюме университетом, контроль за органами управления

Продолжение Таблицы 36

Аналитика для органов управления	Отсутствует или обезличена	Отсутствует или минимальна	Комплексная: банк кадровых потребностей, прогнозная аналитика, геоаналитика дефицита
Правовой контекст	Общие условия пользовательского соглашения	Общие условия пользовательского соглашения	Соблюдение 152-ФЗ, отраслевых стандартов, требований ФСТЭК и ФСБ России

Ключевые механизмы портала – интеллектуальный поиск с отраслевыми фильтрами, автоматическая верификация цифрового портфолио через интеграцию с данными образовательной организации высшего медицинского образования, проактивное кадровое планирование и инструменты сетевого взаимодействия – напрямую решают проблемы, присущие универсальным площадкам.

Карьерный портал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, как цифровая экосистема, реализует четыре ключевых инновационных механизма, создающих ценность для различных стейкхолдеров [131]:

1) Механизм интеллектуального поиска и снижения информационной асимметрии основан на умных фильтрах, учитывающих медицинскую специфику (специальность, тип учреждения, соцпакет), и агрегации всех мер региональной поддержки в интерфейсе вакансии, что позволяет соискателю принимать полностью информированные решения.

2) Механизм автоматической верификации и формирования цифрового портфолио обеспечивается глубокой интеграцией с образовательной системой образовательной организации высшего медицинского образования, позволяя автоматически наполнять профиль соискателя подтвержденными данными, что значительно повышает доверие работодателя и сокращает издержки проверки.

3) Механизм проактивного кадрового планирования реализуется через личные кабинеты работодателей, которые позволяют не только размещать вакансии, но и формировать долгосрочный кадровый резерв, просматривая профили студентов. Аналитический модуль с геоаналитикой предоставляет

Минздраву субъекта Российской Федерации инструмент для мониторинга дефицита в реальном времени.

4) Механизм сетевого взаимодействия обеспечивает функционирование портала как единой цифровой среды, минимизирующей транзакционные издержки на коммуникацию между всеми сторонами: образовательной организацией высшего медицинского образования, выпускниками, работодателями и органом власти субъекта Российской Федерации.

Эмпирические данные анкетирования подтверждают функциональное преимущество специализированной модели.

Так, 80,2% респондентов (390 из 486 опрошенных) оценили общее удобство использования портала на 8–10 баллов по 10-балльной шкале. Средний балл (M) по ключевым метрикам составил от 8,2 до 8,8 при стандартном отклонении (SD) от 0,77 до 1,6 (Таблица 37). Этот результат отражает качественное отличие пользовательского опыта: если на универсальных агрегаторах поиск осложнен необходимостью преодолевать информационный шум и неточные фильтры, то карьерный портал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России за счет изначально релевантных критериев поиска позволяет пользователям быстрее находить подходящие вакансии, что и фиксируется высокими оценками скорости и удобства.

Таблица 37 – Оценка пользователями карьерного портала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, баллы (n=486)

Критерии	Средний балл (M)	Стандартное отклонение (SD)
Удобство пользования платформой	8,4	0,8
Скорость поиска подходящих вакансий	8,4	1,6
Понятность описания вакансий	8,8	1,3
Удобство размещения резюме / портфолио	8,2	1,6
Удобство взаимодействия с работодателями	8,8	1,4

Сравнительный анализ функционала карьерного портала демонстрирует его преимущества по ключевым параметрам эффективности медицинского рекрутинга по сравнению с универсальными агрегаторами (hh.ru, SuperJob) (Таблица 38). Если на универсальных агрегаторах базовые задачи – поиск релевантной вакансии или получение структурированной информации о социальных гарантиях – сопряжены с высокими транзакционными издержками, то карьерный портал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России минимизирует эти издержки за счет предварительной спецификации данных, аудитории и процессов.

Таблица 38 – Сравнительный анализ функциональных характеристик платформ для медицинского рекрутинга

Критерии	Универсальные агрегаторы	Карьерный портал СтГМУ	Интерпретация
<i>Финансовая доступность</i> Стоимость размещения вакансии для медицинской организации региона	Платные тарифы	Бесплатно по соглашению	Полное снятие финансового барьера для работодателей, особенно для бюджетных и сельских медицинских организаций
<i>Охват социального контекста</i> Наличие в вакансии данных о мерах поддержки (жилье, льготы и т.д.)	Данные разрознены	Меры агрегированы по районам и организациям	Портал системно решает один из ключевых вопросов закрепления кадров
<i>Территориальная специфика</i> Возможность фильтрации вакансий по конкретным районам края	Отсутствует	Реализовано	Прямая поддержка пространственного распределения кадров
<i>Глубина интеграции</i> Наличие механизмов интеграции с образовательным процессом	Отсутствует	Импорт данных об успеваемости, практиках	Создание верифицированного цифрового профиля, снижающего издержки проверки для работодателя

Таким образом, интеграция качественных характеристик (архитектура экосистемы, включающая четыре ключевых механизма) с количественными метриками (удовлетворенность пользователей, поведенческая аналитика) и сравнительным анализом рынка позволяет сделать вывод о том, что карьерный портал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России является не просто альтернативой существующим решениям, а представляет собой качественно иной инструмент. Его эффективность определяется синергией четырех ключевых механизмов, которые в совокупности обеспечивают комплексное решение проблемы управления кадровыми потоками в региональном здравоохранении – от снижения информационной асимметрии и транзакционных издержек до формирования долгосрочной приверженности молодых специалистов территории.

8.4. Ожидаемые эффекты от внедрения карьерного портала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ожидаемые эффекты от внедрения портала носят комплексный характер и дифференцированы для каждой группы стейкхолдеров, что отражено в его целеполагании. Важным индикатором адекватности предлагаемых решений является совпадение ключевых приоритетов, выявленных в ходе опросов обучающихся, и мнения экспертов – руководителей медицинских организаций. И те, и другие в качестве наиважнейших мер поддержки выделяют решение жилищных проблем (льготная ипотека, служебное жилье, компенсация расходов на ЖКХ), повышение материально-технического оснащения ЦРБ и расширение социальных гарантий. Это подтверждает, что функционал портала фокусируется на решении реальных проблем.

Для региона и министерства здравоохранения субъекта Российской Федерации основным результатом является повышение эффективности управления кадровыми процессами и адресность мер социальной поддержки.

Ожидается рост прозрачности рынка труда, сокращение сроков закрытия вакансий (особенно дефицитных) и, как следствие, закрепление и усиление позитивного тренда в укомплектованности кадрами.

Для университета мониторинг трудоустройства и закрепления выпускников превращается в непрерывный процесс получения данных на основании комплексного анализа всей имеющейся информации. Это позволит корректировать образовательные траектории, усиливать практико-ориентированность подготовки и, в конечном счете, повышать конкурентоспособность выпускников на рынке труда, что укрепляет репутацию образовательной организации высшего медицинского образования.

Для работодателей (медицинских организаций) основной эффект – снижение издержек на рекрутинг и уменьшение периода простоя вакантной должности. Доступ к предварительно верифицированным кандидатам, а также возможность формирования кадрового резерва из числа студентов старших курсов и ординаторов значительно оптимизируют работу кадровых служб.

Для выпускников и молодых специалистов портал минимизирует неопределенность, связанную с поиском первого рабочего места. Он предоставляет исчерпывающую, структурированную и актуальную информацию не только о вакансиях, но и об условиях жизни и труда в разных населенных пунктах, что позволяет принимать более взвешенные и осознанные карьерные решения.

Оценка успешности реализации проекта должна базироваться на системе сбалансированных ключевых показателей эффективности (KPI), интегрированных в цикл управления, к которым относятся:

- Операционные метрики: доля (%) медицинских организаций субъекта Российской Федерации, активно размещающих вакансии на портале; среднем времени от публикации вакансии до ее закрытия; количество цифровых резюме, созданных студентами и ординаторами; количество ординаторов, трудоустроившихся через портал на должности врачей-стажеров;

– Стратегические метрики: динамика доли выпускников, трудоустраивающихся и остающихся работать в регионе в течение первых трех лет после окончания специалитета/ординатуры (с разделением по целевикам и нецелевикам); изменение показателей укомплектованности врачебными кадрами в медицинских организациях, наиболее активно использующих портал, в том числе расположенных в сельской местности; увеличение доли выпускников, трудоустраивающихся в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

– Метрики удовлетворенности: регулярные опросы стейкхолдеров (выпускников, работодателей) на предмет оценки удобства, полезности и влияния платформы на их деятельность.

Внедрение карьерного портала как сложной цифровой экосистемы следует рассматривать не только с позиции потенциальных эффектов, но и через призму системных ограничений и порождаемых ею новых исследовательских задач. Анализ рисков позволяет определить границы применимости модели и сформировать повестку для дальнейшего научного и методического сопровождения проекта.

Ключевым вызовом для формирования репрезентативного банка вакансий выступает неоднородность цифровой зрелости и операционных моделей медицинских организаций, особенно в сельской местности. Риск заключается в возникновении информационной асимметрии второго порядка: организации с развитой кадровой службой и ИТ-инфраструктурой получают преимущество в привлечении кадров через портал, тогда как организации, наиболее нуждающиеся в кадрах, могут оказаться в цифровом вакууме из-за дефицита административных ресурсов для ведения профиля. Это требует выхода за рамки технологического решения к трансформации управленческих регламентов. Эффективное парирование данного риска предполагает интеграцию показателей работы с порталом (не факт размещения, а конверсия откликов в найм) в систему KPI руководителей медицинских организаций, а также разработку делегированных моделей кадрового администрирования на уровне районных больниц,

выступающих агрегаторами потребностей для подведомственных организаций.

Несмотря на цифровую компетентность целевой аудитории, существует риск символического или ситуативного использования платформы, когда создание профиля и отклики носят эпизодический характер, не становясь частью осознанной карьерной стратегии. Глубинная причина – разрыв между долгосрочными целями экосистемы (управление кадрами региона) и краткосрочными мотивами пользователя (ситуативный поиск работы). Преодоление этого разрыва требует проектирования многоуровневой системы вовлечения, интегрированной в образовательный и профессиональный контекст:

- На институциональном уровне - признание цифрового профиля элементом портфолио для конкурсов на стипендии, гранты и стажировки;
- На учебно-методическом уровне - включение анализа рынка вакансий и требований работодателей в задания производственных практик;
- На коммуникационном уровне - переход от массовых уведомлений к персонализированному контенту, основанному на анализе цифрового следа и этапа карьерного пути (например, целевые рекомендации для ординаторов о вакансиях врачей-стажеров).

Оценка потенциала соискателя на основе ограниченного набора формальных цифровых метрик (академическая успеваемость, научная активность) создает риск систематической ошибки измерения, при которой игнорируются компетенции, слабо поддающиеся цифровизации (клиническое мышление, эмпатия, навыки командной работы в стрессовых условиях). Это формирует исследовательский запрос на разработку гибридных моделей оценки, комбинирующих цифровые данные с результатами стандартизированных симуляционных или ситуационных испытаний.

Отсутствие отраслевых стандартов определяет пробелы в регламентации сроков хранения, условий архивации и процедур полного удаления цифрового профиля пользователя. Эта неопределенность требует разработки внутренних нормативных документов организации высшего медицинского образования как

оператора данных, устанавливающих четкие процедуры управления данными на всех этапах.

Данный комплекс проблем указывает на необходимость существования при портале постоянно действующей междисциплинарной экспертной группы, ответственной за разработку принципов, стандартов и процедур этичного и правомерного функционирования экосистемы.

Деятельность портала имеет существенную внешнюю зависимость от макроэкономических и социальных параметров субъекта Российской Федерации. Экосистема оптимизирует распределение существующих кадровых потоков, но не компенсирует фундаментальные факторы оттока, такие как уровень доходов, качество жилищной и социальной инфраструктуры. Однако стратегическая ценность портала может быть переосмыслена, если аналитический модуль будет нацелен не только на мониторинг вакансий, но и на выявление причинно-следственных связей между условиями труда/жизни и кадровой динамикой. В этом случае портал трансформируется из сервиса трудоустройства в систему поддержки принятия решений для социально-экономического планирования, предоставляющую органам власти данные о наиболее критичных точках для инвестиций (например, не размер заработной платы в целом, а конкретный разрыв в оплате труда между смежными территориями по определенной специальности).

Внедрение портала создает уникальную возможность для формирования цифровой исследовательской платформы, обеспечивающей доступ к лонгитюдным данным о карьерных траекториях. Это открывает перспективы для дальнейших междисциплинарных исследований и потенциального эволюционирования карьерного портала в ключевой элемент инновационной инфраструктуры университета, замыкая цикл «генерация знаний – подготовка кадров – мониторинг результатов – оптимизация образовательных программ» и существенно усиливая роль вуза как центра кадрового развития территории.

Резюме

Проведенный анализ подтверждает, что цифровая экосистема карьерного портала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России обеспечивает качественное преодоление системных ограничений, присущих универсальным рекрутинговым платформам применительно к сфере здравоохранения. Ключевые механизмы портала, такие как интеллектуальный поиск с отраслевыми фильтрами и автоматическая верификация данных через интеграцию с образовательной организацией высшего медицинского образования напрямую снижают высокие транзакционные издержки, которые несут работодатели и соискатели на общих агрегаторах. Это находит отражение в результатах анкетирования: высокая оценка пользователями удобства и скорости поиска свидетельствует о решении фундаментальной проблемы низкой релевантности предложений на универсальных площадках.

Глубина вовлечения пользователей, выраженная в показателе средней глубины просмотра, указывает на переход от пассивного просмотра к активному, осознанному построению карьерной траектории.

Таким образом, портал трансформирует роль медицинского университета из поставщика образовательных услуг в ключевой интегратор кадровой политики региона, а создаваемая ценность распределяется между всеми участниками экосистемы. Для региона и органа управления здравоохранением портал позволяет не только оперативно мониторить кадровую ситуацию, но и моделировать эффекты от различных мер поддержки. Для образовательной организации высшего медицинского образования реализация данной модели обеспечивает замкнутый цикл обратной связи, позволяя корректировать образовательные программы в соответствии с актуальными требованиями практики и повышая конкурентоспособность выпускников. Для работодателей (медицинских организаций) экосистема предоставляет доступ к предварительно верифицированному кадровому резерву, смещая фокус с затратного ситуативного рекрутинга на стратегическое кадровое планирование, особенно критичное для медицинских организаций в сельской местности. Для студентов, ординаторов и

выпускников портал минимизирует неопределенность при выборе первого рабочего места, предоставляя исчерпывающую информацию не только о вакансиях, но и об условиях жизни, мерах поддержки и карьерных перспективах в разных населенных пунктах.

Однако устойчивость и масштабируемость данной модели определяются не столько технологическими решениями, сколько прочностью институциональных связей между образовательной организацией высшего медицинского образования, органами власти и работодателями, закрепленных в соответствующих соглашениях. Именно этот нетехнологический фактор обеспечивает необходимый уровень доверия, легитимности модерации контента и доступ к критически важным данным, формируя основу для долгосрочного сетевого эффекта.

Полученные результаты позволяют утверждать, что внедрение отраслевой цифровой экосистемы представляет собой эволюционный шаг в развитии инструментов кадрового обеспечения здравоохранения. Карьерный портал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, разработанный совместно с Министерством здравоохранения Ставропольского края при поддержке Губернатора и Правительства региона, является примером такого решения. Его ключевая инновация заключается в том, что он выходит далеко за рамки сервиса по поиску работы, охватывая этапы профориентации, целевого обучения, адаптации и профессионального развития и становится инфраструктурной платформой для управления кадровым потенциалом региона. Через интеграцию данных, создание сетевых эффектов и обеспечение глубокой отраслевой специфики портал эффективно решает задачи, недоступные для массовых платформ. Интегрируя в единый контур данные об образовательных результатах, кадровых потребностях, социальных гарантиях и карьерных предпочтениях, портал создает основу для перехода от реактивной кадровой политики, отвечающей на возникшие дефициты, к проактивной модели управления на основе данных. В условиях, обозначенных в национальном проекте «Кадры», успешная реализация подобной цифровой экосистемы может стать моделью для других субъектов Российской Федерации и отраслей. Дальнейшее развитие

портала может быть связано с интеграцией в федеральные информационные системы, углублением аналитической составляющей на основе обработки больших данных, а также развитием сопутствующих образовательных сервисов, что окончательно закрепит его статус как центрального элемента цифровой инфраструктуры кадрового обеспечения здравоохранения.

ГЛАВА 9. ФОРМИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

9.1. Модель совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае

К числу основных механизмов, способствующих привлечению и закреплению кадров в системе здравоохранения, относится разработка и реализация нормативных правовых актов на различных уровнях правового регулирования, включая уровень законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

На пленарном заседании Второго форума будущих технологий «Современные медицинские технологии. Вызовы завтрашнего дня — опережая время», состоявшемся в феврале 2024 года, были обозначены приоритетные направления развития здравоохранения на ближайшую перспективу. В целях их реализации принято постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2024 г. № 343 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

Согласно пункту 1 указанного постановления внесены изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования».

Изменения предусматривают увеличение размеров специальных социальных выплат для медицинских работников первичного звена медицинских организаций, расположенных в населённых пунктах с численностью населения до

50 тыс. человек и от 50 до 100 тыс. человек, а также введение соответствующих выплат для работников медицинских организаций, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству.

В соответствии с п. 2 постановления № 343 внесены изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 г. № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов» по обеспечению для медицинских работников доли выплат по окладам в структуре фондов заработной платы медицинских организаций не ниже 50% без учета компенсационных выплат.

В Ставропольском крае также реализуются региональные меры социальной поддержки медицинских работников, финансируемые из средств краевого бюджета.

Законом Ставропольского края от 1 августа 2005 г. № 42-кз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, работающих и проживающих в сельской местности» предусмотрена компенсация расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг для работников государственных учреждений, проживающих и работающих в сельской местности. С учётом индексации в 2025 году размер данной выплаты составляет 934,46 руб.

Законом Ставропольского края от 28 февраля 2023 г. № 20-кз. «О дополнительных мерах социальной поддержки медицинских и иных работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края» введена специальная социальная выплата медицинским работникам, оказывающим отдельные виды медицинской помощи, не входящие в базовую программу ОМС. Размер выплаты составляет от 4,5 до 18,5 тыс. руб. для специалистов по профилям «фтизиатрия», «паллиативная помощь» и «психиатрия».

Кроме того, постановлением Правительства Ставропольского края от 21 февраля 2018 г. № 57-п предусмотрены единовременные компенсационные

выплаты медицинским работникам, направляемым для работы в сельские медицинские организации в рамках программы «Земский доктор/фельдшер». Размер выплат составляет до 1,5 млн руб. для врачей и до 750 тыс. руб. для специалистов со средним медицинским образованием. Программа помогает обеспечивать квалифицированными кадрами сельские ФАПы и другие медицинские организации, она особенно актуальна для отдалённых территорий.

Наличие многоуровневой системы правового регулирования создаёт юридическую основу для осуществления программных мероприятий по привлечению специалистов в отрасль здравоохранения.

На рисунке 79 показана модель совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае.

В Ставропольском крае сформированы устойчивые рабочие связи между региональными министерствами – здравоохранения и образования, Ставропольским государственным медицинским университетом и органами законодательной и исполнительной власти в вопросах привлечения и закрепления медицинских кадров.

Важными компонентами такой работы являются:

1. Обучение по целевому направлению. Студенты или ординаторы после окончания вуза, заключившие договоры о целевом обучении, обязуются в течение трёх лет отработать в медицинской организации, направившей их на обучение. Во время обучения студенты или ординаторы получают стипендию от медицинской организации.

В 2024 году в Ставропольском крае было заключено 344 договора на целевое обучение будущих врачей. В СтГМУ по целевому набору по программам специалитета поступило 214 студентов, еще 130 – по программам ординатуры.

Модель совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае

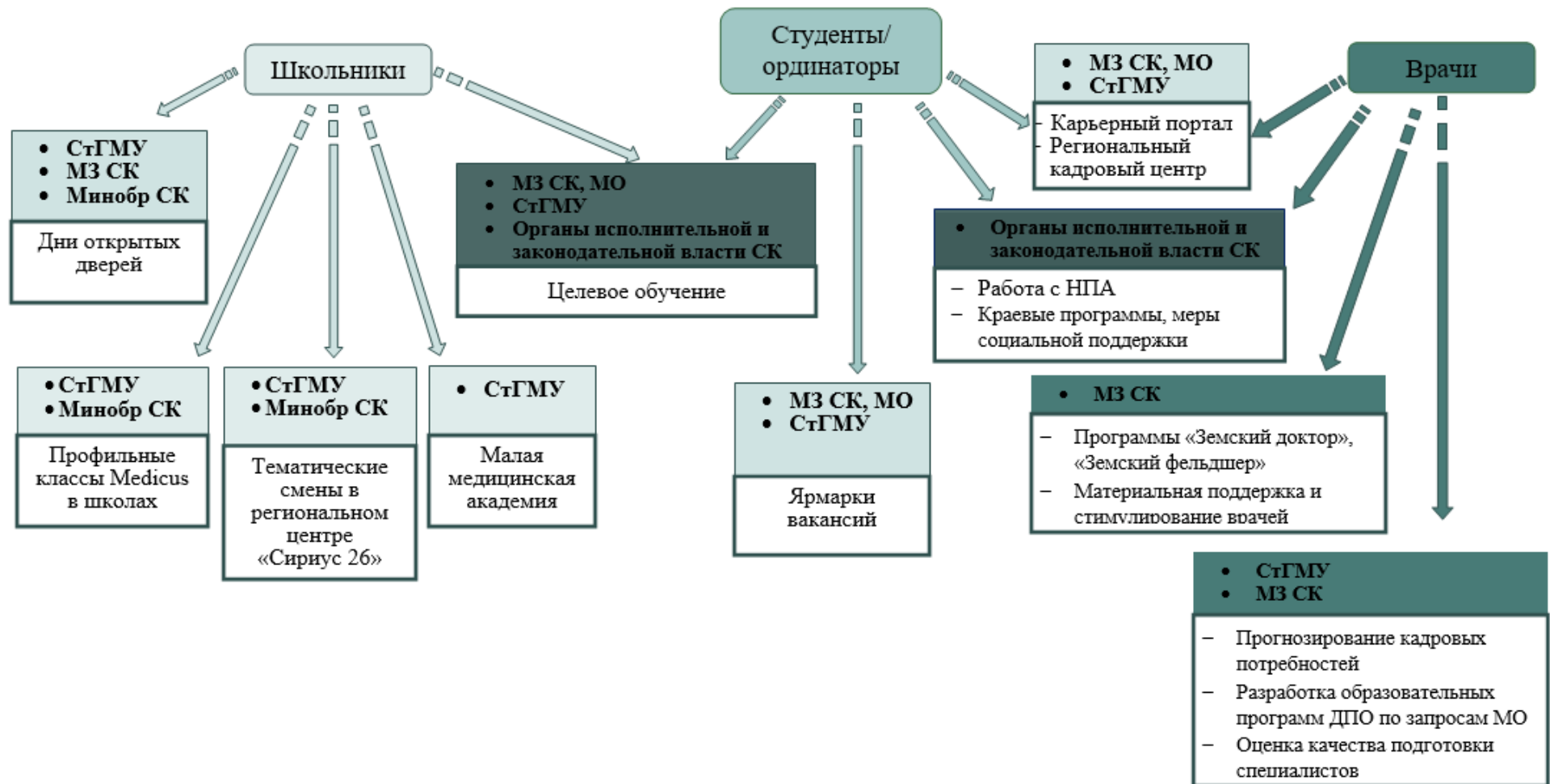


Рисунок 79 – Модель совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае

Кроме того, для студентов старших курсов образовательных организаций высшего медицинского образования, обучающихся на платной основе по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», Законом Ставропольского края от 24 марта 2026 г. № 34-кз предусмотрен комплекс стимулирующих выплат в случае заключения студентом договора с государственной медицинской организацией Ставропольского края о последующем трудоустройстве и работе не менее трех лет.

В качестве мер поддержки предусмотрены: компенсация фактической стоимости пятого и (или) шестого курсов обучения (не более 210 тыс. рублей за учебный год) и ежемесячная денежная выплата в размере 30 тыс. рублей.

Законом установлены строгие требования к академической успеваемости: для заключения договора и получения ежемесячной выплаты необходимы оценки только «отлично» и «хорошо» при отсутствии задолженностей, а для компенсации стоимости обучения достаточно отсутствия академических долгов по итогам сессий. Действие мер поддержки приостанавливается на период академического отпуска, отпуска по беременности и родам, уходу за ребенком до трех лет, а также призыва по мобилизации.

Существенными условиями договора являются обязательства медицинской организации по трудоустройству выпускника и контролю его успеваемости, а также обязательства гражданина по освоению программы, прохождению аккредитации и последующей трудовой деятельности в указанном месте. В случае неисполнения условий договора или досрочного расторжения трудовых отношений предусмотрена финансовая ответственность: возмещение в бюджет края суммы полученных мер поддержки в трехкратном размере (пропорционально неотработанному времени при увольнении по некоторым статьям). Исключения составляют увольнения по сокращению штата, ликвидации организации, состоянию здоровья и иным основаниям, перечисленным в статье 3 Закона.

2. Профориентационная работа. Министерство здравоохранения и медицинские организации края системно ведут её среди учащихся средних и

старших классов. В ставропольских школах открыты профильные химико-биологические классы, нацеленные на подготовку детей к поступлению в медицинские колледжи и организации высшего медицинского образования.

На базе СтГМУ создана Малая медицинская академия (далее – ММА). Цель данной организации – профориентация школьников по специальным программам, формирование устойчивой мотивации к профессии врача. Учащиеся 9-11 классов имеют возможность ближе познакомиться с медициной, приобрести навыки научно-исследовательской деятельности, встретиться с видными учёными, врачами-клиницистами, посетить кафедры и музеи СтГМУ, адаптироваться к условиям обучения. Занятия для слушателей ММА бесплатны. Учебный год длится с октября по апрель.

Факультетом довузовского образования проводятся совместные мероприятия с министерством здравоохранения Ставропольского края по профориентационной работе с будущими абитуриентами в виде Дней открытых дверей в университете, в которых принимают участие школьники 9-11 классов с родителями (в количестве 850 и более человек).

Кроме этого, в рамках профориентационной работы университет принимает активное участие в совместных мероприятиях, организованных министерством труда и социальной защиты населения Ставропольского края с привлечением ведущих вузов региона.

Так, в апреле месяце 2024 и 2025 годов представители СтГМУ участвовали в региональном этапе Всероссийской ярмарки трудоустройства, проводимой в городе Ставрополе на Крепостной горе. В мероприятии в формате профориентационной работы участвовали преподаватели, студенты и ординаторы, которые предоставляли презентации своих направлений подготовки, раздавали информационный материал, отвечали на вопросы будущих абитуриентов.

В ноябре 2025 года представители университета также приняли активное участие в краевом Фестивале профессий в городе Пятигорске. Университетом были представлены видеоролики об основных направлениях подготовки и

специальностях, презентационные материалы, также демонстрировались ролевые игры с участием студентов и ординаторов.

3. Наставничество. Особое внимание в СтГМУ уделяется организации работы по привлечению ординаторов к трудоустройству врачами – стажерами.

По согласованию с министерством здравоохранения Ставропольского края медицинские организации представляют в университет заявки о потребности во врачах – стажерах с указанием специальности, места работы, размера ставки и уровня заработной платы.

На основании полученных заявок в университете формируется реестр потребности медицинских организаций во врачах – стажерах, вся информация доводится до ординаторов и на кафедры.

Беседы с ординаторами проводятся при проведении в университете ежегодных ярмарок вакансий с участием руководителей медицинских организаций всех регионов Ставропольского края. На ярмарки приглашаются как ординаторы, так и студенты выпускных курсов специалитета из всех территорий края. В ходе бесед руководители информируют участников об условиях работы врача – стажера, обязательном закреплении наставника из числа наиболее опытных специалистов, размере ставки, уровне заработной платы, о мерах социальной поддержки в период работы. Мониторинг трудоустройства ординаторов врачами – стажерами осуществляется с использованием Федерального регистра медицинских работников.

4. Подготовка квалифицированных врачебных кадров в системе ИДПО. Ключевой особенностью работы Института дополнительного профессионального образования СтГМУ является налаженное партнерство с краевым Минздравом и медицинскими организациями Ставропольского края. Данное сотрудничество выстраивается по трем основным векторам: определение перспективной потребности в кадрах (план повышения квалификации формируется на основе мониторинга штатной численности медперсонала); создание учебных программ под конкретные задачи медицинских организаций с учетом их профиля; мониторинг качества обучения (регулярные опросы руководителей медицинских

организаций служат основой для актуализации курсов и анализа эффективности подготовки).

5. Взаимодействие с кадровым центром Ставропольского края. В рамках регионального проекта «Медицинские кадры», являющегося частью национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», открыт первый в крае кадровый центр для системы здравоохранения. В сферу его ответственности входит не только мониторинг укомплектованности персоналом медицинских организаций и устранение нехватки специалистов за счет сотрудничества с образовательными организациями высшего и среднего медицинского образования, и средними специальными учебными заведениями, но и выработка комплексной стратегии по привлечению новых врачей в регион и их профессиональному закреплению на местах.

