министерство экономики республики татарстан

АкадемиЯ наук Республики Татарстан

Центр перспективных экономических исследований

Казанский (приволжский) федеральный университет

**Хайруллина Ю. Р., Зайнагутдинов А.М., Гилязова Г. А.**

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ: ПРИОРИТЕТЫ, МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, ФОРМИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Монография**

Казань 2018

**УДК 316.443**

**ББК 60.54**

**Х15**

*Печатается по рекомендации*

*Ученого совета Центра перспективных экономических исследований*

*Академии наук Республики Татарстан*

Научный руководитель:

доктор экономических наук, профессор, академик АН РТ

**Марат Рашитович Сафиуллин**

Научный редактор:

доктор социологических наук, профессор

**Рияз Гатауллович Минзарипов**

Рецензент:

доктор социологических наук, профессор

**Тузиков Андрей Римович**

|  |  |
| --- | --- |
| Х15 | **Хайруллина Ю. Р., Зайнагутдинов А.М., Гилязова Г. А.** Развитие системы здравоохранения и качества жизни населения в Республике Татарстан в современных социально- экономических условиях: приоритеты, мнение населения, формирование человеческого капитала медицинских работников. Монография/Хайруллина Ю. Р., Зайнагутдинов А.М., Гилязова Г. А. –Казань.: , 2018. - 153 с. |

В монографии анализируется законодательная и нормативная база реформирования здравоохранения на федеральном, региональном уровне, с авторских позиций выявляются противоречия и проблемы функционирования института отечественного здравоохранения, представлен инновационный зарубежный опыт.

В работе рассматривается социальный статус, положение медицинских работников в социальной структуре российского общества, качество жизни, региональная специфика. Опираясь на результаты авторских конкретно-социологических исследований, систематизированы типы трудового поведения и особенности мотивации труда их отдельных социально- квалификационных групп; определены приоритетные направления совершенствования человеческого капитала медицинских работников региона.

Монография предназначена для ученых, исследователей, преподавателей, аспирантов и студентов , работников государственных и административных структур, широкого круга читателей, всех тех, кого интересует теория и практика отечественных реформ.

При использовании материалов книги ссылка на источник обязательна

© Хайруллина Ю. Р., Зайнагутдинов А.М., Гилязова Г. А., 2018

© Министерство экономики Республики Татарстан, 2018

© Академия Наук Республики Татарстан, 2018

© ГБУ «Центр перспективных экономических исследований

Академии Наук Республики Татарстан», 2018

© Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, 2018

# 

# Содержание

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание…………………………………………………………………… | 3 |
| ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………… | 4 |
| Раздел 1. Реформирование отечественной системы здравоохранения: тренды, приоритеты, мнения, оценки……………………………………….. | 12 |
| Раздел 2. Человеческий капитал медицинских работников: сущность, особенности, направления совершенствования в Республике Татарстан (на материалах конкретно-социологических исследований)……………… | 79 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………. | 129 |
| Список литературы…………………………………………………………… | 131 |
| Приложение…………………………………………………………………… | 140 |

#### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью теоретического и эмпирического осмысления социально-экономических процессов, протекающих в обществе, обладающем высоким экономическим и научно- техническим потенциалом, особенно в сфере здравоохранения. В условиях противоречивого становления рыночной экономики данная отрасль народного хозяйства может, как способствовать, так и мешать ее развитию посредством позитивного или негативного воздействия на здоровье нации.

В нашей стране к началу радикальных социально- экономических перемен был накоплен серьезный научно- технический, квалификационный и образовательный потенциал. Но отсутствие дальнейшего поступательного развития человеческого капитала, стагнация его видов и резервов совершенствования могут помешать прогрессу российской экономики, замедлить социальное и культурное развитие общества.

Последние десятилетия в мире активно формируется постиндустриальная экономика, основанная на знаниях, инновациях, применении наукоемких технологий и новых материалов, расширении профессиональной мобильности, выдвигая на передовые позиции роль человеческого капитала. В то же время в России с 1990-х гг. происходит постоянное снижение качества человеческого капитала, а государство не занимает ведущую роль в его воспроизводстве. Особенно существенные потери понесли медицина, наука, высокотехнологичные отрасли промышленности.

Реформы последних лет в российской системе здравоохранения негативно отразились на социальном положении медицинских работников. На фоне общемировых тенденций усиления роли в производстве высококвалифицированного работника, в здравоохранении сложилась противоположная ситуация, когда начала происходить потеря уже накопленного высококачественного человеческого капитала. Кризисное положение системы здравоохранения привело к острому дефициту профессиональных кадров, связанному с их массовым оттоком в более высокооплачиваемые отрасли. Подвергается распаду и социальный капитал, отражающий характер отношений между работниками, способы и культуру их общения, развитость межличностных коммуникаций в рамках организации. Резко сократилась численность персонала, высококвалифицированные работники оказались в числе безработных.

В ходе социально-экономической и политической трансформации российского общества человеческий капитал здравоохранения претерпел значительные качественные изменения, в том числе на уровне региона. Проблема рационального использования и воспроизводства созданного ранее человеческого капитала высокотехнологичных медицинских учреждений остается актуальной уже продолжительное время. Нельзя допустить утрату человеческого капитала, поскольку составляющие его работники, обладая передовыми технологиями, высокой дисциплиной и инновационной восприимчивостью, должны играть стратегическую роль в обеспечении нового качества и темпов социально-экономического развития России, в поступательном укреплении ее экономики, социальной стабильности и безопасности. В сложной социально-экономической ситуации, в которой оказались высокотехнологичные российские предприятия и организации, приоритетной задачей государственного значения, как на федеральном, так и на уровне региона, является сохранение и приумножение их человеческого капитала, на благо самих работников и стратегического развития государства. Актуальность темы данного исследования определяется необходимостью выявления путей формирования и развития человеческого капитала системы здравоохранения в условиях реформируемой России.

Степень научной разработанности проблемысвязана с формированием социального запроса на качество человеческого капитала, выступающего решающим фактором отечественной модернизации. Поэтому, важное значение в рамках исследования имеют работы, анализирующие на теоретическом и эмпирическом уровне проблему реформирования здравоохранения (В.Ю. Бочаров, Ю.В. Васькина, Г.А. Гилязова, М.Н. Максимова, Р.В. Мунаев, В.П. Перфилов, К.Л. Полежаев, А.Д. Попов, Ю.Р. Хайруллина[[1]](#footnote-1)), а также исследования, выявляющие положение и социальные практики врачей в Республике Татарстан (Р.Р. Гарипова, А.В. Камашева, И.Б. Кузнецова- Моренко, Т.С. Мишакин, Л.М. Мухарямова, Е.М. Разумовская, Г.Э Улумбекова, Ю.Р. Хайруллина, Р.Х. Ягудин[[2]](#footnote-2)).

Проблема человеческого капитала разработана в трудах отечественных и зарубежных ученых, представителей экономической теории и социологии. Основы теории человеческого капитала заложили Т. Шульц [[3]](#footnote-3)и Г. Беккер[[4]](#footnote-4), в работах которых было впервые обосновано то, что вложения в человека, его способности, знания и здоровье, которые ранее считались непроизводственной издержкой, выступают в качестве долгосрочной инвестиции, обладающей существенной отдачей. Методологически важным являются идеи о человеческом капитале, сформулированные в работах К. Маркса, Дж. Милля, У. Петти, А. Смита[[5]](#footnote-5), которые рассматривали способности и навыки человека как основной капитал, характеризующийся понятиями вложений и отдачи. Также интерес представляют работы отечественных и зарубежных ученых о содержании человеческого капитала как основы общественного воспроизводства, о человеке как факторе социально- экономического развития (Л. Вальрас, А.И. Добрынин, С.А. Дятлова, Т.И. Заславская, Ю.А. Корчагин, В.С. Магун, В.Г. Подмарков, Р.В. Рывкина, И. Фишер, Е.Д. Цыренова[[6]](#footnote-6)).

При теоретическом осмыслении сущности человеческого капитала, его соотношения с социальным и культурным капиталом, авторы опирались на положения классических трудов (П. Бурдье, Дж. Коулмен, М.Шифф[[7]](#footnote-7)), при систематизации видов и структуры человеческого капитала на работы современных исследователей (А.В. Бовенберг, Н.А. Бураншина, Ю.Г. Быченко, М.Н. Гольцева, В.С. Ефимов, Н.Л. Иванова, Н.Римашевская Б.В. Смирнов, А.В. Ткаченко[[8]](#footnote-8)) касающиеся человеческого капитала на социетальном уровне, уровне социальных организаций, социальных слоев, личности.

В рамках изучаемой проблемы важное место занимают классические и современные работы, анализирующие критерии социальной дифференциации, социальную стратификацию как социальное явление (М. Вебер, Э. Гидденс, К. Дэвис, К. Маркс, У. Мур, Э.О. Райт, П. Сорокин, Б.Шеффер[[9]](#footnote-9)), а также исследования, рассматривающие социальную структуру современного российского общества (В.А. Аникин, Т.И. Заславская, В.В. Радаев, М.Н. Руткевич, Н.Е. Тихонова, Ж.Т. Тощенко[[10]](#footnote-10)).

Концептуально продуктивными для данной работы являются первые социологические идеи о профессиональных группах, сформулированные в классических работах М. Вебера, Э. Дюркгейма, Т. Парсонса[[11]](#footnote-11). Причем, именно у Т. Парсонса врачи выступают представителями идеального типа профессии, у которых он анализирует ценности и мотивацию труда.

Особый интерес в рамках исследования вызывают работы, касающиеся социального статуса, положения медицинских работников в социальной структуре российского общества (Д.Н. Александрова, Е.Г. Бастракова, В.А. Мансуров, А.В. Решетников, М.Д. Розенбаум, Т.В. Силкина, Н.С. Тимченко, И.И. Фролова[[12]](#footnote-12)). Проблемы профессионального становления личности медицинских работников среднего звена изучаются в работах Е.Г. Бастраковой, А.Б. Виноградова, В.В. Ярцева[[13]](#footnote-13), вопросы здоровья медицинских работников в работах И.М. Кайдалова, Ю. Б. Корнеева, В.В. Косарева, Г.Ш. Нугаевой[[14]](#footnote-14).

Важное место в рамках темы исследования занимают работы, которые посвящены проблеме трудовой активности работников, особенностям трудового поведения врачей и медицинских сестер в современных условиях (Т.В. Бутенко, В.И. Герчиков, Н.В. Зильберберг, В.Н. Кунгуров, М.А Нугаев, Н.Ф. Прохоренко, Т.А. Саблина А.Л. Темницкий, В.Е. Томашкевич, А.Е. Чирикова, С.В. Шишкин[[15]](#footnote-15)).

Эмпирическую базу исследованиясоставляют статистические данные Росстата (Госкомстат), Татарстанского отделения статистики (Татстат) за 2006 -2016гг., материалы годовых статистических отчетов лечебно- профилактических учреждений г. Казани (2006-2016 гг.); нормативно- правовые акты Российской Федерации и Республики Татарстан, регламентирующие деятельность в сфере здравоохранения; медико- социальные программы федерального и республиканского уровня, реализующие приоритеты Национального проекта «Здоровье»[[16]](#footnote-16).

Процедура прикладного исследования разработана с учетом подходов социологических исследований, присутствующих в работах Д.Н. Александровой, И.И. Фроловой, Р.Х. Ягудина[[17]](#footnote-17).

Положения и выводы работы базируются на результатах авторского эмпирического исследования медицинских работников как особой социально- экономической группы под руководством проф. Хайруллиной Ю.Р., которое было проведено Центром перспективных экономических исследований Академии Наук Республики Татарстан в рамках изучения качества жизни населения региона[[18]](#footnote-18).

В работе используются данные вторичного анализа результатов исследований: Р.Х. Ягудин «Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективности»; Д.Н. Александрова «Медицинские работники в социальной структуре российского общества в условиях его перехода к рыночным отношениям (на материалах Республики Бурятия)».

Теоретическая и практическая значимость исследования обусловлена объективной необходимостью выявлений противоречий и проблем отечественной реформы здравоохранения. Сформулированные выводы и результаты могут быть использованы организаторами здравоохранения регионального и муниципального уровня, руководителями лечебно- профилактических учреждений для улучшения условий и организации труда, рационализации функциональных обязанностей и создания эффективной системы повышения квалификации, обмена передовым опытом и самообразования всех социально- квалификационных групп медицинских работников. Представленные эффективные мотивационные стратегии и инновационные модели поведения медицинских работников могут быть использованы для наращивания трудового и интеллектуально- образовательного капитала медицинских работников республики.

Теоретические и прикладные положения и выводы работы применимы для преподавания базовых и специальных социологических дисциплин «Основы социологии», «Экономическая социология и социология труда», «Социология медицины».

#### РАЗДЕЛ 1. РЕФОРМИРОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТРЕНДЫ, ПРИОРИТЕТЫ, МНЕНИЯ, ОЦЕНКИ.

Здравоохранение - это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения. Это система отношений общества и социально-экономическая инфраструктура учреждений и организаций (политических, экономических, общественных, государственных, частных, религиозных, медицинских), имеющих своей целью осуществление мер по охране здоровья населения.[[19]](#footnote-19)

Функционирование здравоохранения основывается и определяется системой специфических социальных норм и предписаний, регулирующих соответствующие типы поведения и особые отношения, дифференцируемые по их субъектам: врач – пациент; врач – врач; врач – семья и т.д.

Здравоохранение характеризуется возможностью интеграции в различные сферы общества. Это объясняется тем, что многие социальные институты общества имеют свою функциональную определенность по обеспечению здоровья людей (государство, семья, образование, институт социальной защиты, экономические институты и др.); [[20]](#footnote-20)

Для здравоохранения характерно следующее:

- наличие профессионально подготовленных специалистов, имеющих преимущественно медицинское образование;

- формирование собственной системы ценностей (здоровье как социальная ценность, право на охрану здоровья, эффективность и качество медицинской помощи, медицинские и этические ценности);

- целью здравоохранения выступает охрана и укрепление общественного здоровья.

Исследователь М.Н. Максимова полагает, что накопленный опыт функционирования российской системы здравоохранения в условиях ее реформирования выявил ряд существенных проблем, требующих своего решения и законодательного оформления. На фоне ухудшающейся медико-демографической ситуации отечественная система оказания медицинской помощи продолжает функционировать с низкой эффективностью. Сохраняется дефицит средств системы обязательного медицинского страхования, существуют серьезные различия по территориям в общей величине страховых средств, обусловленные неодинаковыми социально-экономическими условиями в регионах, снижается качество и доступность медицинской помощи. Все это предопределяет необходимость анализа и установления причин неэффективности существующей системы страхования и определения перспектив сохранения и дальнейшего развития системы здравоохранения[[21]](#footnote-21).

На Федеральном уровне одним из основополагающих актов в сфере охраны здоровья граждан является «Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"».В Указе прописаны дальнейшие пути совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни, а именно:

- обеспечение снижения смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований (в том числе от злокачественных), от туберкулеза, от дорожно-транспортных происшествий, снижение младенческой смертности, доведение объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90 процентов;

- разработка и утверждение комплекса мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

- разработка и утверждение «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации» на период до 2025 года;

- разработка и внесение в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального закона о защите здоровья населения от последствий потребления табака.

- обеспечение работы, направленной на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака;

- разработка «Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации» на период до 2025 года;

- утверждение плана мероприятий по реализации «Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения» на период до 2020 года;

- разработка комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами;

- завершение модернизации наркологической службы Российской Федерации[[22]](#footnote-22).

### С целью реализации Указа в октябре 2016 года был утверждён паспорт приоритетного проекта «Электронное здравоохранение»[[23]](#footnote-23). Ключевой целью проекта является повышение эффективности оказания медицинской помощи путём оптимизации работы медицинских организаций и внедрения электронных сервисов для пациентов и врачей. Сроки реализации проекта –2016 - 2025 годы (включительно).

В рамках реализации проекта запланирован переход на ведение медицинской документации в электронном виде, внедрение системы мониторинга времени ожидания записи на приём к врачу, а также реализация ключевых электронных сервисов в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг, включая доступ к электронной медицинской карте.

В результате реализации проекта медицинские организации первичного звена должны быть подключены к защищённой сети передачи данных и внедрить медицинские информационные системы для оказания электронных услуг, оснастить не менее 95% рабочих мест медицинских работников в медицинских организациях первичного звена компьютерным оборудованием, подключённым к медицинским информационным системам. Не менее 95% медицинских организаций должны быть подключены к системе мониторинга времени ожидания граждан на приём к врачу, и не менее 55% оказывать медицинскую помощь с применением технологий телемедицины.

Ожидается, что в 2017 году сервисами, доступными в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг, воспользуются не менее 6 млн человек, в 2019 году – 24 млн человек, а в 2025 году – 48 млн человек.

Среди доступных на портале сервисов будут, в том числе: «Запись к врачу», «Сведения об оказанной медицинской помощи из электронной медицинской карты», «Сведения об оказанных медицинских услугах и их стоимости», «Оформление полиса ОМС», «Оценка удовлетворённости качеством работы медицинских организаций», «Запись на плановые медицинские осмотры».

Следующим недавним актом, принятым в области здравоохранения является государственная программа, которая была разработана в соответствии с Правилами разработки, реализации и оценки эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 12 октября 2017 г. № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации»[[24]](#footnote-24). Сроками реализации Программы являются 2018 - 2025 годы.

В 2017 году в соответствии с решениями президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 22 марта 2017 г. (пункт 2 раздела I протокола № 3) Госпрограмма была отнесена к «пилотным» государственным программам Российской Федерации для перевода на механизмы проектного управления с 2018 года. Пилотная Госпрограмма реализуется по 9 направлениям (подпрограммам).

В пилотной Госпрограмме утвержден набор целей и их значения по годам реализации в соответствии с протоколом заседания Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 21 марта 2017 г. № 1, которым определены основные приоритеты в рамках основного направления стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение» на период до 2025 года.

Основными целями Госпрограммы стали:

- увеличить к 2025 году ожидаемую продолжительность жизни при рождении до 76,0 лет;

- снизить к 2025 году смертность населения в трудоспособном возрасте до 380 на 100 тыс. населения;

- снизить к 2025 году смертность от болезней системы кровообращения  до 500 на 100 тыс. населения;

- снизить к 2025 году смертность от новообразований (в том числе злокачественных) до 185 на 100 тыс. населения;

- повысить  к 2025 году удовлетворенность населения качеством медицинской помощи до 54 %.

В Госпрограмму включено семь приоритетных проектов:

- приоритетный проект «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации;

- приоритетный проект «Внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя для защиты населения от фальсифицированных лекарственных препаратов и оперативного выведения из оборота контрафактных и недоброкачественных препаратов»;

- приоритетный проект «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий»;

- приоритетный проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации»;

- приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни («Укрепление общественного здоровья»)»;

- приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»;

- приоритетный проект «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами («Новые кадры современного здравоохранения»)».

Кроме того, в Госпрограмму включено три ведомственных проекта:

- ведомственный проект «Развитие въездного медицинского туризма на территории Российской Федерации («Развития экспорта медицинских услуг»)»;

- ведомственный проект «Развитие федеральных государственных лабораторных комплексов по контролю качества лекарственных средств Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения»;

- ведомственный проект «Организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного и межведомственного взаимодействия («Территория заботы»)».

В состав пилотной Госпрограммы в виде приложений включены Правила распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и сводная информация по опережающему развитию приоритетных территорий Российской Федерации.

Приоритетный национальный проект «Здравоохранение» доработан и 1 октября 2018 года начнётся его реализация. Такого масштабного проекта в России не было с 2011 года, когда завершился пятилетний нацпроект «Здоровье».

Главная задача, которая стоит перед новым национальным проектом, состоящим из восьми федеральных проектов, – исполнить те цели, которые были сформулированы Президентом России в Указе от 7 мая 2018 года №204. Это снижение смертности трудоспособного населения от двух основных причин – сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также снижение младенческой смертности. Кроме того, это повышение качества и доступности медицинской помощи и в целом качества жизни людей, поскольку от здравоохранения оно зависит напрямую.

На реализацию нового национального проекта «Здравоохранение» планируется выделить порядка 3,5 трлн. рублей.

Федеральный проект посвящён улучшению доступности, качества и комфортности первичной медико-санитарной помощи. Для этого запланировано завершение формирования сети медицинских организаций в первичном звене, включая труднодоступные районы страны и сельскую местность. До 2021 г. запланировано строительство более 360 новых объектов сельского здравоохранения – ФАПы, врачебные сельские амбулатории, – обновление более 1,2 тыс. объектов и закупка мобильных медицинских комплексов для населённых пунктов, где проживают менее 100 человек. В населённых пунктах с численностью жителей более 100 человек первичная медицинская помощь должна быть в шаговой доступности, то есть не более 6 км от места нахождения человека – это примерно час пешком или 15 минут на общественном транспорте[[25]](#footnote-25).

Важно, чтобы при этом более чем в два раза увеличился охват населения профилактическими осмотрами. Задача, поставленная Президентом, – чтобы каждый россиянин мог раз в год пройти профилактический осмотр. Это очень серьёзная задача.

Следующий момент – внедрение так называемых бережливых технологий, то есть создание комфортной среды в поликлиниках – и детских, и взрослых. Более 7 тыс. поликлиник и поликлинических отделений до 2024 г. войдут в проект. Комфортная среда подразумевает под собой удобно работающую регистратуру, отсутствие очередей при записи на приём и у кабинетов врача, беспроблемное прохождение диспансеризации, разделение потоков здоровых и больных пациентов и т.д. – это все было отработано в пилотном режиме в первых 300 объектах по проекту «Бережливая поликлиника». Кроме того, будет завершена региональная централизация диспетчерской службы скорой медицинской помощи, что очень важно для правильной маршрутизации пациентов, если случается острое состояние или заболевание. Должно произойти наращивание объёмов санитарной авиации – это очень важно для удалённых труднодоступных районов страны.

Проект сопряжён с проектом по улучшению кадровой ситуации в российском здравоохранении, поэтому отдельный блок в нём посвящён доукомплектованию врачебных должностей, должностей среднего медицинского персонала в первичном звене. Целевой показатель установлен – достичь 95% укомплектования. Это очень высокий показатель и по врачам (ликвидация дефицита более 22 тыс. врачей), и по среднему медицинскому персоналу.

Федеральный проект далее посвящён снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и повышению качества и доступности помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, начиная от профилактики, включая популяционную, развитие здорового образа жизни и индивидуальную профилактику. Безусловно, эти программы также тесно связаны с первой задачей – с прохождением профосмотров, диспансеризацией и коррекцией выявляемых факторов риска. В этом направлении министерство ставит перед собой задачу – внедрить современные клинические рекомендации и протоколы лечения всех пациентов и переоснастить всю сеть первичных сосудистых отделений и региональных центров. Их сейчас 609. Параллельно ставится задача перевести часть первичных сосудистых отделений – около 30 – на уровень региональных сосудистых центров, дооснастив их дополнительно ангиографами. Это позволит примерно в два раза увеличить объём рентгеноэндоваскулярных вмешательств, стентирований, ангиопластик при остром коронарном синдроме, которые часто становятся жизнеспасающими операциями.