6. Создание цифровой экосистемы. Цифровым усилителем и интегратором существующей организационной структуры привлечения и закрепления медицинских работников является Карьерный портал, разработанный специалистами СтГМУ в 2025 году. Архитектура портала представляет собой многостороннюю модель: для соискателей он выступает карьерным навигатором с цифровым резюме, персонализированными рекомендациями и агрегатором социальных мер поддержки (жильё, льготы, компенсации), для работодателей – инструментом кадрового планирования и формирования долгосрочного банка потребностей, а для организаторов здравоохранения – системой аналитики и мониторинга кадровой обеспеченности в реальном времени. Функционал портала реализован через интеллектуальный поиск с отраслевыми фильтрами, визуализацию социальных гарантий, аналитику и прогнозирование кадровых дефицитов на основе геоданных и структуры трудоустройства выпускников, а также встроенных чатов и видео-собеседований, что в совокупности с очными ярмарками вакансий создает гибридную экосистему, учитывающую мотивационные профили всех целевых групп [157].

Таким образом, в Ставропольском крае сформирована комплексная система кадрового обеспечения здравоохранения, сочетающая федеральные и

региональные меры финансовой поддержки с профориентационной работой и целевой подготовкой специалистов. Действующие программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер», меры социальной поддержки и введенные с 2026 года стимулирующие выплаты студентам старших курсов, обучающимся на коммерческой основе, и желающим заключить договор с медицинскими организациями региона, способствуют не только привлечению молодых врачей в отрасль, но и их последующему закреплению в государственных медицинских организациях. Дополнительный эффект обеспечивают тесное взаимодействие СтГМУ с краевым министерством здравоохранения, развитие института наставничества и создание первого в крае центра, ориентированного на стратегическое планирование кадровых потребностей и закрепление специалистов в регионе.

Вместе с тем даже при наличии сформированной на региональном уровне системы кадрового обеспечения здравоохранения проблема дефицита медицинских работников сохраняет свою актуальность, особенно в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Действующие программы пока не позволяют в полной мере закрыть потребность в участковых терапевтах, педиатрах и врачах общей практики, особенно в сельской местности и в малых городах. Требуется дополнительные адресные меры, направленные на привлечение и закрепление этих специалистов.

9.2. Анализ эффективности модели, направленной на ликвидацию кадрового дефицита врачей в медицинских организациях региона

Для оценки эффективности функционирования модели совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае, был проведен анализ динамики статистических показателей, характеризующих обеспеченность медицинских организаций кадрами, а также анализ показателей трудоустройства выпускников СтГМУ (выполнен в главе 7.4.).

Результаты анализа данных, представленных в таблице 39, указывают на положительные изменения кадровых показателей врачебного персонала медицинских организаций Ставропольского края в 2021–2025 гг.

Показатель обеспеченности врачами на 10000 населения увеличился с 32,3 в 2011 г. до 36,1 в 2025 г., при этом прирост данного показателя составил 11,6%, что может отражать результативность мер кадровой политики, применяемых в регионе в этот период.

Коэффициент совместительства врачей в исследуемый период оставался стабильным, и его значения колебались в пределах 1,21-1,27. При этом к 2025 г. наблюдается его снижение до 1,22 (-3,5% по сравнению с 2021 г.), что можно интерпретировать как тенденцию к уменьшению нагрузки на врача.

Укомплектованность медицинских организаций физическими лицами в 2021-2025 гг. увеличилась с 77,9% до 87,6%, при этом базисный прирост к 2021 г. составил 12,4%). Аналогичная тенденция наблюдалась по показателю укомплектованности врачами по занятым должностям – имел место рост с 80,6% до 88,7% при базисном приросте на 10,5%.

Таблица 39 – Динамика кадровых показателей врачей в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края в 2021-2025 гг.

Показатель	Год					Прирост к 2021 г.
	2021	2022	2023	2024	2025	
Обеспеченность врачами на 10 000 населения	32,3	33,6	33,6	36,1	36,1	11,6%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,26	1,27	1,21	1,24	1,22	-3,2%
Укомплектованность физическими лицами, %	77,9	82,1	81,0	87,2	87,6	12,4%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	80,6	83,9	82,8	88,4	88,7	10,1%

Полученные результаты показывают устойчивые тенденции улучшения кадрового обеспечения системы здравоохранения региона за анализируемые 5

лет. Рост обеспеченности врачами сопровождается повышением укомплектованности. Одновременное снижение коэффициента совместительства отражает положительные изменения в кадровой структуре, связанные с уменьшением дефицита кадров и снижением нагрузки на врачей.

Анализ динамики кадровых показателей врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, а также скорую медицинскую помощь в Ставропольском крае в 2021–2025 гг., выявил наличие разнонаправленных тенденций (Таблица 40).

В медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, показатель обеспеченности врачами на 10 000 населения в 2021–2025 гг. варьировал в пределах 13,7–14,3 и не демонстрировал выраженной положительной динамики. За анализируемый период отмечалось снижение показателя на 1,3% – с 14,3 на 10 000 населения в 2021 г. до 14,1 в 2025 г. Коэффициент совместительства снизился с на 2,6%, что показывает некоторое уменьшение нагрузки на одного врача. Укомплектованность физическими лицами увеличилась на 6,1% укомплектованность по занятым должностям – выросла на 6,2%, что указывает на тенденцию улучшения кадрового обеспечения стационаров.

В организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, отмечается устойчивая положительная динамика обеспеченности врачами – показатель обеспеченности увеличился с 17,2 до 18,1 на 10 000 населения (на 5,2%), с пиком в 2024 г. – 18,3 на 10 000 населения. Укомплектованность физическими лицами выросла с 81,2% до 85,7% (на 5,5%), а по занятым должностям – с 83,6% до 90,4% (на 8,1%). В то же время, повышенная нагрузка на врачей сохраняется, о чем свидетельствует увеличение коэффициента совместительства на 5,2%.

Наиболее выраженный рост обеспеченности врачебными кадрами отмечался в системе скорой медицинской помощи, где увеличение показателя составило 14,3%. Одновременно за анализируемый период коэффициент совместительства снизился с 1,06 до 1,03, что соответствует уменьшению на

2,8%., сохраняя при этом относительно низкие значения по сравнению с другими видами медицинской помощи. В то же время укомплектованность физическими лицами характеризовалась положительной динамикой: показатель увеличился на 7,9%, а укомплектованность по занятым должностям – на 7,0%. Однако данные значения остаются существенно более низкими, чем в стационарном и амбулаторном звене.

Таблица 40 – Динамика кадровых показателей врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и скорую медицинскую помощь в Ставропольском крае в 2021-2025 гг.

Показатель	Год					Прирост к 2021 г, %
	2021	2022	2023	2024	2025	
Помощь в стационарных условиях						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	14,3	13,9	13,7	13,5	14,1	-1,3%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,33	1,39	1,33	1,32	1,29	-2,6%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	74,3	75,8	76,4	78,1	78,8	6,1%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	76,2	77,4	78,5	80,1	80,9	6,2%
Помощь в амбулаторных условиях						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	17,2	17,3	17,7	18,3	18,1	5,2%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,19	1,17	1,12	1,24	1,26	5,4%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	81,2	82,4	83,6	85,1	85,7	5,5%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	83,6	84,1	85,3	88,9	90,4	8,1%
Скорая помощь						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	0,63	0,71	0,76	0,74	0,72	14,3%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,06	1,03	1,04	1,04	1,03	-2,8%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	55,4	56,9	57,3	58,7	59,8	7,9%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	59,7	60,5	61,8	62,6	63,9	7,0%

В целом можно отметить, что кадровое обеспечение здравоохранения региона развивается неравномерно. При приоритетном усилении амбулаторного звена и стабилизации показателей стационарной помощи, сохраняется хронический дефицит кадров в системе скорой медицинской помощи.

В таблице 41 представлена динамика кадровых показателей врачей первичной врачебной медико-санитарной помощи в Ставропольском крае в 2021-2025 гг.

Таблица 41 – Динамика кадровых показателей врачей, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную медицинскую помощь в Ставропольском крае в 2021-2025 гг.

Показатель	Год					Прирост к 2021 г, %
	2021	2022	2023	2024	2025	
Участковые терапевты						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	2,48	2,56	2,69	2,82	2,94	18,6%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,08	1,16	1,15	1,20	1,15	7,0%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	83,2	84,3	86,7	88,2	89,6	7,7%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	86,2	88,2	89,4	91,3	92,8	7,7%
Участковые педиатры						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	7,3	7,2	7,5	7,7	8,1	9,8%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,18	1,19	1,16	1,18	1,12	-5,3%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	84,3	85,7	87,6	88,5	90,3	7,1%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	89,7	90,6	91,2	92,6	95,6	6,6%
Врачи общей практики						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	0,55	0,46	0,42	0,41	0,39	-29,1%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,18	1,25	1,15	1,12	1,14	-3,2%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	84,1	85,3	86,4	88,2	89,8	6,8%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	88,6	89,9	90,8	92,4	94,9	7,1%

Обеспеченность участковыми врачами-терапевтами увеличилась с на 18,6%, что является наиболее выраженным ростом среди всех анализируемых специальностей. Коэффициент совместительства вырос с 1,08 до 1,15 (на 7,0%), что свидетельствует о сохраняющейся нагрузке на врачей. Укомплектованность физическими лицами увеличилась на 7,7%, по занятым должностям – на 7,7%, что отражает значительное улучшение кадрового обеспечения данной группы врачей.

Обеспеченность участковыми педиатрами демонстрирует устойчивый рост с 7,3 до 8,1 на 10000 населения (на 9,8%). Коэффициент совместительства снизился с 1,18 до 1,12 (убыль на 5,3%), что может свидетельствовать о снижении нагрузки на врачей и частичном устранении кадрового дефицита. Укомплектованность физическими лицами выросла с 84,3% до 90,3% (на 7,1%), по занятым должностям – с 89,7% до 95,6% (на 6,6%).

Обеспеченность врачами общей практики снизилась на 29,1% (с 0,55 до 0,39 на 10000 населения), что указывает на выраженное сокращение данной категории специалистов. Коэффициент совместительства снизился на 3,2%, при этом укомплектованность физическими лицами увеличилась на 6,8%, а по занятым должностям – на 7,1%. При отсутствии роста обеспеченности это свидетельствует о перераспределении кадров в рамках существующей структуры должностей.

В целом можно отметить, что рост обеспеченности участковыми терапевтами и педиатрами отражает приоритетное направление кадровой политики, ориентированное на укрепление традиционной модели участковой службы. В то же время снижение обеспеченности врачами общей практики указывает на недостаточную поддержку модели общей врачебной практики.

Исследование динамики кадровых показателей врачей, осуществляющих деятельность в городской и сельской местности Ставропольского края в 2021-2025 гг., позволило выявить различия как в уровне кадрового обеспечения, так и в направленности его изменений (Таблица 42).

Обеспеченность врачами в городах края в 2021-2025 гг. демонстрирует умеренную положительную динамику – показатель увеличился на 1,9%. Коэффициент совместительства снизился с 1,32 до 1,27 (на 3,8%), и показывает

некоторое снижение нагрузки на врачей., Укомплектованность физическими лицами возросла на 5,1%, и по занятым должностям – на 5,7%. В целом кадровые показатели отражают постепенное улучшение кадровой обеспеченности в городах.

Таблица 42 – Динамика кадровых показателей врачей, оказывающих медицинскую помощь в городской и сельской местности в Ставропольском крае в 2021-2025 гг.

Показатель	Год					Прирост к 2021 г, %
	2021	2022	2023	2024	2025	
Городская местность						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	47,4	47,1	47,	47,9	48,3	1,9%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,32	1,20	1,27	1,24	1,27	-3,8%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	76,5	77,2	78,7	79,6	80,4	5,1%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	79,4	80,6	81,2	82,7	83,9	5,7%
Сельская местность						
Обеспеченность врачами 10 000 населения	12,5	12,3	12,0	12,7	13,1	4,7%
Коэффициент совместительства (врачи)	1,44	1,45	1,40	1,39	1,34	-6,4%
Укомплектованность физическими лицами врачей, %	74,7	75,3	76,8	77,4	78,6	5,2%
Укомплектованность врачами по занятым должностям, %	83,5	84,8	85,7	86,3	87,6	4,9%

Обеспеченность врачами в сельской местности, несмотря на рост за анализируемый период на 4,7%, продолжает значительно уступать уровню обеспеченности врачами в городах региона. Так в 2025 г. уровень обеспеченности врачами в сельской местности составил 13,1 на 10000 населения против 48,3 врачей на 10000 населения в городах. Снижение коэффициента совместительства на 6,4% указывает на уменьшение нагрузки на врача. Укомплектованность врачами в сельской местности показывает положительную динамику, по физическим лицам она увеличилась на 5,2%, по занятым должностям – на 4,9%.

Несмотря на более высокий относительный прирост обеспеченности врачами в сельской местности (4,7% против 1,9% в городах), разрыв между городской и сельской местностью остаётся существенным. И в городской, и в сельской местности снижается коэффициент совместительства что можно рассматривать как тенденцию, отражающую частичное снижение кадрового дефицита.

Резюме

Проведённый анализ динамики кадровых показателей врачей в медицинских организациях Ставропольского края за 2021–2025 гг. свидетельствует о формировании ряда положительных тенденций развития кадрового потенциала региональной системы здравоохранения и преодолении ранее сложившихся негативных трендов.

В целом по региону отмечается рост обеспеченности врачами с на 11,6%, при увеличении укомплектованности медицинских организаций как физическими лицами – с 77,9% до 87,6%, так и по занятым должностям – с 80,6% до 88,7%. Снижение коэффициента совместительства отражает тенденцию к уменьшению избыточной нагрузки на медицинских работников.

Наиболее положительная динамика достигнута в амбулаторно-поликлиническом звене, где обеспеченность врачами увеличилась на 5,2%, укомплектованность по должностям достигла 90,4%. Данные изменения соответствуют стратегическому направлению государственной политики в сфере здравоохранения, направленному на приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи.

В стационарном звене, несмотря на отсутствие выраженного роста обеспеченности, отмечается повышение укомплектованности врачами. Эти тенденции можно расценить как стабилизацию кадровой ситуации и более рациональное распределение кадровых ресурсов.

Особое значение имеет положительная динамика в системе скорой медицинской помощи, где зафиксирован наибольший относительный прирост обеспеченности врачами (на 14,3%), а также рост укомплектованности. Это

свидетельствует о начале преодоления хронического кадрового дефицита в данном сегменте здравоохранения.

В области первичной врачебной медико-санитарной помощи наблюдается положительная динамика относительно кадрового потенциала участковой службы: обеспеченность участковыми терапевтами увеличилась на 18,55%, педиатрами – на 9,8%.

Отмечается постепенное сокращение кадрового дефицита в сельских территориях, о чем свидетельствует улучшение кадровых показателей в сельской местности: обеспеченность врачами увеличилась на 4,7%, укомплектованность демонстрирует устойчивый рост.

Таким образом, наличие положительных тенденций динамики кадровых показателей системы здравоохранения в Ставропольском крае в сочетании с позитивными изменениями в динамике показателей трудоустройства выпускников СтГМА, изложенными в главе 8.4. (тенденция к постепенному увеличению трудоустройства в медицинские организации Ставропольского края при одновременном снижении доли специалистов, трудоустраивающихся в других регионах Российской Федерации), свидетельствуют об эффективности реализуемой в Ставропольском крае системы мер кадровой политики в здравоохранении, направленных на устранение кадрового дефицита, в рамках разработанной модели. Данная модель продемонстрировала свою эффективность, обеспечив перелом ранее негативных тенденций и формирование положительной динамики кадрового обеспечения системы здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках данного исследования был проведён анализ научной литературы и нормативных правовых документов, посвящённых проблемам формирования и развития кадрового потенциала системы здравоохранения. Анализ более чем четырехсот отечественных и зарубежных источников подтвердил высокую актуальность исследуемой проблемы как на глобальном, так и на национальном и региональном уровнях.

Результаты обзора литературы свидетельствуют о том, что дефицит медицинских кадров является одной из наиболее серьёзных проблем современной системы здравоохранения. По оценкам ВОЗ, глобальный дефицит медицинских работников может достигнуть 11-18 млн человек к 2030 году, что связано с ростом численности населения, старением медицинских кадров и увеличением потребности в медицинской помощи. Аналогичные тенденции наблюдаются и в Российской Федерации. По данным официальной статистики, обеспеченность врачами в стране составляет около 36,9 врача на 10 тыс. населения, при этом дефицит медицинских кадров оценивается более чем в 80 тыс. специалистов, включая около 23,3 тыс. врачей.

Проведённый анализ научных публикаций показал, что большинство исследований рассматривают отдельные аспекты кадровой проблемы – подготовку медицинских кадров, их трудоустройство, мотивацию или социальную поддержку. При этом значительно реже встречаются работы, в которых кадровое обеспечение здравоохранения анализируется комплексно на всех этапах профессиональной траектории врача – начиная с профориентации и заканчивая закреплением специалиста в медицинской организации. Недостаточно изученными остаются также вопросы взаимодействия образовательных организаций высшего медицинского образования и региональных органов управления здравоохранением при реализации кадровой политики.

Исследование выполнено на территории Ставропольского края, который входит в состав Северо-Кавказского федерального округа и имеет численность

населения около 2,9 млн человек. В ходе работы проведён комплексный анализ медико-демографических показателей, состояния здоровья населения региона и обеспеченности медицинскими кадрами за длительный период наблюдения.

Анализ медико-демографических показателей, миграционных процессов, заболеваемости населения и обеспеченности кадрами системы здравоохранения Ставропольского края за 2009–2022 гг. показал, что в регионе сформировался комплекс взаимосвязанных неблагоприятных тенденций, затрагивающих как воспроизводство населения, так и потребность системы здравоохранения в кадровых ресурсах. В целом полученные результаты свидетельствуют о том, что к 2022 году Ставропольский край подошёл в условиях ухудшения демографической ситуации, роста нагрузки на систему здравоохранения, обусловленного увеличением заболеваемости населения, а также сохраняющегося кадрового дефицита по ряду ключевых врачебных специальностей.

В Ставропольском крае установлено выраженное снижение рождаемости. Если в 2009 году показатель рождаемости в Ставропольском крае составлял 11,8 на 1000 населения, то к 2022 году он снизился до 8,7 на 1000, то есть на 26,4%. Максимальный уровень рождаемости отмечался в 2014 году – 12,9 на 1000 населения, после чего началось устойчивое снижение. При этом динамика рождаемости в крае в целом соответствовала общероссийскому и окружному тренду, однако край на протяжении всего периода уступал как Российской Федерации, так и особенно СКФО. Следовательно, демографическая база для восполнения трудовых ресурсов в регионе последовательно сужается.

Одновременно с этим выявлены существенные изменения в смертности населения. В 2022 году в Ставропольском крае умерло 33 557 человек, общий коэффициент смертности составил 11,6 на 1000 населения. В 2019-2021 гг. под влиянием пандемии COVID-19 произошел резкий рост смертности на 31,2%, до 14,5 на 1000 населения в 2021 году. В 2022 году после завершения острой фазы пандемии смертность снизилась, но не вернулась к доковидному уровню: показатель 2022 года оставался на 5,5% выше, чем в 2019 году.

Сочетание снижения рождаемости и сохраняющейся сравнительно высокой смертности обусловило переход края к устойчивой естественной убыли населения. После периода положительного естественного прироста в 2012-2017 гг. с 2018 года в Ставропольском крае начала фиксироваться естественная убыль населения, причем край вошел в этот этап на один год позже, чем Российская Федерация в целом. Максимальная убыль отмечена в 2021 году и достигала -5,4 на 1000 населения, а в 2022 году составила -2,9 на 1000 населения, тогда как в Российской Федерации данный показатель составил -4,0 на 1000. В отличие от Ставропольского края, в СКФО в течение всего анализируемого периода сохранялся положительный естественный прирост, который даже в минимальной точке 2021 года составлял 3,3 на 1000 населения, а в 2022 году – 4,9 на 1000.

Ставропольский край в демографическом отношении занимает промежуточное положение между РФ и более демографически «молодыми» субъектами СКФО, однако демонстрирует более выраженное старение населения и более высокую нагрузку на систему здравоохранения.

Анализ причин смертности показал неоднородность происходящих процессов. Наиболее значимым положительным результатом следует считать снижение смертности от болезней системы кровообращения с 742,7 до 500,6 на 100 000 населения, то есть на 32,6%. Показатель смертности от новообразований также снизился – с 189,5 до 154,9 на 100 000 населения, или на 18,3%. Смертность от внешних причин сократилась на 31,8%, причем в 2022 году ее структура формировалась преимущественно за счет повреждений с неопределенными намерениями (39,5%), других внешних причин (28,3%) и транспортных несчастных случаев (17,7%). С одной стороны, это свидетельствует об определенной эффективности профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по наиболее тяжелым классам патологии. С другой стороны, сохраняющаяся высокая доля смертей от внешних причин и значительная доля неуточненных повреждений указывает на необходимость дальнейшего совершенствования профилактики травматизма, саморазрушающего поведения и причин смерти, связанных с социальными рисками.

В то же время выявлены неблагоприятные изменения в смертности по отдельным классам заболеваний. Смертность от болезней органов дыхания в 2022 году составила 49,4 на 100 000 населения, что на 42,7% выше уровня 2009 года. Особенно выраженный всплеск пришелся на 2020-2021 гг., когда показатель вырос сначала на 154,2%, а затем еще на 32,7%, достигнув 88,7 на 100000 населения. Также неблагоприятной оказалась динамика смертности от болезней органов пищеварения. Данный показатель увеличился с 51,9 до 68,9 на 100000 населения, а в 2021 году достигал 82,6 на 100 000. Таким образом вместе с позитивной динамикой смертности от БСК и онкологических заболеваний, в Ставропольском крае нарастала смертность по ряду классов болезней, тесно связанных как с образом жизни и поведенческими факторами риска, так и с последствиями пандемии и сопутствующих ей нарушений доступности медицинской помощи.

Исследование миграционных процессов показало, что миграция в Ставропольском крае не компенсирует в достаточной степени естественную убыль населения. Коэффициент прибытия к 2022 году составил 11,4 на 1000 населения, что на 40,0% выше уровня 2009 года, однако ниже пикового значения 2014 года на 25,7%. Коэффициент выбытия в 2022 году равнялся 11,0 на 1000 населения, увеличившись на 45,1% по сравнению с 2009 годом. Коэффициент миграционного прироста в 2022 году был положительным, но крайне низким – 0,4 на 1000 населения; в 2011-2018 гг. он имел отрицательные значения, от -1,1 до -2,2 на 1000. Это означает, что Ставропольский край не получает такого механического прироста населения, который позволил бы сгладить последствия естественной убыли. Для кадровой политики здравоохранения это имеет важное значение, поскольку миграционные потоки не обеспечивают восполнения трудовых ресурсов.

Существенным результатом анализа является установленный устойчивый рост общей и первичной заболеваемости населения. В 2022 году в Ставропольском крае было зарегистрировано 4 517 035 заболеваний, что соответствовало 1556,3 случая на 1000 населения. По сравнению с 2009 годом

общий уровень заболеваемости вырос на 46,3%. Первичная заболеваемость в 2022 году составила 834,4 на 1000 населения, увеличившись на 52,8% по сравнению с 2009 годом. При этом по темпам роста как общей, так и первичной заболеваемости Ставропольский край значительно опережал и Российскую Федерацию, и СКФО. Если в 2009 году общая заболеваемость в крае была ниже уровня СКФО на 9,9%, то начиная с 2017 года она стала его превышать, а в 2022 году превышение достигло 19,9%. Таким образом, регион характеризуется не только высоким уровнем зарегистрированной патологии, но и выраженным ростом нагрузки на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Рост заболеваемости особенно отчетливо проявился среди населения детского и подросткового возраста. Общая заболеваемость детей 0-14 лет в Ставропольском крае увеличилась с 1811,7 до 2265,7 на 1000 населения, то есть на 25,1%, а первичная – с 1419,7 до 1782,9 на 1000, или на 25,6%. Общая заболеваемость подростков 15-17 лет возросла с 1553,4 до 2033,0 на 1000 населения, что соответствует приросту на 30,9%, а первичная – с 997,9 до 1417,3 на 1000, или на 42,0%. Начиная с 2020 года показатели детской первичной заболеваемости в Ставропольском крае превысили общероссийские, а разрыв со СКФО по большинству показателей детской и подростковой заболеваемости существенно увеличился. Это свидетельствует о росте распространенности патологии у населения молодого возраста и формировании дополнительной текущей и будущей нагрузки на систему здравоохранения.

Анализ заболеваемости по основным классам болезней подтвердил, что рост носит системный, а не локальный характер. В 2022 году по сравнению с 2009 годом заболеваемость болезнями системы кровообращения в Ставропольском крае выросла на 46,6%, новообразованиями – на 29,6%, болезнями органов дыхания – на 58,4%, болезнями органов пищеварения – на 100,9%, заболеваемость, связанная с внешними причинами, выросла на 7,6%. Показательным является двукратное увеличение заболеваемости болезнями органов пищеварения: с 1612,9 до 3240,4 на 100 000 населения. В то время как в

Российской Федерации и СКФО по ряду из этих классов наблюдалось снижение или слабый рост, в Ставропольском крае фиксировался устойчивый подъем. Это позволяет предположить сочетанное влияние нескольких факторов: улучшения выявляемости, роста распространенности хронической патологии, последствий старения населения, а также роста обращаемости.

На этом фоне кадровые показатели системы здравоохранения приобретают особую значимость. Установлено, что обеспеченность врачами в Ставропольском крае в 2022 году была на 3,0% ниже уровня 2009 года. Несмотря на то что край по этому показателю несколько превышал уровень СКФО – на 2,7%, он заметно уступал Российской Федерации – на 10,8%. Тем самым можно говорить о дефиците врачебных кадров по отношению к среднероссийскому уровню.

В 2010-2022 гг. укомплектованность врачами в Ставропольском крае снизилась с 93,47% до 82,11%. Данные анализа укомплектованности по отдельным врачебным специальностям свидетельствуют о системном характере кадрового дефицита, затрагивающем как первичное звено, так и специализированную медицинскую помощь. Наиболее существенное снижение укомплектованности наблюдается среди терапевтов (-11,0%), педиатров (-9,8%), акушеров-гинекологов (-9,8%), неврологов (-10,6%) и психиатров-наркологов (-12,1%), хирургов (-6,2%) и оториноларингологов (-5,7%).

Наиболее проблемной зоной представляется обеспеченность отдельными врачебными специальностями. Так, обеспеченность оториноларингологами в 2022 году была ниже уровня 2009 года на 9,4%, уступая Российской Федерации на 3,3% и СКФО на 6,5%. Обеспеченность неврологами в крае в 2022 году также была ниже, чем в РФ, на 8,8%, и ниже, чем в СКФО, на 22,0%. Обеспеченность психиатрами составила 0,20 на 10 000 населения, совпадая с уровнем СКФО, но оставаясь на 39,4% ниже общероссийского уровня. Учитывая рост заболеваемости, старение населения, высокую долю хронической патологии, дефицит узких специалистов может ограничивать доступность специализированной помощи, снижать эффективность профилактики, ранней диагностики и диспансерного наблюдения.

В целом результаты исследования позволяют сделать вывод, что в Ставропольском крае в 2009-2022 гг. сложилась ситуация, при которой рост потребности населения в медицинской помощи не сопровождался адекватным усилением кадрового потенциала системы здравоохранения. На фоне снижения рождаемости, формирования устойчивой естественной убыли населения, роста общей и первичной заболеваемости, ухудшения ряда показателей смертности и значительного прироста распространенности заболеваний среди детей и подростков обеспеченность врачами оставалась ниже среднероссийского уровня.

Таким образом, выявленные тенденции обосновывают необходимость дальнейшей разработки и внедрения комплексных организационно-управленческих мер, направленных на стабилизацию кадрового потенциала здравоохранения Ставропольского края. К их числу следует отнести меры по удержанию врачебных кадров, улучшению обеспеченности по дефицитным врачебным специальностям, повышению привлекательности работы в государственном секторе здравоохранения, совершенствованию механизмов целевой подготовки и трудоустройства. Полученные результаты подтверждают, что кадровая обеспеченность здравоохранения должна рассматриваться в тесной связи с демографическими и эпидемиологическими процессами, определяющими потребность региона в медицинских кадрах.

Проведённое в рамках диссертации социологическое исследование, включившее опрос 488 студентов 6 курса лечебного и педиатрического факультетов и 854 ординаторов Ставропольского государственного медицинского университета, позволило комплексно изучить особенности профессиональной мотивации, карьерных ожиданий и факторов, влияющих на закрепление молодых специалистов в системе здравоохранения региона.