При переоснащении особое внимание будет уделено и оснащению ранней реабилитационной службы в рамках работы данных сосудистых подразделений. Планируется снизить смертность от болезней системы кровообращения с 587 до 450, то есть более чем на 130 тыс. Это значит, что в 2024 г. более чем на 200 тыс. сократится число смертей по сосудистым причинам. Это очень амбициозная задача. И решить её можно только комплексно – от профилактики до реабилитации[[26]](#footnote-26).

Далее – задача по борьбе с онкологическими заболеваниями. Она комплексная и сложная. Суть её заключается в том, что формируется тотальная настороженность к онкологическим заболеваниям в первичном звене, для чего специальному обучению подлежат не только все участковые врачи, но и узкие специалисты, работающие в амбулаторных учреждениях. Разработана специальная иллюстрированная программа, информационная, дистанционная, которая позволяет пройти первичное тестирование и после этого повысить уровень своей квалификации по усвоению этого материала. В настоящее время уже 80% участковых терапевтов прошли эту программу и получили соответствующий сертификат. Необходимо  
подключить к ней и участковых педиатров, узких специалистов и врачей общей практики, семейных врачей. Второй момент – это формирование амбулаторных онкологических служб на межрайонном, межмуниципальном уровне. Третий момент – это переоснащение более 100 региональных учреждений, оказывающих помощь онкологическим больным. Соответственно, произойдёт повышение уровня, дальнейшее развитие федеральных онкологических центров с формированием сети протонных центров – наиболее инновационной части ядерной медицины. Параллельно идет создание сети референс-центров для второго экспертного мнения по таким самым сложным диагностическим методам, как морфология, иммуногистохимия, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Планируется создать 18 таких центров.

Отдельная часть программы – это не просто устранение дефицита кадров в онкологической службе, а создание новой генерации кадров, включая не только медицинские кадры, но и инженерный персонал. Эта подготовка будет осуществляться в сотрудничестве с Министерством науки и высшего образования РФ. Совместно будут формироваться кластеры по подготовке радиохимиков, медицинских физиков, радиофизиков – тех специалистов, без которых не может развиваться радиология.

Четвёртое направление – совершенствование медицинской помощи детям, в том числе развитие детской инфраструктуры. Оно включает развитие профилактического движения и внедрение новых профилактических технологий. Исполнение поручения Президента по модернизации детских поликлиник и поликлинических отделов детских  
стационаров – это 3,8 тыс. объектов. Кроме того, это строительство и реконструкция корпусов детских стационаров. В настоящее время Минздрав РФ совместно с субъектами РФ по отработанным критериям определяют перечень необходимых к строительству объектов. Подобное направление должно позволить не просто снизить младенческую смертность до лучших мировых показателей (до 4,5 на 1000 родившихся живыми), но параллельно снизить детскую смертность. И улучшить в целом состояние здоровья детского населения[[27]](#footnote-27).

Пятое направление посвящено кадровой политике в здравоохранении. Прежде всего, должен быть устранён дефицит кадров в первичном звене. Следующей стоит задача по развитию цифровой медицины. К 2022 г. в каждом из 85 регионов должна быть создана полноценная информационная система, соответствующая жёстким единым критериям, с подключением всех медицинских организаций к региональной информационной системе. Для этого внедряются единые централизованные серверы, цифровой архив изображений, лабораторных исследований, централизованные региональные диспетчерские скорой помощи, причём не только автодорожной, но и санитарно-авиационной – то есть те системы, которые позволяют обеспечивать преемственность оказания медицинской помощи и мониторировать её качество, маршрутизацию пациентов и т.д. Предусмотрено уже до конца 2018 года завершить формирование вертикально интегрированной телемедицины – между ведущими национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям, за которые они отвечают, и региональными организациями третьего уровня. В течение ближайшего периода времени будет обеспечено под методологическим руководством национальных медицинских центров внедрение современных технологий, клинических рекомендаций, протоколов лечения во всех 750 региональных организациях третьего уровня.

Развивать вторую опцию телемедицины – «врач – пациент» – также планируется поэтапно, начиная с 2019 г.

Существует и проект по развитию экспорта медицинских услуг. Он поднимает имидж российской медицины, привлекает дополнительные ресурсы для развития клиник. За последние два года возросло число иностранных пациентов в больницах России – с 20 тыс. до более 110 тыс. Это направление позволило в 2017 году лечебным учреждениям заработать около 250 млн долл. Задача, поставленная Президентом, – увеличить объём поступлений в четыре раза, до миллиарда долларов в год. Для этого будет разрабатываться специальная коммуникационная кампания.

В настоящее время все данные проекты покрыты финансово, и это тот случай, когда у Минздрава России практически нет разногласий с финансово-экономическим блоком. Общая сумма средств, которые потребуются для реализации вышеназванных направлений превышает 1,3 трлн руб.

Безусловно, сложность реализации этого проекта связана с тем, что основные полномочия по реализации оказания медицинской помощи отданы субъектам РФ. Основная задача – построить управление нацпроектом таким образом, чтобы не было искажений при его реализации в регионах. Для этого планируется на основе в целом одобренного национального проекта создать 85 региональных проектов. Они будут индивидуализированы по конкретным потребностям конкретного региона, в них будут понятны все показатели, выстроенные по годам. Минздрав России будет не только контролировать, но и очень активно помогать регионам, для того чтобы добиться поставленных целей. Если это всё будет осуществлено так, как запланировано, российская медицина перейдёт на другой качественный уровень[[28]](#footnote-28).

Разработка республиканской программы отвечает положениям Федерального Закона. Федеральный Закон ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны граждан в Российской Федерации». Он определяет, что «Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации. Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья, в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации».

Деятельность органов и учреждений здравоохранения Республики  
Татарстан с 2007 года осуществлялась в соответствии с Посланием Президента Республики Татарстан Государственному Совету Республики Татарстан и Посланием Президента Российской Федерации Федеральному собранию на 2007 год, Программой социально-экономического развития Республики Татарстан на 2005-2010 годы и была направлена на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье», пилотного проекта повышения качества услуг в здравоохранении. Основными задачами проекта были:

- обеспечить и утвердить план полного поэтапного обеспечения жителей Республики Татарстан высокотехнологичной медицинской помощью до 2010 года;  
- обеспечить и утвердить план ежегодного роста не менее чем на 20% выполнения федерального заказа на высокие медицинские технологии;  
- организовать тиражирование высокотехнологичных видов медицинской помощи по сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и нейрохирургии, онкологии;  
- обеспечить 3-х сменный режим работы высокотехнологичного медицинского оборудования;

- организовать деятельность диспетчерского центра;

-обеспечить оказание скорой медицинской помощи на уровне 310 вызовов на 1000 населения;

- обеспечить охват населения Республики Татарстан флюорографическими осмотрами на уровне 98%;

- обеспечить достижение индикативных показателей качества жизни населения и эффективности деятельности муниципальных учреждений здравоохранения на 2008г. (в соответствии с приложением к Соглашению по реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан между Министерством здравоохранения Республики Татарстан и главами муниципальных образований);

- с целью упразднения очередей в амбулаторно-поликлинических учреждениях провести анализ эффективности их деятельности, принять меры по полному переходу оказания первичной медико-санитарной помощи на общеврачебную практику[[29]](#footnote-29).

В 2010 году приняты Государственным Советом Республики Татарстан законы:  
- о внесении изменений в Закон Республики Татарстан «О профилактике наркомании и токсикомании»,

- о внесении изменений в Закон Республики Татарстан «Об охране здоровья граждан»[[30]](#footnote-30), Во исполнение Законов Правительством Республики Татарстан принято 25 постановлений и 10 распоряжений; прошли государственную регистрацию 10 ведомственных нормативных правовых актов Минздрава Республики Татарстан; от имени Минздрава Республики Татарстан заключены 10 соглашений других актов публично – правового характера.

Утвержден Административный регламент Министерства здравоохранения Республики Татарстан по осуществлению государственного контроля за деятельностью юридических лиц независимо от организационно – правовой формы и формы собственности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров.

В 2010 году в очень сложных экономических условиях Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации ставило перед собой задачу не только не сократить, но даже увеличить социальные гарантии гражданам России. В ноябре 2010 года был принят принципиальный закон об обязательном медицинском страховании[[31]](#footnote-31), в соответствии с которым все субъекты Российской Федерации должны разработать региональные программы модернизации здравоохранения. Это необходимо было сделать до 1 апреля 2011 года. Программы модернизации предусматривают укрепление материально-технической базы медучреждений, внедрение современных информационных систем, в том числе для перехода на страховые полисы единого образца, а также внедрение стандартов медпомощи. То есть все то, что должно позволить вывести наше отечественное здравоохранение на качественно новый уровень.

Основной итог, на который рассчитывает руководство профильного министерства по итогам завершения региональных программ – это улучшение качества и доступности медицинской помощи и всех показателей, которые эти изменения характеризуют. Например, в рамках модернизации здравоохранения должны быть отремонтированы 3,9 тысячи лечебно-профилактических учреждений, построены 117 объектов, введены новые стандарты оказания медпомощи, внедряются в 3,5 тысяч медицинских учреждений. Еще один важный показатель – заработная плата медицинских работников, стоит задача обеспечить 30 % рост зарплат за два года в медицинских учреждениях, участвующих в модернизации.

Принят Закон Республики Татарстан «Об утверждении Программы  
социально-экономического развития Республики Татарстан на 2011 – 2015 годы»  
 Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10.03.2011 № 179 "Об утверждении программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы"[[32]](#footnote-32) (с последующими изменениями и дополнениями от 24.08.2011, 19.10.2011, 27.12.2011, 16.05.2012, 11.07.2012, 13.12.2012). В 2012 году на реализацию мероприятий программы поступили средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме 5 466,3 млн. рублей, в том числе:

- на укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения - 3 960,1 млн. рублей,

- на внедрение современных информационных систем в здравоохранение - 200,1 млн. рублей,

- на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами - 1 306,1 млн. рублей.

Средства, поступившие на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и на внедрение современных информационных систем в здравоохранение, в полном объеме перечислены на лицевой счет Министерства финансов Республики Татарстан. В страховые медицинские организации на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи перечислены средства в сумме 1 296,3 млн. рублей. Кабинет Министров РТ ежегодно утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи [[33]](#footnote-33).

Итак, Республика Татарстан стала одной из первых, которая разработала, представила, защитила и приступила к реализации своей программы модернизации здравоохранения[[34]](#footnote-34).

Основными задачами реализации программы стали:

1.Укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

2.Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

3.Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

В рамках программы модернизации здравоохранения в Республике Татарстан создаются современные приемные отделения. Работа таких приемных отделений особенно важна в то время суток, когда закрыты поликлиники. Такие приемные отделения будут работать во всех Центральных районных больницах, вошедших в список программы модернизации. Масштабные работы ведутся в Детской республиканской клинической больнице, Республиканской клинической больнице, где создаются большие приемные отделения. Также активная работа ведется и планируется к завершению к 2012 году в Городской клинической больнице №7 г. Казани, на базе которой будет создан мощный медицинский центр – Больница скорой медицинской помощи.

Второе приоритетное направление – информатизация регионального здравоохранения. Уже в конце 2010 года, когда большинство регионов даже не предоставило своих концепций по модернизации здравоохранения, в Татарстане запущены два крупных, системных проекта: информатизация онкологического кластера и внедрение системы «Электронная очередь». Например, в Нижнекамском муниципальном районе Республики Татарстан реализован первый этап «пилотного» проекта «Электронное здравоохранение» – программы комплексной информатизации системы здравоохранения в масштабах всего муниципального района.

Третье направление – внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Стандарт включает все виды расходов оказания медицинской помощи – самые современные, которые есть сегодня в мире. В течение двух лет будет внедрено 13 федеральных стандартов по наиболее часто встречающимся заболеваниям. На внедрение стандартов и на повышение тарифов амбулаторно-поликлинической помощи за два года будет направлено 1 млрд. 870 млн. рублей, из них 70 процентов поступит в учреждения здравоохранения на повышение заработной платы.

Основные мероприятия реализации региональной программы:

1.Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

1.1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения республики, а также со структурой заболеваемости и смертности.

1.2 Приведение материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

3.1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3.2. Диспансеризация детей подросткового возраста.

3.3. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.

3.4. Обеспечение потребности во врачах с учетом объемов медицинской помощи по Программе Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан.

3.5. Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Следует отметить, что сформированная за последние годы в Республике Татарстан модель здравоохранения существенно повысила эффективность работы и в федеральном рейтинге в сфере здравоохранения республика переместилась с 18 места на 7, возрос уровень удовлетворенности населения медицинской помощью. По данным Центра перспективных экономических исследований Академии наук Республики Татарстан этот показатель составил в 2009 г. 51,7 %, в 2010 г. – 58 % [[35]](#footnote-35).

На протяжении последних лет в Республике Татарстан реализуется политика, направленная на повышение уровня качества жизни населения путем предоставления качественной и доступной медицинской помощи, повышения эффективности финансирования системы здравоохранения с использованием различных целевых программ.

Начиная с 2008 года, в Республике Татарстан реализован принцип одноканального финансирования учреждений здравоохранения:

- через страховые медицинские организации осуществляется финансирование учреждений здравоохранения, участвующих в реализации Базовой программы обязательного медицинского страхования, по всем статьям расходов, за исключением расходов на капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений и приобретение оборудования для государственных учреждений здравоохранения;

- через Фонд обязательного медицинского страхования осуществляется финансирование государственных социально-значимых учреждений, фельдшерско-акушерских пунктов, станций (отделений) скорой медицинской помощи;

- за счет средств бюджета Республики Татарстан и муниципальных бюджетов осуществляется финансирование прочих учреждений здравоохранения, не включенных в Базовую программу обязательного медицинского страхования (ГАУЗ "Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы", центры медицинской профилактики, медицинские информационно-аналитические центры, расходы по централизованным мероприятиям и др.)[[36]](#footnote-36).

В 2010 г. осуществлен перевод финансирования ВМП через фонд обязательного медицинского страхования.

В результате перевода учреждений здравоохранения на одноканальное

финансирование соотношение расходов бюджетов и средств обязательного медицинского страхования (в том числе на осуществление преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования) в 2010 году составило 10,1 процента и 89,9 процента.

Финансовые потоки распределены следующим образом:

- через страховые медицинские организации – 70,8 процента;

- через Фонд обязательного медицинского страхования в рамках одноканального финансирования – 21,8 процента;

- через финансовые органы – 7,4 процента[[37]](#footnote-37).

В рамках перевода на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования муниципальные образования перечисляют средства, предусмотренные на финансирование учреждений здравоохранения, переводимых на одноканальное финансирование, в фонд обязательного медицинского страхования на основании решения Совета муниципального образования "О бюджете муниципального образования" на очередной финансовый год. Таким образом, передача средств на осуществление одноканального финансирования производится не за счет увеличения взносов за неработающее население, а путем передачи межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджету Фонда обязательного медицинского страхования из бюджета Республики Татарстан и муниципальных бюджетов. В результате в рамках Программы государственных гарантий на 2010 г. соотношение средств обязательного медицинского страхования и средств консолидированного бюджета, направленного на финансирование здравоохранения республики, составило 91/9.

Сумма средств, передаваемых на реализацию преимущественно одноканального финансирования в 2011 г., составляет 8874617,66 тыс. рублей, в 2012 году – 8913165,00 тыс. рублей.

Передача республикой финансовых ресурсов в виде страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения планируется с 2012 года.

В Республике Татарстан сформирована модель здравоохранения с одноканальной формой финансирования, которая опирается на общую врачебную практику, обеспечивает избирательность оказания медицинской помощи больному на этапах муниципальных, межмуниципальных, специализированных и высокотехнологичных медицинских центров, позволяет более эффективно расходовать финансовые средства. Оптимизация структуры отрасли осуществляется путем объединения маломощных больниц, поликлиник и создание многопрофильных медицинских центров, реорганизации участковых больниц во врачебные амбулатории с организацией службы общей врачебной практики и дневных стационаров, перевода врачебных амбулаторий в статус фельдшерско-акушерских пунктов.

В последние годы проведена реорганизация государственных специализированных медицинских учреждений (Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера, Республиканского наркологического диспансера, Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Республиканского клинического противотуберкулезного диспансера, Республиканской клинической психиатрической больницы, Республиканского клинического онкологического диспансера, Республиканской станции переливания крови, Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы) путем присоединения к ним районных диспансеров и центров в качестве филиалов. В результате число диспансеров сократилось с 32 до 9 единиц.

В результате оптимизации структуры здравоохранения число больничных учреждений сократилось со 159 единиц в 2005 г. до 87 единиц в 2010 г. Число городских больниц уменьшилось на 12 единиц, участковых больниц – на 5 единиц, самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений – со 165 до 61 единиц. В связи с малым количеством обслуживаемого сельского населения и аварийным состоянием зданий закрыты или объединены с учреждениями социальной сферы 39 фельдшерско-акушерских пунктов. При этом в районах республики построено 17 новых фельдшерско-акушерских пунктов.

С целью оценки эффективности реализации Программы модернизации

здравоохранения Республики Татарстан на 2011–2012 годы, необходимо проанализировать целевые показатели заложенные Программой и их фактическое исполнение.

Например, прогноз по младенческой смертности – 5,9 на 1000, родившихся живыми, по результатам за I полугодие 2011 года – 5,3 (в среднем по всей стране это показатель составляет 7 на 1000 родившихся живыми); на 2,2 % снизилась смертность от болезней системы кровообращения. В 2011 году коэффициент умерших уменьшился с 12,9 до 12,7 на 1000 человек населения по сравнению с 2010 годом (в таких регионах, как Республика Башкортостан, Чувашия, Марий Эл, Оренбургская область этот показатель наоборот увеличился)[[38]](#footnote-38).

Таким образом, становится очевидным тот факт, что система здравоохранения показывает существенную эффективность проводимых реформ благодаря принятым целевым программам. Программная эффективность прослеживается, начиная со значительной экономии материально-технических, финансовых, кадровых ресурсов и заканчивая самым главным, ради чего существуют социальная система и система здравоохранения – это качественная жизнь и здоровье наших граждан.

Модернизация здравоохранения Республики Татарстан позволит за счет повышения доступности и качества медицинской помощи сохранить жизни и улучшить здоровье граждан региона за счет увеличения численности работоспособного населения и повышения производительности труда – сделать дополнительный вклад во внутренний валовый продукт, что в целом положительно скажется на сохранении социальной и политической стабильности в регионе и стране.

По итогам 2016 года выросло количество обращений в системе «Народный контроль» в категории «Поликлиники и больницы», что является показателем необходимости совершенствования работы первичного звена здравоохранения, куда чаще всего обращаются жители республики. Как отметил Президент Татарстана в своем послании, конкурентным преимуществом государственного здравоохранения должны стать пациентоориентированность и высокое качество предоставляемых услуг[[39]](#footnote-39).

Для совершенствования системы здравоохранения РТ необходимы системные изменения, которые предусматривают:

- повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи

- повышение эффективности использования ресурсов

- повышение качества медицинской помощи, что приведет к повышению удовлетворенности пациентов.

В 2017 году Президентом Республики Татарстан Рустамом Нургалиевичем Миннихановым было принято решение о модернизации первичного звена здравоохранения, которое включает в себя следующие этапы:

- капитальный ремонт зданий поликлиник;

- оснащение медицинских организаций оборудованием и мебелью;

- внедрение проекта «Дружелюбная поликлиника – Татарстанский стандарт», который включает мероприятия, направленные на повышение качества, доступности и эффективности оказания медицинской помощи.

Распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 24.04.2017 №811-р представлен перечень зданий амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения Республики Татарстан, подлежащих капитальному ремонту, с приобретением оборудования, в том числе медицинского, мебели и инвентаря на 2017 и 2018 годы.

В 2017 году в 53 зданиях городского здравоохранения запланирован капитальный ремонт. Будут отремонтированы такие крупные поликлиники, как городская поликлиника №10, которая обслуживает 91 тыс. населения Ново-Савиновского района, городская поликлиника №20, к которой прикреплено 79 тыс. населения Советского района, 18 городская поликлиника, обслуживающая 70 тыс. населения Приволжского района и другие.

На капитальный ремонт зданий амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения Казани из бюджета РТ выделено 1 млрд 348,5 млн. руб., в эту сумму включена покупка мебели для медицинских организаций.

Из 53 объектов здравоохранения, в которых в этом году будет проведен капремонт, 14 расположено в Московском и Кировском районах, 11 – в Ново-Савиновском и Авиастроительном районах, 13 зданий – в Советском, 15 – в Вахитовском и Приволжском районах.

В план капремонта 2018 года включены все детские поликлиники города: 5 – в Московском и Кировском районах, 7 – в Ново-Савиновском и Авиастроительном районах, 6 зданий – в Советском, 5 – в Вахитовском и Приволжском районах.

В сети поликлиник для взрослого населения в 2018 году будут отремонтированы: 8 объектов – в Московском и Кировском районах, 5 – в Ново-Савиновском и Авиастроительном районах, 8 – в Советском, и 9 – в Вахитовском и Приволжском районах.

С целью определения потребности в благоустройстве прилежащих к поликлиникам территорий был проведен объезд поликлиник, подлежащих капитальному ремонту в 2017 году, руководителем Исполнительного комитета г. Казани Д.Г. Калинкиным и депутатами Казанской Городской Думы.

Главам администраций Казани и управляющим компаниям было поручено рассмотреть вопросы, связанные с организацией парковок, благоустройства территорий и подходных путей к медицинскому учреждению, рассмотреть возможность замены инженерных сетей жилых домов в период проведения капитального ремонта поликлиник.

В частности, были поставлены следующие задачи:

- рассмотреть организацию парковочных мест у зданий поликлиник, ремонт и асфальтирование подъездных путей;

- благоустроить и озеленить прилегающую территорию;

- предусмотреть качественное уличное освещение у зданий поликлиник;

- организовать места для хранения колясок в детских поликлиниках;

- заменить общедомовые системы водоотведения и водопровода, проходящие через поликлинику (проблема встроенных зданий поликлиник - 1 этаж жилого дома);

- рассмотреть оптимальные решения по транспортной доступности поликлиник.

Был определен основной перечень оборудования, подлежащего первоочередной замене и приобретению с целью дооснащения поликлиник. В первую очередь, это оборудование для диагностики сердечно-сосудистых болезней, раннего выявления онкологической патологии, то есть тех заболеваний, которые являются основными причинами смертности населения.

Укомплектованность врачами составляет 70%. В связи с переходом на систему аккредитации специалистов здравоохранения, в 2017 году будет первый выпуск, когда выпускники лечебного и педиатрического факультетов медицинского вуза будут иметь сертификат врача-лечебника и врача-педиатра участкового, что дает право работать в участковой сети или в приемных отделениях стационаров.

Проект «Дружелюбная поликлиника – Татарстанский стандарт» разработан по поручению Президента РТ Рустама Нургалиевича Минниханова и реализуется с июня 2016 года.

Основные задачи проекта:

- повышение доступности первичной медико-санитарной помощи населению;

- повышение эффективности работы медицинского персонала;

- повышение качества медицинской помощи и удовлетворенности населения.

Пилотной поликлиникой в г.Казани в рамках реализуемого проекта стала городская поликлиника №18.

Достигнуты следующие результаты по реализации данного проекта:

- за счет разделения потоков пациентов в поликлинике, эффективной организации работы дежурного врача и кабинета неотложной помощи, запись к участковому врачу стала более доступной;

- за счет перевода работы по документам на медицинский пост, у терапевта увеличилось время, отведенное на прием одного пациента;

- введение алгоритмов по маршрутизации пациентов в поликлинике, перераспределение непрофильных функций, который раньше выполнял врач, привело к повышению производительности персонала на 20%.

- организованы зоны комфортного пребывания пациентов, установлены мягкие диваны и кулеры в холлах;

- сформированы стандарты чистоты поликлиники и механизмы контроля ее соблюдения (включая наличие бахил, расходных материалов в туалете и пр.); - введены стандарты вежливости для медицинского персонала при общении с пациентами.

На данный момент основная задача – сделать медицину максимально доступной, в которой граждане могут попасть в поликлинику 7 дней в неделю, и уверены в качественном оказании необходимой медицинской помощи. Сегодня все городские поликлиники осуществляют медицинское обслуживание населения 7 дней в неделю. В будние дни график работы поликлиник – с 8.00 до 20.00 часов, когда работают все службы поликлиники, диагностическая база, терапевты и узкие специалисты, в субботу – до 18.00 часов, когда работают дежурные врачи, специалисты по графику и выездные бригады с обслуживанием пациентов на дому, в воскресенье – до 15.00 часов работают только дежурные врачи, обслуживая пациентов, которые обратились по неотложному поводу в поликлинику или вызвали на врача дом.

Для работающего населения предоставлена возможность пройти диспансеризацию в субботние дни по приглашению.

По проекту «Дружелюбная поликлиника» с целью удобства записи на прием произошла реорганизация регистратуры в информационное бюро в форме стойки «ресепшн» для консультации посетителей по маршрутизации и прочим вопросам, создан колл-центр для приема вызовов от населения, организации записи и консультаций по телефону.

В поликлиниках будут создаваться колл-центры с многоканальной связью, что позволит повысить эффективность работы с населением, а каждый звонок пациента будет принят сотрудником поликлиники.

На данный момент записаться на прием в поликлинику можно в удаленном доступе - посредством интернета, через личный кабинет Портала государственных и муниципальных услуг Республики Татарстан, через инфоматы, при непосредственном обращении в поликлинику. Те пациенты, для которых недоступны интернет-ресурсы, а это, как правило, люди старшего возраста, смогут обращаться в колл-центры по телефону.

Проект «Дружелюбная поликлиника» будет поэтапно внедряться во все медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению. С целью стандартизированного подхода было создано Методическое руководство, где четко определены все этапы и требования, цели и задачи проекта, которые направлены на повышение эффективности работы амбулаторно-поликлинических учреждений[[40]](#footnote-40).

Все детские поликлиники осуществляют медицинское обслуживание детского населения 7 дней в неделю. В будние дни с 8.00 до 20.00 часов работают все службы поликлиники. В субботу обслуживаются вызовы на дому и осуществляется прием пациентов по неотложным состояниям дежурным врачом поликлиники. В воскресенье – осуществляется прием дежурным врачом на фильтре по неотложным вопросам.

В рамках современной концепции в детских городских поликлиниках планируется организация работы кабинета «Здоровое детство», где будет осуществляться прием здоровых детей, обратившихся в поликлинику без записи по всем вопросам, а также осуществлять выписку справок, санаторных карт, льготных рецептов с целью разграничения потоков здоровых и заболевших детей, обратившихся в поликлинику.

Согласно данным ВОЗ, состояние здоровья на 50% зависит от образа жизни самого человека, и медицина является помощником в сохранении здоровья и предупреждении заболеваний, поэтому оздоровление населения – это общая задача. Такого мнения придерживаются государства многих стран, которые входят в число лучших по оказанию услуг в области здравоохранения и по уровню здоровья населения. В 2017 году данный рейтинг возглавил Сингапур.

Основа нынешней системы здравоохранения Сингапура была изложена еще в 1993 году в «Белой книге» (официальный правительственный документ по какому-либо вопросу; обычно разъясняет планы правительства перед введением нового закона), озаглавленной «Доступная медицинская помощь». В ней были выделены пять основных задач в области здравоохранения и определены планы по реализации каждой из них. Этими задачами являются:

- стать здоровой нацией путем продвижения здорового образа жизни;

- развивать чувство личной ответственности за свое здоровье и избегать чрезмерного субсидирования медицинских услуг государством или медицинскими страховыми компаниями;

- обеспечить качественное и доступное базовое медицинское обслуживание для всех Сингапурцев;

- развивать конкуренцию и рыночные механизмы регулирования для повышения качества обслуживания и его эффективности;

- при необходимости напрямую вмешиваться в сферу здравоохранения, в случаях, когда рынок не может самостоятельно сдерживать рост цен (системы Medisave, Medishield, Medifund)[[41]](#footnote-41).

В данном контексте наиболее интересны первые две задачи: в рамках задачи №1 в Сингапуре с 2001 года начал функционировать Совет по развитию здоровья (Health Promotion Board, СРЗ), миссией которого является дать возможность людям взять ответственность за свое здоровье. Это достигается за счет:

- применения передового опыта по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и обучению пациентов;

- создания, привлечения и поддержки местных и международных партнерств в области здоровья[[42]](#footnote-42).

Некоторые программы, продвигаемые СРЗ: здоровые обеды в садиках и школах, как быть здоровой школой, программа здорового ужина, здоровый выбор продуктов питания. Большое внимание уделяется именно подрастающему поколению, много программ по детским садам и школам[[43]](#footnote-43). Ежегодно проводится «National Healthy Lifestyle Campaign», которая длится на протяжении месяца и включает в себя целый ряд мероприятий: от выставок до зарядок в торговых центрах[[44]](#footnote-44).

Очень интересен сайт «healthhub»[[45]](#footnote-45), официальный информационный портал о здоровье Министерства здравоохранения, где каждый гражданин может отслеживать изменения показателей своего здоровья и участвовать в различных состязаниях, как например «Steps challenge». Основной целью данного состязания является мотивировать людей больше ходить и заниматься физической активностью: при прохождении более 5000 шагов ежедневно даются очки, которые потом можно обменять на авиабилеты и прочее[[46]](#footnote-46). Активность высчитывается при помощи популярных гаджетов как Fitbit, Apple watch и смартфонов.

В рамках задачи №2 из «Белой книги», которая направлена на развитие чувства ответственности за свое здоровье, была разработана прогрессивная шкала оплаты пользования медицинскими услугами: чем выше уровень дохода – тем большую часть должен оплачивать сам пациент. Но основная суть в том, что даже если доход гражданина небольшой, и составляет менее 3200$ в месяц, он все равно должен оплатить минимальные 20% от стоимости оказанных ему медицинских услуг[[47]](#footnote-47). Такой подход решает сразу две задачи: во-первых, так как пациент всегда платит небольшую долю от стоимости услуг, он будет с умом подходить к вопросу о визите к доктору и не станет пренебрегать лечением, как это часто бывает при использовании полностью бесплатной медицины[[48]](#footnote-48); во-вторых, пациент начнет больше ценить свое здоровье, и это повышает вероятность того, что будут использованы инструменты и программы по поддержанию нормального здоровья, перечисленные ранее в задаче №1.

Таким образом, высокая эффективность и относительно низкая стоимость системы здравоохранения Сингапура обусловлена комплексным подходом к повышению ответственности граждан за свое здоровье путем административно-финансовых мер (из задачи №2) и мер по поддержанию здоровья и поощрению здорового образа жизни (из задачи №1).

Если вернуться к предпринятым в республике шагам, влияющим на трудовой, интеллектуальный, культурно-нравственный капитал социальной группы медицинских работников, то к ним можно отнести следующие. В 2008 г. врачей всех специальностей в Республике Татарстан было 16,2 тысячи, или 4,3 врача на 1000 населения. Обеспеченность врачами па 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов (это необходимо для проведения международных сравнений) составила 3.7 на одну тысячу населения, что на 20% ниже, чем в Российской Федерации в среднем. Несмотря на то что обеспеченность врачами в Республике Татарстан на 19% выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 на­селения, констатировать избыток меди­цинских кадров необоснованно, так как заболеваемость и смертность населения в Российской Федерации и в Республике Татарстан выше, чем в странах ОЭСР, на 40%[[49]](#footnote-49).

В государственной системе здраво­охранения Российской Федерации наблюдается крайне не­оптимальное соотношение между врача­ми первичного контакта (участковыми педиатрами и терапевтами. ВОП) и вра­чами-специалистами. Это соотношение в РФ составляет 1:6[[50]](#footnote-50) и значительно выше, чем в странах ОЭСР (1:2), т.е. обеспечен­ность врачами первичного контакта в Российской Федерации, и в Республике Татарстан в частности, в 1,7 раза ниже, чем в развитых странах.

Сегодня престиж медицинской про­фессии — врача, медицинской сестры, фельдшера, научного работника, по оцен­кам самих медицинских работников — один из самых низких за всю историю здравоохранения в нашей стране. Низ­кий престиж профессии и слабая мотива­ция к качественному труду медицинских работников обусловлены крайне низкой заработной платой, которая не компенси­рует им высокую ответственность, тяже­лый и небезопасный труд. Так, в 2008 г. среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников в Республике Татарстан составляла 10 тыс. рублей, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации (в 1,3 раза), и в большин­стве отобранных субъектов Российской Федерации. Исключение составляют Оренбургская об­ласть, а также Чувашия и Башкортостан, где заработная плата в здравоохранении составляет около 9,3 тыс. рублей в месяц[[51]](#footnote-51). В Советском Союзе заработная плата ме­дицинских работников была близка к средней зарплате по стране. Сегодня за­работная плата врачей в странах ЕС, на­пример в Германии, в 3—5 раз выше, чем рабочих, и в 2 раза, чем служащих [[52]](#footnote-52).

Проблема совершенствования оплаты труда в рамках реформы здравоохранения становится ключевой в формировании человеческого капитала современного медицинского работника. Существуют различные подходы к формированию оплаты труда, соотношению мер материального и морального стимулирования мотивации труда.

Известная в экономической теории модель эффективной заработной платы Р. Солоу подтверждает следующий факт: усилие работника, а значит, и его продуктивность, связаны с уровнем оплаты труда. Причем до некоторого момента рост усилия и продуктивности опережает рост зарплаты (соответственно, это выгодно работодателю), а затем рост усилия замедляется, и продуктивность растет медленнее, чем зарплата. Найти наиболее эффективную модель зависимости усилий работника и роста заработной платы стремятся специалисты: экономисты, социологи, менеджеры. Например, есть исследования групп ученных которое показывают, что у отдельных групп работников есть совершенно четкий «порог»: увеличение зарплаты на сумму, которая не достигает этого предела, не заставит их работать интенсивнее, его превышение (хотя бы на 1%) сразу же повышает мотивацию [[53]](#footnote-53). Таким образом, если предлагаемый прирост зарплаты оказывается слишком низок, то это выброшенные деньги, и ожидать роста продуктивности не стоит. Кроме того, мотивация работников связана не только с уровнем, но и со способом оплаты труда. Работник приспосабливается к любой системе оплаты труда. При сокращении заработка может снизить уровень своей трудовой активности, объем или качество производимой продукции. Необходимо, чтобы стимулы человека совпадали с целями работодателя. Так, основываясь на теоретических моделях предложения труда, Э. Лэзер обосновал следующие общие принципы.

1. Работодателю выгодно платить за отработанные часы, если издержки измерения выпускаемой продукции слишком высоки. Издержки измерения выпуска и выстраивания индивидуализированной оплаты труда по результатам в таком случае могут превысить те выгоды, которые получит работодатель от мотивации наиболее продуктивных сотрудников.

2. Оплата за отработанное время имеет смысл, если оценка результата требует длительного времени. Так, для временных (сезонных) работников, или для тех, чья трудовая карьера подходит к завершению, или для групп, среди которых текучесть кадров очень высока, нет смысла проводить длительный мониторинг результатов их деятельности — отдача будет нулевой.

3. Лучше использовать систему оплаты по результатам, если уровень альтернативной зарплаты работников высок.

4. Оплата по результатам имеет смысл для молодых работников. Можно отобрать тех из них, кто очевидно продуктивнее, несмотря на отсутствие опыта работы в данной организации.

5. Чем более разнороден персонал по уровню продуктивности, тем выгоднее использовать схемы оплаты по результатам. Если все сотрудники примерно одинаково продуктивны, то введение оплаты по результатам не имеет смысла. Незначительные различия в оплате труда не будут стимулом к лучшей работе, и затраты на введение системы учета и оценки результатов деятельности не окупятся[[54]](#footnote-54).

Практика показывает, что полярные подходы к оплате труда доказали свою неэффективность, работодатели во всех сферах деятельности стали постепенно внедрять различные комбинированные схемы сдельной и повременной систем оплаты труда, чтобы усилить достоинства и сократить недостатки.

Например М.Г. Колосницына, И.М. Шейман, С.В. Шишкин рассматривают различные способы оплаты труда медицинских работников[[55]](#footnote-55). Они отмечают, что в течение долгих лет основными методами оплаты труда медицинских работников в разных странах мира были гонорар за оказанную услугу и/или зарплата. Гонорар, это сдельная оплата труда в здравоохранении, а зарплата представляет - повременную. Сами врачи утверждают о преимуществах гонорарного метода, так как он дает свободу в принятии решений и увеличивает объемы помощи пациентам. Вместе с тем это не всегда оправданно. Дело в том, что помимо упоминавшихся выше общих недостатков сдельной системы, гонорарный способ оплаты в здравоохранении вызывает очевидный конфликт интересов врача. В условиях явной информационной асимметрии складываются агентские отношения: врач от имени пациента формирует спрос на собственные услуги, сам же их оказывает и получает оплату тем большую, чем больше услуг оказано. В такой ситуации врачу выгодно завышать объем помощи по сравнению с объективно необходимым, выбирать более выгодные процедуры. В результате возникает спрос, спровоцированный предложением.

Зарплата как повременная форма оплаты труда в здравоохранении также имеет свои недостатки. Так, возникает побудительный мотив к сокращению времени консультаций и процедур, «перекладыванию» своих обязанностей на других (переадресации пациента к узким специалистам, в стационар), нежелание заниматься тяжелыми случаями и т.д. Мотивация врача при оплате его труда на повременной основе минимальна. Однако есть у этого метода и неоспоримые достоинства: например, автоматический контроль издержек и рабочего времени. Метод повременной оплаты чрезвычайно прост в применении, поэтому получил широкое распространение во многих общественных системах здравоохранения.

Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг[[56]](#footnote-56) провели эмпирическое исследование анализа условий труда и мотивационных предпочтений специалистов. на территории Свердловской, Курганской, Мурманской, Челябинской, Оренбургской, Пермской. Иркутской, Читинской областей. Республики Башкортостан. Всего было изучено мнение 647 специалистов. Анализ степени удовлетворенности врачей своей работой проводился во взаимосвязи с другими аспектами профессиональной деятельности, состоянием здоровья респондентов и уровнем их благосостояния. Среди опрошенных, неудовлетворенных и только частично удовлетворенных своей работой, во всех подгруппах респондентов, занимающих различные должности, от 57,8 до 20,0%. Среди врачей, полностью неудовлетворенных своей работой, данные показатели составляли 33,3 и 14,3%, соответственно. Среди первых трех по значимости причин, мешающих реализации профессиональных знаний: отсутствие адекватной оплаты труда (21,3%), стиль руководства (14,8%), отсутствие достаточного количества времени (13,1%).

Результаты исследования показали, что среди приемлемых материальных стимулов труда врачи наиболее часто называют различного рода премии и денежные надбавки за качественно выполненный труд, наибольший удельный вес таких ответов (81%) в подгруппе респондентов, полностью неудовлетворенных своей работой.

Проанализировано мнение врачей об эффективности различных факторов стимулирования и их влиянии на качество работы. На сегодняшний день 76,2% всех врачей не считают размер своей заработной платы справедливым, 9.0% респондентов воздержались от ответа на данный вопрос. В целом 83,3% участвовавших в исследовании врачей считают, что оплата их труда должна зависеть от качества оказываемой ими медицинской помощи, и при этом 71,4% респондентов считают, что при повышении уровня заработной платы эффективность и качество их труда возрастут, вместе с тем, 28,6%о опрошенных воздержались от такого утверждения[[57]](#footnote-57).

Так, для врачей ценность представляет не только внешнее - материальное вознаграждение, но и сам процесс труда, т.е. внутреннее вознаграждение, в связи с чем руководителям учреждения необходимо сочетать экономическое стимулирование с моральным поощрением, но при этом необходимо учитывать половозрастные характеристики, стаж врачей, должностной статус и степень их удовлетворенности своей профессиональной деятельностью.

Исследование, В.П. Перфилова, касающаяся трудовой мотивации показало, что заработная плата и социальные гарантии не являются определяющими у группы медицинских работников возрастной группы 20-30 лет, в то же время наличие стабильной работы в государственном учреждении являются основным мотивирующим фактором для возрастной группы старше 30 лет. Совмещая работу в государственном медицинском учреждении с работой в коммерческой (частной) медицинской организации с соответствующе более высокой оплатой труда они считают приоритетной работу все-таки в государственной организации[[58]](#footnote-58).

**По** данным  исследования **В.П.** **Перфилова**, можно констатировать:

1.  Состав  современных  российских  медицинских  работников  существенно  неоднороден  по  степени  выраженности  мотивов  зарабатывания  денег,  ориентации  на  профессиональный  рост,  получения  морального  удовлетворения  от  своей  работы  и  т.д.  Среди  врачей  существуют  группы  с  разными  сочетаниями  направленности  их  интересов,  порождаемых  различными  типами  мотивов.  Кроме  того,  существенное  влияние  оказывает  форма  собственности  медицинской  организации:  государственная  или  частная.

2.  Размеры  группы  врачей,  у  которых  доминирует  ориентация  на  максимизацию  своих  доходов,  достаточно  велики,  но  эта  группа  неравномерно  представлена  среди  врачей  разных  специальностей  и  в  различных  типах  учреждений.

3. Повышение зарплаты врачей первичного звена, предусмотренное Национальным проектом, воспринимается большей частью из них как восстановление справедливого уровня оплаты их труда, а не как стимулирующий механизм увеличения объемов и повышения качества их работы. 4. Повышение легальной оплаты труда врачей, даже предусматривающее усиление связи ее размеров с результатами работы, окажет разное влияние на врачей с разными типами структур трудовых мотиваций.

5. Для группы врачей со слабовыраженными мотивами профессионального роста и зарабатывания денег эффект от реформирования условий оплаты труда для повышения качества их работы будет незначительным[[59]](#footnote-59).

Итак, предпринятое измене6ние оплаты труда в рамках реформы здравоохранения по мнению В.П. Перфилова неадекватно учитывает особенности трудовой мотивации медицинских работников:

-во-первых, была повышена оплата труда врачей и медсестер, оказывающих первичную медицинскую помощь. При этом оплата труда медицинских работников, оказывающих высокотехнологичную (назовем ее вторичной) медицинскую помощь осталась на прежнем уровне.

- во-вторых, в 2007 г. началось введение новой отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении, утверждены новые принципы оплаты труда в федеральных медицинских учреждениях, проводится апробация новых форм оплаты труда в ряде регионов в рамках пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. На сегодняшний день можно сказать, что введенная система оплаты не привела к повышению качества услуг здравоохранения, но создала брешь в наборе медицинских работников среднего звена.

- в-третьих, именно в сфере здравоохранения наиболее развита практика неформальной оплаты потребителями оказываемых им услуг, которая стала фактором, серьезно ограничивающим возможное стимулирование изменений в механизмах легальной оплаты труда.

- в четвертых, С 1 января 2011 года для бюджетных учреждений всех уровней, в том числе и медицинских учреждений, прекращается бюджетно-сметное финансирование их деятельности. Работа переводится на коммерческую основу, т.е. предоставляется достаточно виртуальное (не реализуемое) право зарабатывать доходы и распоряжаться ими. Учреждениям даётся возможность заработать доходы через конкурсное получение государственных и муниципальных заказов (можно их получить, но можно и без них остаться) и введение платности непокрытых государственными заказами объёмов услуг этих учреждений.

- в пятых, степень квалификации медицинских работников определяется в первую очередь уровнем их профессиональной подготовки, и образовательный ценз выступает главным критерием дифференциации заработной платы этой категории работников. Уровень образования как фактор, обусловливающий степень квалификации медицинского работника, в здравоохранении учитывается больше, чем в какой-либо другой отрасли народного хозяйства ввиду того, что объектом приложения труда медицинского персонала являются жизнь и здоровье граждан[[60]](#footnote-60).

В целом в материалах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации к докладу по приоритетному Национальному проекту в сфере здравоохранения отмечается низкая мотивация работников здравоохранения к улучшению качества медицинской помощи и профессиональному росту, что в основном связывается с недостаточным уровнем оплаты их труда. Поэтому проблема трудовой мотивации в сфере здравоохранения сейчас чрезвычайно остра. Но признается, что для ее решения нельзя обойтись без серьезной социально-гигиенической и социально-психологической проработки вопросов, связанных с построением, развитием и совершенствованием мотивационной системы труда в медицинских учреждениях. В первую очередь, это вопросы методологического, нормативно-правового и инструктивно-методического обеспечения развития мотивационного процесса и формирования систем мотивации труда работников в учреждениях здравоохранения[[61]](#footnote-61).

Согласно плану реализации Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 596, 598, 601, 606, в государственную программу «Развитие здравоохранения Республика Татарстан до 2020 года» включена Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»[[62]](#footnote-62). В проект подпрограммы включены мероприятия по проведению оценки уровня квалификации медицинских работников, поэтапное устранение дефицита кадров, дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь по наиболее дефицитным специальностям.

В отрасли здравоохранения Республики Татарстан по состоянию на 01.01.2013 работает 79 097 человек, из них врачей – 12 180 чел., средних медицинских работников – 34 763 чел.

Утверждена динамика значений соотношения средней заработной платы работников государственных учреждений Республики Татарстан, повышение оплаты труда которых предусмотрено указами Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и от 01.06.2012 № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», со средней прогнозируемой заработной платой в Республике Татарстан в 2013-2018 годах: заработная плата врачей составит в 2013 году – 95%, в 2014 году – 110%, в 2015 году – 1305, в 2016 году – 150%, в 2017 году- 170%, в 2018 году – 200% от средней прогнозируемой заработной платы в Республике Татарстан в соответствующем году.

В целях достижения целевых показателей уровня средней заработной платы указанной категории работников сделаны расчеты и даны предложения в Министерство финансов Республики Татарстан.