Изучение мотивации выбора профессии врача показало, что основным фактором профессионального самоопределения является призвание, которое указали 54,7% опрошенных. При этом ординаторы значительно чаще студентов отмечают данный мотив (59,5% против 46,3%), что свидетельствует о более осознанном профессиональном выборе по мере накопления практического опыта.

Вторым по значимости фактором является престиж врачебной профессии (44,6%), что подтверждает сохраняющуюся социальную значимость медицинской сферы.

Выявлены существенные различия в профессиональных предпочтениях студентов и ординаторов относительно будущего места работы. Среди студентов наибольшей популярностью пользуется работа в стационаре (43,4%), тогда как ординаторы чаще ориентированы на частные медицинские организации (39,0%).

Анализ территориальных предпочтений показал, что большинство опрошенных планируют работать в государственных медицинских организациях города Ставрополя (34,9%), что подтверждает устойчивую тенденцию концентрации медицинских кадров в крупных городах. При этом интерес к работе в сельской местности остаётся относительно низким. Возможность переезда в сельскую местность рассматривают 27,0% студентов и 26,1% ординаторов.

Основными мотивами возможного переезда в сельскую местность являются получение опыта самостоятельной работы (58,3%), возможность проживания рядом с родственниками (53,2%) и благоприятные экологические условия (43,1%). Ключевыми факторами, препятствующими переезду, респонденты называют неразвитую инфраструктуру (66,6%), недостаточное материально-техническое оснащение медицинских организаций (61,9%) и отсутствие адаптации к сельскому образу жизни (48,3%).

Полученные данные говорят о том, что проблема дефицита медицинских кадров в сельских территориях носит комплексный характер и не может быть решена исключительно экономическими методами. Существенную роль играют социальные условия жизни, доступность инфраструктуры, возможности профессионального развития и уровень материально-технического оснащения медицинских организаций.

Исследование факторов, оказывающих влияние на решение молодых специалистов о трудоустройстве в сельской местности, показало, что наибольшее значение имеют предоставление льгот медицинским работникам, возможности профессионального и карьерного развития, а также проживание в экологически благоприятных условиях. В качестве основных препятствий для работы в

сельской местности респондентами были отмечены недостаточная обеспеченность современными методами диагностики и лечения, низкий уровень развития инфраструктуры, а также ограниченные возможности профессионального взаимодействия и обмена опытом.

Особое значение в формировании кадровой устойчивости системы здравоохранения имеют меры социальной поддержки молодых специалистов. По мнению респондентов, наиболее эффективными из них являются льготное ипотечное кредитование (42,0%), компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства (41,0%), а также предоставление земельных участков (40,5%). Существенную роль играют и меры, направленные на поддержку семей молодых врачей, включая предоставление мест в дошкольных образовательных учреждениях и компенсацию аренды жилья.

Балльная оценка мер привлечения молодых специалистов в сельскую местность показала, что наиболее значимыми являются повышение материально-технического оснащения центральных районных больниц, обеспечение молодых специалистов жильём и расширение социальных гарантий.

Заслуживает внимания оценка студентами и ординаторами условий работы в государственных медицинских организациях. Среди преимуществ респонденты отмечают ежегодный оплачиваемый отпуск, возможность повышения квалификации за счёт работодателя, устойчивость организации в кризисных условиях и стабильную заработную плату. Однако главным недостатком работы в государственных медицинских организациях респонденты считают недостаточный уровень заработной платы, а также ограниченные возможности материально-технического обеспечения и социальной поддержки.

В целом опрос показал, что эффективность кадровой политики в здравоохранении региона определяется не только системой подготовки медицинских кадров, но и механизмами их закрепления в медицинских организациях. В современных условиях важнейшую роль в данном процессе могут играть образовательные организации высшего медицинского образования,

выступающие не только поставщиками образовательных услуг, но и центрами формирования кадрового потенциала здравоохранения.

В связи с этим особое значение приобретает развитие механизмов взаимодействия между образовательными организациями высшего медицинского образования, органами управления здравоохранением и медицинскими организациями региона. Одним из перспективных направлений является внедрение элементов проектного управления кадровыми ресурсами, включающего прогнозирование потребности в кадрах, формирование целевых образовательных программ, развитие системы наставничества и поддержки профессионального развития молодых специалистов. Результаты проведённого социологического исследования свидетельствуют о том, что формирование устойчивой системы обеспечения медицинских организаций кадрами требует комплексного подхода, включающего совершенствование образовательной политики, развитие социальной инфраструктуры, повышение уровня материально-технического оснащения медицинских организаций, расширение и усиление мер социальной поддержки медицинских работников.

На следующем этапе исследования была сформирована согласованная экспертная оценка факторов, оказывающих влияние на привлечение и закрепление молодых специалистов в региональной системе здравоохранения. В экспертном опросе приняли участие 28 руководителей медицинских организаций Ставропольского края, обладающих значительным профессиональным и управленческим опытом. Средний возраст экспертов составил $56,5 \pm 7,3$ года, средний стаж работы на руководящих должностях – $20,8 \pm 6,9$ лет, что свидетельствует о высокой компетентности экспертной группы.

По данным экспертной оценки, в медицинские организации, которые представляли эксперты, ежегодно поступает сравнительно небольшое количество молодых специалистов (медианное значение составило 5,0 (2,0; 9,8) человек), при этом по целевому договору обучалось 1,0 (0,0; 5,8), что свидетельствует о недостаточной эффективности существующих механизмов кадрового восполнения системы здравоохранения.

Экспертная оценка факторов, привлекающих молодых людей в медицинскую профессию, показала, что ведущим мотивом является возможность профессионального и карьерного роста, на которую указали 53,6% экспертов. Вторым по значимости фактором является возможность помогать людям (46,4%), а также высокая социальная значимость медицинской профессии и участие в программах государственной поддержки (по 35,7%). При этом наименьшее значение эксперты придают интересу к научной деятельности (25,0%).

По мнению экспертов, ключевым фактором, определяющим профессиональную траекторию выпускников медицинских вузов, является возможность достижения материальной стабильности и защищенности, на что указали 67,9% респондентов. Важное значение также имеют возможности профессионального роста и развития (53,6%) и карьерного продвижения (39,3%), тогда как научная деятельность рассматривается как значимый фактор лишь 7,1% экспертов.

В структуре факторов, определяющих привлекательность работы по выбранной медицинской специальности, на первое место эксперты поставили желание быть специалистом узкого профиля (71,4%), на второе место – высокую заработную плату и наличие льгот (60,7%), а на третье – возможность использования современных медицинских технологий (42,9%).

Анализ факторов выбора населённого пункта для будущей профессиональной деятельности показал, что наиболее значимым фактором является уровень развития инфраструктуры территории, который отметили 60,7% экспертов. Существенное значение также имеют близость населённого пункта к областному центру (53,6%) и возможность проживания в месте рождения или проживания родственников (46,4%).

Эксперты выделили ряд преимуществ жизни и работы в сельской местности. Наиболее значимыми из них являются благоприятные экологические условия (64,3%) и более спокойный образ жизни (53,6%). Вместе с тем основными факторами, снижающими привлекательность сельских территорий для молодых специалистов, являются недостаточный уровень развития транспортной

и социальной инфраструктуры (85,7%), ограниченность культурной и социальной среды (67,9%), а также трудности в организации обучения детей (35,7%).

При оценке факторов привлекательности работы в государственных медицинских организациях эксперты наиболее высоко оценили стабильность заработной платы ($4,61 \pm 0,96$ балла), наличие ежегодного оплачиваемого отпуска ($4,46 \pm 0,96$ балла) и устойчивость медицинских организаций в кризисных условиях ($4,39 \pm 1,03$ балла).

Среди основных недостатков работы в государственных медицинских организациях эксперты отметили недостаточное материально-техническое оснащение ($3,46 \pm 1,45$ балла), недостаточно комфортные бытовые условия ($3,43 \pm 1,45$ балла) и недостаточный уровень заработной платы ($3,29 \pm 1,56$ балла).

Особое внимание эксперты уделили оценке мер социальной поддержки, направленных на привлечение молодых специалистов в сельские медицинские организации. Наиболее значимыми из них были признаны льготные ипотечные программы ($4,25 \pm 1,18$ балла), предоставление служебного жилья ($4,11 \pm 1,32$ балла) и компенсация расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг ($4,04 \pm 1,35$ балла).

Согласно согласованному мнению экспертов, ключевыми мерами, способными обеспечить закрепление молодых специалистов в сельской местности, являются обеспечение жильём ($4,89 \pm 0,42$ балла), повышение материально-технического оснащения центральных районных больниц ($4,68 \pm 0,82$ балла), а также расширение социальных гарантий для молодых специалистов ($4,50 \pm 1,04$ балла).

Результаты экспертного опроса свидетельствуют о том, что проблема кадрового дефицита в системе здравоохранения региона носит комплексный характер и обусловлена сочетанием экономических, социальных и инфраструктурных факторов. Для повышения привлекательности работы в медицинских организациях сельской местности необходима реализация системных мер государственной и региональной поддержки, направленных на улучшение жилищных условий молодых специалистов, развитие социальной

инфраструктуры территорий, повышение материально-технического оснащения медицинских организаций, расширение социальных гарантий для медицинских работников.

Развитие лидерских компетенций у специалистов здравоохранения является важным фактором совершенствования кадровой политики, поскольку данный фактор способствует более эффективному управлению медицинскими коллективами, повышению профессиональной мотивации и закреплению кадров в системе здравоохранения.

В рамках проведенного комплексного исследования были определены ключевые характеристики и качества лидера в сфере здравоохранения на основе сравнительного анализа мнений студентов медицинского университета и экспертов-руководителей медицинских организаций.

В опросе студентов приняли участие 236 обучающихся 3-6 курсов Ставропольского государственного медицинского университета, имеющих опыт проявления лидерских качеств в рамках учебной, общественной и волонтерской деятельности.

Экспертный опрос включал 76 руководителей государственных медицинских организаций Ставропольского края, обладающих значительным управленческим опытом. Средний возраст экспертов составил $52,4 \pm 8,0$ года, средний стаж работы на руководящих должностях – $17,7 \pm 8,1$ лет

Анализ результатов исследования показал, что среди характеристик лидера в сфере здравоохранения как студенты, так и эксперты наиболее высоко оценивали ответственность за принятые решения. Средняя оценка данного качества составила $4,41 \pm 0,72$ балла у студентов и $4,71 \pm 0,46$ балла у экспертов, что свидетельствует о признании его ключевой управленческой характеристикой лидера в медицинской сфере.

В число наиболее значимых характеристик лидера, по мнению обеих групп респондентов, также вошли стрессоустойчивость в условиях высокой нагрузки и кризисов, этичность и соблюдение медицинской деонтологии, коммуникативные навыки, а также способность принимать решения в условиях неопределённости.

Вместе с тем выявлены различия в оценке ряда лидерских характеристик. Эксперты статистически значимо выше оценили важность таких управленческих компетенций, как стратегическое мышление и долгосрочное планирование, управление конфликтами в коллективе, а также гибкость и адаптивность к изменениям, что, вероятно, связано с практическим опытом управленческой деятельности.

Студенты, в свою очередь, придают большее значение развитию коммуникативных навыков, способности принимать решения в условиях неопределенности и влиянию на окружающих, что отражает их стремление к формированию эффективных личностных компетенций для будущей профессиональной деятельности.

Исследование показало, что важной составляющей эффективного лидерства в системе здравоохранения является эмоциональный интеллект. Подавляющее большинство респондентов, как студентов, так и экспертов, считают развитие эмоционального интеллекта необходимым условием подготовки руководителей здравоохранения.

Среди характеристик эмоционального интеллекта обе группы респондентов наиболее высоко оценили: способность управлять собственными эмоциями и стрессом, способность сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений, умение выстраивать доверительные отношения в коллективе, умение разрешать конфликты с учетом эмоциональных потребностей участников взаимодействия.

Практически полное совпадение оценок студентов и экспертов относительно важности эмоционального интеллекта свидетельствует о высокой значимости данного компонента в системе подготовки будущих руководителей здравоохранения.

При этом в оценке характеристик эмоционального интеллекта, требующих усиленного внимания в образовательном процессе, наблюдаются некоторые различия. Студенты более высоко оценивают значимость эмоционального самоконтроля и адаптивности, тогда как эксперты придают большее значение

управлению конфликтами, командной работе, организационной осведомлённости и влиянию на подчинённых.

Сравнительный анализ методов развития эмоционального интеллекта показал, что студенты чаще отдают предпочтение тренингам по развитию коммуникативных навыков, тогда как эксперты более высоко оценивают изучение лучших управленческих практик и тренинги по управлению стрессом.

Таким образом, проведённое исследование показало, что представления молодых и опытных лидеров здравоохранения о ключевых характеристиках эффективного руководителя во многом совпадают. Наиболее значимыми характеристиками лидера являются ответственность за принятые решения, этичность, стрессоустойчивость, развитые коммуникативные навыки и способность управлять эмоциями.

Различия в оценках отдельных лидерских характеристик обусловлены различием профессионального опыта респондентов: эксперты, обладая значительным управленческим опытом, придают большее значение стратегическому мышлению, управлению конфликтами и организационным компетенциям, тогда как студенты ориентированы на развитие личностных и коммуникативных качеств.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в систему подготовки организаторов здравоохранения образовательных программ, направленных на развитие управленческих компетенций, стратегического мышления и эмоционального интеллекта. Реализация данных аспектов подготовки позволит повысить эффективность управленческой деятельности и улучшить формирование кадрового потенциала системы здравоохранения.

В рамках выполненного исследования была обоснована необходимость внедрения цифровых инструментов управления кадровым потенциалом регионального здравоохранения и разработана модель отраслевой цифровой экосистемы, реализованной на примере карьерного портала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России.

Актуальность разработки специализированных цифровых решений обусловлена существующими диспропорциями в распределении медицинских кадров. Несмотря на формально достаточный уровень обеспеченности врачами на уровне субъекта Российской Федерации, на практике сохраняется выраженный дефицит специалистов в отдельных муниципальных образованиях, особенно в сельской местности и в первичном звене здравоохранения. Существующие механизмы кадровой политики, такие как целевое обучение, программы поддержки молодых специалистов, а также традиционные формы рекрутинга не обеспечивают устойчивого закрепления выпускников медицинских вузов в регионе.

В ходе исследования показано, что одной из ключевых причин данной проблемы является информационная асимметрия между работодателями и молодыми специалистами. Выпускники образовательных организаций высшего медицинского образования не обладают полной и структурированной информацией о вакансиях, условиях труда, мерах социальной поддержки и перспективах профессионального роста в конкретных медицинских организациях региона. В свою очередь медицинские организации испытывают значительные организационные и временные затраты на поиск и подбор специалистов.

Предложенное решение данной проблемы заключается в формировании отраслевой цифровой экосистемы, объединяющей студентов, ординаторов, выпускников, медицинские организации и органы управления здравоохранением на единой цифровой платформе. Разработанный карьерный портал выполняет функции специализированной рекрутинговой системы, аналитической платформы и инструмента стратегического управления кадровыми ресурсами региона.

Архитектура портала построена на принципах многосторонней платформенной модели и включает несколько функциональных модулей, обеспечивающих взаимодействие основных групп пользователей. Для обучающихся и выпускников портал выступает инструментом построения карьерной траектории, позволяющим создавать цифровое портфолио, получать персонализированные рекомендации вакансий и получать структурированную

информацию о мерах социальной поддержки. Для работодателей портал является инструментом рекрутинга и кадрового планирования, обеспечивающим формирование кадрового резерва и доступ к базе потенциальных кандидатов. Для органов управления здравоохранением портал выполняет функцию аналитической системы мониторинга кадровой обеспеченности и прогнозирования потребности в специалистах.

Анализ архитектуры и функционала портала позволил выделить несколько ключевых механизмов, обеспечивающих его эффективность: механизм интеллектуального поиска вакансий на основе отраслевых фильтров; механизм автоматической верификации и формирования цифрового портфолио обучающихся; механизм проактивного кадрового планирования и прогнозной аналитики; механизм сетевого взаимодействия между всеми участниками кадровой экосистемы.

Сравнительный анализ карьерного портала с существующими цифровыми платформами для трудоустройства показал, что универсальные агрегаторы вакансий не учитывают отраслевую специфику медицинского труда и не позволяют эффективно решать задачи региональной кадровой политики. В отличие от них, карьерный портал СтГМУ ориентирован исключительно на медицинские кадры и обеспечивает интеграцию данных образовательной системы, медицинских организаций и органов управления здравоохранением.

Эмпирическая оценка эффективности портала показала высокий уровень пользовательской удовлетворенности. По результатам анкетирования 486 пользователей (студентов, ординаторов и выпускников университета) 80,2% респондентов оценили удобство использования платформы на уровне 8-10 баллов по десятибалльной шкале. Средние значения основных показателей пользовательского опыта составили 8,2-8,8 балла, что свидетельствует о высокой функциональной эффективности разработанного решения.

Анализ пользовательской активности подтвердил востребованность платформы. За период с сентября 2025 года по апрель 2026 года на сайте было зафиксировано 7671 визит от 5182 уникальных пользователей, общее количество

просмотров составило 33,2 тыс., а средняя глубина просмотра – 4,62 страницы. Среднее время пребывания пользователей на сайте составило 4 минуты 16 секунд, что свидетельствует о высокой прикладной значимости размещённой информации.

Внедрение карьерного портала формирует комплекс положительных эффектов для различных участников системы здравоохранения региона. Для органов управления здравоохранением портал становится инструментом мониторинга кадровой обеспеченности и прогнозирования потребности в специалистах. Для медицинских организаций он снижает организационные издержки при поиске и подборе медицинских кадров, и позволяет формировать кадровый резерв из числа студентов и ординаторов. Для медицинского университета портал обеспечивает непрерывный мониторинг трудоустройства выпускников и способствует повышению практико-ориентированности образовательного процесса. Для молодых специалистов портал снижает неопределенность при выборе рабочего места после окончания медицинского университета и позволяет принимать более обоснованные карьерные решения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что разработанная цифровая экосистема карьерного портала представляет собой эффективный инструмент управления кадровыми потоками в региональном здравоохранении. Его внедрение позволяет перейти от реактивной модели кадровой политики, ориентированной на устранение уже возникших дефицитов, к проактивной системе управления кадровыми ресурсами на основе анализа данных и долгосрочного прогнозирования.

Карьерный портал может рассматриваться не только как технологическое решение задачи трудоустройства выпускников, но и как инфраструктурный элемент региональной системы управления кадровым потенциалом здравоохранения. Дальнейшее развитие данной цифровой экосистемы связано с расширением аналитических возможностей платформы, интеграцией с федеральными информационными системами и использованием методов анализа

больших данных для прогнозирования кадровых потребностей системы здравоохранения.

Проведённое исследование показало, что решение проблемы кадрового дефицита в региональной системе здравоохранения требует комплексного подхода, включающего совершенствование нормативно-правового регулирования, развитие механизмов профессиональной ориентации, модернизацию системы дополнительного профессионального образования и формирование эффективной системы содействия трудоустройству выпускников медицинских вузов.

Установлено, что кадровая политика здравоохранения Ставропольского края реализуется в рамках взаимодействия федеральных и региональных механизмов регулирования. В регионе действует система нормативно закреплённых мер социальной поддержки медицинских работников, включающая компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг для специалистов сельской местности, специальные социальные выплаты для медицинских работников отдельных профилей, а также единовременные компенсационные выплаты в рамках программы «Земский доктор/фельдшер». Реализация данных мер направлена на повышение привлекательности работы в государственных медицинских организациях и обеспечение кадрового закрепления специалистов в сельских и отдалённых территориях.

Анализ профориентационной деятельности Ставропольского государственного медицинского университета показал, что формирование кадрового потенциала здравоохранения региона начинается на этапе довузовской подготовки. Реализуемая система профориентационной работы включает деятельность Малой медицинской академии, медицинских лицейских классов «Медикус», проведение профильных олимпиад, профориентационных мероприятий и Дней открытых дверей. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности данных инструментов ранней профессиональной ориентации, что подтверждается устойчивым ростом числа участников

профориентационных проектов и увеличением доли выпускников, поступающих в медицинский университет.

Важным направлением развития кадрового потенциала является модернизация системы дополнительного профессионального образования. В Институте дополнительного профессионального образования СтГМУ сформирована модель подготовки специалистов, ориентированная на потребности практического здравоохранения региона. Реализация модульных образовательных программ, использование симуляционных технологий, а также внедрение цифровых образовательных решений и технологий искусственного интеллекта способствуют повышению практикоориентированности подготовки медицинских работников и формированию современных профессиональных компетенций у обучающихся.

Особое значение в обеспечении медицинских организаций квалифицированными специалистами имеет развитие системы содействия трудоустройству выпускников. Создание центра развития регионального здравоохранения и содействия трудоустройству выпускников позволило систематизировать взаимодействие университета с органами управления здравоохранением, медицинскими организациями и другими заинтересованными структурами. Реализуемые механизмы включают мониторинг кадровых потребностей, проведение ярмарок вакансий, консультирование обучающихся по вопросам трудоустройства и сопровождение выпускников на этапе их профессиональной адаптации.

Анализ динамики трудоустройства выпускников специалитета и ординатуры СтГМУ за 2021–2025 гг. показал сохранение высокого уровня их профессиональной востребованности. Совокупная доля выпускников, продолжающих обучение в ординатуре либо трудоустроенных по специальности, стабильно превышает 90%. При этом отмечается увеличение доли трудоустройства выпускников в медицинские организации Ставропольского края и сокращение доли специалистов, трудоустраивающихся в других субъектах Российской Федерации. Данная тенденция может рассматриваться как

свидетельство повышения эффективности региональной кадровой политики и усиления привлекательности работы в медицинских организациях края.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что формирование кадрового потенциала системы здравоохранения Ставропольского края осуществляется на основе комплексного взаимодействия образовательных организаций, органов государственной власти и медицинских организаций. Реализация системы мер, включающих нормативно-правовую поддержку медицинских работников, развитие профориентационной деятельности, модернизацию дополнительного профессионального образования и совершенствование механизмов трудоустройства выпускников, способствует укреплению кадрового потенциала региональной системы здравоохранения и повышению её способности обеспечивать население доступной и качественной медицинской помощью.

В ходе проведённого исследования разработана и апробирована модель совершенствования кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения, основанная на интеграции организационных, правовых, образовательных и цифровых механизмов управления кадровыми ресурсами. Данная модель охватывает все ключевые этапы формирования кадрового потенциала – от профориентации и целевой подготовки до трудоустройства и закрепления специалистов в медицинских организациях.

Установлено, что важнейшим условием эффективности кадровой политики является наличие многоуровневой системы нормативно-правового регулирования, включающей федеральные и региональные меры социальной поддержки медицинских работников.

Показано, что ключевую роль в реализации модели играют механизмы взаимодействия между органами государственной власти, образовательными и медицинскими организациями, обеспечивающие согласование потребности в кадрах с системой их подготовки. Существенное значение имеют такие элементы модели, как развитие института наставничества, создание регионального кадрового центра и внедрение цифровых решений в виде карьерного портала, что

позволяет повысить прозрачность рынка труда и улучшить информационную взаимосвязь между работодателями и специалистами.

Анализ динамики кадровых показателей за 2021-2025 гг. подтвердил эффективность реализуемой модели. Установлена устойчивая положительная динамика обеспеченности врачебными кадрами – с 32,3 до 36,06 на 10 000 населения, сопровождавшаяся повышением уровня укомплектованности медицинских организаций как физическими лицами (до 87,6%), так и по занятым должностям (до 88,7%). Одновременно зафиксировано снижение коэффициента совместительства, что свидетельствует о снижении нагрузки на врачей.

Установлено, что наиболее выраженные положительные изменения достигнуты в амбулаторно-поликлиническом звене и системе первичной медико-санитарной помощи, где обеспеченность врачами и уровень укомплектованности показывают устойчивый рост. Значительное увеличение обеспеченности участковыми терапевтами и педиатрами подтверждает приоритетную направленность кадровой политики на развитие первичного звена здравоохранения.

В то же время выявлена неоднородность развития кадрового обеспечения по видам медицинской помощи и территориям. Особое внимание требует снижение обеспеченности врачами общей практики, что указывает на необходимость мер по стимулированию развития данной категории специалистов.

В целом полученные результаты свидетельствуют о формировании тренда на улучшение кадрового обеспечения здравоохранения региона и преодоление ранее сложившихся негативных тенденций. Разработанная модель показала свою результативность, обеспечив рост кадрового потенциала.

Таким образом, показано, что комплексное использование организационных, правовых и цифровых инструментов управления кадровыми ресурсами способствует снижению кадрового дефицита и формированию устойчивого развития системы здравоохранения субъекта Российской Федерации. В то же время сохраняющиеся структурные диспропорции требуют дальнейшего совершенствования кадровой политики с акцентом на поддержку первичной

медико-санитарной помощи, сельского здравоохранения и развития института общей врачебной практики.

ВЫВОДЫ

1. Дефицит медицинских кадров в Российской Федерации и зарубежных странах носит глобальный характер и затрагивает системы здравоохранения большинства государств, включая страны с высоким уровнем экономического развития. Кадровая сфера российской системы здравоохранения характеризуется комплексом взаимосвязанных проблем, таких как: дефицит медицинских работников, диспропорции в структуре медицинских специальностей, территориальная неравномерность распределения кадров, условия и оплата труда, социальная защищенностью и профессиональная мотивация. В этой связи возрастает значимость формирования эффективной кадровой политики в здравоохранении, реализуемой на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и уровне медицинских организаций. К элементам эффективной кадровой политики на уровне субъекта Российской Федерации можно отнести: создание механизмов финансового стимулирования с целью привлечения специалистов в районы, испытывающие потребность в медицинских кадрах; увеличение целевого набора в образовательные организации медицинского образования студентов, поступающих из регионов, испытывающих кадровый дефицит; мониторинг и регулирование выбора места работы выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования; совершенствование организации процесса оказания медицинских услуг, улучшение условий труда врачей в районах с недостаточным уровнем обеспеченности, использование современных информационно-коммуникационных технологий.

2. Анализ медико-демографических показателей и показателей заболеваемости населения Ставропольского края за период 2009-2022 гг. позволил выявить ряд негативных тенденций. На фоне сложившейся регрессивной структуры населения отмечается снижение рождаемости с 2016 г. На протяжении всего анализируемого периода уровень рождаемости в Ставропольском крае оставался несколько ниже среднероссийского показателя: в

2022 году различие составило 2,3%, а в остальные годы периода наблюдения — от 0,9 до 6,0%. Вместе с тем по сравнению с СКФО показатель рождаемости в Ставропольском крае был существенно ниже. Величина различий варьировала от 19,3% в 2016 г. до 32,5% в 2011 г. В Ставропольском крае уровень смертности в 2022 г. составил 11,6 на 1000 населения и был ниже показателя 2009 года на 26,4%, но выше уровня смертности 2019 г. на 5,5%. Для Ставропольского края после пятилетнего периода положительного естественного прироста населения в 2012-2017 гг., начиная с 2018 года характерна убыль населения, что соответствует общероссийской тенденции. При этом миграционный прирост не компенсирует естественную убыль населения Ставропольского края. Отмечается синхронный рост общей и первичной заболеваемости как среди всего населения Ставропольского края, так и среди детей и подростков. Рост заболеваемости населения в Ставропольском крае отражает увеличение частоты возникновения случаев заболеваний, относящихся ко всем основным классам нозологий. За период 2009-2022 гг. в Ставропольском крае отмечается устойчивое снижение смертности от наиболее частой причины – болезней системы кровообращения (БСК) на 32,6% (с 742,7 до 500,6 на 100 000 населения). За анализируемый период показатель смертности от новообразований в Ставропольском крае снизился с 189,5 до 154,9 на 100 000 населения, что соответствует уменьшению на 18,3%. Третье место по частоте случаев смерти в Ставропольском крае занимает смертность от внешних причин. В течение анализируемого периода в Ставропольском крае отмечалась устойчивая тенденция к снижению смертности от внешних причин. За 14-летний период наблюдения данный показатель уменьшился на 31,8%. В то же время смертность от болезней органов дыхания (БОД) в Ставропольском крае в 2022 г. составила 49,4 на 100 000 населения, что превышало уровень 2009 года на 42,7%. Динамика показателя на протяжении исследуемого периода характеризуется отсутствием выраженной тенденции.

3. По результатам анализа кадровых ресурсов здравоохранения Ставропольского края отмечается дефицит по ряду медицинских специальностей. Несмотря на то, что обеспеченность врачами терапевтического профиля выросла

в Ставропольском крае с 2009 г. на 26,5% (с 3,44 до 4,35 на 10 000 населения), и имела устойчивую тенденцию роста на протяжении всего анализируемого периода ($R^2=0,810$), данный показатель в 2022 году был ниже обеспеченности терапевтами в России на 16,0% и в СКФО на 27,7. Начиная с 2009 г. обеспеченность хирургами снизилась во всех анализируемых территориях: в Российской Федерации – на 27,2%, в СКФО – на 21,9%, в Ставропольском крае – на 13,6%. В течение 2009–2022 гг. также наблюдалось сокращение обеспеченности населения Российской Федерации, СКФО и Ставропольского края врачами акушерами-гинекологами. В Ставропольском крае к 2022 г. данный показатель уменьшился на 10,8% по сравнению с 2009 г. При этом обеспеченность акушерами-гинекологами в Ставропольском крае в 2022 году была на 5,0% ниже среднероссийского уровня.