В 2012 году по направлениям Минздрава РТ в рамках целевой подготовки с заключением четырехсторонних договоров на 1 курс было зачислено 106 студентов. Со студентами 6 курса Казанского государственного медицинского университета заключено 625 четырехсторонних договоров о направлении на работу. Минздравом РФ выделено 237 мест в интернатуре и 62 места в ординатуре для обучения в рамках целевого приема.

С 2012 года совместно с Казанским государственным медицинским университетом» и муниципалитетами в республике реализуется социальная программа адресной подготовки врачей для муниципальных образований, в соответствии с которой 50% стоимости обучения оплачивает бюджет муниципального образования, 50% - обучающийся. В настоящее время сформирована специальная группа лечебного факультета в количестве 24 человек.

В целях снижения дефицита врачей - фтизиатров, инфекционистов, наркологов, психиатров и решения вопроса трудоустройства выпускников медико-профилактического факультета Казанский государственный медицинский университет и Минздрав РТ вышли с инициативой о переводе студентов четвертых - пятых курсов на лечебный факультет с заключением договора со специализированными республиканскими учреждениями на условиях софинансирования обучения за счет внебюджетных средств учреждений. 16 студентов заключили договор о трудоустройстве в специализированные республиканские учреждения с обязательной отработкой не менее 5 лет.

В 2012г. на работу в учреждения здравоохранения, находящиеся в сельской местности, по программе «Земский доктор» было привлечено 155 врачей. 144 молодых специалиста получили единовременные компенсационные выплаты.

В рамках федеральной целевой программы «Социальное развитие села до 2012 года» главами муниципальных районов и Министерством сельского хозяйства РТ были выделены субсидии 70 медицинских работникам, работающим на селе и нуждающимся в улучшении жилищных условий (в 2011г. – 44 чел.).

Согласно плану мероприятий («дорожная карта») утвержденному распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 30.03.2013 №557-р численность врачей увеличится на 1091 чел., средних медицинских работников 2257.

Для улучшения ситуации в области обеспеченности больниц первичного звена врачами, в 2017 году согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 25 февраля 2016 г. N 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» был предпринят ряд мер. В частности, утверждены сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование, и подлежащих аккредитации специалистов. Так, на первом этапе перехода с 1 января 2016 г. аккредитация проходит у лиц, получивших после указанной даты высшее образование по специальностям «Стоматология» и «Фармация». На втором этапе аккредитацию пройдут те, кто закончит обучение после 1 января 2017 г. в области «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета).

Таким образом, с 2017 года выпускники медицинских вузов, успешно прошедшие аккредитацию, имеют право работать участковыми врачами-терапевтами или педиатрами сразу после окончания вуза. Интернатура, которая являлась ранее обязательным этапом обучения будущего врача – упразднена, поступление в ординатуру стало на балльной системе, с основным упором на целевой прием, количество бюджетных мест сократилось, а стоимость платных мест возросла. Таким образом, выпускникам, не имеющим целевого направления или достаточного количества денег, после окончания вуза не остается другого выбора как идти работать в поликлинику.

Данная реформа вызвала много споров и разногласий как среди учащихся и будущих выпускников, так и среди врачей, и пациентов. В 2017 году шестикурсников о проведении аккредитации, введении балльной системы поступления в ординатуру и прочих изменениях оповестили практически перед самой аккредитацией, времени подготовиться оставалось мало, как и возможностей «заработать» баллы – преимущество получили те, кто во время учебы подрабатывал в больнице, участвовал в конкурсах и получал премии.

Согласно словам Александра Когана, доктора медицинских наук и онколога, лишь интернатура дает возможность подготовить узкоспециализированных врачей-практиков. Отмена этой ступени подготовки и замена ее на практику в течение обучения приведет к сокращению часов, выделяемых на микробиологию, биохимию, физиологию, так что будущие терапевты упустят часть важной теоретической подготовки. Попросту невозможно, чтобы вчерашний выпускник был готов к реальной работе сразу после получения «корочки».

Пациенты же опасаются, что недавние выпускники не обладают достаточными знаниями и опытом, и что качество оказываемой помощи может существенно понизиться. Да, количество очередей и время ожидания приема сократится, ведь дефицит кадров велик именно в первичном звене, и по оценкам экспертов составляет порядка 40 тысяч человек, однако пока неизвестно как именно отразится упразднение интернатуры на уровне здоровья населения.

Через 6-10 лет возможно получение обратной картины – специалистов первичного звена будет в избытке, тогда как возрастет необходимость в узких специалистах. С каждым годом число участковых врачей будет расти, и не все из них захотят через три года работы и получения заработной платы снова поступать на учебу на два года, получая порядка двух тысяч рублей стипендии в месяц. К тому же, у многих в это время уже будут семьи и дети.

Возможность заниматься практической медициной спустя шесть или даже пять (для стоматологов) лет обучения – уникальная практика, если сравнивать с другими странами.

Так, в Штатах, после средней школы (12 лет обучения) те, кто хотят стать врачами, идут на четыре года в колледж с медицинским уклоном, потом – на четыре года в медицинскую школу, после чего от 3 до 5 лет (в зависимости от нагрузки, которую студент выбирает для себя самостоятельно) учатся в резидентуре, затем от года до пяти получают специализацию, и только через, в лучшем случае, 12, а в худшем – 18 лет учебы могут начать самостоятельную практику.

В Англии также до поступления в институт нужно прослушать двухгодичный курс по естественнонаучным предметам в колледже, потом в течение пяти или шести лет слушать общий медицинский курс в высшем учебном заведении, затем пройти два года интернатуры, после чего можно приступать к работе (итого – 10 лет).

В Германии два года отводятся на доклинический этап обучения, после чего студенты медвузов пять лет слушают основной курс, затем в течение года молодые специалисты проходят практику в больницах. Врачебные сертификаты выдаются только в случае успешно сданного экзамена по итогам практики, то есть через 8 лет после начала получения медицинского образования[[63]](#footnote-63).

Таким образом, на данный момент сложно оценить, как повлияют происходящие в сфере здравоохранения изменения на уровень здоровья населения, но следует отметить, что работа в области реформирования данной сферы ведется очень активно как в России в целом, так и в Республике Татарстан.

Проблемам здравоохранения, посвящён большой блок вступившего 7 мая 2018 года в силу Указа Президента РФ Владимира Путина о национальных целях и стратегических задачах развития России до 2024 года. Продолжительность жизни россиян к 2024 году должна вырасти до 78 лет, а к 2030 – до 80 лет.

«В последние годы нам удалось достичь серьёзного роста продолжительности жизни россиян. Только за 2017 год она увеличилась на 0,8 года (а у мужчин – больше чем на год), достигнув национального исторического максимума – 72,7 года. В прошлом году был отмечен самый низкий уровень смертности за последние 20 лет», - отметила на недавнем Восточном экономическом форуме во Владивостоке министр здравоохранения России Вероника Скворцова.[[64]](#footnote-64)

Согласно «Отчету о выполнении Государственного задания на управление по индикаторам оценки качества жизни населения и эффективности их деятельности за 2016 год», ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила 73,64 лет, при пороговом значении 72,3. Средняя заработная плата предприятий и организаций, участвующих в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан, к средней заработной плате по Республике Татарстан (по отношению к аналогичному периоду прошлого года), составила 100%. Смертность населения (без показателя смертности от внешних причин), количество умерших на 100 тыс. человек составило 1068,8 при пороговом значении 1150. Смертность младенческая, число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. детей, родившихся живыми – 5,31 (порог 6,2), материнская смертность, количество умерших на 100 тыс. детей, родившихся живыми – 7,2 (порог 10,4). Обеспеченность врачами на 10 тыс. человек населения – 28,7 человек (при пороге 29,2, по данному показателю наблюдается недостаток), средним медицинским персоналом на 10 тыс. человек населения, 87,9 человек (порог 87,7).

Уровень удовлетворенности качеством предоставления государственных услуг составил 100%, выполнение стандартов качества предоставления государственных услуг учреждениями подведомственной сферы – 0,93. Выполнение плановых показателей объемов доходов от оказания платных услуг подведомственными учреждениями превысило запланированные данные и составило 124,8%.

Доля выполненных исполнительным органом государственной власти Республики Татарстан в установленные контрольные сроки поручений Президента Республики Татарстан, Премьер-министра Республики Татарстан, Руководителя Аппарата Президента Республики Татарстан, заместителей Премьер-министра Республики Татарстан в общем объеме поручений, для которых указанными лицами установлен срок выполнения достигла 100%. Доля выполненных исполнительным органом государственной власти Республики Татарстан в установленные контрольные сроки поручений Президента Республики Татарстан, Премьер-министра Республики Татарстан, Руководителя Аппарата Президента Республики Татарстан, заместителей Премьер-министра Республики Татарстан по рассмотрению обращений граждан в общем объеме поручений по рассмотрению обращений граждан, для которых указанными лицами установлен срок выполнения составила 97%. Доля согласованных в регламентные сроки проектов постановлений и распоряжений Кабинета Министров Республики Татарстан составило лишь 79,17%.

Доля поступивших заявок в государственную информационную систему "Народный контроль", которым присвоен статус "Заявка решена" – 69%, при этом уведомления со статусом "Выполнено несвоевременно" в государственной информационной системе "Народный контроль" отсутствуют. Доля стоимости контрактов, заключенных по результатам несостоявшихся конкурентных способов закупок, в общей стоимости заключенных контрактов – 26% (порог 40), доля закупок, размещенных у субъектов малого предпринимательства и социально ориентированных некоммерческих организаций, от совокупного годового объема закупок – 19% (минимальный порог – 15%)[[65]](#footnote-65).

Таким образом, в 2016 году Министерство здравоохранения Республики Татарстан продемонстрировало улучшение по показателям качества жизни: повышение продолжительности жизни почти на один год по сравнению с нормативом, снижение смертности, младенческой и материнской смертности.

Согласно проведенному исследованию Р.Х.Ягудина[[66]](#footnote-66), в котором оценивалась степень знакомства врачей Республики Татарстан с реализацией медико-социальных, федеральных и региональных программ в сфере здравоохранения, их эффективность[[67]](#footnote-67), можно констатировать, что 84,4 % знакомы с этими программами, при этом 40,2 % - хорошо знакомы (таблица 1), приведем некоторые из них.

Таблица 1

**Распределение респондентов по степени их знакомства с  
медико-социальными программами**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Программы | Хорошо  знаком | Знаю кое-что | Не знаком | Всего |
| Национальный проект «Здоровье» | 60,1% | 35,7 % | 4,2 % | 100% |
| Программа модернизации здравоохранения | 54,1% | 38,4% | 7,5% | 100% |
| Программа «Управление качеством» | 26,6% | 40,9% | 32,5% | 100% |

Лучше всего врачи в Республике Татарстан ознакомлены с ФЗ «Об охране здоровья граждан» 98,1%, приоритетным национальным проектом «Здоровье» 95,8 %, Программой модернизации здравоохранения 92,5 %.  
Вместе с тем, каждый пятый респондент ответил, что не знаком с Законом  
Республики Татарстан от 03.11.2011 №78-ЗРТ "О мерах, направленных на  
сохранение жизни и здоровья граждан на территории Республики Татарстан, и внесении изменений в отдельные законодательные акты Республики Татарстан" 20,5 % и республиканской программой «Профилактика наркотизации» 21,4 %, а каждый третий не знает о программе «Управление качеством» 32,5%.

Вероятно, это связано с тем, что федеральные проекты значительно шире освещаются в специальной литературе и в средствах массовой информации, а также их исполнение более жестко контролируется на всех уровнях исполнительной власти.

Наиболее активно врачи участвовали в реализации федеральной программы модернизации здравоохранения 25,1 % и приоритетного национального проекта «Здоровье» 23,4 % опрошенных, несколько меньше 19,5 % – в выполнении позиций, связанных с исполнением Федерального Закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об охране здоровья граждан РФ» [[68]](#footnote-68).

Несмотря на очевидно указанные достижения, предпринятых в рамках реформы мер, напрямую влияющих на совершенствование человеческого капитала медицинских работников явно не достаточно, о чем свидетельствуют ответы в исследовании Р.Х.Ягудина, а так же данные, полученные Независимым институтом социальной политики[[69]](#footnote-69) которым было проведено исследование о влияние и реализации проекта «Здоровье» на состояние и решение проблем здравоохранения в РФ. Был проведен ряд интервью с врачами, которые показали, что, во-первых, повышение оплаты труда медицинскому персоналу первичного звена привело к повышению привлекательности работы в этой сфере, однако все вакантные места не были заняты. Кроме того, не было значительного притока именно молодого персонала, что вызвано большой трудовой нагрузкой участковых врачей. По оценкам самих врачей, объем работы после введения проекта возрос примерно на 25-30%, и был направлен в основном на прибавившуюся бумажную работу. Во-вторых, участковые врачи в большинстве своем восприняли такого рода надбавки как возврат долгов со стороны государства, а не как стимул к улучшению качества своей работы. Так, 54% опрошенных врачей согласились с тем, что не произошло улучшения работы терапевтов. Однако, была отмечена возросшая исполнительность в части оформления документации. В-третьих, очень важным моментом является то, что узкие специалисты в большинстве своем негативно восприняли увеличение заработной платы только работников первичного звена. Это привело к обострению взаимоотношений между коллегами в поликлиниках. Недовольство присутствовало и в стационарах, где врачи считали несправедливым принятые государством меры, так как, по их мнению, большая часть ответственности и соответствующего риска лежит именно на них.

Таким образом, предпринятые меры, не привели к ожидаемому эффекту. По-прежнему не были заняты все вакантные места в первичном звене, приток молодых специалистов оставался на низком уровне. Кроме того, такое избирательное повышение оплаты труда привело к нарастанию конфликтных ситуаций в медицинских коллективах. Следует отметить, что выплаты, которые являлись одинаковыми для всех сотрудников первичной медицинской помощи, не были никак связаны с результатами работы, поэтому как такового повышения качества оказания медицинских услуг со стороны врачей не произошло[[70]](#footnote-70).

Рассмотрим результаты реформы здравоохранения в Республике Татарстан и мнение медицинских работников о реализации национального проекта «Здоровье».

Обеспеченность медицинскими кад­рами Республике Татарстан в целом соответствует ситуации в РФ, но в результате низкой оплаты труда, большого числа работники пенсионного и предпен­сионного возраста, высокой заболеваемос­ти населения система здравоохранения республики может столкнуться с дефицитом медицинских кадров уже в ближайшие годы. В Республике Татарстан необходимо увеличить расходы на здравоохранение из консоли­дированного бюджета региона как мини­мум в 2 раза, повысить заработную плату медицинским работникам (в 2 раза).

Опираясь на мнение медработников о влиянии реформирования здравоохранения на трудовую, профессиональную и культурную жизнь, здоровье, представленное в результатах авторских прикладных исследований, можно определить направления совершенствования человеческого капитала медицинских работников.

График 1

**Положительные изменения в ЛПУ**

Так в результате реализации основных направлений национального проекта «Здоровье» в республике, согласно ответам респондентов положительные изменения выражаются в следующем: ремонт лечебного учреждения 43,3%, повысилась зарплата 21,9%, улучшения условий труда, 21,1%, повысилось качество первичной медико-санитарной помощи 19,7%, все подразделения лечебного учреждения оснащены, переоснащены новым медицинским оборудованием 17,7%, улучшились показатели здоровья населения 13,5%, повысилась мотивация к труду 11,6%, открытие новых корпусов 10,7%, произошло снижение уровня смертности населения 10,4%, применение современных информационных технологий 10,3%, повысился уровень жизни медработников 8,8%, повысился статус медработника 3,2%, ничего не наблюдается 1,3%, за все платим – медицина платная 0,1% (См. График 1). То есть реформа повлияла на условия и характер труда, немного на оплату труда, слабо на мотивацию, как компонент трудового капитала. Также, оказалась почти не направлена на развитие интеллектуально-образовательного капитала медицинских работников, например применение современных информационных технологий отметили только 10,3% опрошенных.

Показательны ответы респондентов на вопрос: «Оправдались ли надежды, которые лично Вы возлагали на национальный проект «Здоровье»?». Только у 4,7% респондентов оправдались надежды, которые они возлагали на национальный проект «Здоровье», надежды скорее оправдались частично 19,2%, скорее не оправдались надежды респондентов 21,6%, не оправдались 19,9% (См. График 2)

График 2

**Надежды которые были возложены на национальный проект «Здоровье»**

Скорее всего, это объясняется тем, что большинство направлений проекта касается здравоохранения в целом, а не является непосредственным вложением в человеческий капитал медицинских работников. Так, согласно ответам респондентов, проект здоровья реализован по следующим направлениям: усиление профилактической направленности здравоохранения 30,7%, развитие первичной медико-санитарной помощи 28,6%, укомплектованность участковой службы квалифицированными врачами и медицинскими сестрами 25,9%, удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной 25,4%, обеспечение участковой службы необходимым оборудованием 22,6%, создание условий для рождения здорового ребенка 12,9%, не оправдали 3,5%, Так же менее одного процента респондентов ответили: ничего не знаю об этом 0,5%, много показухи, реальное качество медицинской помощи низкое 0,4%, обеспечение медикаментами, оборудованием 0,2%, прибавление бумажной работы 0,1%, практически ничего не изменилось, больше стало проверок, выходки со стороны проверяющих; одни угрозы, наложение штрафных санкций по мелочам и т.д 0,1% (См. График 3)

График 3

**Направления, которые полностью оправдали ожидание медицинских работников**

Направлений национального проекта «Здоровье» в медицинском учреждении полностью оправдавшие ожидания пациентов следующие: усиление профилактической направленности здравоохранения 32,2%, развитие первичной медико-санитарной помощи 28,3%, удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи 27,3%укомплектованность участковой службы квалифицированными врачами и медицинскими сестрами 24,9%, обеспечение участковой службы необходимым оборудованием 19,9%, создание условий для рождения здорового ребенка 11,6%, без изменений 2%.Так же менее одного процента респондентов ответили: полное разочарование 0,6%, прибавилось бумажной работы 0,5%, все осталось на прежнем уровне, увеличился % платных услуг, практически медицина стала платной 0,2%, реабилитационное 0,2%, происходит переход от нормальной советской медицины к безжалостной коммерческой медицине 0,1% (См. График 4)

График 4

**Направления, которые полностью оправдали ожидание пациентов**

А, например, на вопрос, непосредственно касающийся развития интеллектуально-образовательного капитала медицинских работников, получены следующие ответы: уровень квалификации в рамках национального проекта «Здоровье» повышали 33,3%, не повышали квалификацию 54,2% респондентов. Среди врачей уровень квалификации повышали 33,5%, не повышали 53,5%. Средний медицинский персонал уровень квалификации повысили 33,3%, не повысили 54,7%.(См. График 5)

График 5

**Повышения квалификации в рамках национального проекта «Здоровье»**

Что касается трудового капитала, то 58,1% отметили, что не работают дополнительно, но среди них 28,5% хотели бы работать дополнительно, но при этом 35,3% отметили, что не хотят работать дополнительно. (См. График 6.)

График 6

**Желание медицинских работников- работать дополнительно**

Среди врачей работают дополнительно 46,1%, не работают дополнительно 50%, что касается, среднего медицинского персонала то среди них дополнительно работают одна треть30,9%, не работают дополнительно 62,4%.(См. График 7)

График 7

**Дополнительная работа медицинских работников**

При этом мы знаем, что в рамках проекта «Здоровья», в том числе на региональном и муниципальном уровне идет рационализация структуры медицинских учреждений и фактическое сокращения медицинских работников.

Не случайно, по видимому , что опрошенные в основном уклонились от ответа о доверии медицинской администрации региона, при том 50% затруднились ответить.

В ходе исследования выявилось, насколько доверяют мед работники- каждому из следующих институтов и групп. Медработники отметили, что Минздраву Республики Татарстан доверяют 17,5%, не доверяют 29,3%, горздраву Республики Татарстан доверяют 12,1%, не доверяют 28%, ОМС доверяют 13,4%, не доверяют 27,2%. Степень доверия увеличилась только в отношении непосредственного руководства учреждений главному врачу [лечебно-профилактического учреждения](http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fru.wikipedia.org%2Fwiki%2F%25D0%259B%25D0%25B5%25D1%2587%25D0%25B5%25D0%25B1%25D0%25BD%25D0%25BE-%25D0%25BF%25D1%2580%25D0%25BE%25D1%2584%25D0%25B8%25D0%25BB%25D0%25B0%25D0%25BA%25D1%2582%25D0%25B8%25D1%2587%25D0%25B5%25D1%2581%25D0%25BA%25D0%25B8%25D0%25B5_%25D1%2583%25D1%2587%25D1%2580%25D0%25B5%25D0%25B6%25D0%25B4%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25B8%25D1%258F&ei=XX00U8WUDcee4wTm_oHwDQ&usg=AFQjCNFBnSFaaF4lJCDUFRDz4lNGEnzfmg&bvm=bv.63808443,d.bGE) доверяют 39,5%, не доверяют 14,8%, заведующему отделением доверяют 55,9%, не доверяют 10,8%, - главной медсестре доверяют 45,1%, не доверяют 12,5%.

Рассмотрим структуру основных ценностей, показывающих, что необходимо для нормальной жизнедеятельности медицинским работникам. Результаты опроса выявили, что медицинские работники сосредоточены на четырех основных ценностях, необходимых для нормальной жизнедеятельности: семья, семейное благополучие (82,6%), деньги (68,1%), жилье(41,3%), наличие работы (37,4%), стабильность в экономике страны (29%), возможность заниматься любимым делом (26,8%).

Затем с большим отрывом идут следующие ценности: продукты питания(7,3%)**,** автомобиль (5,6%), лекарства (5,6%), образование (5,6%), возможность карьерного роста (3,8%), возможность повышения квалификации 3,2%), бытовая техника (2,7%), здоровье(1,2%).

Мы видим, что и сами медицинские работники недооценивают свой интеллектуально-образовательный капитал в современных условиях, как и государство в рамках направлений реализации национального проекта «Здоровья», так как образование, возможность карьерного роста, повышения квалификации замыкают список основных ценностей респондентов. (См. График 8)

График 8

**Необходимые ценности для нормальной жизнедеятельности медицинских работников**

Основные социально-экономические проблемы, в наибольшей степени тревожащие мед работников за последнее время это: рост цен на товары и услуги, опережающий рост доходов нас 68,5%, плохое материальное положение большинства населения 62,4%, проблемы ЖКХ 57,6%, плохая экологическая ситуация 45,5%, низкий уровень медицинского обслуживания населения 44,6%, коррумпированность органов управления 37,6%, недостаточная социальная защита малообеспеченных граждан 34,1%, высокий уровень преступности 33,7%, безработица 27,8%, проблемы в системе образования 24,9%, нарушение прав и свобод граждан 23,3%, угроза террористических актов 18,7%, плохие жилищные условия 16,3%, отсутствие возможности заниматься спортом 5,1%, плохая работа учреждений культуры, досуга 4,5%, так же незначительное количество респондентов отметили: потеря духовности, плохое оборудование в медицинских учреждениях, отсутствие интереса к больным детям со стороны государства, переход на платную медицину 0,1%. (См. График 9)

График 9

**Наиболее тревожащие социально экономические проблемы медицинских работников**

Итак, мы определили, что болевой точкой формирования человеческого капитала медицинских работников являются компоненты, прежде всего, интеллектуально-образовательного капитала, такие как повышение квалификации, карьерный рост, использование инноваций, а так же связанные с ними составляющие трудового капитала, такие как, содержание труда, его мотивация.