При этом обеспеченность акушерами-гинекологами в СКФО была на 34,1% выше, чем общероссийский показатель и на 29,2% выше, чем показатель Ставропольского края, что, по-видимому, связано с большим удельным весом женщин репродуктивного возраста и более высоким уровнем рождаемости, и соответственно, более высокой потребностью в акушерах-гинекологах, чем в остальных российских регионах. На протяжении всего анализируемого периода в РФ устойчиво падала обеспеченность следующими специалистами: офтальмологами, оториноларингологами, неврологами, психиатрами. Так обеспеченность офтальмологами за 2009-2022 гг. снизилась на 15,2% ($R^2=0,887$), оториноларингологами – на 14,3% ($R^2=0,804$), неврологами – на 12,8% ($R^2=0,876$), психиатрами – на 13,2% ($R^2=0,916$). Выявленные негативные тенденции медико-демографических показателей заболеваемости и обеспеченности медицинскими работниками населения Ставропольского края определили необходимость разработки и внедрения мер, направленных на преодоление кадрового дефицита медицинских работников.

4. Проведённое социологическое исследование позволило изучить мнение студентов старших курсов и ординаторов о программах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения, мотивах выбора места трудоустройства, а

также определить наиболее значимые факторы, влияющие на закрепление медицинских кадров в медицинских организациях. Опрос выпускников специалитета и ординатуры Ставропольского государственного медицинского университета показал, что более трети опрошенных (34,9%) планируют работать после окончания обучения в государственных медицинских организациях г. Ставрополя, при этом среди ординаторов на первое ранговое место по частоте выбора выходят частные медицинские организации (35,0%). Главным мотивом выбора населенного пункта для будущей работы большинство опрошенных считают высокий уровень развития инфраструктуры (73,3%). Среди опрошенных выразили интерес к возможности переезда после окончания обучения в сельскую местность 27,0% студентов и 26,1% ординаторов. Наиболее часто в качестве мотива переезда респонденты указывали возможность получения опыта самостоятельной работы (58,3%), возможность работать там, где проживают родственники (53,2%). благоприятные экологические условия в сельской местности (43,1%). Главными причинами, препятствующими переезду, респонденты считают неразвитую инфраструктуру (66,6%), недостаточное материально-техническое оснащение (61,9%), отсутствие приспособленности к сельской жизни (48,3%). Наиболее высокую оценку среди факторов, могущих повлиять на решение молодых специалистов работать в медицинских организациях сельской местности, получили льготы для медицинских работников в сельской местности – по средней оценке студентов – $3,64 \pm 1,57$ баллов, по мнению ординаторов – $3,74 \pm 1,52$ баллов.

Наиболее часто выбираемыми вариантами ответов о материальных предпочтениях для молодого врача среди опрошенных были льготное ипотечное кредитование (42,0%), компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства (41,0%) и предоставление земельного участка (40,5%).

5. По согласованному экспертному мнению руководящего состава государственных медицинских организаций наибольшую важность среди мер по привлечению молодых врачей в сельскую местность, занимает обеспечение их жильем, что будет способствовать их закреплению на данном месте работы

(4,89±0,42 балла). Второе ранговое место по согласованной оценке экспертов, занимает повышение материально-технического оснащения центральных районных больниц (4,68±0,82 балла). Расширение социальных гарантий для молодых специалистов по согласованному экспертному мнению, находится на третьем ранговом месте из предложенных направлений (450±1,04 балла).

6. Главным фактором, способным привлечь молодых врачей в медицинскую профессию является возможность профессионального и карьерного роста. Среди факторов, являющегося наиболее привлекательным для молодых специалистов при работе в сельской местности и эксперты и обучающиеся отдадут приоритет возможности получения опыта самостоятельной работы и благоприятным экологическим условиям в сельской местности. Главным мотивом выбора населенного пункта для будущей работы большинство обучающихся считают высокий уровень развития инфраструктуры. Такого же мнения придерживаются эксперты.

7. Оценки молодых лидеров здравоохранения и опытных руководителей-экспертов, относительно ключевых характеристик и качеств лидера в сфере оказания медицинской помощи населению, во многом совпадают. При этом различия в оценках объясняются, по-видимому, взглядом экспертов через призму опыта руководящей деятельности, с чем сопряжен выбор качеств и характеристик, более востребованных в практической работе руководителя. При оценке важности характеристик для лидера в здравоохранении эксперты статистически значимо более высоко оценили ряд параметров: ответственность за принятые решения (4,71±0,46 против 4,41±0,72 баллов, у студентов, $p=0,001$), управление конфликтами в коллективе (4,57±0,50 против 4,19±0,90 баллов, $p=0,002$), стратегическое мышление и долгосрочное планирование (4,59±0,52 против 4,17±0,78, $p < 0,001$), гибкость и адаптивность к изменениям (4,41±0,52 против 4,19±0,74, $p=0,048$).

8. Цифровая экосистема карьерного портала ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России обеспечивает качественное преодоление системных ограничений, присущих универсальным рекрутинговым платформам

применительно к сфере здравоохранения. Представленный карьерный портал обеспечивает: мониторинг и анализ рынка труда в режиме реального времени; прогнозирование потребностей рынка труда в кадрах; интеллектуальный подбор специалистов; системную профориентацию специалистов на всех этапах его развития; гибкую адаптацию специалистов, университета и работодателей под меняющиеся запросы рынка.

9. К числу наиболее результативных инструментов подготовки медицинских кадров, ориентированных на преодоление кадрового дефицита в системе здравоохранения, относятся: нормативное правовое обеспечение кадровой политики здравоохранения региона; ранняя профориентация школьников, абитуриентов, студентов и ординаторов; развитие механизмов целевой подготовки специалистов; формирование системы непрерывного медицинского образования; использование дистанционных и симуляционных образовательных технологий; усиление взаимодействия между образовательной организацией и работодателями; мониторинг и регулирование выбора места работы выпускников образовательных организаций высшего медицинского образования; развитие института наставничества для молодых специалистов; реализация современных образовательных программ, основанных на интеграции образования, науки и клинической практики.

10. Сформирована модель совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае, сочетающая федеральные и региональные меры финансовой поддержки с профориентационной работой и целевой подготовкой специалистов, меры социальной поддержки и введённые с 2026 года стимулирующие выплаты студентам старших курсов, обучающимся на коммерческой основе, и желающим заключить договор с медицинскими организациями региона, развитие института наставничества. Дополнительный эффект обеспечивают тесное взаимодействие университета на площадке карьерного портала с региональным кадровым центром краевого министерства здравоохранения, ориентированное на стратегическое планирование кадровых

потребностей и закрепление специалистов в регионе.

11. Проведённый анализ динамики кадровых показателей врачей в медицинских организациях Ставропольского края за 2021–2025 гг. свидетельствует о формировании ряда положительных тенденций развития кадрового потенциала региональной системы здравоохранения и преодолении ранее сложившихся негативных трендов. В целом, по системе здравоохранения региона отмечается значимый рост обеспеченности врачами с 32,30 до 36,06 на 10 000 населения (на 11,64%), сопровождающийся увеличением укомплектованности медицинских организаций как физическими лицами (с 77,9% до 87,6%), так и по занятым должностям (с 80,6% до 88,7%). Указанные изменения отражают не только количественное увеличение кадрового ресурса, но и повышение эффективности его использования. Снижение коэффициента совместительства на 3,17% позволяет констатировать тенденцию к уменьшению избыточной нагрузки на медицинских работников.

12. Положительная динамика достигнута по реализации мер развития первичного звена здравоохранения и повышению доступности медицинской помощи населению. В амбулаторных условиях обеспеченность врачами увеличилась на 5,24%, а укомплектованность по должностям достигла 90,4%. Особое значение имеет положительная динамика в системе скорой медицинской помощи, где зафиксирован наибольший относительный прирост обеспеченности врачами (на 14,29%), а также рост укомплектованности физическими лицами на 7,94%. Это свидетельствует о начале преодоления хронического кадрового дефицита в данном сегменте здравоохранения. В сфере первичной медико-санитарной помощи наблюдается существенное укрепление кадрового потенциала участковой службы: обеспеченность участковыми терапевтами увеличилась на 18,55%, педиатрами – на 9,82%. Важным результатом является улучшение кадровых показателей в сельской местности: обеспеченность врачами увеличилась на 4,7%.

13. Наличие положительных тенденций динамики кадровых показателей системы здравоохранения в Ставропольском крае в сочетании с позитивными

изменениями в динамике показателей трудоустройства выпускников медицинского университета, свидетельствуют об эффективности реализуемой в регионе модели совершенствования организационных и правовых мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Федеральным органам исполнительной и законодательной власти:

– Внедрить систему вертикального управления мер по кадровому обеспечению от Министерства здравоохранения Российской Федерации до уполномоченных органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Органам управления субъектов Российской Федерации:

– С целью повышения престижа медицинской профессии и медицинского образования, профориентационной работы с потенциальными абитуриентами распространить опыт открытия и усиление роли медико-биологических классов в муниципальных образованиях с их методическим сопровождением со стороны образовательных организаций высшего медицинского образования и региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения;

– Совершенствовать программу «вуз-регион» в следующих направлениях:

– Усилить требования и роль медицинского университета в подготовке кадров, в регионах с использованием современных образовательных технологий;

– Формировать мотивацию обучающихся из субъектов Российской Федерации к возвращению в свои регионы на работу посредством налаживания диалога между студентами и их родными регионами, а также определения конкретных рабочих мест под каждого обучающегося;

– Сформировать и внедрить модели финансирования/софинансирования целевого обучения за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;

– Организовать для обучающихся от региона прохождения практики с 3 по 6 курс на базе медицинских организаций соответствующего субъекта Российской Федерации.

Руководителям медицинских организаций:

– Обеспечить возможности для проведения стажировок и практической подготовки обучающихся;

– Обеспечить возможности для трудоустройства ординаторов на позицию

«врач-стажер» сроком не менее 6 месяцев с надлежащей организацией рабочих мест.

Образовательным организациям высшего медицинского образования:

- Использовать в образовательном процессе кафедр, осуществляющих преподавание дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», результаты оценки обучающимися и руководителями факторов, оказывающих влияние на закрепление медицинских кадров в субъектах Российской Федерации;
- Тиражировать образовательный проект школы мастерства по формированию и развитию лидерских качеств у студентов с целью формирования резерва потенциальных лидеров здравоохранения на руководящие должности в медицинские организации;
- В целях устранения кадрового дефицита в отрасли здравоохранения субъектов Российской Федерации создавать специализированные электронные площадки по подбору медицинских работников и поиску работы выпускниками.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ –	Всемирная организация здравоохранения
БОД –	Болезни органов дыхания
БСК –	Болезни системы кровообращения
ДОД –	День открытых дверей
ДПО –	Дополнительное профессиональное образование
ЖКХ –	Жилищно-коммунальное хозяйство
ИДПО –	Институт дополнительного профессионального образования
ИИ –	Искусственный интеллект
МЗ СК –	Министерство здравоохранения Ставропольского края
Минобр СК –	Министерство образования Ставропольского края
ММА –	Малая медицинская академия
МО –	Медицинская организация
НОМК –	Научно-образовательный медицинский кластер
НМА –	Нормативный правовой акт
НМО –	Непрерывное медицинское образование
ОЭСР –	Организация экономического сотрудничества и развития
ОПЖ –	Ожидаемая продолжительность жизни
РФ –	Российская Федерация
СКФО –	Северо-Кавказский федеральный округ
СтГМУ –	Ставропольский государственный медицинский университет
ФАП –	фельдшерско-акушерский пункт
ФГБОУ ВО –	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
ФРМР –	Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абельская, И.С. Симуляционное обучение для формирования практической компетентности медицинских сестер / И.С. Абельская, Т.В. Каитнская, О.С. Борушко // Виртуальные технологии в медицине. – 2021. – № 3 (29). – С. 147-148.
2. Абрамян, Р.Т. Проблемы кадрового обеспечения в медицинских учреждениях Краснодарского края / Р.Т. Абрамян, В.С. Науменко // Современные научные исследования и разработки. – 2018. – Т. 2. – № 11(28). – С. 57-59.
3. Аджиева, З.И. Цифровая трансформация здравоохранения: вызовы и новые возможности / З.И. Аджиева, М.Б. Кубанов, Х.М. Аджиева // Альманах «Крым». – 2023. – № 40. – С.19-26
4. Аксенова, Е.И. Кадры здравоохранения в условиях внедрения цифровых систем / Е.И. Аксенова, А.Р. Шкрумяк // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 4. – С. 130-137.
5. Аксенова, Е.И. Развитие кадрового потенциала здравоохранения: глобальные тренды и национальные особенности (на примере формирования компетенций посредством наставничества) / Е.И. Аксенова, Ю.В. Бурдастова, Г.Г. Надарейшвили // ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – 2025. – С. 95.
6. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении / А.В. Белостоцкий, О.В. Гриднев, Н.К. Гришина, Е.А. Значкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24. – № 4. – С. 230-235.
7. Александрова, О.А. Формирование кадрового резерва руководителей столичных медучреждений в условиях реформы здравоохранения. Часть 1. Кадровый состав руководства медучреждений и проблемы его формирования в преддверии реформы здравоохранения / О.А. Александрова, Комолова О.А. // Труд и социальные отношения. – 2019. – № 2 (152). – С. 5-18.

8. Аликперова, Н.В. Факторы формирования карьерных траекторий медицинских работников в России / Н.В. Аликперова, А.В. Ярашева, К.В. Виноградова // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. – 2020. – Т. 10. – № 6. – С. 81–92.
9. Амлаев, К.Р. Анализ обеспеченности врачебными кадрами субъектов Северо-Кавказского федерального округа / К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – № 5. – С. 885–889.
10. Амлаев, К.Р. Карьерные установки выпускников медицинского университета / К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, А.А. Хрипунова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 5. – С. 1006-1010.
11. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании и Болгарии / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров, В.Б. Зафирова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № S1. – С. 892-896.
12. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании, Болгарии / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров, В.Б. Зафирова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № 6. – С. 1439-1443.
13. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика некоторых аспектов функционирования систем здравоохранения Ирана и Объединенных Арабских Эмиратов (обзор) / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров, В.Б. Зафирова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № 4. – С. 645-650.
14. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика систем здравоохранения Греции, Испании и Болгарии / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. – Т. 31. – № S1. – С. 927-932.
15. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика стационарной помощи в ряде европейских стран: Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № S1. – С. 923-926.

16. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика текущих проблем и осуществляемых реформ систем здравоохранения Греции, Болгарии и Испании / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № S1. – С. 917-922.
17. Амлаев, К.Р. Краткая характеристика текущих проблем систем здравоохранения Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № S1. – С. 912-916.
18. Амлаев, К.Р. Обзор некоторых аспектов функционирования систем здравоохранения и реформ, осуществляемых в Китае и Вьетнаме / К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № S1. – С. 897-902.
19. Амлаев, К.Р. Проблемы, связанные с внедрением искусственного интеллекта в работу системы здравоохранения (обзор) / К.Р. Амлаев, Х.Т. Дахкильгова, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32. – № 4. – С. 798-803.
20. Анализ заболеваемости и кадровое обеспечение населения сельских территорий в Российской Федерации / А.А. Калининская, Э.А. Бакирова, А.В. Лазарев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 7. – С. 42-51.
21. Анализ кадровой обеспеченности медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, в 2021 году / Ю.В. Бурковская, А.В. Гажева, А.В. Иванов, А.М. Подчернина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, Спецвып. – С. 983-987.
22. Анализ квалификационного потенциала управленческих кадров здравоохранения / Н.К. Макарова, Э.В. Зимина, Н.Б. Найговзина, И.М. Сон // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 1. – С. 899-917.
23. Анализ мотивации и готовности выпускников к профессиональной деятельности / Т.В. Бородулина, М.В. Носкова, О.В. Корякина, Н. Шкиндер //

Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2016. – №3(25). – С. 80-86.

24. Анализ отношения выпускников медицинского вуза к самостоятельной практической деятельности / И.А. Соловьёва, А.А. Газенкамф, Р.А. Адамян, Е.Ю. Пелипецкая // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11. – № 4. – С. 29-50.

25. Анализ проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения и пути их решения (на примере Ставропольского края): ретроспективное аналитическое описательное исследование / В.Н. Мажаров, Т.В. Семенова, В.А. Решетников [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2025. – Т. 32. – №2. – С. 69-77.

26. Ананченкова, П.И. Проблемы функционирования российской системы здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 / П.И. Ананченкова, А.Б. Зудин // Труд и социальные отношения. – 2022. – Т. 33. – № 4. – С. 89–99.

27. Андреев, А.И., Кадровая проблема здравоохранения в социальноэкономическом пространстве России в контексте цифровизации / А.И. Андреев, Ю.В. Зинькина, Ю.А. Морозова // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2019. – Т. 14. – № 3. – С. 47-55.

28. Армашевская, О.В. Вопросы кадровой политики в научных исследованиях / О.В. Армашевская, Л.И. Меньшикова // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9. – № 4. – С. 147-158.

29. Армашевская, О.В. Итоги десятилетия: программа «Земский доктор». аналитический обзор / О.В. Армашевская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2025. – Т. 71. – № S3 – С. 1-38.

30. Артемова, О.Р Применение технологий искусственного интеллекта в сфере здравоохранения в Российской Федерации / О.Р. Артемова // Вестник Московского университета. Серия 21. Управление (государство и общество). – 2025. – Т. 22. – № 4 – С. 3-24.

31. Ахтаева, С.М. Современное состояние кадровых ресурсов здравоохранения: проблемы и перспективы развития / С.М. Ахтаева, Э.Б. Тлесова, А.Ж. Зейнуллина // Экономика: стратегия и практика. – 2023. – Т.18. – № 1. – С. 241-255.

32. Баянова, Н.А. Тенденции в кадровом обеспечении здравоохранения Оренбургской области / Н.А. Баянова, А.О. Мещеряков, А.А. Калининская, А.А. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – № 2(70). – С. 33-39.
33. Белолипецкая, А.Е. Цифровая трансформация сферы здравоохранения: компетентностный подход / А.Е. Белолипецкая, Т.А. Головина, А.В. Полянин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 5. – С. 694-700.
34. Бельшев, Д.В. Цифровая экосистема медицинской помощи/ Д.В. Бельшев, Я.И. Гулиев, А.Е. Михеев // Врач и информационные технологии. – 2018. – № 5. – С. 4-17.
35. Беляев, С.А. О совершенствовании обеспечения кадрами в медицинской организации / С. А. Беляев // Региональный вестник. – 2019. – № 17(32). – С. 49-51.
36. Беляев, С.А. Проблемы обеспеченности населения средним медицинским персоналом / С.А. Беляев // Карельский научный журнал. – 2018. – № 1(22). – С. 91-93.
37. Бизин, С.В. Особенности государственной кадровой политики в сфере здравоохранения: региональный аспект / С.В. Бизин // Экономика, предпринимательство и право. – 2023. – Т. 13. – № 10 [Электронный ресурс]. URL: <https://1economic.ru/lib/118954> (дата обращения: 28.11.2025).
38. Бизин, С.В. Проблематика управления кадровым обеспечением системы здравоохранения региона / С.В. Бизин // Лидерство и менеджмент. – 2023. – Т. 10. – № 4 [Электронный ресурс]. URL: <https://1economic.ru/lib/118953> (дата обращения: 28.11.2025).
39. Бизин, С.В. Совершенствование организации и управления региональной системой обеспечения медицинскими кадрами (на примере Липецкой области) / С.В. Бизин // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. – Серия: Экономика и право. – 2023. – № 9. – С. 10-18.
40. Бирюкова, Н.В. Предпрофессиональное образование как фактор развития кадрового потенциала системы здравоохранения / Н.В. Бирюкова, Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова // Национальное здравоохранение. – 2024. – Т. 5. – № 2. – С. 48-57.

41. Бондаренко, Е.В., Симуляционное обучение как ведущее направление развития медицины / Е.В. Бондаренко, Л.Я. Хоронько // Мир науки. Педагогика и психология. – 2022. – Т. 10. – № 3. – С. 23-27.
42. Бурдастова, Ю.В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? / Ю.В. Бурдастова // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 148–154.
43. Бурдастова, Ю.В. Проблемы развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения / Ю.В. Бурдастова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, Спецвып. – С. 1162–1167.
44. Вечорко, В.И. Роль кадрового мониторинга в оценке инновационных мер по обеспечению регионального здравоохранения ресурсами / В.И. Вечорко, Ю.В. Мирошникова // Здравоохранение РФ. – 2017. – № 4. – С. 213–219.
45. Вечорко, В.И. Состояние обеспеченности кадрами среднего медицинского персонала медицинских организаций города Москвы / В.И. Вечорко // Здравоохранение РФ. – 2017. – № 2. – С. 88–92.
46. Взгляд студентов и ординаторов, обучающихся в университете, на программы поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения / В.Н. Мажаров, Л.Э. Мовсесян, В.А. Решетников [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2025. – Т. 47. – №3. – С. 34-46.
47. Виноградова, Е.С. Анализ обеспеченности здравоохранения Архангельской области медицинскими кадрами / Е.С. Виноградова, А.С. Королькова // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – № 6. – С. 54-59.
48. Власова, О.В. Заработная плата как фактор мотивации медицинского персонала в системе повышения качества медицинских услуг / О.В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9. – № 1 (30) – С. 118-121.
49. Влияние мер социальной поддержки на обеспечение региональных систем здравоохранения кадрами /Ходакова О.В., Руголь Л.В., Соломатников И.А. [и др.] // Вестник Российской академии наук. – 2023. –Т. 93, № 5. – С. 462-469.
50. Внедрение страхования профессиональной ответственности для юридической и финансовой защиты медицинских работников: аналитический обзор /

А.С. Абильдина, М.А. Жумакаримов, Р.М. Уримов, Б.Д. Салхаева // Журнал развития здравоохранения. – 2021. – Т. 1. – № S40. – С. 58-68.

51. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. / М.А. Мурашко, В.В. Ваньков, А.И. Панин [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2025. – Т. 6. – №. 3. – С. 6-19

52. Волкова, А.В. Роль кадровой политики в учреждениях здравоохранения Оренбургской области / А.В. Волкова // Аллея науки. – 2019. – Т. 1. – № 9(36). – С. 363-365.

53. Волнухин, А.В. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров / А.В. Волнухин, Т.А. Сибурина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 1. – С. 147-152.

54. Вопросы осуществления новых специальных социальных выплат медицинским работникам, в том числе работающих в амбулаторных условиях, с 1 января 2023 года / Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, Ю.В. Ендовицкая, А.М. Чилилов // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 2. – С. 91-98.

55. Врачебные кадры: анализ и повышение приверженности к профессии / Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров, И.В. Маевская, Н.Ю. Алексеева // Иркутск : ИНЦХТ. – 2019. – С. 144.

56. Гаврилов, К.С. Кадровая политика в системе российского здравоохранения (на примере Липецкой области) / К.С. Гаврилов, И.С. Щетинина // Вестник магистратуры. – 2018. – № 12–3(87). – С. 6-7.

57. Гаврилов, Э.Л. Оплата труда медицинских работников как метод управления персоналом в системе здравоохранения / Э.Л. Гаврилов, Н.О. Аслибекян, Е.А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2017. – Т. 12. – № 1. – С. 73–78.

58. Головин, С.В. Совершенствование нормативно-правовой базы региональной системы оплаты труда в сфере здравоохранения и пути развития / С.В. Головин, А.В. Чуриков, Е.В. Красникова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2022. – № 2. – С. 29-44.

59. Горшков, М.К. Прикладная социология: методология и методы: Учебное пособие / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги. – М.: Альфа-М: ИНФРА-М, 2009. – 416 с.
60. Гудков, Е.И. Цифровизация здравоохранения: кадровое обеспечение и цифровые компетенции / Е.И. Гудков // Аллея науки. – 2023. – Т. 2. – № 5. – С. 553-558.
61. Гурцкой, Л.Д. Телемедицина и цифровые технологии в образовательных программах подготовки медицинских кадров высшей квалификации / Л.Д. Гурцкой, А.Б. Зудин, А.В. Мелерзанов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № 4. – С. 625-631.
62. Давыдов, А.Ю. Оценка удовлетворенности условиями труда медицинских работников акушерско-гинекологической службы в сельской местности (на примере Рязанского района) / А.Ю. Давыдов, Г.Б. Артемьева, О.А. Нагибин // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2019. – Т. 27. – № 2. – С. 237-244
63. Данелян, Т.Я. Формальные методы экспертных оценок / Т.Я. Данелян // Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. – 2015. – № 1. – С. 183-187.
64. Девишев, Р.И. Подходы к прогнозированию кадрового потенциала здравоохранения: основные методы / Р. И. Девишев, Ю. В. Мирошникова // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 51.
65. Дистанционное обучение лечебной физкультуре и спортивной медицине в системе последиplomного медицинского образования / И.И. Гайдамака, С.А. Пачин, А.А. Столяров, Ф.Ю. Джанаева// Курортная медицина. – 2020. – № 2. – С. 104-108.
66. Дошанникова, О А. Комплекс организационных мероприятий по обеспечению сельского здравоохранения врачебными кадрами : специальность 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» : Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Дошанникова Ольга Александровна ; ФГБУ «ЦНИИОИЗ». – Москва, 2023. – 194 с.
67. Дошанникова, О.А. К вопросу о совершенствовании комплекса мероприятий, направленных на привлечение молодых специалистов в систему сельского

- здравоохранения / О.А. Дошанникова, Ю.Н. Филиппов, А.Л. Хлапов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 4. – С. 66-76.
68. Единые рекомендации по установлению систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2026 г. – решение Российской трёхсторонней комиссии от 26.12.2025 – URL: <https://rg.ru/documents/2026/01/16/oplata-truda-dok.html> (дата обращения: 06.02.2026).
69. Емельянова, Е.В. Наставничество как метод решения проблемы адаптации молодого специалиста медицинского учреждения / Е.В. Емельянова // Вестник науки и образования. – 2018. – № 11(47). – С. 23-26.
70. Жернакова, Н.И. Об отношении выпускников медицинских специальностей к трудоустройству в первичное звено здравоохранения и последипломному образованию / Н.И. Жернакова, Т.Ю. Лебедев, А.А. Москалев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – № 1. – С. 143-147.
71. Загорская, А.В. Применение методов экспертной оценки в научном исследовании. Необходимое количество экспертов / А.В. Загорская, А.А. Липидус // Строительное производство. – 2020. – № 3. – С. 21-34.
72. Задворная, О.Л. Проблемы и перспективы развития кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях / О.Л. Задворная // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 528-545.
73. Заднепровская, А.Н. Комплексная оценка и научное обоснование путей развития кадрового потенциала здравоохранения региона / А.Н. Заднепровская, Н.А. Капитоненко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2016. – № 2(23). – С. 10.
74. Закон Ставропольского края от 01.08.2005 № 42-кз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, работающих и проживающих в сельской местности» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/27110523/> (дата обращения: 05.04.2026).
75. Закон Ставропольского края от 24.03.2026 № 34-кз «О некоторых мерах, направленных на кадровое обеспечение в сфере охраны здоровья граждан на

- территории Ставропольского края в 2026 и 2027 годах» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ipbd.ru/doc/2600202603250007/> (дата обращения: 05.04.2026).
76. Закон Ставропольского края от 28.02.2023 № 20-кз «О дополнительных мерах социальной поддержки медицинских и иных работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW077;n=222919> (дата обращения: 05.04.2026).
77. Заливанский, Б.В. Регулирование кадровой политики в региональной системе здравоохранения / Б.В. Заливанский, Е.В. Самохвалова, И.В. Бояринова // Российский экономический вестник. – 2022. – Т. 5. – № 3. – С. 11-15.
78. Захаренко, Г.А. Особенности прохождения аккредитации в 2021 г. / Г.А. Захаренко, А.А. Курлянчик // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2021. – Т. 12. – № 2. – С. 136-141.
79. Зиганшина, З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения / З.Р. Зиганшина // Экономические науки. – 2016. – № 139. – С. 17-19.
80. Золотов, А.А. Кадровый дефицит в региональном здравоохранении: мифы, причины, решения / А.А. Золотов, С.В. Паникарова // Профессиональное образование и рынок труда. – 2025. – № 1. – С. 75-94.
81. Зудин, А.Б. Диспропорции кадрового обеспечения медицинской сферы / А.Б. Зудин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 4. – С. 632-637.
82. Иванова, М.А. Анализ обеспеченности и укомплектованности врачами-педиатрами участковыми в Российской Федерации за период 2007–2016 гг. / М.А. Иванова, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 167-185.
83. Изучение мнения выпускников медицинского ВУЗа о факторах, определяющих выбор места работы / И.А. Волчегорский, М.Г. Москвичева, О.А. Шумакова, М.М. Полинов // Менеджер здравоохранения. – 2020. – №8. – С. 49-56.

84. Индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения: методические рекомендации / О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова, [и др.]. – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – 2023. – С. 34.
85. Интерпретация результатов аккредитации в контексте совершенствования качества медицинского образования / Т. В. Семёнова, Ж. М. Сизова, Н. Н. Найденова [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2020. – Т. 15. – № 3. – С. 429-434.
86. Использование индексного метода для оценки кадровой ситуации в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации / Л.И. Меньшикова, О.В. Ходакова, О.О. Захарченко [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69. – № 4. – С. 17.
87. Исторические аспекты трансформации системы медицинского образования / И.Н. Каграманян, А.И. Тарасенко, И.А. Купеева [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т.2. – № 1. – С. 32-40.
88. Кадровая политика учреждений здравоохранения в свете задач обеспечения качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности / Г.В. Артамонова, А.Н. Попсуйко, Я.В. Данильченко, Е.А. Бацина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – № 2. – С. 270-277.
89. Кадровое обеспечение врачами в первичном звене здравоохранения в России / О.В. Ходакова, Ю.Е. Сенотрусова, И.А. Деев, О.С. Кобякова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67. – № 6. – С. 463-470.
90. Кадровое обеспечение врачами первичной медико-санитарной помощи в условиях вызовов и угроз здоровью населения / Р.У. Хабриев, А.А. Калининская, А.В. Лазарев [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32. – № 2. – С. 240-245.
91. Кадровое обеспечение первичной медико- санитарной помощи в Российской Федерации / АА. Калининская, А. В. Лазарев, С.И. Шляфер, Л.А. Бальзамова // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 6. – С. 62-68.

92. Кадровый ресурс в системе здравоохранения / А.А. Иванова, Е.В. Завалева, С.С. Шувалов, А.Г. Андрузская // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2023. – № 45(2). – С. 59-66.
93. Калашников, И.Н. Кадры решают все [Электронный ресурс] / И.Н. Калашников // Медвестник: специализированный портал для медицинских специалистов и организаторов здравоохранения. – 2021. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/articles/Kadry-reshaut-vse.html> (дата обращения: 01.11.2023).
94. Калининская, А.А. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения / А.А. Калининская, И.М. Сон, С.И. Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 2. – С. 152-157.
95. Каменева-Любавская, Е. Н. Основные проблемы обеспечения врачебными кадрами здравоохранения Дальнего Востока / Е. Н. Каменева- Любавская // Ученые заметки ТОГУ. – 2019. – Т. 10. – № 2. – С. 308-311.
96. Каменкова, Н.Г. Активное и интерактивное обучение в процессе профессиональной подготовки студентов / Н.Г. Каменкова, О.В. Шереметьева // Герценовские чтения. Начальное образование. – 2023. – Т. 14. – № 1. – С. 201-206.
97. Капитанов, С.В. Хедхантинг и executive search. как переманить сотрудника из другой организации? / С.В. Капитанов // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – Т. 86. – № 4. – С. 43-46.
98. Каприна, И.А. Совершенствование управления кадровыми процессами в медицинских организациях / И.А. Каприна // Исследования и практика в медицине. – 2017. – Т. 4. – № 3. – С. 108-114.
99. Карпова, О.Б. Актуальные вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении в России и в мире / О.Б. Карпова, А.А. Загоруйченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2022. – Т.66. – №3 – С. 181-187.
100. Карпова, О.Б. Региональные особенности обеспеченности медицинским персоналом в России / О.Б. Карпова, А.А. Загоруйченко // Менеджер здравоохранения. – 2021. – №8. – 82-88.

101. Касимова, Э. Р. Кадровые аспекты совершенствования системы здравоохранения Республики Башкортостан / Э.Р. Касимова, И.Я. Рувенный // Менеджмент и маркетинг в различных сферах деятельности : Сборник научных трудов ; под общ. ред. У.Г. Зиннурова. – Уфа, 2018. – С. 124-130.
102. Касимовская, Н.А. Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях : специальность 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Касимовская Наталия Алексеевна ; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2023. – 378 с.
103. Касимовская, Н.А. Современный практико-ориентированный подход к профессиональному отбору среди выпускников школ в медицинские профессии / Н.А. Касимовская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – Т. 15. – № 2. – С. 338-341.
104. Касимовская, Н.А. Сравнительная характеристика заболеваемости выпускников школ и студентов медицинских вузов / Н.А. Касимовская // Социальные аспекты здоровья населения : электр. науч. журн. 2020. – № 2 (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1149/30/lang,ru/> (дата обращения 10.12.2023).
105. Каспрук, Л.И. К вопросу о профессиональной ориентации врачебных и сестринских медицинских кадров (на примере Оренбургской области) / Л.И. Каспрук, Д.М. Снасапова, Г.Т. Жакупова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 135.
106. Козлачкова, Ю.Г. Влияние пандемии и ее последствий на цифровизацию рекрутмента персонала / Ю.Г. Козлачкова // Финансовые рынки и банки. – 2021. – № 2. – С. 8-12.
107. Козуля, С.В. Недостаточная работа по профессиональной ориентации как причина кадрового «голода» в медицине / С.В. Козуля, В.А. Лахно, Д.М. Лахно // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10. – №3. – С. 36-41.

108. Койчуева, С. М. Зарубежный опыт обеспечения медицинскими кадрами сельских районов / С. М. Койчуева // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11. – № 1. – С. 76-85.
109. Койчуева, С.М. Совершенствование подготовки врачебных кадров для Северо-Кавказского федерального округа с использованием потенциала научно-образовательного медицинского кластера (на примере НОМК «Северо-Кавказский») : специальность 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Койчуева Софья Магометовна ; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2022. – 298 с.
110. Коленникова, О.А. Вовлеченность медицинского персонала московского здравоохранения в систему наставничества / О.А. Коленникова // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 4. – С. 104-114.
111. Коленникова, О.А. Факторы потенциальной текучести врачебного персонала / О.А. Коленникова // Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1. – № 2. – С. 59-67.
112. Комина, Д.С. Формирование и развитие кадров в системе здравоохранения Чувашской Республики в контексте публичной декларации целей и задач развития / Д.С. Комина // Вестник Российского университета кооперации. – 2018. – № 2(32). – С. 49-55.
113. Коновалов, О.Е. К вопросу формирования информационной базы мониторинга кадрового состава в здравоохранении / О.Е. Коновалов, А.Б. Зудин, Л.Р. Чахоян // Главврач. – 2020. – № 4. – С. 34-39.
114. Корягина, И.И. Практика первичной профессиональной социализации выпускников школ – потенциальных абитуриентов вуза медицинского профиля / И.И. Корягина, Н.В. Курылева // Социология и жизнь. – 2019. – № 1. – С. 123-130.
115. Куликов, Ю.А. Эффективность использования кадрового потенциала организации / Ю.А. Куликов // Европейская наука. – 2015. – Т. 4. – №3. – С. 20-24.
116. Курдюкова, А.Н. Региональная кадровая политика в системе здравоохранения Орловской области / А.Н. Курдюкова // Высшая школа. – 2017. – № 1. – С. 19-21.

117. Кюльмясу, А.В. Вовлечение медицинского персонала в непрерывное медицинское образование / А.В. Кюльмясу // Вестник науки. – 2022. – Т. 4. – № 12. – С. 480-485.
118. Лазарев, А.В. Цифровое здравоохранение и цифровые двойники как его составляющие (систематический обзор) / А.В. Лазарев, А.А. Калининская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32. – № 3. – С. 318-324.
119. Ланская, Д.В. Анализ кадрового обеспечения отрасли здравоохранения Краснодарского края / Д.В. Ланская, А.Н. Панченко // Научный журнал КубГАУ. – 2017. – № 128. – С. 1-10.
120. Лапочкина, С.В. Особенности кадрового обеспечения сферы здравоохранения / С.В. Лапочкина, И.Р. Каримов, А.А. Качагин // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2021. – № 11–1. – С. 40-44.
121. Ларина, В.Н. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников / В. Н. Ларина, К.В. Глибко, Н.М. Купор // Лечебное дело. – 2018. – № 4. – С. 18-24.
122. Латышова, А.А. Динамика обеспеченности врачебными кадрами в государственных медицинских организациях Российской Федерации в период с 2018 по 2022 год. / А.А. Латышова, М.А. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023 – Т.69. – №6 – С. 11-19.
123. Латышова, А.А. Развитие методов определения потребности в медицинских кадрах (обзор литературы) / Латышова А.А. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – №4. – С. 486-496.
124. Лебедева, И.С. Тенденции решения кадровых проблем в здравоохранении / И.С. Лебедева, П.В. Лебедев // Вестник Академии знаний. – 2022. – № 48 (1). – С. 151-159.
125. Левко, А.Н. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию кадровой работы в медицинских организациях : специальность 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Левко Алёна Николаевна ; ФГБУ «ЦНИИОИЗ». – Москва, 2022. – 154 с.

126. Линденбратен, А.Л. Стимулирующие системы оплаты труда: принципы внедрения / А.Л. Линденбратен // *Здравоохранение*. – 2016. – № 7. – С. 42-55.
127. Лымарева, О.А., Кадровая политика медицинских организаций в условиях дефицита высококвалифицированных работников / О.А. Лымарева, Л.И. Елизарова // *Экономика и бизнес: теория и практика*. – 2021. – Т. 1-1. – № 71. – С. 198-201.
128. Магомадова, Т.Л. К вопросу о реализации государственной кадровой политики в системе здравоохранения: отечественный и зарубежный опыт / Т.Л. Магомедова // *Вестник ГГНТУ. Гуманитарные и социально-экономические науки*. – 2022. – Т. 18. – № 4. – С. 20-28.
129. Маевская, И.В. Научное обоснование совершенствования мер по привлечению и закреплению в системе здравоохранения будущих врачей и молодых специалистов (на примере Иркутской области) : специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Маевская Ирина Викторовна ; ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко». – Москва, 2020. – 229 с.
130. Мажаров, В.Н. Реализация национального проекта «Здравоохранение» на территории Ставропольского края / В.Н. Мажаров, Л.Н. Блинкова, А.А. Пучков // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2022. – № 3. – С. 594-612.
131. Мажаров, В.Н. Сравнительный анализ цифровых решений для трудоустройства медицинских работников: от агрегаторов к отраслевой экосистеме / В.Н. Мажаров // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2026. – № 1(88). – С. 32-38.
132. Макаров, С.В. Кадровая политика в здравоохранении: социальный аспект / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров // *Иркутский государственный медицинский университет*. – 2022. – С. 192.
133. Макаров, С.В. Научное обоснование совершенствования кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации : специальность 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Макаров

Сергей Викторович ; ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». – Москва, 2023. – 412 с.

134. Макаров, С.В. Опыт оценки объема дополнительного финансирования для социальной поддержки студентов-медиков, обучающихся по целевому направлению государственных медицинских организаций Иркутской области / С.В. Макаров, И.В. Малов, Г.М. Гайдаров // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 8(191). – С. 118-124.

135. Макаров, С.В. Совершенствование нормативного правового обеспечения расчета потребности в медицинских кадрах в современных условиях / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2020. – № 9. – С. 39-43.

136. Македонова, Ю.А. Преемственность испытаний выпускников медицинских вузов: государственная итоговая аттестация и первичная аккредитация специалиста / Ю.А. Македонова, Д.В. Михальченко // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2020. – № 71. – С. 62-64.

137. Малкина, Л.В. HR-маркетинг в системе менеджмента современной медицинской организации / Л.В. Малкина, Н.П. Иванов // Фундаментальные исследования. – 2017. – № 10-2. – С. 351-357.

138. Мамедова, М.Г. Методы принятия решений в управлении трудоустройством медицинских специалистов / М.Г. Мамедова, З.Г. Джабраилова // Искусственный интеллект и принятие решений. – 2017. – № 3. – С. 69-81.

139. Маслевич, Т.П. Инновационные методы привлечения абитуриентов (на примере исследования факторов мотивации) / Т.П. Маслевич, Н.Б. Сафронова, Н.Л. Минаева // Вестник оренбургского государственного университета. – 2018. – № 6(218). – С. 52-60.

140. Масленникова, Е.В. Дефицит работников на рынке труда: понятие, причины, меры преодоления / Е.В. Масленникова // Вестник Челябинского государственного университета. – 2024. – №10(492). – С. 228-237.

141. Медицинские сестры: факторы профессионального выгорания / О. С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 2. – С. 353-358.
142. Мершенкова, Г.Ж. Роль наставничества в системе медицинского образования / Г.Ж. Мершенкова, Б.Н. Мирзаева, Н.Б. Мырзашова // Медицина и экология. – 2018. – № 1(86). – С. 145-148.
143. Методические подходы к оценке эффективности мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в регионах России / Т.В. Семёнова, В.В. Шлемская, Е.Н. Тимошина, А.Е. Антонов // Вестник Росздравнадзора. – 2022. – № 6. – С. 34-48.
144. Методология формирования индивидуальной траектории профессионального развития управленческих кадров здравоохранения / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зимина, Ю.С. Титкова [и др.] // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11. – № 2 (41). – С. 106-111.
145. Мещеряков, А.О. Моделирование процесса привлечения кадров в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь сельскому населению / А.О. Мещеряков // Менеджер здравоохранения. – 2024 – №1. – С. 66-72.
146. Мигунова, Ю.В. Кадровое обеспечение медицинских организаций в республике Башкортостан / Ю.В. Мигунова, Р.М. Садыков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 2. – С. 177-181.
147. Мигунова, Ю.В. Проблемы и противоречия кадрового обеспечения медицинских организаций / Ю. В. Мигунова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. – № 10. – С. 47-51.
148. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 2 часть Средний медицинский персонал: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. – М. : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. – 152 с.
149. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские

кадры: статистические материалы / Е. Г. Котова, О.С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. – М. : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. – 284 с.

150. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Сельское здравоохранение России в 2021 году: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. – М. : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. – 86 с.

151. Мирзахмедова, Ш.А. Симуляционное обучение в профессиональном образовании / Ш.А. Мирзахмедова // Проблемы современной науки и образования. – 2021. – № 4 (161). – С. 61-63.

152. Мировые практики привлечения и удержания медицинских работников в сельских районах (обзор литературы) / В.П. Чигрина, Д.С. Тюфилин, И.А. Деев, О.С. Кобякова // Бюллетень сибирской медицины. – 2023. – Т. 22. – № 1. – С. 153-163.

153. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения / П.С. Пугачев, А.В. Гусев, О.С. Кобякова [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2. – № 2. – С. 5-12.

154. Михайлова, А.В. От профессионального конкурса по стандартам Worldskills Russia – к первичной аккредитации специалиста / А.В. Михайлова, А.П. Новикова // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2017. – № 6. – С.146-150.

155. Михеев, А.Е. Перспективы создания цифровых медицинских экосистем в России: цифровые двойники и другие технологии, проблемы и подходы / А.Е. Михеев // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 13. – С. 4-32.

156. Мнение экспертов о мерах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения / В.Н. Мажаров, Л.Э. Мовсесян, В.А. Решетников [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2025. – Т. 48. – № 4. – С. 54-63.

157. Модель кадрового обеспечения здравоохранения региона (на примере Ставропольского края) / В.Н. Мажаров, В.А. Решетников, Л.Э. Мовсесян [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2026. – Т.23. – №2. – С. 26-32.

158. Модель подготовки лидеров здравоохранения на этапах высшего и последипломного медицинского образования / В.А. Решетников, И.Э. Есауленко,

- Н.Е. Нехаенко, Н.А. Соколов // Монография. – Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга». – 2023. – С. 204.
159. Молчанов, И.Н. Управление здравоохранением: роль кадрового потенциала / И.Н. Молчанов // Вестник Волгоградского государственного университета. Экономика. – 2020. – Т. 22. – № 3. – С. 77-87.
160. Морозов, В.В. Экспертные процедуры и методы принятия решений в проектном менеджменте. / В.В. Морозов // Управление проектами и развитие производства. – 2000. – №1. – С. 9-18.
161. Москвина, С.С. Организационные аспекты реализации национального проекта «Здравоохранение» в регионах Российской Федерации / С.С. Москвина, А.Р. Рахматуллин, Р.Р. Яхина // Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т. 9. – № 4. – С. 29-38.
162. Мурашко, М.А. О кадровом обеспечении системы здравоохранения Российской Федерации: выступление в Государственной Думе РФ, 25 февраля 2025 г. – Доступ из справ.-правовой системы и официальных сообщений. URL: <https://tass.ru/obschestvo/23236909> (дата обращения: 06.02.2026).
163. Мурашко, М.А. По итогам реализации национального проекта «Здравоохранение» за 2020 год удалось достичь важнейших социально значимых результатов / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 6-12.
164. Наджафова, М.Н. Кадровый дефицит как угроза снижения производственного потенциала учреждения здравоохранения / М.Н. Наджафова // Региональный вестник. – 2018. – № 3. – С. 45-47.
165. Наставничество как эффективная технология в системе профессиональной подготовки молодых специалистов первичного звена здравоохранения / О.Н. Ткачева, А.В. Розанов, К.Г. Сердакова [и др.] // Образование: традиции и инновации. – 2021. – Т. 35. – № 4. – С. 34-39.
166. Научно-исследовательский потенциал образовательных организаций научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский» как ресурс инновационного развития / К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, В.Н. Мажаров [и др.] //

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. № 4. – С. 984-987.

167. Научное обоснование необходимости увеличения оплаты труда медицинских работников в РФ / Г.Э. Улумбекова, Я.В. Власов, А.И. Домников, Е.А. Гапонова // Оргздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. –2023. – Т. 9. – № 1 (31). – С. 4-25.

168. Национальный проект «Кадры»: официальный портал национальных проектов Российской Федерации. - URL: <https://xn--80aarpmpemcchfmo7a3c9ehj.xn--plai/new-projects/kadry/> (дата обращения: 06.02.2026).

169. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Федеральный проект «Медицинские кадры»: официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. – Опубликовано 04.07.2025; обновлён 25.07.2025. - URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/fp-meditsinskie-kadry> (дата обращения: 06.02.2026).

170. Некоторые аспекты кадрового обеспечения здравоохранения в Сибирском федеральном округе / Е. А. Финченко, Л. С. Шалыгина, М. А. Садовой [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – № 16(4). – С. 280-286.

171. Ненахова, Ю.С. Наставничество в медицине: на пути к институционализации / Ю. С. Ненахова, Е.В. Локосов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, Спецвып. – С. 1087-1093.

172. Непрерывное медицинское образование в РФ: сегодня и завтра / О.А. Доготарь, Л.П. Рыльцева, В.С. Сопетик, Ж.Г. Тигай // Вестник последипломного медицинского образования. – 2020. – № 2. – С. 3-7.

173. Новации в подготовке медицинских кадров / Г.А. Захаренко, А.А. Курлянчик, А.С. Гольдберг, Л.И. Меньшикова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 2. – С. 671-689.

174. Нонка, А.Ю. Кадровое обеспечение: поиск и привлечение персонала на основе технологий искусственного интеллекта / А.Ю. Нонка, А.А. Борисова // Экономика труда. – 2019. – Т. 6, № 2. – С. 959-970.

175. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея / М.А. Мурашко, А.В. Самойлова, О.Р. Швабский [и др.] // Общественное здоровье. – 2022. – Т. 2. – № 3. – С. 5-15.
176. Образование через всю жизнь аккредитация военно-медицинских специалистов и непрерывное медицинское образование / И.В. Лобачев, А.И. Соловьев, В.А. Корнилов, М.В. Резванцев // Вестник военного образования. – 2018. – Т.12. – № 3. – С. 74-78.
177. Овсяницкая, Л.Ю. Педагогические закономерности и принципы формирования информационной компетентности специалистов здравоохранения в условиях цифровой трансформации процессов в образовании и здравоохранении / Л.Ю. Овсяницкая // Вестник Томского государственного университета. – 2018. – № 433. – С. 152-157.
178. Онищенко, К.Н. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения / К.Н. Онищенко, В.В. Верна, С.К. Онищенко // Экономика устойчивого развития. – 2020. – Т.41. – № 1. – С. 135-137
179. Организационно-педагогические условия профессионально-личностного развития руководителя образовательной организации / В.Н. Мажаров, А.Б. Ходжаян, Н.В. Агранович, И.А. Колесникова // Педагогический журнал. – 2020. – Т. 10. – № 6-1. – С. 15-23.
180. Осипова, Е.З. Квалификация управленческого персонала медицинского учреждения / Е. З. Осипова // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2019. – Т. 9. – № 5-1. – С. 326-334.
181. Особенности кадрового обеспечения медицинских организаций государственной системы здравоохранения в Российской Федерации и республике Беларусь / В.И. Стародубов, Л.В. Руголь, Л.И. Меньшикова, А.В. Семёнов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2025. – Т. 69. – № 4. – С. 308-314.
182. Особенности кадровой политики сельского здравоохранения и пути повышения ее эффективности / Е.В. Сычев, И.Э. Есауленко, Т.Н. Петрова, В.И. Попов // Наука молодых. – 2023. – Т. 12. – № 4. – С. 535-544.

183. Особенности кадровой политики сельского здравоохранения и пути повышения ее эффективности / С.Н. Тишкина, Т.Г. Алхасов, Д.В. Лукьянцева [и др.] // Наука молодых. – 2023. – № 11(4). – С. 535-544.
184. Оценка ключевых характеристик лидера в сфере здравоохранения / В.Н. Мажаров, В.А. Решетников, Л.Э. Мовсесян [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2025. – № 4 – С. 65-75.
185. Оценка обеспечения врачебными кадрами медицинских организаций, расположенных в сельской местности, на основе индексного метода / Л.И. Меньшикова, Л.В. Руголь, О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2025. – Т. 71. – № 3. – С. 1-31.
186. Оценка требований заинтересованных сторон к магистерской программе по общественному здравоохранению: анализ ситуации и потребностей в России / В.А. Решетников, Н.В. Эккерт, Н.Т. Исмаил-Заде [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2021. – № 1(110). – С. 13-18.
187. Пасмурцева, Н.Н. Формирование и реализация государственной кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации / Н.Н. Пасмурцева, М.С. Колотов // Вестник евразийской науки. – 2023. – Т. 15. – № 4. – URL: <https://esj.today/PDF/35ECVN423.pdf> (дата обращения: 06.02.2026).
188. Первичная и первичная специализированная аккредитация специалистов медико-профилактического профиля в 2022 году: отдельные аспекты / А.В. Мельцер, А.А. Пронина, Н.В. Ерастова [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2023. – Т. 88. – № 3. – С. 4-14.
189. Первичная специализированная аккредитация: итоги и перспективы / В.Ф. Куликовский, Ю.А. Хощенко, Т.А. Начетова, [и др.] // Вестник последипломного медицинского образования. – 2020. – № 3. – С. 3-7.
190. Перспективные направления развития кадрового потенциала сельского здравоохранения / Е.В. Сычев, И. Э. Есауленко, Т.Н. Петрова, И.С. Петров // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – №4. – С. 1079-1093.

191. Петухов, А.В. Проблемы реализации кадровой политики в сфере здравоохранения Чувашской республики и пути их решения / А.В. Петухов, Ю.Ю. Антонова / Вестник Чебоксарского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2020. – Т. 23. – №4. – С. 43-52.
192. Платонова, Н.И. Цифровизация системы здравоохранения в период пандемии / Н.И. Платонова // Юрист. – 2021. – № 1. – С. 17-22.
193. Повышение окладной части зарплаты медицинских работников с 1 апреля 2024 г. - материалы Минздрава РФ о реформе оплаты труда - URL: <https://www.pnp.ru/social/v-minzdrave-rasskazali-kak-izmenitsya-zarplata-medikov-v-2026-godu.html> (дата обращения: 06.02.2026).
194. Портрет регионального Министра здравоохранения / О.С Кобякова., И.А. Деев, О.В. Ходакова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 1. – С. 6-15.
195. Постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 03.04.2025 № 8141-8 ГД «Об информации о кадровом обеспечении медицинских и образовательных организаций» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=870698> (дата обращения: 05.04.2026).
196. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"». – URL: <https://publication.pravo.gov.ru/document/0001201712290017> (дата обращения: 06.02.2026).
197. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 N 847 (ред. от 30.11.2021, с изм. от 05.07.2022) «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202106090009?index=3&rangeSize=1> (дата обращения: 06.02.2026).
198. Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2022 г. № 2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников

медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования» Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405984383/> (дата обращения: 06.02.2026).

199. Постановление Правительства Ставропольского края от 21.02.2018 № 57-п «О некоторых мерах по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины))» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/405116983/> (дата обращения: 06.02.2026).

200. Постановление Правительства Ставропольского края от 4 мая 2006 года №63-п «Об утверждении Реестра административно-территориальных единиц и территориальных единиц Ставропольского края» (с изменениями на 26 мая 2023 года). [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.lawmix.ru/zakonodatelstvo/1440286> (дата обращения: 06.02.2026).

201. 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 [и др.] // Социология медицины. – 2021. – Т. 20. – №1 – С. 13-20.

202. Приказ Министерства Здравоохранения России № 334н от 2 июня 2016 г. «Об аккредитации специалистов» Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71323024/> (дата обращения: 06.02.2026).

203. Применение цифровых двойников в здравоохранении / Н.Д. Прохорова, Г.С. Лебедев, М.С. Прасолов, А.А. Казакова // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 11. – С. 88-96.

204. Проблема дефицита врачебных кадров в здравоохранении России: причины и пути решения (литературный обзор) / Д.А. Канева, Т.Ю. Тарараева, А.В. Бреусов,

Л.В. Максименко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – №1. – С. 747-767.

205. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения / А.В. Ярашева, О.А. Александрова, Е.И. Медведева [и др.] // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2020. – Т. 13. – № 1. – С. 174-190.

206. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы) / Л.И. Меньшикова, И.М. Сон, М.Ю. Крякова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 771-803.

207. Профессиональная ориентация и востребованность услуг по трудоустройству выпускников медицинских и многопрофильных образовательных организаций высшего образования / С.М. Койчуева, К.Р. Амлаев, И.Б. Шикина, А.А. Хрипунова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – № 3. – С. 11.

208. Профессиональное выгорание врачей: особенности поколений / О. С. Кобякова, А.Н. Левко, А.В. Бахтеева [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2021. – Т. 27. – № 3. – С. 205-216.

209. Профессиональное выгорание медицинских работников: личностная дезадаптация или системный сбой в управлении? / А.М. Карсанов, О.В. Ремизов, Г.Н. Голухов, Н. В. Полунина // Российский медицинский журнал. – 2020. – Т. 26. – № 6. – С. 334-340.

210. Разработка методики расчета потребности во врачебных кадрах в здравоохранении Российской Федерации с использованием математической модели / В. В. Омеляновский, Т. В. Семёнова, Д. В. Лукьянцева [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2020. – № 13(4). – С. 427-437.

211. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2024 г. № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения» // Гарант [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408813257/> (дата обращения: 06.02.2026).

212. Распоряжение Правительства РФ от 10.12.2025 № 3685-р «О дополнительных мерах по оплате труда медицинских работников в 2026 г.» URL: <https://government.ru/docs/57257/> (дата обращения: 06.02.2026).
213. Распространенность неинфекционных заболеваний среди работающих женщин / К.Р. Амлаев, Л.Н. Блинкова, Х.Т. Дахкильгова, В.Н. Мажаров // Врач. – 2024. – Т. 35. – № 3. – С. 25-27.
214. Расчет объема труда и потребность во врачах общей практики в условиях города / А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева, М.Д. Мерекина [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 7-8. – С. 47-53.
215. Реализация кластерной инициативы в развитии кадрового потенциала медицинских организаций сельской местности / Е.В. Сычев, И.Э. Есауленко, Т.Н. Петрова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2024 – №4. – С.65-73.
216. Региональный опыт использования сервисов с искусственным интеллектом в сфере здравоохранения Российской Федерации в 2023 / А.Ф. Бондарович, Д.С. Тюфилин, Т.Д. Тарасенко [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2024. – Т. 79. – № 2. – С. 168-174.
217. Репринцева, Е.В. Система материального стимулирования персонала как фактор снижения текучести кадров в медицинской организации / Е.В. Репринцева // Региональный вестник. – 2019. – № 7(22). – С. 42-44.
218. Репринцева, Е.В. Сравнительная оценка обеспеченности врачами здравоохранения РФ и стран Европы / Е.В. Репринцева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7. – № 3(24). – С. 240-243
219. Решетников, В.А. Перспективы регулирования кадровых ресурсов здравоохранения на основе технологий управления профессиональной траекторией будущих медицинских работников на этапах становления в профессии / В.А. Решетников, Н.А. Касимовская // Медицинский вестник МВД. – 2023. – № 1 (122). – С. 52-55.
220. Решетников, В.А. Подготовка специалистов в области управления здравоохранением: значимость формирования компетенций / В.А. Решетников,

Н. Г. Коршевер, А.И. Доровская // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96. – №6. – С. 1049-1053.