К.Л. Полежаев представил следующий подход к построению системы мотивации труда врачей. В качестве приоритетов, он выявил следующие формы стимулирования: 1 - денежное вознаграждение; 2 - приобретение жилья, улучшение жилищных условий; 3 - различные формы патернализма со стороны руководства (забота об отдыхе, медицинском обеспечении, социальный пакет, помощь в решении семейных проблем); 4 - моральное стимулирование (поощрения, награды, звания); 5 - организационное стимулирование (гибкий график работы, комфортность условий труда, средства труда, оборудование).

Согласно его исследованиям оценивают существующую тарифную систему оплаты труда, как «справедливую», только 7,1 % врачей, 61,2 % - «несовершенной», а 31,7 % - «унизительной».

Однако при существующей системе оплаты труда работников здравоохранения у руководителя, по-прежнему, имеется мало рычагов для материального стимулирования труда врачей.

Главным измерителем оценки профессионального уровня врачей больницы является квалификационный критерий, который необходимо оценивать комплексно, а не только по наличию категории. В больнице число врачей, имеющих квалификационные категории, за 3 года увеличилось на 28,4 %, их больше всего у врачей узкой специализации. В то же время среди врачей таких специальностей, как терапевты, клинические лаборанты, оказалось большинство тех, кто не имеет подтверждения должного уровня профессиональной подготовки. Поэтому необходимы дополнительные критерии оценки профессионального уровня и динамики развития коллектива врачей больницы, в том числе, 9 — базисных критериев : 1) квалификационная активность (цикловая, тематическая учеба, аттестация и переаттестация по основной и второй, третьей специальности) - 153,6 2) научно-апробационная активность (научные доклады, публичная апробация методик) -146,8; 3) - внедренческая активность - 87,5; 4) научно-публикационная активность - 31,5; 5) - наставническая активность - 231,6; 6) -победы в профессиональных конкурсах - 3,9; 7) - карьерный рост — 3,4; 8) -научная «остепененность» -2,5; 9) частота поощрения врачей больницы государственными наградами».

Все процедуры морального и материального стимулирования, как врачей, так и всех работников лечебно-профилактического учреждения, должны быть четко конкретизированы в коллективном договоре о социально-трудовом партнерстве, а прилагаемые к нему локальные нормативно-правовые, организационно-методические и распорядительные документы должны иметь характер прямого действия[[71]](#footnote-71).

Схожий подход к разработке системы мотивации труда предложены в медицинской организации «Клиника Нуриевых» в г. Казани[[72]](#footnote-72).

Она внедрила новую систему мотивации труда сотрудников как элементов увеличения их человеческого капитала, за счет быстрого роста уровня знаний, умений и навыков.

Задач, стоящих перед новой системой мотивации сотрудников и стимулирования роста человеческого капитала было несколько:

1.Увеличение производительности труда за счет высококвалифицированной подготовки сотрудников, умения работать в команде, внедрения сотрудниками улучшающих изменений в текущие процессы работы.

2.Увеличение качества обслуживания за счет психологической подготовки сотрудников к работе с возражениями, конфликтными клиентами, творческого подхода к возникающим трудностям.

3. Увеличение эффективности работы организации в целом за счет личной заинтересованности сотрудников в конечных результатах деятельности подразделений и организации в целом.

4. Снижение затрат за счет снижения процента брака, умения сотрудников переходит от одной производственной функции к другой в зависимости от плотности потока.

Система материальной мотивации сотрудников представляет собой

ежемесячную премию в размере 5% от чистой прибыли организации за месяц, поделенной между сотрудниками в зависимости от уровня их базового оклада; на открытые вакантные должности производится внешний набор персонала; обучение сотрудников проводится стихий но, по мотивированному предложению руководителей подразделений. На начальном этапе были сформулированы 4 основных взаимосвязанных направления разработки новой системы, работа по которым велась параллельно:

- Программа планирования карьеры и ротации кадров.

- Разработка программ обучения и подготовки наставников.

- Система материального стимулирования сотрудников к достижению

положительного конечного результата деятельности подразделений и

организации в целом.

- Система материального и нематериального стимулирования роста

человеческого капитала организации.

Рассмотрим данные направления более подробно.

Планирование карьеры и ротация кадров. Сама структура медицинской деятельности вносит определенные ограничения в планирование карьерного роста, а ведь именно карьерный рост является одним из наиболее действенных стимулов к росту человеческого капитала.

Для определения существующих возможностей планирования карьерного роста сотрудников были написаны и стандартизированы требования к каждой должности. Определены компетенции, которыми должны обладать сотрудники[[73]](#footnote-73). Сравнение набора желательных компетенций и реально существующих знаний, умений и навыков у сотрудников послужило основой составления планов обучения.

Активный рост объемов оказываемых услуг и неравномерность загрузки в течении дня так же требовали решения. Данную проблему практически полностью решала ротация кадров. На определенный (установленный для каждой должности) срок сотрудник изучал дополнительную функцию в другом подразделении. Таким образом, при необходимости (в моменты максимальной загрузки подразделения) сотрудник, прошедший ротацию мог прийти на помощь. А количество изученных функций давало сотруднику возможность развиваться в рамках своей основной профессии. Наиболее способных сотрудников в последствии выдвинули на должности руководителей среднего звена.

Разработка программ обучения и подготовка наставников. Успех на пути достижения важнейших стратегических целей организации во многом зависит от того, в какой степени персонал осведомлен о стратегических целях и насколько он заинтересован и подготовлен к работе по их достижению. Необходимость быстрых организационных изменений и смены принципов управления в условиях нарастания конкурентной борьбы - все это предполагает рост производительности труда персонала, повышение качества товаров, улучшение обслуживания потребителей, творческое и новаторское отношение к делу[[74]](#footnote-74). Проведение аудита желательных и реальных компетенций сотрудников легло в основу системы обучения персонала. Основными направлениями обучения стали:

Знания и навыки использования систем и оборудования:

- Общая и специальная компьютерная подготовка. Профессиональное умение сотрудников пользоваться компьютером позволило значительно снизить издержки на брак (не правильно напечатанные данные клиента, проблемы поиска, искажения и потери информации), увеличить качество и скорость обслуживания клиентов, значительно упростило внедрение системы электронных медицинских карт и специализированного программного обеспечения.

- Дополнительное обучение по использованию специализированного медицинского оборудования (аппаратов УЗД, микроскопов, инкубаторов и т.д.). Приглашение для проведения обучения специалистов фирм- производителей помогло снизить расходы на ремонт техники, изучить новшества и тонкости использования высокотехнологичного оборудования.

- Разработка правил действия в экстренных ситуациях и обучение им. Были разработаны правила и проведены учения при возникновении экстренных случаев (пожар, ограбление и т.д.) А так же на случаи отключения водоснабжения и электроэнергии.

Профессиональное обучение

- Внутренние конференции. Медицина тесно связана с наукой и отсутствие постоянного непрерывного обучения медицинских работников ведет к постоянному снижению качества предоставляемых услуг. Во избежание этого каждое подразделение еженедельно проводило внутренние конференции с разборами сложных случаев, новинок науки и достижений фармацевтики.

- Стажировки. Была разработана программа стажировок в лучших российских и международных профильных клиниках для активных участников внутренних конференций.

- Доказательная медицина. Сотрудникам был прочитан курс лекций по доказательной медицине, который увеличил результативность применяемых методов лечения на 8%.

Иностранный язык

- Английский язык (специальный) для врачебного персонала. Современные темпы развития медицины требуют свободного владения врачом английского языка для своевременного чтения литературы и общения с коллегами.

- Английский язык (разговорный) для вспомогательного персонала. Рост количества иностранных клиентов требовал свободного владения английским языком у медсестер, регистраторов и администраторов клиники.

Качество обслуживания

- Психология общения

- Психология конфликта

- Работа с возражениями

Менеджмент качества

- Переход к системе внутреннего контроля качества требовал подготовки персонала в рамках стандартизации.

Успешное прохождение базовых обучающих программ был о обязательным для всех сотрудников, и полностью оплачивались работодателем. По результатам базовых обучающих программ была выявлена группа перспективных сотрудников, инвестиции, в развитие человеческого капитала которых, дадут набольший результат. Именно на данную группу сотрудников (более 100 человек) и будут направлены углубленные программы обучения и стажировки.

Быстрый рост количества персонала требовал оптимизации процессов подбора, отбора, адаптации и обучения новых сотрудников. Дополнительной обучающей программой стала программа подготовки наставников и внутренних тренеров. Наставником мог стать только лучший сотрудник подразделения, успешно прошедший базовое обучение, несколько ротаций, доказавший свою лояльность предприятию и обладающий педагогическим способностями.

Активное обучение, как в рамках образовательных программ, так и благодаря ротации способствовало быстрому приросту человеческого капитала организации, что заметно сказывалось на основных показателях качества оказания медицинских услуг. Но имело и негативные последствия - общую усталость персонала, синдром эмоционального выгорания.

Система материального стимулирования сотрудников к достижению положительного конечного результата деятельности подразделений и организации в целом.

В рамках данного направления была разработанная система ежемесячного премирования сотрудников в зависимости от результатов деятельности подразделения (каждое подразделение получает собственный премиальный фонд, который распределяет руководитель подразделения в зависимости от личного вклада каждого сотрудника) и результатов организации в целом (решение о дополнительной премии принимают главный врач и генеральный директор при перевыполнении плана организацией в целом). Новая система мотивации доказала свою эффективность, по данным анкетирования сотрудников их удовлетворенность собственным заработком увеличилась на 15%, по сравнению с показателями опроса до внедрения. Усилился авторитет руководителя подразделения, возросла их ответственность перед коллективом. Система мотивации стала прозрачной и понятной персоналу.

Система материального и нематериального стимулирования роста человеческого капитала организации.

Внедрение активных программ обучения и ротации требовало создания объективной системы контроля качества обучения. Таким инструментом стала аттестация персонала. Аттестация проводится 2 раза в год, по результатам аттестации сотруднику присваивается определенная категория (стажер, основной работник, мастер, эксперт, наставник), а так же определяется размер надбавки за квалификацию, которая сохраняется до следующей аттестации[[75]](#footnote-75). Так же по итогам аттестации определяется кадровый резерв предприятия.

В совокупности система материального стимулирования теперь состоит из зарплаты, надбавки за стаж работы на предприятии (до 10% от оклада), надбавки за квалификацию (2 раза в год подтверждается на аттестации), премии по результатам деятельности подразделения и премии по результатам деятельности организации в целом.

В качестве нематериального стимулирования роста человеческого капитала используются:

Возможность дополнительного профессионального обучения;

-Система категорий

-Стимулирование свободным временем;

-Активная исследовательская работа;

-Формирование команд;

-Возможность карьерного роста;

-Делегирование полномочий;

-Высокая степень доверия;

-Поведение корпоративный мероприятий.

Программа планирования карьеры была успешно реализована благодаря ротации (горизонтальное планирование карьеры), создания кадрового резерва, а так же получением категорий.

На данном этапе развития организации сотрудники всех уровней активно вовлечены в процессы изменений, персонал активно обучается, вносит креативные предложения по улучшению существующих процессов, работают кружки качества, внутренние тренеры, за процессами адаптации новых сотрудников отвечают наставники. Суммируя все вышеизложенное можно сказать, что формирование системы стимулирования роста человеческого капитала определенно достигло поставленных целей.

Все указанные меры, способствующие совершенствованию компонентов интеллектуально-образовательного и трудового капитала медицинских работников на микро- уровне отдельной организации, целесообразны и на мезо- уровне планирования и рационализации рамках совершенствования человеческого капитала медицинских работников региона.

При совершенствовании программ, регламентирующих реформу здравоохранения Республики Татарстан нужно учитывать необходимость совершенствования человеческого капитала медицинских работников.

#### РАЗДЕЛ 2. ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: СУЩНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ, НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН (НА МАТЕРИАЛАХ КОНКРЕТНО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

В современных условиях социально-экономической детерминантой в формировании человеческого капитала выступает трудовой капитал медицинских работников. В структуру их трудового капитала входят характер и содержание труда, его организация, статус, престиж профессии, социальное самочувствие, квалификация, трудовой опыт, стаж, оплата, удовлетворенность и мотивация труда.

Трудовой капитал медицинских работников как совокупность профессиональных знаний, навыков, способностей, опыта и мотивации характеризуется как – квалифицированный и ответственный труд, выделяется следующими способностями: значительной интеллектуальной нагрузкой, большим объемом оперативной и долговременной памяти, тратой больших сил и выносливости, содержит элементы творчества и связан с ответственностью за здоровье и жизнь других людей.

Особый характер и содержание труда составляют знания и навыки владения медицинскими работниками средствами медицинского труда. Медицинский работник использует материальные и духовные средства в своей деятельности. Материальные средства составляют медицинскую технику. Сюда относятся различные лабораторные автоматы, томографы, антиографы, рентгеновские комплексы, ультразвуковые диагностические сканеры, стоматологические установки, приборы функциональной диагностики, медицинский инструментарий, другие изделия медицинского назначения. Все то, что помогает врачу выявить, бороться с ранее неподдающимся диагностике или лечению болезнями.

Так же, его характер, содержание и организация отличаются официальным признанием законом в качестве самостоятельного занятия, т.е деятельность врача строго юридически регламентирована. Закон запрещает заниматься врачеванием кому бы то ни было, не имеющему специального медицинского образования, поэтому трудовой капитал медицинских работников материализован в диплом медицинского вуза и сертификат. Соответственно, незаконная деятельность часто влечет за собой ответственность. Ничего подобного законодательство часто не предусматривает в отношении деятельности других профессиональных групп.

В настоящее время в нашей стране существует ряд законов, регламентирующих медицинскую деятельность. Сфера деятельности медицины очень широка, поэтому вопросы, возникающие в ней регулируются несколькими отраслями права. Вопросам здравоохранения посвящены многие законодательные акты, начиная с основного закона «Конституции Российской Федерации», заканчивая специфически медицинскими «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О донорстве крови и его компонентов» и т.д.[[76]](#footnote-76), которые являются составляющими частями отрасли законодательства об охране здоровья граждан.

На сегодняшний день определяющими в медицине стали именно правовые отношения. Даже непосредственное общение пациента и врача, изначально строившееся на нравственной основе, имеет устойчивую тенденцию к регулированию с помощью юридически-правовых норм. Необходимо заметить, что расширение границ деятельности медицины в конечном итоге влияет на возрастание социальной роли медицинского работника.

Поэтому, трудовой капитал медицинских работников можно охарактеризовать особым социальным статусом как- соотносительное положение (позицией), определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм и объемов поведения, обусловленных особенностями функционирования системы здравоохранения[[77]](#footnote-77).

Важнейшим элементом трудового капитала выступает заработная плата медицинских работников. В процессе перехода к рыночной экономике система государственного нормирования заработной платы претерпела изменения. В 1992 г. была введена Единая тарифная сетка, разработанная с учетом опыта зарубежных стран, имеющих тарифные сетки в государственном секторе (США, Швеция, Япония). Считалось, что дифференциация тарифной сетки по разрядам с учетом сложности работ позволит в некоторой степени решить проблему оплаты труда работников бюджетных отраслей. Тем не менее, основополагающими критериями оплаты труда российского медицинского персонала остались прежние: образование, квалификация, стаж и количество отработанного времени, что составляет трудовой капитал этой группы.

Единая тарифная сетка включает в себя 18 разрядов, каждый из которых определяет сложность и объем выполняемой работы, квалификацию работника и занимаемую должность. Дополнительная оплата, связанная с условиями и особенностями труда работников здравоохранения, устанавливается сверх предусмотренных разрядов ЕТС (в частности, повышение разряда, связанного с работой в тяжелых, особо-опасных условиях труда, и др.)

Введение ЕТС как системообразующего фактора заработной платы не привело к возрастанию ее стимулирующей функции. В условиях реформирования экономической системы страны оплата труда персонала учреждений здравоохранения остается не адекватной рыночной экономике. Имеют место глубокие диспропорции в оплате труда работников промышленного сектора и бюджетной сферы[[78]](#footnote-78).

Интегральной характеристикой человеческого капитала медицинских работников выступает их социальное самочувствие. Согласно прикладным исследованиям[[79]](#footnote-79) медицинские работники в основном негативно оценивают проводимые реформы, они не удовлетворены сложившейся экономической и политической нестабильностью в нашей стране. Вследствие этого большинство медицинских работников считают свою профессию не престижной в настоящее время.

Ядром трудового капитала выступают трудовые ценности, мотивация и удовлетворенность трудом. Трудовая мотивация – это процесс стимулирования отдельного исполнителя или группы людей к деятельности, направленный на достижение целей организации, к продуктивному выполнению принятых решений или намеченных работ. Это определение показывает тесную взаимосвязь управленческого и индивидуально-психологического содержания мотивации, основанную на том обстоятельстве, что управление социальной системой и человеком, в отличие от управления техническими системами, содержит в себе, как необходимый элемент согласование цепей объекта и субъекта управления.

Мотивация – внутренний процесс сознательного выбора человеком того или иного типа поведения, определяемого комплексным воздействием внешних (стимулы) и внутренних (мотивы) факторов.

Из всех компонентов человеческого капитала медицинских работников наиболее эмпирически изучен трудовой капитал с точки зрения характера и содержание труда, его мотивации. Существуют работы рассматривающие мотивацию труда медицинских работников[[80]](#footnote-80), отдельно врачей[[81]](#footnote-81) и медицинских сестер[[82]](#footnote-82). Так в исследовании Д.Н.Алекандровой[[83]](#footnote-83) в современных условиях основными мотивами выбора профессии врача назвали: интерес к данной профессии – 54,1% от числа опрошенных. Вторым по значению назван мотив желания приносить пользу обществу – 29,3% респондентов. 13,4% опрошенных медицинских работников выбрали эту профессию, так как в семье уже есть медицинские работники. Здесь свою роль сыграла ситуация семейной традиции. В свою очередь случайный выбор при выборе данной профессии маловероятен, поэтому сведен к минимуму. В нашем исследовании данный вариант ответа отметили всего 2% респондентов. Это говорит о том, что медицинскими работниками люди становятся осознанно, задолго до начала трудовой деятельности решив, кем они будут работать в будущем.

В основном, суть трудовой мотивации у большинства медицинских работников сводится к осознанию ими социальной значимости их труда.

Вместе с тем существует 3 типа мотивации:

1 тип – работники, ориентированные преимущественно на содержательность и общественную значимость труда;

2 тип – работники, ориентированные преимущественно на оплату труда и статусные ценности;

3 тип – работники, у которых значимость разных ценностей сбалансирована.

В настоящее время основная масса медицинских работников относится к типу мотивации, мотивационное ядро которых основано на высокой заработной плате (2 тип мотивации). Их мотивы направлены на избежание сокращения получаемых благ (сохранение их)[[84]](#footnote-84).

Удовлетворенность выполняемой работой играет важную роль в процессе мотивации труда. Согласно исследованию В.В. Мадьянова, основным фактором, вызывающим недовольство у медицинских работников является низкий уровень заработной платы. Данный вариант ответа на вопрос «Чем не удовлетворяет Вас настоящая работа?» выбрали 81,6% респондентов; отсутствие условий для профессионального роста – 3,8% респондентов; сложность выполняемой работы – 1,5%; морально-психологический климат в коллективе – 1,1%; неудовлетворительные условия труда – 2,3%; режим работы – 1,7%; удаленность от места работы – 2% респондентов[[85]](#footnote-85). Согласно теории трудовой мотивации Ф. Герцберга, Э. Мэйо содержание мотивов, их целевая направленность, структура оказывают регулирующее воздействие на освоение профессии, эффективность деятельности, удовлетворенность трудом[[86]](#footnote-86). Для формирования сильной трудовой мотивации необходимо, чтобы смысл труда выходил за рамки удовлетворения только материальных потребностей человека, был сведен к одной материальной заинтересованности. Необходимо, чтобы трудовой капитал медицинских работников включал мотивационный комплекс, направленный на повышение производительности труда, на рациональное использование производственных ресурсов.

Девальвированы трудовые ценности, но когда труд превратился из основы образа жизни в средство выживания, то он девальвирует как ценности, так как государственная система оплаты труда совершенно не соответствует ни уровню квалификационных требований, ни интенсивности, ни социальной значимости. Все это приводит к оттоку из сферы здравоохранения огромного количества специалистов, а, следовательно, государство несет соответствующие материальные потери.

Исследование мотивации труда российских врачей проводилось по результатам социологического опроса С.В. Шишкина, А.Л. Темницкого, А.Е. Чириковой[[87]](#footnote-87). Авторы выделили четыре типа трудовой мотивации специалистов: социально прагматический, ценностно-ориентированный, деятельностно-утилитарный и консервативно-сохранительный[[88]](#footnote-88). Наиболее выраженными по силе мотивами для врачей являются получение материальных благ, приверженность профессии и профессиональное развитие, укрепление социальных связей, социальная защищенность, альтруизм и сострадание[[89]](#footnote-89).

Н.Ф. Прохоренко предлагает авторскую модель мотивации труда врачебного персонала, названную «модель мотивации параллельного типа». Она основана на анализе психологического портрета личности трудоспособного современника с учетом наличия полярности и парности позитивных и негативных черт[[90]](#footnote-90). В данной модели автор выделяет три группы врачей в соответствии с их ведущими чертами: «стабильность» характерна для 51%–63% врачебного персонала, «энергия» для 24%–28% врачей, «креатив» – для 9%–16%. Автором предпринята попытка дифференцировать врачей с тем, чтобы обосновать индивидуальный подход к стимулированию их к труду.

В результате анализа мотивации медицинских сестер Т.В. Бутенко, Т.А.Саблина выделились четыре кластера. Первый кластер (28%) образован медицинскими сестрами, для которых приоритетными являются профессиональные мотивы: интерес к процессу труда, стремление к приобретению новых знаний и опыта, к разнообразию в работе, к решению новых сложных задач в процессе работы (факторы «Интерес» и «Творчество»). Второй кластер (27%) вошли медицинские сестры, мотивацию которых можно в целом охарактеризовать как избегательную. Они имеют высокие показатели по шкале «Здоровье» и низкие – по шкале «Руководство». Тем самым, они стремятся к экономии собственных энергетических ресурсов, стараются не брать на себя ответственность. Третий кластер (23%) максимально связан с альтруистическими ценностями – служением обществу и помощью людям. Содержание работы медицинских работников само собой предполагает выраженность альтруистических мотивов, готовность понимать, оказывать помощь, проявлять заботу. Мотивация данного типа характеризуется важностью для субъекта ощущения того, насколько его деятельность имеет большую общественную или государственную значимость, насколько выражены у работника готовность сочувствовать и заботиться о других людях. Выраженность мотивации данной направленности в сочетании с соответствующими профессионально важными качествами должны в значительной мере обеспечивать успешность профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. В четвертой группе (22%) объединены медсестры с выраженной прагматической мотивацией: высокими показателями по шкалам «Деньги» и «Связи» и низкими – по шкале «Помощь людям».[[91]](#footnote-91)

Согласно результатам исследования выполненною независимым институтом социальной политики были получены 4 типа трудовой мотивации врачей. Врачей (18%) с мотивацией «возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья» и «уважение, поддержка семьи и близких друзей» являются социальными капиталистами. Врачей (16%) с мотивацией «сострадание и помощь больному» и «профессиональный интерес» они являются ценностно-ориентированными профессионалами. Врачей (14%) с мотивацией «возможность сделать карьеру» и «профессиональный рост» являются утилитаристами. Врачей (13%) с мотивацией «возможность заработать деньги на жизнь» и «гарантии занятости» это консерваторы[[92]](#footnote-92).