221. Решетников, В.А. Профориентация студентов Сеченовского Университета перед поступлением в ординатуру по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» / В.А. Решетников, В.Н. Трегубов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 5. – С. 140-141.

222. Роль органов местного самоуправления в решении проблем обеспеченности медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения / И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, Н. А. Флеглер [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 54-63.

223. Роль профориентации в повышении престижа врачебной специальности в российской федерации / В.А. Решетников, И.Э. Есауленко, Н.Т. Исмаил-Заде [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2021. – №6(115). – С. 58-62.

224. Роль современных демографических тенденций в совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения / О. Ю. Александрова, С. М. Смбатян, Т. П. Васильева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 1. – С. 5-11.

225. Романчук, И. Г. Проблемы мотивации персонала и совершенствование принципов оплаты труда в учреждениях здравоохранения / И. Г. Романчук, О. М. Ермолаева // Региональные проблемы перехода к инновационной экономике: Межвузовский сборник научных трудов. – Кемерово, 2017. – С. 33-35.

226. Руголь, Л.В. Динамика кадрового обеспечения медицинских организаций в аспекте достижения целевых показателей реализации федерального проекта / Л.В. Руголь, М.Ю. Котловский // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – 69(1). – С 9-18.

227. Рупосов, В.Л. Методы определения количества экспертов / В.Л. Рупосов // Вестник ИрГТУ. – 2015. – № 3 (98). – С. 286-292.

228. Сафонов, А.Л. Кадровый потенциал системы здравоохранения РФ: вопросы формирования и тенденции развития / А.Л. Сафонов, А.В. Рагозин, С.А. Глазунова // Социально-трудовые исследования. – 2022. – Т. 49. – № 4. – С. 89-100.

229. Сахаров, А.Г. Перспективы реализации Целей устойчивого развития ООН в России / А. Г. Сахаров, О. И. Колмар // Вестник международных организаций. – 2019. – Т. 14. – № 1. – С. 189-206.
230. Сельское здравоохранение России в 2021 году: статистические материалы / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.] // Москва. – 2022. – С.86.
231. Сельское здравоохранение России. Состояние, проблемы, перспективы / В.М. Чернышев, М.И. Воевода, О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов // Сибирский научный медицинский журнал. 2022. – № 42(4). – С. 4-14.
232. Семёнова, Т. В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении / Т. В. Семёнова // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 49-59.
233. Семёнова, Т.В. Аккредитация как ключевой фактор совершенствования качества медицинского образования / Т. В. Семёнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 3-4. – С. 3-8.
234. Семёнова, Т.В. Доклад на Круглом столе «Как должна измениться кадровая политика в отрасли: час вопросов и ответов от первых лиц». XII международная конференция // II Международная конференция «ОргЗдрав-2024. Эффективное управление в здравоохранении». - 10 июня 2024 г. URL: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/program/25> (дата обращения: 06.02.2026).
235. Семёнова, Т.В. О системном подходе к совершенствованию качества результатов медицинского образования / Т. В. Семёнова // Медицинский альманах. – 2021. – Т. 67. – № 2. – С. 6-12.
236. Семёнова, Т.В. Траектории непрерывного образования врачей по специальности «Лечебное дело» / Т.В. Семенова, О.Ф. Природова // Менеджмент качества в медицине. – 2024. – № 3. – С. 70-76.
237. Семёнова, Т.В. Траектории непрерывного образования врачей по специальности «Лечебное дело» часть II / Т.В. Семёнова, О.Ф. Природова // Менеджмент качества в медицине. – 2024. – № 4. – С. 106-111.
238. Сенотрусова, Ю.Е. Кадровая политика в здравоохранении в аспекте кадрового обеспечения системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

- Аналитический обзор / Ю.Е. Сенотрусова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. – Т. 70. – № S5. – Дата публикации: 28.12.2024. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1691/30/lang,ru/> (дата обращения: 16.02.2025).
239. Сергеева, Н. М. Мотивация медицинских кадров как фактор развития учреждений здравоохранения / Н. М. Сергеева // Иннов: электронный научный журнал. – 2017. – № 3. – С. 1-13.
240. Сергеева, Н. М. О проблеме укомплектованности персоналом в медицинских учреждениях / Н. М. Сергеева // Региональный вестник. – 2018. – Т.10. – № 1. – С. 31-32.
241. Сергеева, Н. М. Состояние медицинских кадров в сельской местности / Н. М. Сергеева // Карельский научный журнал. – 2018. – Т. 7. – № 1(22). – С. 169-172.
242. Сибурина, Т.А. Мобилизация творческого потенциала врачебных кадров – стратегическое направление кадровой политики в здравоохранении / Т. А. Сибурина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 50. – № 4. – С. 1-15.
243. Симуляционное обучение врачей-педиатров с использованием различных сценариев неотложных ситуаций / А.Д. Петрушина, О.Ю. Халидуллина, С.А. Ушакова [и др.] // Университетская медицина Урала. – 2022. – Т. 8. – № 1. – С. 26-28.
244. Симуляционное обучение как фактор формирования клинических навыков / Н.А. Полянская, Н.А. Гетман, Е.Б. Павлинова, Е.Н. Котенко, О.А. Савченко // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 6. – С. 3.
245. Скворцов, В. В. Здравоохранение Чехии / В. В. Скворцов // Справочник врача общей практики. – 2017. – № 8. – С. 73-76.
246. Скоблякова, И. В. Прелиминаринг как инновационная форма привлечения кадров в сферу здравоохранения с учетом специфики современного цикличного развития / И. В. Скоблякова, Т. А. Журавлева, И. Н. Забелина // Управленческий учет. – 2019. – № 5. – С. 29-36.

247. Скрипниченко, Л.С. Интернет как средство поиска работы и персонала / Л.С. Скрипниченко // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. – 2022. – Т. 11. – № 4. – С. 48-52.
248. Слепцова, Е.В. Современные проблемы кадровой политики в сфере здравоохранения / Е.В. Слепцова, В.О. Гапеева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2018. – Т. 5. – Ч. 2. – С. 64-67.
249. Совершенствование врачебных кадров и постдипломного образования в рамках научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский» / К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, В.Н. Мажаров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2021. – Т. 29. № 5. – С. 1214-1219.
250. Совершенствование кадровой политики регионального здравоохранения / И.О. Маринкин, Е.Г. Кондюрина, Е.А. Аксенова [и др.] // Регионология. – 2020. – Т. 28. – № 3. – С. 598-623.
251. Совершенствование медицинского образования в рамках научно-образовательного медицинского кластера / К.Р. Амлаев, С.М., Койчуева, А.Б. Ходжаян, В.Н. Мажаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32., № 1. – С. 94-101.
252. Совершенствование системы трудоустройства выпускников медицинского вуза как инструмент преодоления кадрового дефицита в региональном здравоохранении / В.Н. Мажаров, В.А. Решетников, Л.Э. Мовсесян [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2026. – № 4 (143) – С. 63-66.
253. Современная подготовка специалистов амбулаторного звена / В.И. Орёл, О.В. Лисовский, А.В. Гостимский, И.А. Лисица // Проблемы первичной аккредитации и возможные пути их решения. Медицина и организация здравоохранения. – 2020. – Т. 2. – № 5. – С. 41-50.
254. Современное состояние системы нормирования труда в здравоохранении / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, Е.А. Берсенева, Д.Ю. Михайлов // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101. – № 6. – С. 859-868.
255. Современные подходы к подготовке медицинских специалистов как инструмент решения проблемы кадрового дефицита в отрасли: систематическое

обзорное исследование литературы по методологии scoring review / В.Н. Мажаров, В.А. Решетников, В.В. Козлов [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2025. – Т. 32. – №6. – С. 27-40.

256. Современные подходы к привлечению кадров в медицинские организации сельской местности на примере Воронежской области / Е.В. Сычев, И.Э. Есауленко, Т.Н. Петрова, Е.А. Фурсова, И.С. Петров // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2024. – №3 – С. 77-83.

257. Современные подходы к формированию высокой приверженности персонала медицинской организации / С.В. Умнов, Е.А. Берсенева, В.Г. Кудрина [и др.] // Бюллетень ННИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2022. – № 1-2. – С. 42-49.

258. Современный мировой опыт развития подходов к формированию кадровой политики здравоохранения в сельских районах: обзор литературы / А.А. Наурызбаева, С.С. Кырыкбаева, А.А. Кауышева, Г.Т. Мещанов // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2020. – Т.62. – № 2. – С. 134-146.

259. Сон, И. М. Оценка результативности мер социальной поддержки медицинских работников в медицинской организации / И. М. Сон, А. Ш. Сененко, Л. И. Меньшикова // ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ. – 2020. – 64 с.

260. Сорокина, Л.В. Первичная специализированная аккредитация ординаторов: вопросы и ответы / Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2020. – № 9. – С. 366-370.

261. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров, Т.И. Алексеевская, С.С. Апханова, Н.Ю. Алексеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 5. – С. 1207-1213.

262. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций / О.А. Александрова, А.В. Ярашева, Н.В. Аликперова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, Спецвып. – С. 1049–1055.

263. Сравнительный анализ профессиональной мотивации и карьерных установок студентов медицинских и многопрофильных вузов по данным анкетирования / К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, А.А. Хрипунова, Е.М. Кузьмина // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10. – № 2. – С. 134-142.
264. Сычев, Е.В. Региональные особенности привлечения кадров в медицинские организации сельской местности / Е.В. Сычев, Т.Н. Петрова, Ю.В. Татаркова // Международный научный журнал «Синергия Наук» – 2024. – №11 – С. 346-354.
265. Технологии профессионального ориентирования и отбора в образовательные организации высшего медицинского образования в России и за рубежом / К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, А.Б. Ходжаян, А.А. Хрипунова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10. – № 4. – С. 90-100.
266. Технология интегральной оценки компетенций управленческих кадров здравоохранения / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зимина, Ю.С. Титкова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 4. – С. 641-652.
267. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения (обзор литературы) / И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.Г. Еремина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – № 1. – С. 148–152.
268. Титова, Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения / Е. Я. Титова // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 125-131.
269. Трудности в обучении и практической подготовке молодого врача в условиях реформирования российского здравоохранения. Пути решения и практический опыт / Н.В. Агранович, Н.А. Рубанова, С.А. Кнышова, А.С. Анопченко // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10. – № 2. – С. 77-88.
270. Тютерева, О.В. Состояние и пути развития кадрового потенциала среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения / О.В. Тютерева, Ю.И. Котова // Медсестра. – 2019. – № 7. – С. 39-42.
271. Тяжельников, А.А. Повышение уровня информирования медицинского персонала о системе непрерывного медицинского образования / А.А. Тяжельников,

И.С. Святлов, П.Н. Кузьмин // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – № 2. – С. 55-58.

272. Угроза демографического кадрового кризиса в России и пути его преодоления / И. А. Гундаров, В. И. Стародубов, А. Л. Сафонов, Н. П. Соболева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 1. – № 61. – С. 5-10.

273. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201205070023> (дата обращения: 06.02.2026).

274. Указ Президента РФ от 08.12.2025 № 896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» // [Электронный ресурс] КонсультантПлюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_520966/ (дата обращения: 06.02.2026).

275. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. / Г.Э. Улумбекова // Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2019. – 3-е изд. – С. 416.

276. Улумбекова, Г.Э. Проблемы на пути цифровой трансформации здравоохранения в РФ и предложения по их преодолению / Г.Э. Улумбекова // Оргздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8. – № 1 (27). – С. 141-151.

277. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации / Д.А. Тимофеев, М.В. Еругина, И.Л. Кром, М.А. Цвигайло // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 50-53.

278. Управление человеческими ресурсами в организациях здравоохранения / Е.И. Аксенова, Е.В. Вашаломидзе, Н.Г. Вишневская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, Спецвып. – С. 674-679.

279. Управленческая деятельность в стоматологии / В.Н. Мажаров, Н.И. Ивенский, А.Н. Бражникова [и др.] // Ставрополь: Изд-во СГМУ. – 2023. – С. 184.
280. Условия труда и профессиональные заболевания медицинских работников / Н. В. Орлова, О. Ю. Милушкина, Т.В. Гололобова [и др.]. // Кнорус. – 2022. – С. 268.
281. Устинович, Е.С. Цифровизация национального здравоохранения / Е.С. Устинович // Социальная политика и социальное партнерство. – 2021. – № 6. – С. 415-421.
282. Фаталина, А.А. Цифровые компетенции рекрутеров / А.А. Фаталина // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. – № 6 (64). – С. 265-269.
283. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение в Российской Федерации. Статистический сборник. – М. : Росстат, 2025. – 148 с.
284. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Сведения о дефиците медицинских кадров по основным специальностям в Российской Федерации по состоянию на октябрь 2024 г. // Vademecum : официальный обзор по данным Росстата. – 29.04.2025. - URL: <https://vademec.ru/news/2025/04/29/rosstat-v-rossii-ne-khvataet-pochti-3-tysyachi-vrachey-smp-i-paramedikov/> (дата обращения: 06.02.2026).
285. Федеральный закон от 17 ноября 2025 г. № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // Российская газета. – 19.11.2025. – № 262 (9801). - URL: <https://rg.ru/documents/2025/11/19/fz424-dok.html> (дата обращения: 06.02.2026)
286. Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» / Национальный проект «Здравоохранение». – Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. - URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/fp-obespechenie-meditsinskih-organizatsiy-sistemy-zdravoohraneniya-kvalifitsirovannymi-kadrami> (дата обращения: 06.02.2026).

287. Формирование компетенций управленческих кадров здравоохранения на основе модульных образовательных программ / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зимина, Ю.С. Титкова [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2024. – № 4. – С. 72-79.
288. Формирование прототипа «идеальной» модели компетенций руководителя-менеджера в здравоохранении / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича, Е.Е. Комиссаров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 3. – С. 525-530.
289. Халилов, Д. А. Цифровизация и внедрение медицинских услуг для клиентов в системе здравоохранения / Д.А. Халилов, Ж.А. Одилов // Universum: технические науки. – 2023. – Т. 117. – № 12-2. – С. 18-19.
290. Хараз, А.Д. Непрерывное медицинское образование в столичных медицинских организациях / А.Д. Хараз // Московская медицина. – 2022. – Т.48. – №2. – С. 32-41.
291. Ходакова, О.В. Изучение экспертного мнения организаторов здравоохранения по вопросам кадрового обеспечения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / О.В. Ходакова, Ю.Е. Сенотрусова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2025. – Т. 69, №3. – С. 203-209.
292. Ходус, С.В. Аккредитация специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием / С.В. Ходус, В.С. Олексик, А.С. Зверев // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2021. – Вып. 81. – С. 144-149.
293. Хомушку, С.А. Движение медицинских кадров Республики Тыва (анализ за 2010–2016 годы) / С.А. Хомушку, К.Д. Аракчаа, С.К. Донгак // Вестник Тувинского государственного университета. – 2017. – № 2. – С. 132-145.
294. Хрипун, А. И. Подготовка медицинских кадров как составляющая успеха столичной системы здравоохранения / А. И. Хрипун // Вестник университета правительства Москвы. – 2017. – № 3. – С. 2-4.
295. Хрипун, А.И. Основные принципы и комплексный подход к развитию московского здравоохранения / А.И. Хрипун // Национальное здравоохранение. – 2024. – Т. 5. – № 3. – С. 5-17.
296. Хростова, Д. Р. Кадровая политика в сфере здравоохранения Нижегородской области / Д. Р. Хростова // Вестник науки. – 2022. – Т. 5. – № 5. – С. 108-114.

297. Целютина, Т.В. Исследование текучести кадров как необходимая составляющая эффективного управления текучестью кадров / Т.В. Целютина, Ю.П. Литвин // Научный журнал Дискурс. – 2019. – № 1(27). – С. 183-194.
298. Цифровизация первичной медико-санитарной помощи: анализ архитектуры Проблемы стандартизации в здравоохранении / Вошев Д.В., Сон И.М., Вошева Н.А., [и др.] // – 2024. – № 1–2. – С. 75-84.
299. Чижкова, М.Б. Первичная аккредитация специалистов в формировании коммуникативной компетентности будущего врача / М.Б. Чижкова // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 1. – С. 37.
300. Чистяков, С.Н. Система непрерывного медицинского профессионального образования: проблемы и перспективы развития / С.Н. Чистяков // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – № 1(18). – С. 7-9.
301. Шапрова, Н.С. Кадровая политика и ее особенности в системе здравоохранения Алтайского края / Н.С. Шапрова // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации ; под ред. И. А. Панарина. – Барнаул, 2017. – С. 150-153.
302. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143-166.
303. Шейман, И.М. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей / И. М. Шейман, С. В. Сажина // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27. – № 3. – С. 130-153.
304. Шейман, И.М. Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность? / И.М. Шейман, В.И. Шевский, С.В. Сажина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65. – № 1–3. – С. 5-37
305. Шляфер, С.И. Обеспеченность и укомплектованность врачами, работающими на скорой медицинской помощи, в Российской Федерации и ее субъектах, 2016–2020 г.г. [Электронный ресурс] / С.И. Шляфер, М.А. Иванова, Д.В. Ваньков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68. – № 5. – С. 20.

306. Шмелев, И.А. К проблеме страхования риска профессиональной ответственности медицинских работников / И.А. Шмелев, В.В. Сергеев, В.А. Купряхин // Врач. – 2021. – Т. 32. – № 12. – С. 44-47.
307. Эмоциональное выгорание среди медицинских работников и программы управления стрессом / С.Ли, З. Розыбакиева, М.Асимов, Ф.Багиярова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 3. – С. 506-509.
308. A rapid review of the rate of attrition from the health workforce / S. Castro Lopes, M. Guerra-Arias, J. Buchan [et al.] // Hum. Res. Health. – 2017. – Vol. 15, № 1. – P. 15-21.
309. Akhtayeva, S.M. The current state of human resources of healthcare: problems and prospects of development / S.M. Akhtayeva, E.B. Tlessova, A.Zh. Zeinullina // Economy: strategy and practice. – 2023. – Vol. 18. – № 1. – P. 241-255.
310. An integrative review on the acceptance of artificial intelligence among healthcare professionals in hospitals / S.I. Lambert, M. Madi, S. Sopka [et al.] // NPJ Dijotal medicine. – 2023. – Vol. 10;6(1). – P. 111.
311. Analysis of policy interventions to attract and retain nurse midwives in rural areas of Malawi: A discrete choice experiment / L. Berman, L. Nkhoma, M. Prust [et al.] // PloS One. – 2021. – Vol. 16(6):e0253518.
312. Antonova, N.A. Digitalization of the social environment: university students' preferences for online and offline mental health counselling / N.A. Antonova, K.Yu. Eritsyay, L.A. Tsvetkova // Journal of Siberian Federal University. Humanities and Social Sciences. – 2023. – Vol. 16. № 12. – P. 2216-2226
313. Attracting and retaining physicians in less attractive specialties: the role of continuing medical education/ V.A. Thi Nguyen, K.D. Könings, A.J.J.A Scherpbier, J.J.G. van Merriënboer // Hum. Resour. Health. – 2021. – Vol. 19(1). – P. 69.
314. Blackburn, J.E. Addressing Canada's Health Workforce Challenges / J.E. Blackburn // Canadian Medical Association Journal. – 2023. – Vol. 195(20). – P. 654-659. doi:10.1503/cmaj.230123
315. Brunner, H. Swiss Healthcare Workforce: Challenges and Innovations / H. Brunner, E. Stadler, W. Müller // Swiss Medical Weekly. – 2023. – Vol. 153(15). – P. 210-219.

316. Building a sustainable rural physician workforce / R. Ostini, M.R. McGrail, S. Kondalsamy-Chennakesavan [et al.] // *Med J Aust.* – 2021. – Vol. 1 – P. S5-S33.
317. Burnout among behavioral health providers in integrated care settings. / M. Zubatsky, C. Runyan, S. Gulotta [et al.] // *Families, Systems, & Health.* – 2020. – Vol. 38. – № 1. – P. 74-82.
318. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review / J. Brook, L. Aitken, R. Webb, J. MacLaren, D. Salmon // *Int J Nurs Stud.* – 2019. – Vol. 91. P. 47-59.
319. Correia, T. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries / T. Correia, G. Dussault, C. Pontes // *Health Policy.* – 2015. – № 119(12). – P. 1600-1605.
320. Digitalization: potentials and pitfalls from a public health perspective / N. Azzopardi-Muscat, W. Ricciardi, A. Odone [et al.] // *Eur. J. Public Health.* – 2019. – Vol. 29 (Supplement_3). – P. 1-2.
321. Duval, F. Human resources for health in France: An overview of current issues and policies / F. Duval, P. Legrand, D. Martin // *Health Policy* – 2023. – №127 (2). – P. 156 -165.
322. Eaton-Hart, J.H. How do the working lives of general practitioners in rural areas compare with elsewhere in Scotland? Cross-sectional analysis of the Scottish School of Primary Care Survey / J.H. Eaton-Hart, J.C. Gillies, S.W. Mercer // *Rural Remote Health.* – 2023. – Vol. 23, №1. – P. 8100.
323. Editorial: Effective Strategies to Develop Rural Health Workforce in Low and Middle-Income Countries (LMICs) / B.G. O’Sullivan, I. Couper, P. Kumar, M.R. McGrail // *Front. Public Health.* – 2021. – Vol. 9:702362.
324. Effects of Job Content and Physical Activity on Body Mass Index among Obese Managers of the Mexican Manufacturing Industry / O.D. Armenta-Hernandez, A.A. Maldonado-Macias, M. Ortiz Solís [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* – 2020. – Vol. 17. – № 11. – P. 3969.
325. Evaluation of nurses. Job satisfaction / C. Augusto, I. Rocha, A. Carvalho, C. Pinto // *European Proceedings of Social & Behavioural Sciences.* – 2018. – Vol. LX. – P. 567-574.

326. Factors affecting retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program from 2012 to 2019: a mixed methods study/ E.L.L. Flores, E.M.R. Manahan, M.P.B. Lacanilao [et al.] // BMC Health Serv. Res. – 2021. – Vol. 21(1). – P. 1201.
327. Faculty development in medical education: an environmental scan in countries within the Asia pacific region. / DD Samarasekera, SS Lee, A. Findyartini [et al.] // Korean J Med Educ. – 2020. – Vol. 32(2). – P. 119-130.
328. Family Medicine Training in Lesotho: A strategy of decentralized training for rural physician workforce development / B. Bryden, M. Bryden, J. Steer-Massaró, S. Malope // Front. Med. 2021. – Vol.7:582130.
329. Fernández-Castro, I. Healthcare Staffing Issues in Spain: A Comparative Study Across Regions / I. Fernández-Castro, F. Martínez-Rodríguez, V. Pérez-Salazar // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2023. – Vol. 20 (18) – P. 14241.
330. Fields, B.G. Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine / B.G. Fields // Sleep Med. Clin. – 2020. – Vol. 15(3). – P. 409-416.
331. Franco, C.M. Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review / C.M. Franco, J.G. Lima, L. Giovanella // Cad Saude Publica. – 2021. – Vol. 7, №37. – P. e00310520.
332. Galaiya, R. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review / R. Galaiya, J. Kinross, T. Arulampalam // Annals of the Royal College of Surgeons of England. – 2020. – Vol. 102. – Factors associated with burnout syndrome in surgeons. – № 6. – P. 401-407.
333. Geraedts, K. Schwerpunktthema «Strukturwandel» / K. Geraedts, F. Wasem // Stuttgart. – 2015. – P. 569.
334. Gerkens, S. Belgium: Health System Review / S. Gerkens, S. Merkur // Health Syst. Transit. – 2020. – Vol. – 22, № 5. – P. 1-237.
335. Global health workforce labor market projections for 2030 / J. X. Liu, Y. Goryakin, A. Maeda [et al.] // Hum. Res. Health. – 2017. – Vol. 15. – № 1. – P. 15-11.

336. Gumede, D.M. Engaging future healthcare professionals for rural health services in South Africa: students, graduates and managers perceptions/ D.M. Gumede, M. Taylor, J.D. Kvalsvig // BMC Health. Serv. Res. – 2021. – Vol. 21(1). P. 220.
337. Habicht, T. Estonia: health system review / T. Habicht, J. Habicht, M. Jesse // Health Syst. Transit. – 2018. – Vol. 20. – № 1. – P. 1-189.
338. Halstead, D.C. A Literature Review on How We Can Address Medical Laboratory Scientist Staffing Shortages / D.C. Halstead, R.L. Sautter // Lab Med. – 2023. – Vol. 54. – №1. – P. e31-e36.
339. Health Workforce for Health Equity / P. Pittman, C. Chen, C. Erikson [et al.] // G Med Care. – 2021. – Vol. 1, №59(Suppl 5). – P. S405-S408.
340. Hoffmann, K. The healthcare workforce in Germany: Current challenges and future prospects / K. Hoffmann, C. Schmitz, J. Bauer // European Journal of Public Health, 2022. – № 32(4). – P. 658-665.
341. Holloway, P. Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention / P. Holloway, S. Bain-Donohue, M. Moore // Aust J Rural Health. – 2020. – Vol. 28, № 6. – P. 543-554.
342. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis / K. Dubas-Jakóbczyk, T. Albrecht, D. Behmane [et al.] // Health Policy. – 2020. – Vol. 124(4). – P. 368-379
343. Hougaard, R. The Best Leaders Can't Be Replaced by AI // Harvard Business Review / R. Hougaard, J. Carter, R. Stembridge // 2024, January 12. <https://hbr.org/2024/01/the-best-leaders-cant-be-replaced-by-ai>. (accessed: 06.02.2026).
344. Human Resources for Health in Haryana, India: What can be Done Better? / A. Sharma, S. Prinja, K.D. Rao, AK. Aggarwal // WHO South East Asia J Public Health. – 2023. – Vol. 12, №1. – P. 4-14.
345. Implementation of health workforce information systems: a review of eight sub-Saharan country experiences / M. Chibuzor, I. Arikpo, E. Aquaisua [et al.] // J Public Health (Oxf). – 2021 – Vol.13, №43(Suppl 1). – P. i27-i40.
346. Improvement of the Efficiency of the Re-cruitment Policy of the Medical Care as a Factor in the Reduction of the Staff Shortage of the Industry / E. Chernenko, I. Lebedeva,

- N. Klimovskikh, E. Gorlova // *Advances in Economics, Business and Management Research Proceedings of the «New Silk Road: Business Cooperation and Prospective of Economic Development» (NSRBCPED 2019)*. – Atlantis Press, 2020. — Vol. 131. – P. 598-603.
347. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies / Busse, R., Klazinga N., Panteli D. [et al.] // *European Observatory on Health Systems and Policies* // Brussels; 2019.
348. Jones, M. L. The Impact of Immigration on Canada's Healthcare Sector / M. L. Jones // *Health Policy*. – 2023. – Vol. 127(6). – P. 678-684.
349. Kalniņa, I. Human Resources for Health Care System in Latvia: Current State and Future Perspectives / I. Kalniņa, V. Ozoliņš, Z. Strautnieks // *Latvian Journal of Public Health*, 2023. – № 15(2). – P. 123-134.
350. Katonai, Z. Serious Games and Gamification: Health Care Workers' Experience, Attitudes, and Knowledge / Z. Katonai // *Academic Psychiatry*. – 2023. – Vol. 47. – № 2. – P. 169-173.
351. Legostayeva, A.A. Human resources policy of human resource management in healthcare of Kazakhstan / A.A. Legostayeva, B.K. Jazykbayeva // *Actual Issues of the Modern Economy*. – 2022. – № 3. – P. 26-34.
352. McKee, M. The second information revolution: digitalization brings opportunities and concerns for public health / M. McKee, M. C.I. van Schalkwyk, D. Stuckler // *Eur. J. Public Health*. – 2019. – Vol. 29(Supplement_3). – P. 3-6.
353. Medical workforce in the United States / E.I. Bluth, D.P. Frush, M.E. Oates [et al.] // *J Appl Clin Med Phys*. – 2022. – Vol. 23, Suppl 1. – P. e13799.
354. Miskeen, E. Primary Healthcare Physician's Awareness and Engagement in Community-Based Medical Education: A Mixed Qualitative and Quantitative Study / E. Miskeen, A.M. Al-Shahrani, // *Healthcare (Basel)*. – 2023. – Vol. 3, №11. – P. 2676.
355. Nagem, A. Necessary Skills for Leadership in Healthcare / A. Nagem, // *Annals of Medical and Health Sciences Research*. – 2022. – Vol. 12 (6). – P. 1-12.

356. Noya, F. Approaches to facilitate improved recruitment, development, and retention of the rural and remote medical workforce: a scoping review protocol / F. Noya // International Journal of Health Policy and Management. – 2021. – Vol. 10. – № 1. – 22.
357. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators / OECD Publishing. – Paris, 2025. – DOI: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>. – URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_a894f72e.htm (accessed: 06.02.2026).
358. Okoroafor, S.C. Factors influencing attraction and retention of frontline health workers in remote and rural areas in Nigeria: a discrete choice experiment / S.C. Okoroafor, M.K. Osubor, C. Nwachukwu // J. Public Health Policy. – 2022. – Vol. 43(3). – P. 347-359.
359. On the tractability of SHAP explanations / G. Van den Broeck, A. Lykov, M. Schleich, D. Suciú [et al.] // Journal of Artificial Intelligence Research. – 2022. – Vol. 74. – P. 851–886.
360. Page, I. Artificial Intelligence and Healthcare Leadership // HealthManagement.org. The Journal / I. Page // Opportunities in Digital Transformation. – 2023. – Vol. 23 (6). – P. 385-388.
361. Pandemic peak SARS-CoV-2 infection and seroconversion rates in London frontline health-care workers / C. Houlihan, N. Vora, T. Byrne [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol. 396(10246). – P. e6–e7.
362. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050 / A. Chang, K. Cowling, A. Micah [et al.] // Lancet. – 2019. – Vol. 393. – P. 2233-2260.
363. Patra, S. India's Healthcare Workforce Crisis: A Call for Action / S. Patra, D. Singh // Global Health. – 2023. – Vol. 19(1). – P. 1-12.
364. Physician workforce in the United States of America: forecasting nationwide shortages / X. Zhang, D. Lin, H. Pforsich, VW. Lin // Hum Resour Health. – 2020. – Vol. 6, №18. – P. 8.

365. Re-placing' professional practice / P. Roberts, C. Cosgrave, J. Gillespie [et al.] // Aust J Rural Health. – 2021 – Vol. 29, №2. – P. 301-305.
366. Reed, K. More than half of Americans would use virtual care, United Health Group survey finds / K. Reed //. – 2020. URL: <https://www.fiercehealthcare.com/payer/morethan-half-americans-would-use-virtual-care-unitedhealth-group-survey-finds> (Accessed 15.12.2023)
367. Regmi, K. A systematic review of the factors - enablers and barriers - affecting e-learning in health sciences education. / K Regmi, L. Jones //BMC Med Educ. – 2020. – Vol. 20(1). – P. 91.
368. Reibling, N. Worlds of Healthcare: a healthcare system typology of OECD countries / N. Reibling, M. Ariaans, C. Wendt // Health Policy. – 2019. – Vol. 123(7). – P. 611-620.
369. Reiter, M. The Emergency Medicine Workforce: Shortage Resolving, Future Surplus Expected / M. Reiter, B.W. Allen // J Emerg Med. – 2020. – Vol. 58, № 2. – P. 198-202.
370. Retention and motivation of health workers in remote and rural areas in Cross River State, Nigeria: a discrete choice experiment / S.C. Okoroafor, M. Ongom, D. Salihu [et al.] // J. Public Health Oxf. Engl. – 2021. – Vol. 43(1). – P. i46–53.
371. Rodríguez-López, P. Challenges in Spain's Healthcare Workforce: An Analysis of Current Trends / P. Rodríguez-López, B. García-Molina, C. Jiménez-Martín // European Journal of Public Health. – 2023. – Vol. 33(2). – P. e124.015
372. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies / CC. Serdar, M. Cihan, D. Yücel, MA. Serdar // Biochem Med (Zagreb). – 2021. – Vol. 31(1). – P. 010502.
373. Sawin, G. Primary Care Transformation / G. Sawin, N. O'Connor // Prim Care. – 2019. – Vol. 46, №4. – P. 549-560.
374. Schaefer, R. Retaining doctors and reducing burnout through a flexible work initiative in a rural South African training hospital / R. Schaefer, L.S. Jenkins, Z. North // Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med. – 2021. – Vol. 13(1). – P. e1–5.
375. Seaman, C. E. Effect of Rural Clinical Placements on Intention to Practice and Employment in Rural Australia: A Systematic Review / C. E. Seaman, E. Green, K. Freire // J Environ Res Public Health. – 2022. – Vol. 28, №19. – P. 5363

376. Shah, R. A survey of the retention of GPs following the induction and refresher scheme in London / R. Shah, V. Nayar, A. Grzesiak // *Educ. Prim. Care.* – 2021. – Vol. 32(4). – P. 226–229.
377. Shamsi, A. Med Nursing shortage, a different challenge in Iran: A systematic review / A. Shamsi, H. Peyravi // *J Islam Repub Iran.* – 2020. – Vol. 19, №34. – P. 8.
378. Sharma, P. Human Resources for Health in India: Challenges and Opportunities / P. Sharma, R. Kumar, A. Gupta // *Indian Journal of Public Health.* – 2023. – Vol. 67(2). – P. 89-97.
379. Shrivastava, S.R. Whether introduction of competency-based medical education should be advocated in India? / S.R. Shrivastava, P.S. Shrivastava // *Indian J Pharmacol.* – 2019. – Vol. 51(3). – P. 212-213.
380. Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries / G. Tomblin Murphy, S. Birch, A. MacKenzie, J. Rigby // *Human Resources for Health.* – 2016. – Vol. 14, № 1. – P. 77.
381. Smith, J. Health Workforce Development in the United Kingdom: Trends and Policies / J. Smith, A. Brown, S. Wilson // *British Medical Bulletin.* – 2023 – Vol. 126 (3) – P. 234-245.
382. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. Arch / L. Doshmangir, M. Bazyar, R. Majdzadeh, A. Takian // *Iran Med.* – 2019. – Vol. 22(10). – P. 592-605.
383. Tanaka, Y. Addressing Japan's Healthcare Workforce Shortage / Y. Tanaka, H. Suzuki // *Japan Medical Association Journal.* – 2023. – Vol. 66(4). – P. 257-265.
384. Teacher questions and student responses in case-based learning: outcomes of a video study in medical education. / M Gartmeier, T Pfurtscheller, A Hapfelmeier [et al.] // *BMC Med Educ.* – 2019. – Vol. 19(1). – P. 455.
385. The global effect of digital health technologies on health workers' competencies and health workplace: an umbrella review of systematic reviews and lexical-based and sentence-based metaanalysis / I.J. Borges do Nascimento, H.M. Abdulazeem, L.T. Vasanthan [et al.] // *Lancet Digital Health.* 2023. –Vol. 5(8): e534–e544.

386. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? / M. Boniol, T. Kunjumen, T.S. Nair [et al.] // *BMJ Glob Health*. 2022. – Vol. (6):e009316.
387. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece / C. Economou, D. Kaitelidou, A. Kentikelenis [et al.] // *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience* / eds. A. Maresso [et al.] Copenhagen. – 2015.
388. The introduction of hospital networks in Belgium: the path from policy statements to the 2019 legislation / M. De Regge, K. De Pourcq, C. Van de Voorde [et al.] // *Health Policy*. – 2019. – Vol. 123(7):601-605.
389. «Top-Three» health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview / K. Polin, M. Hjortland, A. Maresso [et al.] // *Health Policy*. – 2021. – Vol. 125(7). – P. 815-832.
390. Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China / W. Tao, Z. Zeng, H. Dang [et al.] // *BMJ Glob Health*. – 2020. – Vol. 5(3). – P. e002086. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002086
391. Transformative Potential of AI in Healthcare: Definitions, Applications, and Navigating the Ethical Landscape and Public Perspectives / M. Bekbolatova, J. Mayer, C.W. Ong, M. Toma // *Healthcare (Basel)*. – 2024. – Vol.12(2). – P. 1.
392. Understanding the Dynamics of Diversity in the Public Health Workforce / F. Coronado, A.J. Beck, G. Shah [et al.] // *J Public Health Manag Pract*. – 2020. – Vol. 26. – №4. – P. 389-392.
393. Uppal, N. Addressing the EMS workforce shortage: How medical students can help bridge the gap / N. Uppal, S.J. Gondi // *Emerg Manag*. – 2019. – Vol. 17, № 5. – P. 380-384.
394. Valentinova, Ts., Factors influencing the motivation of general practitioners to work / Ts. Valentinova, V. Nedkova-Milanova // *General Medicine*. – 2018. – Vol. 20, № 1. – P. 13-16.
395. World Health Organization (WHO). Bulletin of the World Health Organization – monthly public health journal. – 2024. – URL: <https://www.who.int/bulletin/en/index.html> (accessed: 06.02.2026).

396. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 - policy and guidance on health workforce and shortages. - URL: https://www.who.int/teams/health-workforce/hwf_governance (accessed: 06.02.2026).
397. World Health Organization (WHO). Health workforce – official topic page on WHO website. - URL: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce> (accessed: 06.02.2026).
398. World Health Organization (WHO). Health Workforce Team – information on the health workforce team. - URL: <https://www.who.int/teams/health-workforce> (accessed: 06.02.2026).
399. World Health Organization (WHO). State of the world's nursing report 2025 – Geneva, 12 May 2025. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236> (accessed: 06.02.2026).
400. Zhang, Li. Health workforce in China: Challenges and opportunities / Li. X. Zhang, L. Wang // Journal of Public Health. – 2023. – №38 (2). – P.145-156.

ПРИЛОЖЕНИЕ А**АНКЕТА ЭКСПЕРТА**

Уважаемый респондент! Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России в рамках социологического
исследования проводит изучение мнения организаторов здравоохранения о
программах поддержки молодых специалистов
в сфере здравоохранения

Паспортная часть.

Ф.И.О.(по желанию) _____ **Дата** _____

1. Ваш возраст _____ **лет**

2. Ваш пол: 1) мужской 2) женский

3. Укажите медицинскую организацию, в которой Вы работаете

4. Ваша должность (укажите) _____

5. Стаж работы в данной должности (укажите) _____

6. Общий стаж работы: в должности руководителя _____, **в**
том числе в медицинских организациях Ставропольского края
_____, **в руководящих органах управления**
здравоохранением _____ **(укажите в годах)**

7. Ваша ученая степень:

- 1) Кандидат медицинских наук
- 2) Доктор медицинских наук
- 3) Нет

8. Как Вы оцениваете уровень своей компетенции в вопросах кадровой политики в здравоохранении (Отметьте, пожалуйста, знаком "+" соответствующую оценку в каждой строке)

Критерий компетенции	Высокий	Средний	Низкий
Уровень теоретического знания проблемы			
Практический опыт работы			
Способность предвидеть логику событий			

9. Укажите количество научных трудов за последние 5 лет по специальности: «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза»_____

Просим Вас ответить на нижеприведенные вопросы. При ответе на вопросы выберите один или несколько подходящих Вам вариантов ответа. На отдельные вопросы ответ следует вписать. Часть вопросов предусматривает оценку вариантов ответа по 5-ти балльной системе.

1. Как Вы считаете, что более всего привлекает сегодня молодых врачей в медицинскую профессию? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

1) возможность помогать людям	4) возможность профессионального и
2) высокая социальная значимость	карьерного роста
3) интересная работа, в т. ч. научно-исследовательская	5) возможность участия в

программах государственной
поддержки

б) иное

(укажите) _____

2. Что, по Вашему мнению, привлекает выпускников медицинских вузов при выборе траектории их профессионального становления: (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) профессиональный рост и развитие
- 2) рост по карьерной лестнице
- 3) возможность материальной стабильности и защищенности
- 4) возможность заниматься научной деятельностью
- 5) иное (укажите) _____

3. Что, как Вы считаете, привлекает выпускников в работе по выбранной специальности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) возможность применения новых технологий в диагностике и лечении
- 2) возможность научно-исследовательской реализации в специальности
- 3) высокая заработная плата, льготы
- 4) желание быть специалистом узкого профиля
- 5) желание быть специалистом широкого профиля
- 6) иное (укажите) _____

4. В чем заключается Ваше взаимодействие с Центром развития регионального здравоохранения и содействия трудоустройству выпускников (укажите) _____

5. Как Вы считаете, чем руководствуются молодые врачи при выборе населенного пункта по месту своей работы? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) близостью расположения к областному центру
 - 2) благоприятными экологическими условиями района
 - 3) высоким уровнем развития инфраструктуры района
 - 4) возможностью жить и работать там, где родился
 - 5) высоким уровнем привлекательности центральной районной больницы
 - 6) иное (укажите)
-

6. Какие материальные предпочтения для молодого врача, по Вашему мнению, наиболее приемлемы в Программе социально-экономической поддержки: (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) служебное жилье
- 2) жилое помещение по договору социального найма,
- 3) общежитие
- 4) компенсация аренды жилья
- 5) льготное ипотечное кредитование
- 6) приватизация служебной жилой площади
- 7) предоставление земельного участка
- 8) компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства
- 9) предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях
- 10) иное (укажите) _____

7. Чем, по Вашему мнению, является привлекательной для молодых врачей работа в государственных медицинских организациях? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ стабильная заработная плата	4) ☐ устойчивость организации в кризисные периоды
2) ☐ социальная защищенность	
3) ☐ ежегодный оплачиваемый отпуск	5) ☐ повышение квалификации за счет средств работодателя
6) ☐ иное (укажите) _____	

8. Какие недостатки работы в государственных медицинских организациях Вы находите? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ недостаточный уровень заработной платы
- 2) ☐ ограничение деятельности врача установленными стандартами
- 3) ☐ недостаточное материально-техническое оснащение
- 4) ☐ недостаточно комфортные бытовые условия
- 5) ☐ недостаточная социальная поддержка
- 6) ☐ иное (укажите) _____

9. Привлекательна ли для молодых врачей возможность жить и работать в сельской местности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

☐ если Да (укажите причины)	☐ если Нет (укажите причины)
1) опыт самостоятельной работы	1) не развита инфраструктура
2) возможность работать там, где родился (проживают родственники)	2) недостаточное материально-техническое оснащение
3) возможность ведения собственного хозяйства	3) отсутствие возможности дополнительного заработка
4) более благоприятные экологические условия	4) отсутствие приспособленности к сельской жизни
5) иное (укажите) _____	5) иное (укажите) _____

10. Какие виды социальной поддержки могли бы привлечь молодых врачей для работы в медицинских организациях сельской местности? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ предоставление служебного жилья

2) ☐ возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования

3) ☐ обеспечение автотранспортным средством

4) ☐ компенсация оплаты услуг жилищно-коммунального хозяйства, детского сада и пр.

5) ☐ компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи

6) ☐ предоставление земельного участка

7) ☐ иное

(укажите) _____

11. Какие факторы могли бы привлечь молодых врачей для работы в медицинских организациях сельской местности? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ возможность самостоятельной практической работы

2) ☐ возможность перспективного профессионального и карьерного роста

3) ☐ самостоятельная жизнь (независимость от родителей и т.п.)

4) ☐ жизнь в экологически чистой местности

5) ☐ льготы для медицинских работников в сельской местности

6) ☐ иное

(укажите) _____

12. Какие трудности могли бы послужить для молодых врачей препятствием в принятии решения о возможности работать на селе? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ отсутствие необходимого опыта и знаний

- 2) ☐ ограниченная возможность профессионального общения
- 3) ☐ отсутствие современных методов диагностики и лечения
- 4) ☐ недостаточное развитие инфраструктуры
- 5) ☐ особенности менталитета сельского населения
- 6) ☐ отсутствие родных/друзей
- 7) ☐ иное

(укажите) _____

13. Какой уровень ежемесячного дохода на одного члена семьи, по Вашему мнению, мог бы способствовать решению молодого врача связать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности? _____ руб.

14. Какие преимущества жизни в сельской местности Вы находите?
(укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) благоприятные экологические условия
- 2) возможность ведения личного подсобного хозяйства
- 3) спокойствие, тишина и относительно размеренный образ жизни
- 4) возможность заниматься сельскохозяйственной деятельностью
- 5) возможность заниматься частным предпринимательством
- 6) иное (укажите)

15. С какими трудностями сопряжена, по Вашему мнению, жизнь в сельской местности?

(укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий
- 2) трудности в организации обучения детей
- 3) особенности менталитета сельского населения

4) необходимость ведения подсобного хозяйства

5) большие затраты на содержание дома

6) недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры

7) иное

(укажите) _____

16 Как Вы считаете, каким образом можно привлечь молодых врачей /специалистов в сельскую местность? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) развивать инфраструктуру сельских и отдаленных районов

2) обеспечивать жильем (строительство дома, квартиры)

3) расширять социальные гарантии (добровольное медицинское страхование, ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха в Российской Федерации, досрочный выход на пенсию, полная компенсация услуг жилищно-коммунального хозяйства, сберегательный капитал)

4) внедрять телемедицинские технологии для совершенствования профессионального развития молодых врачей

5) повышать материально-техническое оснащение центральных районных больниц

6) иное

(укажите) _____

17. Сколько за последние 3 года в Вашу организацию пришли молодых специалистов _____, сколько из них обучались по целевому договору _____ (укажите)

18. Какие из нижеперечисленных предложений по совершенствованию

системы закрепления кадров в регионе, по Вашему мнению, необходимы в настоящее время (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) активизация работы (открытие) и усиление роли медико-биологических классов с их методическим и профориентационным сопровождением как со стороны медицинского университета, так и со стороны региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения

2) закрепление кадров в региональной системе здравоохранения через модернизацию модели целевого приема путем закрепления молодого специалиста на рабочем месте в течение 3-х лет на условиях заказчика подготовки

3) рассмотрение возможности формирования и внедрения модели финансирования/софинансирования целевого обучения за счет средств регионального бюджета

4) обязательная организация для обучающихся от региона прохождения практики с 3-го по 6-й курс на базе региональных медицинских учреждений

5) нормативная фиксация и обеспечение реализации требований, согласно которым обучающиеся за счет средств федерального бюджета должны отработать не менее 3-х лет в государственных медицинских организациях

6) развитие мер социальной поддержки специалистов здравоохранения: предоставление служебного жилья и транспорта, снижение ставки ипотечного кредитования для медицинских работников сельской местности. страхование профессиональной деятельности, бесплатное юридическое консультирование по вопросам профессиональной деятельности, льготы по оплате услуг, стимулирующие выплаты, первоочередное предоставление мест в детских образовательных учреждениях, компенсация летнего отдыха детей

7) проведение для обучающихся стажировок и практической подготовки, трудоустройство ординаторов в должности врач-стажер сроком не менее 6 месяцев

19. Какие мероприятия по закреплению кадров применяются в Вашей медицинской организации
(укажите) _____

Благодарим Вас за участие в анкетировании!

Ниже Вы можете оставить свои комментарии

ПРИЛОЖЕНИЕ Б**АНКЕТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Уважаемый респондент! Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России в рамках социологического исследования проводит изучение мнения ординаторов о программах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения

Просим Вас ответить на нижеприведенные вопросы. При ответе на вопросы выберите один или несколько подходящих Вам вариантов ответа. На отдельные вопросы ответ следует вписать

Часть вопросов предусматривает оценку вариантов ответа по 5-ти балльной системе.

Ф.И.О.(по желанию) _____ **Дата** _____

1. Ваш возраст _____ **лет**

2. Ваш пол: 1) мужской 2) женский

3. Состоите ли Вы в браке? 1) да 2) нет

4. Наличие детей: 1) не имею 2) имею
(сколько) _____

5. По какой программе Вы проходите обучение:

1) целевая (бюджетная) форма подготовки

2) платная форма обучения

6. Почему Вы выбрали профессию врача? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

1) по призванию	4) по совету друзей (родственников)
2) семейная традиция	5) не смог поступить в другое высшее учебное заведение
3) считаю эту профессию престижной	6) иное (укажите)_____

7. Что более всего Вас привлекает в выбранной профессии? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

1) возможность помогать людям	4) возможность профессионального и карьерного роста
2) высокая социальная значимость	5) возможность участия в программах государственной поддержки
3) интересная работа, в т. ч. научно-исследовательская	6) иное (укажите)_____

8. По окончании обучения в ординатуре Вы планируете:

- 1) обучение в аспирантуре
- 2) работу в практическом здравоохранении
- 3) профессиональную переподготовку
- 4) работу в клиниках Университета
- 5) иное (укажите)_____

9. Что Вас привлекает в выбранной траектории профессионального

становления: (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) профессиональный рост и развитие
- 2) рост по карьерной лестнице
- 3) возможность материальной стабильности и защищенности
- 4) возможность заниматься научной деятельностью
- 5) иное (укажите) _____

10. По какой специальности Вы проходите обучение
(укажите) _____

11. Что Вас привлекает в работе по выбранной специальности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) возможность применения новых технологий в диагностике и лечении
- 2) возможность научно- исследовательской реализации в специальности
- 3) высокая заработная плата, льготы
- 4) желание быть специалистом узкого профиля
- 5) желание быть специалистом широкого профиля
- 6) иное (укажите) _____

12. Подрабатываете ли Вы во время обучения в университете:

- 1) да, в медицинской организации (укажите должность) _____
- 2) да, на кафедре/в лаборатории университета
- 3) да, но не в системе здравоохранения
- 4) нет, не подрабатываю

13. Укажите размер Вашего ежемесячного дохода на 1 члена семьи:

- 1) менее 10000 руб.
- 2) 10000 –19000 руб.
- 3) 20000 –29000 руб.
- 4) 30 000 руб. и более

14. В каком жилье Вы проживаете в настоящее время:

- 1) в собственной квартире /комнате/ доме
- 2) на съемной квартире /комнате / доме
- 3) в общежитии
- 4) у родственников
- 5) иное

(укажите) _____

**15. В каком населенном пункте Вы проживали до поступления в
ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России**

(укажите) _____

16. Поставьте отметки в соответствующих разделах таблицы:

Наименование населённых пунктов	Тип населенного пункта в котором Вы		
	родились	проживаете	хотите работать
Село, деревня, поселок			
Районный центр (название)			
Областной центр (название)			

17. Нуждаетесь ли Вы в помощи Центра по трудоустройству: 1) да

2) нет

18. В какой медицинской организации Вы хотели бы работать?

- 1) больница
- 2) поликлиника
- 3) врачебная амбулатория, центр общей врачебной практики (семейной
медицины)
- 4) станция скорой медицинской помощи
- 5) консультативно-диагностический центр

5) частная медицинская организация

6) иное (укажите) _____

19. Где Вы планируете работать после окончания высшего учебного заведения?

1) в государственных медицинских организациях города Ставрополя

2) в государственных медицинских организациях Ставропольского края

3) в частных медицинских организациях

4) в медицинских организациях за пределами Ставропольского края

5) не планирую работать в здравоохранении

6) иное

(укажите) _____

20. Чем Вы руководствовались бы при выборе населенного пункта по месту Вашей будущей работы? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

1) близостью расположения к областному центру

2) благоприятными экологическими условиями района

3) высоким уровнем развития инфраструктуры района

4) возможностью жить и работать там, где родился

5) высоким уровнем привлекательности центральной районной больницы

6) иное (укажите)

21. Какие материальные преференции для молодого врача были бы для Вас приемлемы в Программе социально-экономической поддержки:

((укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа))

10) служебное жилье

11) жилое помещение по договору социального найма,

12) общежитие

13) компенсация аренды жилья

- 14) льготное ипотечное кредитование
- 15) приватизация служебной жилой площади
- 16) предоставление земельного участка
- 17) компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства
- 18) предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях
- 10) иное (укажите) _____

22. Какие формы повышения профессиональных знаний Вы готовы использовать после окончания высшего учебного заведения? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ научно-практические конференции, съезды
- 2) ☐ работа в научном обществе
- 3) ☐ использование интернет-ресурсов, электронное обучение
- 4) ☐ дистанционные формы обучения
- 5) ☐ традиционные формы повышения квалификации

23. Чем привлекает Вас работа в государственных медицинских организациях? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ стабильная заработная плата 2) ☐ социальная защищенность 3) ☐ ежегодный оплачиваемый отпуск 6) ☐ иное (укажите) _____	4) ☐ устойчивость организации в кризисные периоды 5) ☐ повышение квалификации за счет средств работодателя

24. Какие недостатки работы в государственных медицинских организациях Вы находите? (соотнесите по степени значимости от 1 до 6, где 1 – очень значимо, 6 – незначимо)

- 1) ☐ недостаточный уровень заработной платы
- 2) ☐ ограничение деятельности врача установленными стандартами
- 3) ☐ недостаточное материально-техническое оснащение
- 4) ☐ недостаточно комфортные бытовые условия
- 5) ☐ недостаточная социальная поддержка
- 6) ☐ иное (укажите) _____

25. Интересует ли Вас возможность жить и работать в сельской местности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

☐ если Да (укажите причины)

- 1) опыт самостоятельной работы
 - 2) возможность работать там, где
один (проживают родственники)
 - 3) возможность ведения
собственного хозяйства
 - 4) более благоприятные
экологические условия
 - 5) иное (укажите)
-

☐ если Нет (укажите причины)

- 1) не развита инфраструктура
 - 2) недостаточное материально-
техническое оснащение
 - 3) отсутствие возможности
дополнительного заработка
 - 4) отсутствие приспособленности
к сельской жизни
 - 5) иное (укажите)
-

26. Какие виды социальной поддержки могли бы привлечь Вас для работы в медицинской организации сельской местности? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ предоставление служебного жилья
- 2) ☐ возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования
- 3) ☐ обеспечение автотранспортным средством
- 4) ☐ компенсация оплаты услуг жилищно-коммунального хозяйства,
детского сада и пр.
- 5) ☐ компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и

членов его семьи

6) ☐ предоставление земельного участка

7) ☐ иное

(укажите) _____

27. Какие факторы могли бы привлечь Вас для работы в медицинской организации сельской местности? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ возможность самостоятельной практической работы

2) ☐ возможность перспективного профессионального и карьерного роста

3) ☐ самостоятельная жизнь (независимость от родителей и т.п.)

4) ☐ жизнь в экологически чистой местности

5) ☐ льготы для медицинских работников в сельской местности

6) ☐ иное

(укажите) _____

28. Какие трудности могли бы послужить для Вас препятствием в принятии решения о возможности работать на селе? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

1) ☐ отсутствие необходимого опыта и знаний

2) ☐ ограниченная возможность профессионального общения

3) ☐ отсутствие современных методов диагностики и лечения

4) ☐ недостаточное развитие инфраструктуры

5) ☐ особенности менталитета сельского населения

6) ☐ отсутствие родных/друзей

7) ☐ иное (укажите) _____

29. Какой уровень ежемесячного дохода на одного члена семьи мог бы способствовать Вашему решению связать свою профессиональную

деятельность с работой в сельской местности? _____ руб.

**30. Какие преимущества жизни в сельской местности Вы находите?
(укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)**

- 1) благоприятные экологические условия
 - 2) возможность ведения личного подсобного хозяйства
 - 3) спокойствие, тишина и относительно размеренный образ жизни
 - 4) возможность заниматься сельскохозяйственной деятельностью
 - 5) возможность заниматься частным предпринимательством
 - 6) иное (укажите)
-

31. С какими трудностями сопряжена, по Вашему мнению, жизнь в сельской местности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий
 - 2) трудности в организации обучения детей
 - 3) особенности менталитета сельского населения
 - 4) необходимость ведения подсобного хозяйства
 - 5) большие затраты на содержание дома
 - 6) недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры
 - 7) иное
- (укажите) _____
-

32. Планируете ли Вы по окончании обучения уехать из Ставропольского края?

- 1) да
- 2) нет

33. Если Вы планируете покинуть Ставропольский край, укажите основную

причину: _____

34. Если Вы планируете уезжать, то укажите тип населенного пункта, в который собираетесь переехать:

- 1) другое село (деревня, поселок)
- 2) районный центр
- 3) Ставрополь
- 4) Москва
- 5) другой регион
- 6) иное (укажите) _____

35. Как Вы считаете, каким образом можно привлечь молодых специалистов в сельскую местность? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) развивать инфраструктуру сельских и отдаленных районов
 - 2) обеспечивать жильем (строительство дома, квартиры)
 - 3) расширять социальные гарантии (добровольное медицинское страхование, ежегодный оплачиваемый проезд к месту отдыха в Российской Федерации, досрочный выход на пенсию, полная компенсация услуг жилищно-коммунального хозяйства, сберегательный капитал)
 - 4) внедрять телемедицинские технологии для совершенствования профессионального развития молодых врачей
 - 5) повышать материально-техническое оснащение центральных районных больниц
 - 6) иное
- (укажите) _____

Благодарим Вас за участие в анкетировании!

Ниже Вы можете оставить свои комментарии

ПРИЛОЖЕНИЕ В**АНКЕТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРОГРАММЕ СПЕЦИАЛИТЕТА**

Уважаемый респондент! Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России в рамках социологического исследования проводит изучение мнения студентов старших курсов о программах поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения.

Просим Вас ответить на нижеприведенные вопросы. При ответе на вопросы выберите один или несколько подходящих Вам вариантов ответа. На отдельные вопросы ответ следует вписать.

Часть вопросов предусматривает оценку вариантов ответа по 5-ти балльной системе.