Рассмотрим компоненты трудового капитала медицинских работников на основе результатов авторского конкретно-социологического исследования, проведенного в г. Казани. Среди опрошенных респондентов:

группа врачей составляет 33,4% (зав. отделениями составляют 3,3 %; заведующие поликлиникой 1,1%; врачи – 29%); группа среднего медицинского персонала 66,5% (главные медсестры – 0,2%; старшие медсестры – 3,6%, фельдшера – 5,6%; медсестры – 56,9%, медицинские регистраторы – 0,2%).

Согласно статистическим данным – врачей в Республике Татарстан - 12970,в Казани- 4236,среднего медицинского персонала в Республике Татарстан- 37609, в Казани - 7549[[93]](#footnote-93).

Так, согласно проведенному опросу, оценивая престижность профессии медицинского работника, мнение респондентов разделилось примерно поровну (46,4 %) в той или иной степени считают ее престижной, в то время как (25,4 %) - скорее не престижной и (19,8%) не престижной совсем. (См. прил. График 1) Если рассматривать данный вопрос в зависимости от профессионально- квалификационных характеристик респондентов, то можно увидеть, что врачи в большей степени считают, что профессия медицинского работника является не престижной. При этом престижность профессии медицинского работника, врачи оценивают как 49,3% престижной, не престижной отметили 47,6%,среди среднего медицинского персонала 44,9% отметили профессию престижной, не престижной 44,3%, так же 10,8% затрудняются ответить на вопрос. (См. График 1)

График 1

**Престиж профессии медицинского работника в обществе**

Важной характеристикой трудового капитала медицинских работников является их отношение к работе и удо­влетворённость ею. Большое значение имеет то, насколько работа является для человека интересной, творческой, разнообразной, возможность личностного развития, соответствует ли она его профессиональному уровню, позволяет ли реализовать творческий потенциал, профессионально расти. По оценкам респондентов (8,3%) полностью не удовлетворены выбранной профессией, (25,2%) - скорее не удовлетворены и удовлетворенных более (65,5%). Трудовой капитал респондентов выступает базой личностного развития человека согласно его духовным, нравственным, национальным и интеллектуальным потребностям. Большую часть своей жизни человек занят трудом, в котором реализуются его способности и с помощью которого удовлетворяются его материальные и духовные потребности. Выяснилось, что врачи более удовлетворены выбранной профессией, нежели средний медицинский персонал. Среди врачей 76% удовлетворены выбранной профессией, не удовлетворены 24%, среди среднего медицинского персонала: 60,1% удовлетворены выбранной профессией, не удовлетворены 39,8% (См. График 2)

График 2

**Удовлетворенность выбранной профессией**

График 3

**Причины не удовлетворенности профессией**

Удовлетворенность профессией, содержанием и характером труда играет важную роль в мотивации труда.

Рассмотрим специфику неудовлетворенности профессией врачей и среднего медицинского персонала. Врачи называют следующую иерархию причин: низкая заработная плата 48,% , стрессы 19,7%, напряженность работы 14,4%, низкий статус 13,7%, утомленность 12,3%, неудовлетворенность условиями труда 13,7%, высокая ответственность 8,8%, отсутствие карьерного роста отметили 3,3%.(См. График 3)

Налицо озабоченность врачей содержанием и условиями труда, и показательно, что их слабо на сегодня заботит карьерный рост, что не возможно видимо в принципе в современных условиях, так как в труде почти нет компонентов инновационности для роста квалификации, что наращивало бы капитал труда.

Средний медицинский персонал несколько иначе расставил приоритеты: низкая заработная плата 62,1%, неудовлетворенность условиями труда 19,2%, стрессы 16,6%, напряженность работы 12,9%, низкий статус 10,8%, утомляемость 7,9%, нездоровый морально-психологический климат 7,2%, высокая ответственность 6,2%, карьерный рост заботит 4,4 %, опрошенных, даже немного больше, чем врачей.

Зарплата врачей и среднего медицинского персонала согласно теории иерархии потребностей А. Маслоу[[94]](#footnote-94) позволяет удовлетворить только базовые физиологические потребности работников. По самооценке респондентов тратить деньги на любые нужды могут позволить себе только 1,7% респондентов, оплачивать коммунальные платежи и покупать необходимую одежду и продукты- 71,7%, 17,6%- денег едва хватает на одежду и продукты, 8,9%- едва хватает на коммунальные платежи и 0,1% - средств едва хватает на оплату съемной квартиры. (См. прил. График 2) Врачей же заработная плата позволяет: оплачивать только платежи и покупать необходимую одежду и продукты 82,1%, едва хватает на одежду и продукты 12,2%, позволяет купить все что захотим 3,2%, едва хватает на коммунальные платежи 2,5%. Согласно ответам средний медицинский персонал заработная плата позволяет: оплачивать только платежи и покупать необходимую одежду, продукты 66,6%, едва хватает на одежду и продукты 20,2%, едва хватает на коммунальные платежи12,1%, едва хватает на оплату съемной квартиры 0,2%.(См. График 4)

График 4

**Заработная плата позволяет**

Удовлетворенность трудом, как компонентом трудового капитала, характеризуется осознанием справедливости получаемого вознаграждения за труд, размером заработной платы. Совокупного заработка для нормального существования хватает лишь 4,3%, скорее хватает, чем нет 12,7%, более половины респондентов не хватает заработка, а это 56,6%, скорее нет, чем да отмечают 21,8%, затрудняются ответить 4,1%.(См. прил. График 3) Среди врачей совокупного заработка для нормального существования хватает лишь 5,3%, скорее хватает, чем нет 19%, более половины респондентов не хватает заработка, а это 52,5%, скорее нет, чем да отмечают 21,5%, затрудняются ответить 1,8%. Согласно ответам средний медицинский персонал совокупного заработка для нормального существования хватает лишь 3,9%, скорее хватает, чем нет 9,5%, более половины респондентов не хватает заработка, а это 58,9%, скорее нет, чем да отмечают 22%, затрудняются ответить 5,3%. ( См.График 5)

График 5

**Хватает ли совокупный заработок для нормально существования**

Трудовой капитал медицинских работников в современных условиях характеризует наличие или отсутствие дополнительных заработков. Что они работают дополнительно отметили 35,9 % опрошенных, нет 58,1%. (См. прил. График 4) Врачи, работающие дополнительно 46,1%, среди среднего медицинского персонала 30,9%. При этом 50% из врачей не работают дополнительно, среди же среднего медицинского персонала - 62,4% (См. График 6)

График 6

**Дополнительная работа медицинских работников**

Среди респондентов работающих дополнительно, совмещают работу по специальности в муниципальном учреждении 21%, совмещают не по профессии 12,2%, в платных учреждениях по специальности 7%, так же был ответ, что хотелось бы, но медицинских сестер берут только на постоянную работу с трудовой 0,5%. (См. прил. График 5) Среди врачей совмещают по специальности в муниципальном учреждении 29,6%, в платных учреждениях по специальности 12%, совмещают не по специальности 9,9%. Средний медицинский персонал совмещают по специальности в муниципальном учреждении 16,8%, в платных учреждениях по специальности 4,6%, совмещают не по специальности 13,4%.(См. График 7)

График 7

**Работают дополнительно (в каких учреждениях)**

Среди медицинских работников, которые не работают дополнительно, задавался дополнительный вопрос: «Хотели бы они работать дополнительно?» Ответы разделились следующим образом: 28,5% отметили, что хотят работать дополнительно, но при этом 35,3% отметили, что не хотят работать дополнительно. (См. прил. График 6) Врачи: не хотят работать дополнительно 32%, хотят работать дополнительно 24,3%, затрудняюсь ответить 43,6%. Средний медицинский персонал отметил, что не хотят работать дополнительно 37%, хотят работать дополнительно 30,7%, затрудняюсь ответить 32,2%.(См. График 8)

График 8

**Желание работать дополнительно (кто дополнительно не работает)**

Трудовой капитал медицинских работников включает профессиональные знания, навыки, характер и содержание труда, трудовую мотивацию, удовлетворенность трудом. Согласно ответам респондентов, наиболее не хватает им для профессиональной трудовой деятельности: материально-технического обеспечения 44,2%, более комфортные условия 39,3%, возможности дополнительного заработка 26,6%, более комфортного графика работы 15,2%, практических навыков 14,2%, самостоятельности в решениях 11,3%, самореализации 11,1%, знании 10,7%, оценки достижений 9%, хватает всего ответили 1,2%, незначительное количество респондентов отметили: нехватку психологической поддержки 0,1%, ремонта 0,1%, оснащения 0,1%. (См. прил. График 7) Врачам наиболее не хватает для профессиональной трудовой деятельности: материально-технического обеспечения 52,8%, более комфортные условия34,9%, возможность дополнительного заработка 25,4%, более комфортный график работы17,6%, практических навыков 14,8%, оценки ваших достижений 13,4%, самореализация12,7%, самостоятельности в решениях 9,9%, хватает все 1,8%, врачей 0,7%, оснащения 0,4%

Среднему медицинскому персоналу не хватает для профессиональной трудовой деятельности: более комфортные условия 41,6% ,материально-технического обеспечения 40% ,возможность дополнительного заработка 27,3%, более комфортный график работы14,1%, практических навыков13,9%, самостоятельности в решениях 12%,знаний 11,5%, самореализация10,4%, оценки Ваших достижений 6,9%, хватает все 0,9%, психологической поддержки, ремонта, врачей и оснащения отметили 0,2%.(См. График 9)

График 9

**Не хватает медицинскому работнику для профессиональной трудовой деятельности следующих моментов**

Трудовой капитал медицинских работников, согласно ответам респондентов, характеризует следующий организационный характер труда. Прежде всего, партнерские отношения в модели «врач - медицинская сестра» 60,6%, что существует жесткая субординация отметили 21,1%опрпошенных, что мягкая 1,4% (См. прил. График 8)

Организационные отношения в оценке врачей и медицинских сестер следующее. Врачи отметили партнерские отношения в модели «врач - медицинская сестра» 73,9%, что существует жесткая субординация отметили 13%опрпошенных, что мягкая 1,4%, средний медицинский персонал отметил, партнерские отношения в модели «врач - медицинская сестра» 54,1%, что существует жесткая субординация отметили 17,6% опрошенных, что мягкая 1,4% (См. График 10)

В квалификационной структуре, авторитетом в работе для врачей это: коллеги 69%, главный врач 48,6%, старшая медсестре 28,8%. Для среднего медицинского персонала авторитетом в работе являются: коллеги 57,8%, старшая медсестра 57,5%, главный врач 44,5%.

Не являются авторитетом в работе для врачей: старшая медсестра 63%, главный врач 44,5%, коллеги 24%. Для среднего медицинского персонала авторитетом в работе не являются: главный врач 45,1%, коллеги 31%, старшая медсестра 30,3%. Выявилось, что главные врачи и старшая медицинская сестра для медицинских работников в целом не выступают авторитетом в работе (См. График 11)

График 10

**Модель взаимоотношений «врач - медицинская сестра» характерная для учреждения**

График 11

**Авторитеты в работе**

Рассмотрим место трудового капитала в иерархии жизненных ценностей респондентов. Среди важных ценностей в порядке убывания названы следующие: хорошее здоровье 93,9%, семья, материальное благополучие и достаток 87,2%, дети, внуки 86,8%, уважение окружающих 71,5%, покой и отдых 70,3%, полезность людям 69,7%, общение с людьми 66,8%, независимость в жизни 63,7%, осознание чувства выполненного долга 63,3%, возможность повышения квалификации 55,2%, интересный досуг 54,6%. возможность повышения образования 47,9%, перспективная карьера 35,1%, общественная работа 22,5%. (См. прил. График 9)

Среди важных ценностей врачей отмечены: хорошее здоровье 94,7%, семья, дети, внуки 90,1%, материальное благополучие и достаток 87,0%, полезность людям 70,5%, уважение окружающих 68,4%, осознание чувства выполненного долга 65,8%, покой, отдых и независимость в жизни 65,5%, общение с людьми 63,0%, возможность повышения квалификации 60,6%, возможность повышения образования 58,9%, интересный досуг 58,5%, перспективная карьера 34,2%, общественная работа 16,6%.

Среди важных ценностей среднего медицинского персонала отмечены: хорошее здоровье 93,5%, материальное благополучие и достаток 87,3%, семья, дети, внуки 85,2%, уважение окружающих 73,8%, покой и отдых 73,2%, полезность людям 69,9%, общение с людьми69,2%, осознание чувства выполненного долга 62,8%, независимость в жизни 62,6%, интересный досуг53,4%, возможность повышения квалификации53,2%, возможность повышения образования 43,1%, перспективная карьера 36,2%, общественная работа 26,3%.

Среди неважных ценностей врачей отмечены: общественная работа 40,8%, перспективная карьера 25,7%, интересный досуг 13,7%, общение с людьми 13,0%, возможность повышения образования 11,6%, уважение окружающих 10,9%,осознание чувства выполненного долга и возможность повышения квалификации 9,9%, полезность людям 9,2%, независимость в жизни 7,0%, покой и отдых 6,7%, материальное благополучие и достаток 2,1%.

Среди неважных ценностей среднего медицинского персонала отмечены: общественная работа 35,3%, перспективная карьера28,0%, возможность повышения образования 22,6%, возможность повышения квалификации 19,4%, интересный досуг 16,9%, осознание чувства выполненного долга 10,1%, независимость в жизни 9,9%, общение с людьми 8,8%, полезность людям 6,9%, уважение окружающих 6,2%, покой и отдых 6,0%, семья, дети, внуки 1,2%, материальное благополучие и достаток и хорошее здоровье 0,5%.

Можно констатировать, по результатам авторского прикладного исследования, среди важных ценностей, выделенных респондентами, присутствуют компоненты, прежде всего, капитала здоровья 93,9%, трудового- материальное благополучие и достаток 87,2%, перспективная карьера 35,1%, возможность повышения квалификации 55,2%. Затем ценности морально-нравственного капитала- уважение окружающих -71,5%, полезность людям 69,7%, осознание чувства выполненного долга- 63,3%; интеллектуально-образовательный капитал- возможность повышения образования -47,9%. В то же время достаточно большое количество опрошенных называют компоненты перспективы карьеры 27,2%, возможность повышения образования 18,9%, возможность повышения квалификации 16,2%, как неважные. Что не способствует повышению трудового и интеллектуально-образовательного капиталов медицинских работников.

Рассмотрим еще одну характеристику трудового капитала медицинских работников - их квалификацию, (27,8%) опрошенных не имеет квалификационную категорию, первую и вторую имеют 17,7% и 8,9% соответственно, в то время как около 43,9% опрошенных имеет высшую квалификационную категорию. (См. прил. График 10)

По профессионально-квалифицированным группам картина следующая. Высшую категорию имеют 32% врачей, первую и вторую 21,5% и 8,8% врачей соответственно. Достаточно много врачей без категории 38,8%. Средний медицинский персонал с высшей категорией 51,1% с 1 и 2 категорией 15,9% и 9%, без 27%.(См. График 12)

При этом напомним, что карьерный рост хотят только 3,2 % врачей, т,е они слабо заинтересованы в вертикальной мобильности.

График 12

**Квалификационная категория респондентов**

Рассмотрим характер мотивации повышения профессиональных знаний и умений медицинских работников в трудовой деятельности. В ходе исследования было выявлено, что побуждающими мотивами для повышения уровня профессиональных знаний и умений по специальности для респондентов является: постоянно возрастающие требования больных к качеству медицинской помощи 42,1% профессиональный долг. (Клятва Гиппократа) 35,6%, сохранение работы 32,5%, повышение зарплаты 26,8%, требования и постоянный контроль за качеством медицинской помощи со стороны руководителя 26,1%, желание приобрести новую специальность 12,4%, повышение социального статуса 11,5%, перспективы повышения в должности 10,9%, возможность дополнительного заработка 8%.Так же менее одного процента респондентов ответили: углубление знаний и их систематизация в поисках решений задач (технологических, стратегических) направлений трудовой деятельностью 0,6%, интерес к специальности 0,4%, быть компетентным 0,5%, самоуважение 0,2%. (См. прил. График 11)

Побуждающими мотивами для повышения уровня профессиональных знаний и умений по специальности для врачей является: постоянно возрастающие требования больных к качеству медицинской помощи 49,3%, профессиональный долг (Клятва Гиппократа) 44%, сохранение работы 26,4%, повышение зарплаты 22,2%, требования и постоянный контроль за качеством медицинской помощи со стороны руководителя 20,8%, повышение социального статуса 13,7%, желание приобрести новую специальность 12,7%, возможность дополнительного заработка 11,3%, перспективы повышения в должности 8,5%, углубление знаний и их систематизация в поисках решений задач (технологических, стратегических) направлений трудовой деятельности 1,4%, интерес к специальности 1,1%, самоуважение и компетентность 0,4%.

При этом побуждающими мотивами для повышения уровня профессиональных знаний и умений по специальности для среднего медицинского персонала следующие: постоянно возрастающие требования больных к качеству медицинской помощи 38,6%, сохранение работы 35,6%, профессиональный долг (Клятва Гиппократа) 31,6%, повышение зарплаты 29,3%, требования и постоянный контроль за качеством медицинской помощи со стороны руководителя 28,9%, желание приобрести новую специальность 12,3%, перспективы повышения в должности 12,2%, повышение социального статуса10,4%, возможность дополнительного заработка 6,3%, самоуважение 0,2% (См. График 13)

График 13

**Мотивы для повышения уровня профессиональных знаний и умений по специальности**

Часть указанных мотивов, наряду с трудовым, характеризует их культурно-нравственный капитал, что и интеллектуально-образовательный капитал составляет их адаптационную характеристику.

Рассматривая ответы респондентов о том, какими качествами должен обладать медицинский работник в первую очередь, мы видим, что прежде всего представлены характеристики трудового и культурно–нравственного капиталов - такие профессиональные качества и навыки, как профессионализм 84,1%, ответственность 59,7%, владение практическими навыками 26,8%, внимательность 23,7%, доброта 21,6%, умение быстро принимать решения, 21%, милосердие 21%, терпение 15,6%, стрессоустойчивость 13,6%, чуткость 8%, доброжелательность 7,5%, коммуникабельность 4,8%, инициативность 1,9%, великодушие 0,2%. (См. прил. График 12) Врачам свойственны следующие характеристики трудового и культурно–нравственного капиталов - такие профессиональные качества и навыки, как: профессионализм 91,2%, ответственность 62%, владение практическими навыками 22,9%, внимательность 21,1%, умение быстро принимать решения 19,7%, доброта 19,4%, милосердие 18,3%, терпение 17,3%, стрессоустойчивость 16,2%, доброжелательность 9,5%, чуткость 6%, коммуникабельность 3,9%, инициативность 1,8%, великодушие 0,4%. Среднему медицинскому персоналу свойственны такие характеристики трудового и культурно–нравственного капиталов - такие профессиональные качества и навыки, как: профессионализм 80,8%, ответственность 58,7%, владение практическими навыками 28,9%, внимательность 25%, доброта 22,8%, милосердие 22,4%, умение быстро принимать решения 21,7%, терпение 14,8%, стрессоустойчивость 12,3%, чуткость 9%, доброжелательность 6,5%, коммуникабельность 5,3%, инициативность 1,9%, великодушие 0,2%. (См. График 14)

График 14

**Самые важные качества медицинского работника**

Рассмотрим интегральную характеристику человеческого капитала медицинских работников - социальное самочувствие, удовлетворенность жизнью. Врачи оценили его на отлично 0,7%, хорошо 6,3%, удовлетворительно 42,6%, не удовлетворительно 38,4%, затрудняюсь ответить 11,3%. Средний медицинский персонал на: отлично 1,4%, хорошо 4,1%, удовлетворительно 42,2%, не удовлетворительно 40%, затрудняюсь ответить 12%. (См. График 15)

График 15

**Удовлетворенность жизнью медицинских работников в Республике Татарстан**

Отвечая на вопрос: «Вы счастливый человек?» Скорее счастливый, чем не счастливый отметили 46,2%, счастливых респондентов 33,8%, скорее не счастливый, чем счастливый 4,7%, не счастливый 1,8%, затрудняются с ответом 13,4%. (См. прил. График 13). Среди Врачей: скорее счастливы, чем не счастливы 50,7%, счастливы 29,9%, скорее не счастливы, чем счастливы3,2%, не счастливый 2,8%. При этом средний медицинский персонал ответили следующим образом: скорее счастливы, чем не счастливы 44,1%, счастливы 35,8%, скорее не счастливы, чем счастливы 5,5%, не счастливы 1,2%. (См. График 16).

График 16

**Насколько счастливы медицинские работники**

Итак, трудовой капитал выступает детерминантой человеческого капитала медицинских работников. В современных условиях согласно авторским исследованиям, в социально-квалификационной группе врачей он представлен консервативным типом врачей профессионалов, мотивацию труда которых определяет, прежде всего, возможность заработать деньги и гарантия занятости. Группу среднего медицинского персонала можно определить как прагматиков, мотивация труда которых так же направлена на зарплату и их характеризует избегательная модель трудового поведения с экономией ресурсов и стремлением не брать на себя ответственность.

Человеческий капитал медицинских работников при ведущей роли трудового, так же охватывает связанные с ним интеллектуально-образовательный, культурно-нравственный и капитал здоровья.

Компоненты видов человеческого капитала медицинских работников переплетаются и в теории, и на практике. Так, составляющие трудового и интелектуально-образовательного капитала, благодаря особой направленности деятельности, общности интересов, особенностей психологического склада, связанны с выработанными у субъектов медицинской профессии особыми нормами поведения, нравственными ценностями, составляющими медицинскую профессиональную мораль, как основу культурно-нравственного капитала медицинских работников. Он охватывают такие ценности, нормы людей: как долг, совесть, милосердие.

Интеллектуально - образовательный капитал медицинских работников составляют специальные медицинские знания и методы, которыми врач оперируют в своей работе. Это профессиональные навыки, умения, опыт. Его особенностью выступает клиническое мышление.

Это та интеллектуальная, логическая деятельность, благодаря которой врач находит особенности, характерные для данного патологического процесса у пациента. В клиническом мышлении врача всегда имеются элементы специфически личностного, сугубо индивидуального характера, причем проявление, реализация личного начала выступают сугубо качественным показателем мышления. Клиническим мышлением раскрываются такие стороны патологии, которые никакими средствами нельзя раскрыть в эксперименте.