Ф.И.О.(по желанию) _____ **Дата** _____

1. Ваш возраст _____ **лет**

2. Ваш пол: 1) мужской 2) женский

3. Состоите ли Вы в браке? 1) да 2) нет

4. Наличие детей: 1) не имею 2) имею
(сколько) _____

5. По какой программе Вы проходите обучение:

- 1) целевая форма подготовки
- 2) бюджетная форма обучения

3) платная форма обучения

6. Почему Вы выбрали профессию врача? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

1) по призванию

4) по совету друзей (родственников)

2) семейная традиция

5) не смог поступить в другое
высшее учебное заведение

3) считаю эту профессию
престижной

6) иное

(укажите) _____

7. Что более всего Вас привлекает в выбранной профессии? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

1) возможность помогать людям

4) возможность

2) высокая социальная значимость

профессионального и

3) интересная работа, в т. ч. научно-
исследовательская

карьерного роста

5) возможность участия в
программах государственной
поддержки

6) иное

(укажите) _____

8. По окончании университета Вы планируете:

1) обучение в аспирантуре

2) обучение в ординатуре

3) работу в практическом здравоохранении

4) профессиональную переподготовку

5) иное (укажите) _____

9. По какой специальности Вы планируете работать (укажите) _____

10. Подрабатываете ли Вы во время обучения в университете:

- 5) да, в медицинской организации (укажите должность) _____
- 6) да, на кафедре/в лаборатории университета
- 7) да, но не в системе здравоохранения
- 8) нет, не подрабатываю

11. Укажите размер Вашего ежемесячного дохода на 1 члена семьи:

- 1) менее 10000 руб.
- 2) 10000 – 19000 руб.
- 3) 20000 – 29000 руб.
- 4) 30 000 руб. и более

12. В каком жилье Вы проживаете в настоящее время:

- 1) в собственной квартире /комнате/ доме
- 2) на съемной квартире /комнате / доме
- 3) в общежитии
- 4) у родственников
- 5) иное

(укажите) _____

13. В каком населенном пункте Вы проживали до поступления в СтГМУ _____**14. Поставьте отметки в соответствующих разделах таблицы:**

Наименование населённых пунктов	Тип населенного пункта, в котором Вы		
	родились	проживаете	хотите работать
Село, деревня, поселок			
Районный центр (название)			
Областной центр (название)			

15. Нуждаетесь ли Вы в помощи Центра по трудоустройству: 1) да
2) нет

16. В какой медицинской организации Вы хотели бы работать?

- 1) больница
- 2) поликлиника
- 3) врачебная амбулатория, центр общей врачебной практики (семейной медицины)
- 4) станция скорой медицинской помощи
- 5) консультативно-диагностический центр
- 5) частная медицинская организация
- 6) иное (укажите) _____

17. Где Вы планируете работать после окончания высшего учебного заведения?

- 1) в государственных медицинских организациях города Ставрополя
- 2) в государственных медицинских организациях Ставропольского края
- 3) в частных медицинских организациях
- 4) в медицинских организациях за пределами Ставропольского края
- 5) не планирую работать в здравоохранении
- 6) иное (укажите) _____

18. Чем Вы руководствовались бы при выборе населенного пункта по месту Вашей будущей работы? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) близостью расположения к областному центру
- 2) благоприятными экологическими условиями района
- 3) высоким уровнем развития инфраструктуры района
- 4) возможностью жить и работать там, где родился
- 5) высоким уровнем привлекательности центральной районной больницы

6) иное (укажите)

19. Какие материальные преференции для молодого врача были бы для Вас приемлемы в Программе социально-экономической поддержки? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 19) служебное жилье
- 20) жилое помещение по договору социального найма,
- 21) общежитие
- 22) компенсация аренды жилья
- 23) льготное ипотечное кредитование
- 24) приватизация служебной жилой площади
- 25) предоставление земельного участка
- 26) компенсация расходов жилищно-коммунального хозяйства
- 27) предоставление мест детям медицинских работников в дошкольных образовательных учреждениях
- 10) иное (укажите) _____

20. Какие формы повышения профессиональных знаний Вы готовы использовать после окончания высшего учебного заведения? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ научно-практические конференции, съезды
- 2) ☐ работа в научном обществе
- 3) ☐ использование интернет-ресурсов, электронное обучение
- 4) ☐ дистанционные формы обучения
- 5) ☐ традиционные формы повышения квалификации

21. Чем привлекает Вас работа в государственных медицинских организациях? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 –

максимальный балл)

1) ☐ стабильная заработная плата 2) ☐ социальная защищенность 3) ☐ ежегодный оплачиваемый отпуск 6) ☐ иное (укажите) _____	4) ☐ устойчивость организации в кризисные периоды 5) ☐ повышение квалификации за счет средств работодателя

22. Какие недостатки работы в государственных медицинских организациях Вы находите? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ недостаточный уровень заработной платы
- 2) ☐ ограничение деятельности врача установленными стандартами
- 3) ☐ недостаточное материально-техническое оснащение
- 4) ☐ недостаточно комфортные бытовые условия
- 5) ☐ недостаточная социальная поддержка
- 6) ☐ иное (укажите) _____

23. Интересует ли Вас возможность жить и работать в сельской местности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

☐ если Да (укажите причины)	☐ если Нет (укажите причины)
1) опыт самостоятельной работы 2) возможность работать там, где родился (проживают родственники) 3) возможность ведения собственного хозяйства 4) более благоприятные экологические условия 5) иное (укажите) _____	1) не развита инфраструктура 2) недостаточное материально-техническое оснащение 3) отсутствие возможности дополнительного заработка 4) отсутствие приспособленности к сельской жизни 5) иное (укажите) _____

24. Какие виды социальной поддержки могли бы привлечь Вас для работы в медицинских организациях сельской местности? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ предоставление служебного жилья
 - 2) ☐ возможность участия в ипотечных программах льготного кредитования
 - 3) ☐ обеспечение автотранспортным средством
 - 4) ☐ компенсация оплаты услуг жилищно-коммунального хозяйства, детского сада и пр.
 - 5) ☐ компенсация (полная или частичная) отдыха и лечения сотрудника и членов его семьи
 - 6) ☐ предоставление земельного участка
 - 7) ☐ иное
- (укажите) _____

25. Какие факторы могли бы привлечь Вас для работы в медицинских организациях сельской местности? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ возможность самостоятельной практической работы
 - 2) ☐ возможность перспективного профессионального и карьерного роста
 - 3) ☐ самостоятельная жизнь (независимость от родителей и т.п.)
 - 4) ☐ жизнь в экологически чистой местности
 - 5) ☐ льготы для медицинских работников в сельской местности
 - 6) ☐ иное
- (укажите) _____

26. Какие трудности могли бы послужить для Вас препятствием в принятии решения о возможности работать на селе? (оцените по 5-ти балльной системе, от 1 до 5 баллов, где 5 – максимальный балл)

- 1) ☐ отсутствие необходимого опыта и знаний

- 2) ☐ ограниченная возможность профессионального общения
- 3) ☐ отсутствие современных методов диагностики и лечения
- 4) ☐ недостаточное развитие инфраструктуры
- 5) ☐ особенности менталитета сельского населения
- 6) ☐ отсутствие родных/друзей
- 7) ☐ иное (укажите) _____

27. Какой уровень ежемесячного дохода на одного члена семьи мог бы способствовать Вашему решению связать свою профессиональную деятельность с работой в сельской местности? _____ руб.

**28. Какие преимущества жизни в сельской местности Вы находите?
(укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)**

- 1) благоприятные экологические условия
- 2) возможность ведения личного подсобного хозяйства
- 3) спокойствие, тишина и относительно размеренный образ жизни
- 4) возможность заниматься сельскохозяйственной деятельностью
- 5) возможность заниматься частным предпринимательством
- 6) иное (укажите) _____

29. С какими трудностями сопряжена, по Вашему мнению, жизнь в сельской местности? (укажите от 1-го до 3-х вариантов ответа)

- 1) ограниченность в выборе досуга, культурных мероприятий
- 2) трудности в организации обучения детей
- 3) особенности менталитета сельского населения
- 4) необходимость ведения подсобного хозяйства
- 5) большие затраты на содержание дома
- 6) недостаточный уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры

1) да 2) нет

- 1) другое село (деревня, поселок)
- 2) районный центр
- 3) Ставрополь
- 4) Москва
- 5) другой регион
- 6) иное (укажите)

5) повышать материально-техническое оснащение центральных районных

больниц

б) иное

(укажите) _____

Благодарим Вас за участие в анкетировании!

Ниже Вы можете оставить свои комментарии

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

КЛЮЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИДЕРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемый руководитель!

Ваш профессиональный опыт и взгляд на лидерство - бесценный ресурс для будущего здравоохранения! Этот опросник создан, чтобы **сравнить подходы к управлению** между действующими руководителями и новым поколением лидеров. Ваши ответы помогут:

- **Скорректировать программы подготовки управленцев**, чтобы они отвечали реальным вызовам отрасли.
- **Выявить «слепые зоны»** в развитии лидерских качеств, которые мешают эффективному управлению.
- **Создать диалог между поколениями**, чтобы опыт и инновации дополняли друг друга.

Ваши ответы останутся анонимными, но станут основой для научных рекомендаций. Заполнение займёт **не более 15 минут**, но эффект от вашего участия будет долгосрочным.

Спасибо за то, что делитесь опытом ради прогресса медицины!

Раздел 1. Демографические и социальные параметры

1. Ваш возраст:

- до 25 лет
- 26–35 лет
- 36–45 лет
- 46- 55 лет
- 56 лет и старше

2. Ваш пол:

- Мужской
- Женский

3. Ваша текущая позиция:

- Руководитель медицинской организацией (МО)
- Заместитель руководителя МО
- Руководитель в органе управления здравоохранением субъекта РФ
- Другое

5. Ваш опыт работы в руководящей должности (полных лет):

- 6-10 лет
- 11-15 лет
- 16-20 лет
- 21 год и более

6. Как Вы оцениваете уровень своей компетенции в вопросах лидерства в здравоохранении (Отметьте, пожалуйста, знаком "+" соответствующую оценку в каждой строке)

Критерий компетенции	Высокий	Средний	Низкий
Уровень теоретического знания проблемы			
Практический опыт работы			
Способность предвидеть логику событий			

Раздел 2. Оценка личностных характеристик

1. Оцените, насколько важны перечисленные характеристики для лидера в здравоохранении, по шкале от 1 до 5, где:

- 1 - Совершенно не важно
- 2 - Не важно
- 3 - Нейтрально
- 4 - Важно

5 - Крайне важно

1. Стрессоустойчивость в условиях высокой нагрузки и кризисов
2. Способность принимать решения в условиях неопределённости
3. Эмпатия и умение работать с пациентами и коллегами
4. Этичность и соблюдение медицинской деонтологии
5. Стратегическое мышление и долгосрочное планирование
6. Коммуникативные навыки (убеждение, активное слушание)
7. Лидерство через пример (ролевая модель для команды)
8. Гибкость и адаптивность к изменениям (например, новые технологии)
9. Знание современных медицинских процессов и стандартов
10. Умение делегировать задачи и управлять командой
11. Инновационность и готовность к экспериментам
12. Управление конфликтами в коллективе
13. Способность мотивировать и вдохновлять сотрудников
14. Культурная компетентность (работа в разнородной среде)
15. Ответственность за принятые решения

2. Какие качества лидера, на Ваш взгляд, часто недооцениваются в современных руководителях здравоохранения?

Оцените важность следующих качеств по шкале от 1 до 5, где:

1 - Совершенно не важно

2 - Не важно

3 - Нейтрально

4 - Важно

5 - Крайне важно

1. Разумные личные ценности

2. Четкие личные цели

3. Упор на постоянный личный рост

4. Навык решать проблемы

5. Изобретательность и способность к инновациям

6. Высокая способность влиять на окружающих
7. Знание современных управленческих подходов
8. Способность руководить
9. Умение обучать и развивать подчиненных
10. Способность формировать и развивать эффективные рабочие группы

Раздел 3: Эмоциональный интеллект

1. Оцените важность следующих аспектов эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении по шкале от 1 до 5, где:

1 - Совершенно не важно

2 - Не важно

3 - Нейтрально

4 - Важно

5 - Крайне важно

1. Способность распознавать и понимать свои эмоции

2. Способность управлять своими эмоциями и стрессом

3. Способность распознавать эмоции других людей

4. Способность влиять на эмоции других людей

5. Навык мотивировать команду, опираясь на эмоциональные потребности сотрудников

6. Умение разрешать конфликты, учитывая эмоциональные потребности сторон

7. Умение выстраивать доверительные отношения с коллективом и с руководством

8. Способность сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений

9. Осознание влияния собственных эмоций на рабочую атмосферу

2. Какие аспекты эмоционального интеллекта, на Ваш взгляд, чаще всего игнорируются в подготовке руководителей здравоохранения?

Оцените важность следующих аспектов по шкале от 1 до 5, где:

1 - Совершенно не важно

2 - Не важно

3 - Нейтрально

4 - Важно

5 - Крайне важно

1. Эмоциональное самосознание

2. Эмпатия

3. Организационная осведомленность

4. Эмоциональный самоконтроль

5. Способность к адаптации

6. Достижения

7. Позитивный взгляд

8. Вдохновляющее лидерство

9. Влияние

10. Управление конфликтами

11. Командная работа и сотрудничество

**3. Как Вы считаете, насколько важно для лидера в здравоохранении
развивать эмоциональный интеллект?**

1. Крайне важно

2. Важно

3. Нейтрально

4. Не очень важно

5. Совсем не важно

**4. Как Вы думаете, какие методы или тренинги могут помочь развить
эмоциональный интеллект у лидеров в здравоохранении? (выберите
несколько)**

1. Тренинги по управлению стрессом

2. Тренинги по развитию навыков общения

3. Деловые игры

4. Коучинг и наставничество

5. Лучшие практики

6. Другое (укажите)

Раздел 4. Открытые вопросы

1. Что бы Вы добавили в список ключевых характеристик руководителя здравоохранения?

Ответ:

2. Как, по Вашему мнению, сформировать лидерские качества у руководителя здравоохранения?

Ответ:

Раздел 5. Заключение

Благодарим за Ваш профессионализм и уделенное время!

- Ваши ответы станут основой для улучшения управленческих программ.
- Хотите получить сводку результатов исследования? Укажите email:

_____ (необязательно).

Ваш опыт - ключ к трансформации здравоохранения!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

КЛЮЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИДЕРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дорогой молодой лидер!

Мы обращаемся к тебе как к человеку, чьё мнение может изменить будущее здравоохранения! Этот опросник создан, чтобы понять, какими качествами должен обладать современный лидер в медицинской сфере. Твои ответы помогут:

- Сформировать программы обучения для будущих руководителей, учитывая твои ценности и опыт.
- Сделать здравоохранение более человечным и эффективным через развитие эмоционального интеллекта и лидерских навыков.

Почему важно твоё участие?

Ты - голос нового поколения. Твои идеи могут стать основой для изменений.

Каждый ответ останется анонимным, но будет иметь значение.

Заполнение займёт всего 10–15 минут, а результат повлияет на тысячи будущих специалистов.

Спасибо, что делаешь мир медицины лучше!

Раздел 1. Демографические и социальные параметры

1. Ваш пол? (один вариант ответа)

- мужской;
- женский.

2. Выберите год вашего рождения: (один вариант ответа)

- 1998
- 1999
- 2000

- 2001
- 2002
- 2003
- 2004
- 2005
- 2006
- 2007

3. Направление подготовки: (один вариант ответа)

- лечебное дело;
- медико-профилактическое;
- стоматология;
- фармация;
- педиатрия.

4. Курс обучения в университете на момент прохождения опроса: (один вариант ответа)

- 3
- 4
- 5
- 6

5. Есть ли у вас опыт лидерства?

1. Староста группы
2. Вхожу в органы студенческого самоуправления
3. Вхожу в Совет молодых ученых
4. Участвую в организации фестивальных движений в сфере искусств
5. Вхожу в руководство студенческого спортивного клуба
6. Другое: _____

6. Ваша внеучебная активность (можно выбрать несколько):

1. Активность в рамках организации научной деятельности
2. Волонтерство в медицинских проектах
3. Участие в самоуправлении студенческих организаций

4. Спорт
5. Творчество
6. Другое: _____

Раздел 2. Оценка личностных характеристик

3. Оцените, насколько важны перечисленные характеристики для лидера в здравоохранении, по шкале от 1 до 5, где:

- 1 - Совершенно не важно
 - 2 - Не важно
 - 3 - Нейтрально
 - 4 - Важно
 - 5 - Крайне важно
16. Стрессоустойчивость в условиях высокой нагрузки и кризисов
 17. Способность принимать решения в условиях неопределённости
 18. Эмпатия и умение работать с пациентами и коллегами
 19. Этичность и соблюдение медицинской деонтологии
 20. Стратегическое мышление и долгосрочное планирование
 21. Коммуникативные навыки (убеждение, активное слушание)
 22. Лидерство через пример (ролевая модель для команды)
 23. Гибкость и адаптивность к изменениям (например, новые технологии)
 24. Знание современных медицинских процессов и стандартов
 25. Умение делегировать задачи и управлять командой
 26. Инновационность и готовность к экспериментам
 27. Управление конфликтами в коллективе
 28. Способность мотивировать и вдохновлять сотрудников
 29. Культурная компетентность (работа в разнородной среде)
 30. Ответственность за принятые решения

4. Какие качества лидера, на ваш взгляд, часто недооцениваются в современных руководителях здравоохранения?

Оцените важность следующих качеств по шкале от 1 до 5, где:

1 - Совершенно не важно

2 - Не важно

3 - Нейтрально

4 - Важно

5 - Крайне важно

11. Разумные личные ценности

12. Четкие личные цели

13. Упор на постоянный личный рост

14. Навык решать проблемы

15. Изобретательность и способность к инновациям

16. Высокая способность влиять на окружающих

17. Знание современных управленческих подходов

18. Способность руководить

19. Умение обучать и развивать подчиненных

20. Способность формировать и развивать эффективные рабочие

группы

Раздел 3: Эмоциональный интеллект

5. Оцените важность следующих аспектов эмоционального интеллекта для лидера в здравоохранении по шкале от 1 до 5, где:

1 - Совершенно не важно

2 - Не важно

3 - Нейтрально

4 - Важно

5 - Крайне важно

10. Способность распознавать и понимать свои эмоции

11. Способность управлять своими эмоциями и стрессом

12. Способность распознавать эмоции других людей

13. Способность влиять на эмоции других людей

14. Навык мотивировать команду, опираясь на эмоциональные потребности сотрудников
15. Умение разрешать конфликты, учитывая эмоциональные потребности сторон
16. Умение выстраивать доверительные отношения с коллективом и с руководством
17. Способность сохранять эмоциональный баланс при принятии сложных решений
18. Осознание влияния собственных эмоций на рабочую атмосферу

6. Какие аспекты эмоционального интеллекта, на ваш взгляд, чаще всего игнорируются в подготовке руководителей здравоохранения?

Оцените важность следующих аспектов по шкале от 1 до 5, где:

1 - Совершенно не важно

2 - Не важно

3 - Нейтрально

4 - Важно

5 - Крайне важно

1. Эмоциональное самосознание
2. Эмпатия
3. Организационная осведомленность
4. Эмоциональный самоконтроль
5. Способность к адаптации
6. Достижения
7. Позитивный взгляд
8. Вдохновляющее лидерство
9. Влияние
10. Управление конфликтами
11. Командная работа и сотрудничество

7. Как вы считаете, насколько важно для лидера в здравоохранении развивать эмоциональный интеллект?

- 6. Крайне важно
- 7. Важно
- 8. Нейтрально
- 9. Не очень важно
- 10. Совсем не важно

8. Как вы думаете, какие методы или тренинги могут помочь развить эмоциональный интеллект у лидеров в здравоохранении? (выберите несколько)

- 7. Тренинги по управлению стрессом
- 8. Тренинги по развитию навыков общения
- 9. Деловые игры
- 10. Коучинг и наставничество
- 11. Лучшие практики
- 12. Другое (укажите)

Раздел 4. Открытые вопросы

1. Что бы вы добавили в список ключевых характеристик руководителя здравоохранения?

Ответ:

2. Как, по вашему мнению, сформировать лидерские качества у руководителя здравоохранения?

Ответ:

Раздел 5. Заключение

Спасибо за ваш вклад!

- Ваши ответы будут использованы для создания программ, которые помогут будущим лидерам стать лучше.

- Хотите получить краткий итоговый отчет? Оставьте email: _____ (необязательно).

Вместе мы создаём новое поколение лидеров здравоохранения!

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

АНКЕТА ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ КАРЬЕРНОГО ПОРТАЛА СТГМУ

Уважаемый пользователь!

Просим Вас принять участие в опросе, направленном на оценку удобства и эффективности работы карьерного портала СтГМУ. Ваше мнение поможет улучшить функциональность платформы и повысить качество взаимодействия между соискателями и работодателями.

Отметьте наиболее подходящий вариант ответа.

Шкала оценки:

1 - очень неудобно / очень плохо

10 - очень удобно / отлично

1. Общая оценка платформы

Насколько удобно в целом пользоваться карьерным порталом?

Оцените по шкале от 1 до 10.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

2. Поиск вакансий

Насколько быстро Вам удастся находить подходящие вакансии на портале?

Оцените по шкале от 1 до 10.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

3. Информативность вакансий

Насколько понятно и информативно представлено описание вакансий?

Оцените по шкале от 1 до 10.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

4. Размещение резюме

Насколько удобно размещать или редактировать свое резюме на портале?

Оцените по шкале от 1 до 10.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

5. Взаимодействие с работодателями

Насколько удобно взаимодействовать с работодателями через портал?

(отклики на вакансии, переписка, получение обратной связи)

Оцените по шкале от 1 до 10.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8

- ☐ 9
- ☐ 10

6. Общая удовлетворенность коммуникацией

Насколько удобно Вам получать информацию и обратную связь от работодателей через портал?

Оцените по шкале от 1 до 10.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

7. Дополнительные предложения

Какие улучшения Вы бы предложили для развития карьерного портала?

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в практическую деятельность Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ КБР)

КЪЭБЭРДЕЙ-БАЛЪКЪЭР
РЕСПУБЛИКЭМ УЗЫНШАГЪЭР
ХЪУМЭНЫМ И МИНИСТЕРСТВЭ

КЪАБАРТЫ-МАЛКЪАР
РЕСПУБЛИКАНЫ САУЛУКЪ
САКЪЛАУ МИНИСТЕРСТВОСУ

ул. А.Кешокова, 100, г. Нальчик, КБР, 360008
тел. +7(8662)40-70-37; факс +7(8662)40-70-37; e-mail: minzdrav@kbr.ru

от 22.04.2016 № 23-1-01-14/3662

АКТ О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЖАРОВА ВИКТОРА НИКОЛАЕВИЧА «УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»

Настоящим актом подтверждаем, что Министерством здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики внедрена в практическую деятельность цифровая экосистема - Карьерный портал для медицинских работников.

Карьерный портал используется для мониторинга кадровой обеспеченности подведомственной сети в режиме реального времени, анализа мер социальной поддержки в отдельных административных территориях и формирования точных прогнозов потребности в специалистах.

Внедрение в работу Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики данного цифрового инструмента позволило повысить эффективность управления кадровыми ресурсами в регионе.

И.о. министра

М.А. Кармов

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в практическую деятельность Министерства здравоохранения Ставропольского края



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ставропольского края

Маршала Жукова ул., 42/311, г. Ставрополь, 355000
Тел (8652) 26-70-15, факс (8652) 26-75-60
E-mail: mfo@mz26.ru, сайт: www.mz26.ru
ОКПО 00087700, ОГРН 1022601995712
ИНН 2633005994

22.04.2020 № 5336-18
На № _____ от _____

Акт внедрения

Настоящим подтверждаем, что результаты докторской диссертации заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом дополнительного профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Мажарова Виктора Николаевича на тему: «Управление кадровой политикой здравоохранения субъекта Российской Федерации на основе современных информационных технологий», обладают актуальностью, представляют практический интерес и используются в практике работы Министерства здравоохранения Ставропольского края в рамках реализации мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита врачебных кадров в Ставропольском крае.

В диссертационном исследовании В.Н. Мажарова проведен глубокий анализ кадровой обеспеченности здравоохранения Ставропольского края, выявлены основные причины дефицита медицинских кадров, что легло в основу региональной стратегии привлечения и закрепления медицинских работников в отрасли, в том числе с использованием Карьерного портала, разработанного ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России. Механизм проактивного кадрового планирования позволяет формировать долгосрочный кадровый резерв, а аналитический модуль с геоаналитикой предоставляет удобный инструмент для мониторинга дефицита в реальном времени. Использование указанных результатов позволяет повысить эффективность программных мероприятий по привлечению специалистов в отрасль здравоохранения.

И.о.министра первый заместитель мини



Д.В. Штанев

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института общественного здоровья им. Н.П. Григоренко ФГБОУ ВО ВолгГМУ



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

400066, Российская Федерация,
Волгоградская область, Волгоград,
площадь Павших Борцов, зд. 1

+7(8442)38-50-05
post@volgmed.ru

ИНН 3444048472
КПП 344401001
ОКТМО 18701000

«___» _____ 20__ г. № _____

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной деятельности
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава
России


Д.А.Бабков
2026 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Настоящим актом подтверждаем, что материалы диссертационного исследования Мажарова Виктора Николаевича «Управление кадровой политикой здравоохранения субъекта Российской Федерации на основе современных информационных технологий» внедрены в учебный процесс на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Института общественного здоровья им.Н.П.Григоренко ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России и используются при преподавании дисциплин, формирующих организационно-управленческие компетенции обучающихся по специальностям 31.05.01. Лечебное дело, 31.05.02. Педиатрия, 31.05.03. Стоматология, 32.05.01. Медико-профилактическое дело, направлению подготовки 32.04.01. Общественное здравоохранение, научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Заведующий кафедрой _____

(подпись)

В.Л.Аджиенко

(ФИО)

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

**Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в учебный
процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России**



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
350063, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, 4 тел. (861) 268-36-84 факс: (861) 268-15-95 e-mail: corpus@ksma.ru
ИНН 2309023448 КПП 230901001

№ _____ от " _____ " _____ 20__ г. ил № _____ от " _____ " _____ 20__ г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Кубанский
государственный медицинский
университет» Министерства
Здравоохранения Российской Федерации



С.Н. Алексеенко

2026 г.

АКТ

о внедрении результатов диссертации в учебный процесс

Основные научные положения, выводы и рекомендации диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Мажарова Виктора Николаевича «Управление кадровой политикой здравоохранения субъекта Российской Федерации на основе современных информационных технологий» используются в образовательном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения №1 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения №1
доцент
доктор медицинских наук

Р.А. Мурашко

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Акт о внедрении результатов диссертационного исследования при реализации образовательной программы на кафедре менеджмента и экономики Пятигорского государственного медицинского института



ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
– ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

357532, Россия, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Калинина, 11
ОГРН 1023403441380 ОКПО 01962942 ИНН/КПП 3444048472/263243001
тел. (8793) 32-44-74, 32-92-66, факс 32-92-67

УТВЕРЖДАЮ

Директор Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Ахвердова Ольга

«22» *августа* 2026 г.

АКТ

о внедрении результатов диссертационного исследования

Настоящим актом подтверждаем, что основные научные положения, выводы и предложения, сформулированные в докторской диссертации Мажарова Виктора Николаевича «Управление кадровой политикой здравоохранения субъекта Российской Федерации на основе современных информационных технологий», применяются при реализации образовательных программ на кафедре менеджмента и экономики Пятигорского государственного медицинского института – филиала ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой
менеджмента и экономики
ПМФИ

(подпись)

Сергеева Е.А.
(ФИО)

ПРИЛОЖЕНИЕ Н

Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

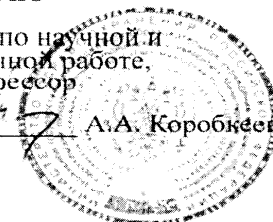
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России)

Мира ул., д. 310, г. Ставрополь, 355017
Тел. (8652) 35-23-31, факс (8652) 35-49-92
E-mail: postmaster@stgmu.ru
<http://www.stgmu.ru>

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной и
инновационной работе,
д.м.н., профессор

А.А. Коробков



на 26.04.2026 № _____
от _____

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Комиссия в составе заведующей учебной частью кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом дополнительного профессионального образования к.м.н., доцента Максименко Л.Л., доцента кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н., доцента Зафириной В.Б., заведующей кафедрой информационных и цифровых технологий к.м.н., доцента Хрипуновой А.А., удостоверяет, что основные научные положения докторской диссертации Мажарова Виктора Николаевича «Управление кадровой политикой здравоохранения субъекта Российской Федерации на основе современных информационных технологий», используются в учебном процессе при преподавании дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», «Управление проектами» для студентов специалитета, а также дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение», «Организационно-управленческая деятельность врача» для обучающихся по программам ординатуры ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России.

Доцент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения с курсом ДПО
к.м.н., доцент

 Л.Л. Максименко

Доцент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения с курсом ДПО
к.м.н., доцент

 В.Б. Зафиринова

Заведующая кафедрой информационных
и цифровых технологий, к.м.н., доцент

 А.А. Хрипунова