Клиническое мышление медицинского работника, непосредственное наблюдение за больным, позволяет ему глубже понять многие особенности заболевания и избежать подстерегающих познание опасностей [[95]](#footnote-95).

Продолжая наше исследование, необходимо остановиться на особых характеристиках культурно-нравственного капитала, способствующих формированию социальной группы медицинских работников как целостного организма, обладающего характерными чертами, присущими только этой социально-экономической группе.

Характеристик культурно-нравственного капитала медицинских работников, охватывающих традиции чести и престижа профессии, особые нормы и моральные качества, специфику устной и письменной речи, навыки коммуникации, самоконтроля и эмоциональной устойчивости, достаточно много. Например, с самого начала формирования своей социальной группы медицинские работники как бы заботятся о ее корпоративности, связанной с такими навыками общения как большая осторожность в отношении самого ценного для человека, его здоровья и жизни. Этой цели служат врачебные клятвы, как свод профессиональных норм и моральных качеств, которые ограничивали, в определенной мере, проникновение посторонних в члены группы, способствовали их идентификации.

К культурному капиталу медицинских работников относятся эмблемы и своеобразные символы, присущие только медицинской сфере, которые также сложились исторически. Они обозначают сферы влияния медицины и ее гуманистический характер. Также представители медицинской деятельности ассоциируются с людьми в белых халатах.

Таким образом, физический облик своих членов социальная группа формирует, применяя белый цвет, который издавна используется как символ чистоты и святости врачебной профессии.

Культурно-нравственым капиталом профессиональной медицинской общности, выступает наличие профессионального языка. Особая экономическая жизнь, совокупная трудовая деятельность вызвали необходимость у медицинских работников в процессе исторического развития, сформировать свой язык, который порождает в свою очередь профессиональную сплоченность, формирует чувство профессиональной связи, сопричастность к общему делу.

Профессиональный язык медиков социально обусловлен. Он возникает в результате появления медицинской профессии и вызван потребностью субъектов медицинской деятельности в коммуникативном общении, во взаимном обмене и передаче логического содержания информации[[96]](#footnote-96). В ходе исторического процесса с усложнением медицинской практики усложнялся язык, его словарный запас постоянно пополнялся. Медицинский профессиональный язык имеет ряд особенностей, которые обусловлены спецификой медицинской деятельности, особенностями развития медицинской науки, влиянием на его становление латинского языка, который до XVII века был признанным языком медицинской науки.

В силу своей специфики медицинская деятельность формирует определенный тип профессионального мышления, результаты которого закрепляются в словах, предложенных с помощью языка.

Итак, что компоненты трудового, интеллектуально образовательного и культурно-нравственных капиталов медицинских работников связаны между собой.

Качество человеческого капитала медицинских работников выступает основной из проблем при оказании современной медицинской помощи. Необходимо проанализировать: насколько неудовлетворенность трудом влияет на их отношение к выбору профессии в целом.

Несмотря на большое количество не удовлетворенных выбранной профессией, уровнем образования удовлетворены в полном объеме более (72%) опрошенных. Однако сам по себе тот или иной уровень образования еще не является гарантией достижения определенных социальных или профессиональных целей. Многое зависит от возможности эффективного использования полученного образования. (См. прил. График 14)

При этом, большинство (81%) врачей и (68%) среднего медицинского персонала довольны уровнем полученного образования, недовольные лишь8,8% врачей и в два раза больше недовольных (16,6%) респондентов среднего медицинского персонала. (См. График 17)

График 17

**Удовлетворенность полученным уровнем образования**

Важную часть интеллектуально-образовательного капитала составляет повышение квалификации. Так, регулярно их проходят 100% опрошенных медработников более 70% опрошенных респондентов отмечают, тот факт, что курсы повышения квалификации принесли определенную пользу. Хотя почти четверть считают, что мероприятия не отразилось на их профессиональной деятельности или затрудняются ответить по этому вопросу (14,4% и 9,6% соответственно). (См. прил. График 15)

Врачи считают, что курсов повышения квалификации оказались полезными, и разрешили для себя несколько профессиональных задач 53,2%, польза в них была, но незначительная считают 27,8% респондентов, эти мероприятия никак не отразились на моей профессиональной деятельности 10,2%. Для среднего медицинский персонал они оказались полезными, и при этом разрешили для себя несколько профессиональных задач 36%, польза в них была, но незначительная 33,3%, эти мероприятия никак не отразились на моей профессиональной деятельности для 16,6% респондентов. (См. График 18)

График 18

**Полезность курсов повышения квалификации**

Большинство респондентов (67,7%) не видят никаких трудностей при получении или подтверждении квалификационной категории, но (24%) считают, что трудности есть, и прежде всего следующие: написания отчета 13,4%, высокие требования управления здравоохранения 11,4%, финансовые трудности 8,7%, не позволяет время 8,4%, отсутствие тестов для подготовки 5,3%, семейные обстоятельства 3,2%, не позволяет образование 1,5%. Так же были ответы такие как: не позволяет должность, междисциплинарность должностных функций, далеко ездить на занятие (затраты транспортных услуг), много бумажной волокиты, плохое отношение к врачам главного специалиста МЗ РТ, не соответствие приказов, разница тестовых ответов «Мед. лит-ра», не позволяет здоровье (См. прил. График 16 При этом большинство врачей (58,5%) не видят никаких трудностей при получении или подтверждении квалификационной категории, но (33,1%) считают, что трудности есть. Средний медицинский персонал отмечает, что (72,3%) не видят никаких трудностей при получении или подтверждении квалификационной категории, но (19,6%) считают, что трудности есть. (См. График 19)

График 19

**Трудности при подтверждении или получении категории**

Основные проблемы в подтверждении квалификационной категории врачей следующие: трудности написания отчета 13,4%, высокие требования управления здравоохранения 12,3%, отсутствие тестов для подготовки 9,2% , финансовые трудности 7,7%, не позволяет время 12,3%.

Среди среднего медицинского персонала: трудности написания отчета 13,4%, высокие требования управления здравоохранения 10,9% трудности 9,2%, не позволяет время 6,5%.(См. График 20)

График 20

**Основные проблемы в подтверждении квалификационной категории**

Оценивая эффективность курсов респонденты отмечают, тот факт, что курсы были бы продуктивнее если бы проходили с отрывом от работы, не было бы стрессовых факторов, таких как например экзамен, более высококвалифицированный преподавательский состав и наличие учебной литературы, а также доброжелательная атмосфера, возможность стажировки и проведение практических занятий.

Респонденты уверены, что курсы повышения квалификации будут наиболее эффективными при условии, что учеба будет проходить с отрывом от производства 54,9%, отсутствие экзамена, как стрессового фактора 41,5%, высокая квалификация преподавателей 19%, обеспечение учебной литературой 17%, проведение практических занятий 16,3%, доброжелательная атмосфера 13,8%, возможности стажировки 10,9%, увеличение срока обучения с 1 до 1,5 месяцев 7%, организация дополнительных занятий 3,9%, выезд в город Москву или Санкт-Петербург 0,2%, стажировка в других странах 0,1%, интерактивное обучение 0,1%, хорошая материальная база (обеспечение литературой в интернете с пособиями 0,1%, доступный среднему медицинскому персоналу язык и темы, и уровень лекций 0,1%. (См. прил. График 17) Врачи отметили, что курсы повышения квалификации будут наиболее эффективными при условии, что учеба будет проходить с отрывом от производства 54,2%, отсутствие экзамена, как стрессового фактора 37,7%, высокая квалификация преподавателей 31%, проведение практических занятий 20,4%, возможности стажировки 20,1%,доброжелательная атмосфера 19%, обеспечение учебной литературой 17,3%, увеличение срока обучения с 1 до 1,5 месяцев 9,2%, организация дополнительных занятий 4,2%, выезд в город Москву или Санкт-Петербург 0,7%, стажировка в других странах так же интерактивное обучение и хорошая материальная база (обеспечение литературой в интернете с пособиями отметили 0,4%, доступный среднему медицинскому персоналу язык и темы, и уровень лекций 0,2%.

Согласно ответам среднего медицинского персонала, ими было отмечено, что курсы повышения квалификации будут наиболее эффективными при условии, что учеба будет проходить с отрывом от производства 55,4%, отсутствие экзамена, как стрессового фактора 43,6%, обеспечение учебной литературой 16,9%, проведение практических занятий 14,3%, высокая квалификация преподавателей 13,1%, доброжелательная атмосфера 11,3%, возможности стажировки 6,3%, увеличение срока обучения с 1 до 1,5 месяцев 6%, организация дополнительных занятий 3,7%. (См. График 21)

График 21

**Эффективные условия для прохождения курсов повышения квалификации**

Реформирование системы здравоохранения, широкое внедрение результатов научных исследований и современной медицинской техники в практическое здравоохранение сегодня предъявляют высокие требования к компетенции и профессиональной пригодности работников здравоохранения, вследствие этого одним из важнейших направлений программы является совершенствование всех форм последипломного образования.

Важной частью интеллектуально-образовательного капитала медицинских работников является их самообразование. Согласно ответам повышают свой профессиональный уровень самостоятельно 49,2%, скорее повышают, чем нет 27,9%, скорее не повышают свой профессиональный уровень, чем повышают 11,1% респондентов, не повышают 6,4%. ( См. прил. График 18) Врачи отметили, что : повышают свой профессиональный уровень самостоятельно 65,5%, скорее да, чем нет 26,1%, скорее не повышают, чем повышают 5,3%, не повышают свой профессиональный уровень 1,4%. Среди среднего медицинского персонала**:** повышают свой профессиональный уровень самостоятельно41,3%, скорее повышают, чем не повышают 28,9%, скорее не повышают свой профессиональный уровень, чем повышают 14,1%, не повышают 9%.(См. График 22)

График 22

**Самостоятельное повышение профессионального уровня**

Опрошенные называют такие, применимые ими способы, кроме обязательных курсов, повышения квалификации: с помощью чтения периодической литературы (47,8%), просмотра медицинских статей (39,7%), просмотра медицинских телепередач (33,5%), посещения и участия в семинарах и конференциях (25,6%), проведения санпросвет работы (15,6%), нет времени на самостоятельное повышение квалификации 4,6%. Так же менее одного процента респондентов ответили: участие в платных учебах 0,2%, профессиональное общение с коллегами профессионалами 0,2%, чтение специальных медицинских книг купленных самостоятельно 0,1% , информация из интернета 0,1%. (См. прил. График 19)

Среди врачей и среднего медицинского персонала картина самообразованием и наращиванием интеллектуально-образовательского капитала следующее: хорошие показатели у врачей занимают чтение периодической литературы 65,8%, просмотра медицинских статей и других изданий через интернет 57,7%, посещение и участие в конференциях и семинарах 49,6%, просмотр медицинских передач по телевизору 20,8%. В то время очень низкие показатели: участие в платных учебах 0,4%, профессиональное общение с коллегами профессионалами 0,4%, информация из интернета 0,4%, что мешает серьезному росту интеллектуального капитала врачей. (См. График 23)

График 23

**Способы повышения профессионального уровня**

Важнейшей частью интеллектуально-образовательного капитала медицинских работников является их участие в инновациях. Средний медицинский персонал за новейшими достижениями в медицинской науке и практике: следят по возможности 60,1%, следят по необходимости 19,2%, следят постоянно и широко использую в своей работе 14,4%, вполне хватает «старого багажа» 4,1% (См. прил. График 20.) Так, новейшими достижениями в медицинской науке и практике врачи: следят по возможности 61,6%, следят постоянно и широко использую в своей работе 23,2%, следят по необходимости 12,3%, вполне хватает «старого багажа» 2,1%. При этом, за новейшими достижениями в медицинской науке и практике средний медицинский персонал: следят по возможности 59,6%, следят постоянно и широко использую в своей работе 10,1%, следят по необходимости 22,8%, вполне хватает «старого багажа» 5,1%. (См. График 24)

Следовательно, реально участвующих в инновациях очень мало и есть те, кто всем доволен и им хватает старого багажа и реально мало участвующих, у которых произошел переход к применению инноваций на практике.

График 24

**Как следят за новейшими достижениями в медицинской науке и практике медицинские работники**

Таким образом, анализируя ряд вопросов, касающихся состояния трудового, интеллектуально-образовательного капитала медицинских работников мы видим, что они связаны между собой. Интеллектуальный в основном приставлен регулярными обязательными практическими курсами повышения квалификации, которые в целом одобряются респондентами, но он и слабо влияют на трудовой капитал, так как их прохождение не всегда влияет на зарплату и материальный уровень медицинского работника.

Материальный уровень после повышения квалификации повысился у 17,2%, скорее повысился материальный уровень, чем нет 16,5%, не повысился 32,9%, и скорее не повысился у 18,4%. (См. прил. График 21)

Материальный уровень врачей после повышения квалификации повысился у 14,1%, скорее повысился материальный уровень, чем нет 17,6%, не повысился 37%, и скорее не повысился у 16,5%. Среди среднего медицинского персонала: Материальный уровень после повышения квалификации повысился у 18,7%, скорее повысился материальный уровень, чем нет 16%, не повысился 31%, и скорее не повысился у 19,4%. (См. График 25)

График 25

**Повышения материального уровня после повышения квалификации**

Как было отмечено, самообразование выступает важнейшим компонентом интеллектуального капитала медицинского работника. Так на сегодня выписывают медицинские издания (журналы, газеты и т.д.) только 8,8% , хотя выписывали раньше 30,2%. (См. прил. График 22)

Отличия по врачам и среднему медицинскому персоналу следующие:, среди врачей выписывают сейчас медицинские изданий респондентов (журналы и газеты) 16,5%, среди среднего медицинского персонала 5,1%. Не выписывают среди врачей 47,5, среди среднего медицинского персонала 65,6%. Выписывали раньше медицинские изданий (журналы и газеты) среди врачей 37,3% среди среднего медицинского персонала 26,8% (См. График 26)

График 26

**Выписываемые медицинские изданий респондентов (журналы и газеты)**

Мы выяснили, что наиболее предпочтительны среди них медицинские издания (журналы, газеты): журнал «Здоровье», «Медицинский вестник» 0,6%, далее на втором месте: Медицина (Медицинская газета), «Психиатрия», «ЗОЖ», журнал «Главная медсестра», «Старшая медсестра» 0,2%. Следующие издания представлены в ответах, но очень малым процентом: «Гигиена и санитария», «Неврологический вестник», Зарубежные журналы, «Заместитель главного врача», «Терапевтический архив», «Мед сестра», «Эксперимент и клиническая гастраэнтерология», «Сестринское дело», пользуюсь интернетом, газета «Медфарм», «Вестник Татарстана», журнал «Лабораторное дело», книги и иллюстрации, атласы по специальной диагностике. (См. прил. График 23)

Выяснилось, что корпоративные традиции в коллективе существуют у большинства опрошенных.Культурно-нравственный капитал медицинских работников составляют соблюдение ими нормы и традиции. Так об их существовании говорят 64,6%, об их отсутствии 12,2%, об их эпизодичности 21,8%. (См. прил. График 24)

Соблюдение традиций среди врачей составляет 63,4%, у среднего медицинского персонала 65,4% %.(См. График 27)

График 27

**Корпоративные традиции медицинских работников**

Корпоративные традиции, отмечающиеся респондентами в коллективе: Новый год 65,9%, профессиональный праздник 60%, Дни рождения 33,3%, 8 марта 30,4%, 23 февраля 17%. (См. прил. График 25) Среди Врачей: отмечаете новый год 50,4%, профессиональный праздник 44,4%, празднуете дни рождения 23,2%, 8 марта 18,3%. 23 февраля 4,6%. Согласно ответам среднего медицинского персонала, они: отмечают новый год 53,1%, профессиональный праздник 47,3%, празднуете Дни рождения17,6%, 8 марта15,9%, 23 февраля2,5%. (См. График 28)

График 28

**Корпоративные традиции медицинских работников**

Капитал здоровья медицинских работников составляет общая работоспособность, степень заболеваемости и нетрудоспособности. Согласно авторским данным, он может оцениваться как удовлетворительный 37,7% и хороший 37,2%. Абсолютно здоровы 10,2%, больны 10,4%. (См. прил. График 26) На здоровье влияют: нервно- эмоциональные перегрузки -78,7%, воздействие биологических и химических факторов -44,2%, низкий уровень дохода -41,9%, отсутствие полноценного отдыха после работы -30,5%, плохие жилищные условия -11,3%. В свободное время занимаются спортом только 9,3% медицинских работников. (См. прил. График 27)

У врачей и среднего медицинского персонала по оценке состояния своего здоровья следующая: врачи отметили, что хорошее 41,2%, удовлетворительное 34,5%, больны 9,2%, отличное (здоров) всего лишь 8,1%, очень плохое (серьезно болен) отметили 3,2%. Среднего медицинского персонала отметил состояние здоровья как: удовлетворительное 39,5%, хорошее 35,3%, отличное (здоров) всего лишь 10,9%, плохое (больны) 7,1%, очень плохое (серьезно болен) отметили 2,5%.(См. График 29)

График 29

**Оценка состояния здоровья по 5 бальной шкале(5-полностью здоров, 1-серьезно болен)**

В ходе исследования выявилось, насколько доверяют медицинские работники каждому из следующих институтов и групп. Медицинские работники отметили, что Минздраву Республики Татарстан доверяют 17,5%, не доверяют 29,3%, Горздраву Республики Татарстан доверяют 12,1%, не доверяют 28%, ОМС доверяют 13,4%, не доверяют 27,2%, главному врачу ЛПУ доверяют 39,5%, не доверяют 14,8%, заведующему отделением доверяю 55,9%, не доверяют 10,8%, главной медсестре доверяют 45,1%, не доверяю 12,5%. (См. прил. График 28)

Если рассматривать деятельность респондентов в свободное время, как потенциал их человеческого капитала, то можно отметить, что большинство респондентов в свободное время занимаются домашним хозяйством 78,4%, занимаются с детьми, внуками 45,9%, работают на приусадебном, дачном участке 35,9%, смотрят телевизор 34,8%, встречаются с друзьями 30,7%, читают газеты и журналы 28,1%, просто отдыхают и спят 26,3%, читают книги 25,7%, занимаются любимым делом 21,1%, ходят гулять 15,9%, ходить по магазинам 13,5%, занимаются своим здоровьем, лечатся 12,7%, слушают музыку 12,1%, ходят в театры и на концерты 11,3%, ходят в лес за грибами, ягодами, на рыбалку, охоту 10,4%, общаются по телефону 10,1%, ездят отдыхать и путешествовать 10,1%, ходят в гости 9,7%, занимаются спортом 9,4%, ходят в кино 7,5%, ходят в церковь 5,1%. Так же незначительное количество респондентов отметили: ходят в рестораны и кафе 3%, ходят в музеи и на выставки 3%, ходят в мечеть 2,6%, участвуют в работе общественных организаций 1,5%, занимаются самодеятельностью (хор, танцы, театр) 0,5%, доделывают дома бумажную работу и документацию, которую не успели закончить на работе, занимаются рукоделием и общаются в интернете 0,2%, учат английский и сидят за компьютером 0,1%. (См. прил. График 29)

Врачи в свободное время: занимаются домашним хозяйством 70,1%, занимаются с детьми, внуками 44,4%, работают на приусадебном, дачном участке 39,4%, читают книги 36,6%, встречаются с друзьями 32,7%, читают газеты, журналы 31,3%, смотрят телевизор 30,3%, просто отдыхают, спят 22,5%, занимаются любимым делом 20,8%, занимаются своим здоровьем, лечатся 17,6%, ездят отдыхать, путешествуют 16,2%, занимаются спортом и ходят гулять 14,4%, ходят в лес, за грибами, ягодами, на рыбалку, охоту13,4%, ходят в театры, на концерты 13,4%, ходят в гости 11,3%, ходят в кино, по магазинам 9,5%, слушают музыку 9,2%, общаются по телефону8,8%, ходят в церковь 4,6%, ходят в рестораны, кафе в музеи, на выставки 4,2%, ходят в мечеть2,8%, участвуют в работе общественных организаций 2,1%, занимаются самодеятельностью (хор, танцы, театр) 0,7%, доделываю дома бумажную работу, документацию, так как на работе не успевают доделать 0,4% учат английский 0,4%.

Средний медицинский персонал называли, что в свободное время: занимаются домашним хозяйством82,5%, занимаются с детьми, внуками46,6%, смотрят телевизор37,1%, работают на приусадебном, дачном участке34,1%, встречаются с друзьями 29,6%, просто отдыхают, спят 28,2%, читают газеты, журналы 26,4%, занимаются любимым делом 21,3%, читают книги 20,2%, ходят гулять16,6% , ходят по магазинам 15,5%, слушают музыку 13,6%, общаюсь по телефону 10,7%, хожу в театры, на концерты 10,2%, занимаются своим здоровьем, лечатся 10,2%, ходят в гости 8,9%, в лес, за грибами, ягодами, на рыбалку, охоту 8,9%, ездят отдыхать, путешествовать 7%, занимаются спортом 6,8%, ходят в кино 6,1%, ходят в церковь 5,4%, ходят в мечеть 2,5%, ходят в рестораны, кафе 2,3%, ходят в музеи, на выставки 2,3%, участвуют в работе общественных организаций 1,3%, рукоделием занимаются 0,4%, занимаются самодеятельностью (хор, танцы, театр) 0,4%. (См. График 30)

График 30

**Занятия респондентов в свободное время**

Из ответов видно, что компонент трудового и интелектуально-образовательного капиталов пополняют слабо, так 0,2% доделывают дома бумажную работу и документацию, которую не успели закончить на работе, занимаются рукоделием и общаются в интернете 0,2%, учат английский и сидят за компьютером 0,1%. Несколько лучше представлены капитал здоровья (занимаются своим здоровьем 12,7%, лечатся 12,7%; занимаются спортом 9,4%); культурно-нравственный капитал (ходят в кино 7,5%, церковь5,1, мечеть 2,6% и т.д)

Завершая рассмотрение компонентов человеческого капитала медицинских работников, его видов, представленных в результатах авторского прикладного исследования, проанализируем его такую интегральную характеристику, как удовлетворенность различными сторонами жизни.

Так медицинские работники наиболее удовлетворены: трудовой квалификацией 69,9%, взаимоотношениями с коллегами 69%, занятиями хобби 65,2%, состоянием здоровья 65%, общением с друзьями 63,5%, карьерой 61,7%, качеством питания 60,6%, взаимоотношениями в семье 59,7%, уровнем образования 59%, посещением развлекательных мероприятий 56,6%, посещением кино и театров 56%, комфортом жилища 53%, обеспеченностью жильем 49,4%, доступностью отдыха 45%, услугами органов образования 43,9%.

Не довольны в целом: уровнем реальных доходов 51,3%, качеством сферы обслуживания 49%, качеством окружающей среды 46,2%, количеством стрессовых состояний 45,7%, физической безопасностью 44,7%, услугами органов образования 43%, качеством питьевой воды 42,7%.

Завершая теоретический и эмпирический анализ содержания человеческого капитала медицинских работников и особенностей формирования его видов, отметим следующее.

1.Основываясь на разграничении групп способностей и сфер жизни необходимо выделить трудовой, культурно- нравственный, интеллектуально- образовательный и капитал здоровья медицинских работников как особой социально- экономической группы современного общества. В теории и на практике проявления видов человеческого капитала связаны между собой, так как охватывают родственные смысловые характеристики. Особенностью формирования человеческого капитала медицинских работников в современных условиях является то, что на сегодня наиболее сформированы и выражены компоненты трудового и морально- нравственного капиталов.

2.Трудовой капитал выступает детерминантой человеческого капитала медицинских работников. В его структуру входят: характер и содержание труда, престиж профессии, квалификация, трудовой опыт, стаж, мотивация труда, оплата и удовлетворенность трудом. Согласно результатам авторского исследования, около половины медицинских работников считают свою профессию престижной. Ею удовлетворены, в той или иной степени, 65%. Высшую категорию имеют 43,9%. Среди причин неудовлетворенности названа, прежде всего, низкая зарплата, затем стрессы, неудовлетворительные условия труда, напряженность в работе. На мотивацию труда в основном влияют профессиональный долг, стремление сохранить работу, повысить зарплату. Работают дополнительно к основному месту работы 35,9%. Культурно- нравственный капитал медицинских работников охватывает такие ценности, нормы, модели поведения, как внимательность -23,7%, доброта -21,6%, милосердие -21,0%, терпение -15,6%, стрессоустойчивость -13,6%.

3.Специфику мотивации труда врачей в современных условиях согласно авторским исследованиям, составляет стремление прежде всего заработать деньги и гарантия занятости, что позволяет их определить преимущественно как консерваторов профессионалов; среди среднего медицинского персонала в качестве основной представлена мотивации труда, направленная также на заработную плату и избегательное поведение характеризующееся экономией ресурсов и стремлением не брать на себя ответственности, что позволяет их определить как прагматиков.

4. В становлении интеллектуально- образовательного и капитала здоровья, согласно авторским следованиям, есть значительные резервы, как на федеральном, так и на региональном уровне. Структуру характеристик интеллектуально- образовательного капитала медицинских работников составляет их уровень образования, самообразования, специфика профессионального мышления, инновационные навыки, владение интернетом, профессиональным и иностранным языком. Так, слабым местом, согласно прикладным исследованиям, является отсутствие в рамках повышения квалификации и самообразования возможности профессионального общения с коллегами- профессионалами в регионе, Российской Федерации или в ведущих профильных зарубежных центрах; участия в платных учебах; разностороннего применения возможностей Интернета и других современных коммуникаций в работе. Например, английский язык изучают в свободное от работы время только 0,1%.

5. Капитал здоровья медицинских работников составляет общая работоспособность, степень заболеваемости и нетрудоспособности. Согласно авторским данным, он может оцениваться как удовлетворительный 37,7% и хороший 37,2%. Абсолютно здоровы 10,2%, больны 10,4%. На здоровье влияют: нервно- эмоциональные перегрузки -78,7%, воздействие биологических и химических факторов -44,2%, низкий уровень дохода -41,9%, отсутствие полноценного отдыха после работы -30,5%, плохие жилищные условия -11,3%. В свободное время занимаются спортом только 9,3% медицинских работников.

Опираясь на теоретические подходы и результаты прикладных авторских исследований, выделим ряд приоритетных направлений совершенствования человеческого капитала медицинских работников на региональном уровне.

1.Внедрение в медицинских учреждениях республики скоординированных программ планирования карьеры и ротации кадров, включающих:

- разработку стандартизированных требований к каждой должности, перечня профессионально- квалификационных компетенций;

-реализацию специальной системы ротации кадров через обучение сотрудников дополнительным функциям и профессиональным навыкам, выдвижение способных сотрудников на должности руководителей среднего звена.

2. Осуществление дополнительного профессионального обучения по следующим направлениям:

- общая и специальная компьютерная подготовка, навыки профессиональной работы с Интернетом;

- использование специального медицинского оборудования (томографы, УЗИ и т.д.);

- внутренние профильные конференции по обмену опытом;

Всероссийские и международные стажировки призеров внутренних конференций, разрабатывающих инновационные приемы и методы лечения;

- курсы изучения разговорного и профессионального английского языка;

- курсы психологии общения в рамках профессии, правовой грамотности в сфере медицинских услуг.

3. Разработка и применение инновационной системы материального и нематериального стимулирования труда и трудовой активности работников:

- проведение в рамках материального стимулирования аттестации персонала 2 раза в год; сочетание, в качестве выплат, зарплаты, надбавки за стаж, существенной надбавки за квалификацию (по итогам аттестации), премии за работу подразделения и организации в целом;

- применение в рамках нематериального стимулирования поощрения возможностью дополнительного профессионального обучения, условиями активной исследовательской работы, выделением дополнительного свободного времени для отдыха, делегированием полномочий, внесением в кадровый резерв, организацией мероприятий для сотрудников, укрепляющих сплоченность и корпоративную культуру организации.

4. Обеспечение охраны труда и здоровья медицинских работников:

- проведение диспансеризации, профилактика профессиональных заболеваний;

- расширение занятий физкультурой и спортом на объектах универсиады;

- обеспечение доступного санаторно- курортного лечения и отдыха работников отрасли.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При совершенствовании программ, регламентирующих реформу здравоохранения Республики Татарстан, нужно учитывать необходимость совершенствования человеческого капитала медицинских работников. Именно улучшение социального самочувствия и повышение качества жизни этого важного социально- профессионального слоя будет способствовать эффективности социально-экономических реформ в целом и повышению удовлетворенности населения ролью института здравоохранения в формировании его качества жизни на федеральном и региональном уровне.

В заключении, опираясь на результаты авторских прикладных исследований, выделим содержание и особенности человеческого капитала медицинских работников, отметим его болевые точки и проблемы.

В структуру трудового капитала медицинских работников входят: характер и содержание труда, престиж профессии, квалификация, трудовой опыт, стаж, мотивация труда, оплата и удовлетворенность трудом. Согласно результатам авторского исследования, около половины медицинских работников считают свою профессию престижной. Ею удовлетворены, в той или иной степени, 65%. Высшую категорию имеют 43,9%. Среди причин неудовлетворенности названа, прежде всего, низкая зарплата, затем стрессы, неудовлетворительные условия труда, напряженность в работе. На мотивацию труда в основном влияют профессиональный долг, стремление сохранить работу, повысить зарплату. Работают дополнительно к основному месту работы 35,9%.

Культурно- нравственный капитал медицинских работников охватывает такие ценности, нормы, модели поведения, как внимательность -23,7%, доброта -21,6%, милосердие -21,0%, терпение -15,6%, стрессоустойчивость -13,6%. Эти, выявленные в результате авторского исследования составляющие, на практике реализуют сущность феномена корпоративной культуры медицинских работников, закрепленную в «Клятве Гиппократа». Согласно ответам, соблюдают корпоративные традиции 64,6%, нет 12,2%, эпизодически 21,8%.

В становлении интеллектуально- образовательного и капитала здоровья, согласно авторским следованиям, есть значительные резервы, как на федеральном, так и на региональном уровне. Структуру характеристик интеллектуально- образовательного капитала медицинских работников составляет их уровень образования, самообразования, специфика профессионального мышления, инновационные навыки, владение интернетом, профессиональным и иностранным языком. Так, слабым местом, согласно прикладным исследованиям, является отсутствие в рамках повышения квалификации и самообразования возможности профессионального общения с коллегами- профессионалами в регионе, Российской Федерации или в ведущих профильных зарубежных центрах; участия в платных учебах; разностороннего применения возможностей Интернета и других современных коммуникаций в работе. Например, английский язык изучают в свободное от работы время только 0,1%.

Капитал здоровья медицинских работников составляет общая работоспособность, степень заболеваемости и нетрудоспособности. Согласно авторским данным, он может оцениваться как удовлетворительный 37,7% и хороший 37,2%. Абсолютно здоровы 10,2%, больны 10,4%. На здоровье влияют: нервно- эмоциональные перегрузки -78,7%, воздействие биологических и химических факторов -44,2%, низкий уровень дохода -41,9%, отсутствие полноценного отдыха после работы -30,5%, плохие жилищные условия -11,3%. В свободное время занимаются спортом только 9,3% медицинских работников.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**Монографии и периодические издания**

1. Александрова Д.Н., Медицинские работники в социальной структуре российского общества в условиях его перехода к рыночным отношениям (на материалах Республики Бурятия) : дис. . канд. социол. наук : 22.00.04. / Бурят. гос. ун-т. - Улан-Удэ[Текст]/ Д.Н. Александрова /- Улан-Удэ,2006. – 148 с.
2. Алексеев П.А. Наша медицина переходит на качественно иной уровень. Новые перспективы Национального проекта «Здравоохранение» Медицинская газета, № 28 от 18 июля 2018 г. http://www.mgzt.ru/nasha-meditsina-perekhodit-na-kachestvenno-inoi-uroven-2
3. Аникин В.А. Социально - профессиональная структура России: методология и тенденции//Профессиональные группы в современном обществе: динамика и трансформация. − М. Ин - т социологии РАН. 2009. С. 94 - 113.
4. Бастракова Е.Г. Профессиональное становление личности медицинского работника среднего звена: Автореф. дис... канд. психол. Наук: Калуга, 2003.;
5. Билибин, А.Ф., Церегородцев, Г.И. О клиническом мышлении (философско-деонтологический очерк) [Текст] / А.Ф. Билибин, Г.И. Царегородцев.-М.:Медицина.,1986.-С.18-19
6. Бочаров В.Ю., Васькина Ю.В. Сравнительный анализ уровня жизни медицинских и педагогических работников в ходе реализации национальных проектов// Журнал исследований социальной политики, Т. 6, № 3. 2008. С. 339 -356
7. Бураншина, Н.А. Человеческий капитал муниципального образования: понятие и структура / Н.А. Бураншина, Н.Л. Иванова /«Вопросы управления».2004
8. Буссе Р., Разберг А. Системы здравоохранения: время перемен. Германии / Р.Буссе, А. Разберг. -Копенгаген, ВОЗ,2004. -232 с.
9. Бутенко Т.В., Саблина Т.А. Типологические особенности трудовой мотивации медицинских сестер Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2011, № 4 С.4
10. Быченко Ю. Г. Социальные процессы формирования человеческого капитала в переходный период: Дисс. ... докт. социол. наук. - Саратов, 2000. - 341 с.
11. Вебер М. Избранные произведения. -М., 1990
12. Гилязова Г. А., Хайруллина Ю. Р. Экономика здорового человека в рамках 4П и 7П медицины // Электронный экономический вестник. – 2017.- № 3. – С. 76-80
13. Добрынин, А.И. Производительные силы человека. Человеческий капитал: формирование, оценка, эффективность использования / А.И. Добрынин, С.А. Дятлов, Е.Д. Цыренова. – СПб.: Наука, 1999. - 309с.
14. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. - М.: Канон, 1996
15. Егоршин А.П. Управление персоналом. / А.П. Егоршин.- Нижний Новгород: НИМБ, 2007. –543с.
16. Заславская Т.И Современное российское общество: проблемы и перспективы. Статья 2 //Общественные науки и современность. - 2004. - №6.-С. 5-18
17. Камашева А.В. Формирование системы стимулирования роста человеческого капитала на примере медицинского центра// Современное искусство экономики.-2011.-C.1-6
18. Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. — М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2009
19. Корнеев Ю.Б Как лечить, когда сами болеем?: Профессиональные болезни мед. работников. Гигиена труда/Медицинская газета.-2002,- 6 декабря.- С.11
20. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников: Монография. - Самара, 1998
21. Кузнецова - Моренко И.Б., Мухарямова Л.М., Петрова Р.Г. К вопросу об исследовании удовлетворенности населения медицинской помощью в условиях реализации национального проекта «Здоровье»//Национальные проекты и реформы 2000 - х годов: модернизация социальной политики/ научная монография под ред. Е.Р. Ярской - Смирновой и М.А.Ворона. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2009. С. 85 - 103
22. Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В. Роль трудовой мотивации врачей в решении приоритетных направлений оптимизации управления кожно-венерологическими учреждениями [Текст] / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг // Вестник дерматологии и венерологии. - 2008. - N 5. - С.5-8
23. Мадьянова В.В. Мотивация профессиональной деятельности врачей-педиатров (по материалам комплексного социологического исследования: Автореф. дис. . канд. социол. наук. — Волгоград, 2003. –С.8
24. Максимова М.Н. Экономический механизм ресурсообеспечения системы социального обслуживания: Монография .– Казань: Изд-во КГУ, 2006. – 308 с.
25. Маркс К . Капитал . Т . 2- й . / Маркс К . // Собр . соч . — М .: 2- я типография « Печатный двор ». 1952. — 643с.
26. Маслоу А.Г. Мотивация и личность / пер. с англ. – 3-е изд. – СПб. : Питер., 2003. –С. 272
27. Михайлова А.В., Попова Л.Н. / Роль компетенции при отборе и найме персонала / Теория управления (43) УЭкС июль 2012., с. 37-45
28. Мишакин Т.С. Основные подходы к повышению эффективности функционирования системы здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Республики Татарстан) // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6
29. Мишакин Т.С. Совершенствование управления региональной системой здравоохранения в условиях ее модернизации (на примере Республики Татарстан): монография. – Germany: LAP-LAMBERT Academic Publishing GmbH&CoKG, 2011. – С.140
30. Мунаев Р.В. Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04. M., 2008
31. Мухарямова Л.М., Кузнецова - Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий // Журнал исследований социальной политики. Т. 6. No 4. 2008. С. 483 -504
32. Нугаев М.А. Трудовая активность рабочего класса в развитом социалистическом обществе (теоретико-методологический аспект) -Казань: Изд-воКГУ, 1975.-294 с.
33. Парсонс Т. О социальных системах. М., 2002
34. Перфилов В.П. Некоторые аспекты формирования трудовой мотивации персонала медицинских учреждений и влияние на нее проводимых реформ [Электронный ресурс]/ Перфилов В.П. // «Современная психология: актуальные проблемы и тенденции развития»: материалы международной заочной научно-практической конференции. (30 октября 2010 г.) .-2010.-Режим лдоступа: http://sibac.info/12072
35. Петти В. Экономические и статистические работы / В . Петти . — М ., 1940. — 324 с.
36. Полежаев К. Л. Мотивация труда врачей крупной многопрофильной больницы [Электронный ресурс]: дис. ... канд. мед. наук / Полежаев К. Л. – М., [2006]. - 260 с. - Режим доступа: локальная сеть СОУНБ им. Белинского, зал ЭИ
37. Прохоренко Н.Ф. Развитие системы мотивации труда врачебного персонала в целях повышения качества врачебной помощи: Автореф. дис. … канд. эконом. наук. Самара, 2008 С.14
38. Радаев В.В. Экономическая социология: учеб. пособие для вузов/ В.В. Радаев; Гос. ун-т Высшая школа экономики. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. - 603 с.
39. Разумовская Е.М. Современные тенденции и проблемы реформирования системы бюджетного страхового здравоохранения / Е.М. Разумовская // Ученые записки Казанского Государственного Университета. – 2009. – № 151. – С. 255– 258
40. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. С.578
41. Решетников, А.В. Социология медицины [Текст] / А.В. Решетиников.-М.:ГОЭТАР-Медиа,2006.-С.87
42. Розенбаум М.Д. Социальный статус медицинского работника//Социол. исслед.., № 3, 1993, С. 36
43. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. — 288 с.
44. Руткевич М.Н. Трансформация социальной структуры российского общества// Социологические исследования. 2004. - №12. - С. 41-42
45. Силкина Т.В. Формирование социального статуса медицинской сестры. Автореф. дис.к.с.н., Волгоград.-2002
46. Смирнов Б.В. , Ткаченко А.В. Методологические основы классификации человеческого капитала // Власть и управление на Востоке России. – Хабаровск: Изд-во ДВАГС, 2009, №4 (49). – с. 119-127
47. Смит А . Исследование о природе и причине богатства народов / А . Смит . – М .: Соцэкизд , 1962. — 684 с.
48. Тихонова Н.Е. Социальная стратификация в современной России. Опыт эмпирического анализа. – М.: Институт социологии РАН, 2007. - 292 с.
49. Томашкевич В.Е. Трудовая активность. М.: Экономика, 1985.- 215 с.;
50. Тощенко Ж.Т. Кентавр-проблема в познавательной и преобразующей деятельности человека // Социологические исследования. -2005. - №6. - С. 3-13
51. Улумбекова, Г. Э. Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан: анализ проблемы и перспективы [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Казанский медицинский журнал. - 2010. - Том 91, N 3. - С. 302.
52. Фаррахов А.З., Шулаев А.В., Хуснуллина Г.Р. и др. Учебно-методическое пособие/Управления здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования г. Казани/ А.З. Фаррахов, А.В. Шулаев, Г.Р. Хуснуллина и др..- Казань,2007.-109 с.
53. Фролова И.И. Медицинские работники со средне-специальным образованием как социально-профессиональная группа (На материалах города Набережные Челны) : Дис. ... канд. социол. наук .-Казань, 2005.- 186 с.
54. Хайруллина Ю. Р., Гилязова Г. А. Роль грантовых программ в академической (образовательной) мобильности молодежи (опыт Республики Татарстан) // Россия и мир: национальная безопасность, вызовы, ответы. ХХ1 Вавиловские чтения: материалы постоянно действующей международной междисциплинарной научной конференции / под общей редакцией профессора. В.П. Шалаева. – Йошкар-Ола: ПГТУ, 2018. – С. 147-151
55. Хайруллина Ю. Р., Гилязова Г. А. Социологические маркетинговые исследования в сфере социального здоровья за рубежом // SOCIO TIME / Социальное время.- 2017 . - № 4 - С. 49-54
56. Хайруллина Ю.Р. Здоровьесберегающее поведение работников промышленных предприятий: методологический аспект // Материалы международной научно–практической конференции Дыльновские чтения «Социологическая диагностика современного общества». - Саратов : Изд- во «Саратовский источник», 2016. – С. 117-119
57. Хайруллина Ю.Р., Гарипова Р.Р. Человеческий капитал региона: проблема стабилизации рождаемости и социального благополучия детей // Научный Татарстан. – 2017. – № 1/ 2. – С. 150-155
58. Чирикова А.Е. Здравоохранение для среднего класса: институты и практики/ / SPERO . No8. 2008. С. 41 – 60
59. Шмидт В. Проблемы и технологии оценки персонала: учебно-методическое пособие/ В. Шмидт–СПб.: Речь, 2008–160с.
60. Ягудин Р.Х., Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективности: дис. … докт. медицин. наук.-Санкт-Петербург, 2014.- 297 с.
61. Becker G. S. Human Capital. Columbia University Press, 1964
62. Bourdieu P. The Forms of Capital // Handbook of Theory and Research for the Sociology of education, edited by J. Richardson. New York: Greenwood, 1986
63. Coleman, J. S. Social capital in the creation of human capital // American Journal of Sociology. – 1988. – N. 94. – Р. 95 – 120
64. Herzberg, F.I. 1987, ‘One more time: How do you motivate employees?’, Harvard Business Review, Sep/Oct87, Vol. 65 Issue 5, P.117; Mayo, Elton. "Revery and Industrial Fatigue." Journal of Personnel Research, Vol.3, No.8 (1924): 233
65. Khayrullina Y. R., Garipova R. R., Arzina A. V. Features of labour capital of medical workers (based on the materials of the Republic of Tatarstan) **//** The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication - 2016.- Special Edition, Acceptance Date: 05.10.2016. –Р.2812-2816
66. Lazear E.D. (1995). Personnel Economics. The MIT Press, Cambridge, London
67. Mitra A., Gupta N., Jenkins Jr. J.D. (1997). «A drop in the bucket: when is a pay raise a pay raise?». Journal of Organizational Behavior, Vol.18, pp. 117–137
68. Shultz T. Human Capital in the International Encyclopedia of the Social Sciences. N.Y., 1968. Vol. 6
69. Walsh, John R. Capital Concept Applied to Man // Q.J.E. – 1935 . – No 2; Fisher Irving. The Nature of Capital and Income. London: Macmillan & Co., 1927

**Документы и материалы**

1. Бюджетный доклад Министерства здравоохранения Республики Татарстан 2010–2012 гг. Архив Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – Казань, 2009. – 34 с.
2. Закон Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991 г. N 1499-I
3. Министерство экономики Республики Татарстан, Деятельность. Система индикативного управления «Выполнение пороговых значений индикаторов оценки уровня жизни населения, социально-экономического положения Республики Татарстан», выполнение за 2016 год http://mert.tatarstan.ru/rus/vipolnenie-za-2016-god.htm
4. Научно-практический комментарий к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. No 326-ФЗ / отв. ред . к.ю.н. Н.В.Путило — М.: Юриспруденция, 2012. — 504 с.
5. Официальный сайт Правительства РФ http://government.ru/news/25714/
6. Порядок реализации мероприятий программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы" и расходования на территории Республики Татарстан средств на указанную программу, утв. постановлением КМ РТ от 31 марта 2011 г. N 245
7. Проект «Дружелюбная поликлиника», Краткое методическое руководство http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub\_970857.pdf
8. Статистика здоровья населения и деятельности учреждений муниципального здравоохранения (по материалам годовых статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений г. Казани за 2003-2006 годы)
9. Закон Российской Федерации от 22.12.92 N 4180-I О трансплантации органов и (или) тканей человека
10. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения" // Информационно-правовая система «Гарант» http://base.garant.ru/70170948/
11. Закон РТ от 22.12.2012 N 87-ЗРТ "О регулировании отдельных ... охраны здоровья граждан в Республике Татарстан
12. Федеральный закон от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О донорстве крови и ее компонентов"
13. Доклады с ДП: «Модернизация городских поликлиник», 26.06.2017 https://www.kzn.ru/meriya/press-tsentr/doklady-s-dp/modernizatsiya-gorodskikh-poliklinik/
14. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10.03.2011 № 179 "Об утверждении программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы.//URL: http://www.kzn.ru/old/upload/wysiwyg/File/UZ/Modernization/2011-03-10\_N179.pdf
15. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 октября 2017 г. № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации» // Информационно-правовая система «Гарант» http://base.garant.ru/71792342/

Приложение

График 1

**Престиж профессии медицинского работника в обществе**

График 2

**Заработная плата позволяет**

График 3

**Хватает ли совокупный заработок для нормально существования**

График 4

**Дополнительная работа медицинских работников**

График 5

**Работают дополнительно (в каких учреждениях)**

График 6

**Желание работать дополнительно (кто дополнительно не работает)**

График 7

**Не хватает медицинскому работнику для профессиональной трудовой деятельности следующих моментов**

График 8

**Модель взаимоотношений «врач - медицинская сестра» характерная для учреждения**

График 9

**Важны ценности для медицинских работников**

График 10

**Квалификационная категория респондентов**

График 11

**Мотивы для повышения уровня профессиональных знаний и умений по специальности**

График 12

**Самые важные качества медицинского работника**

График 13

**Насколько счастливы медицинские работники**

График 14

**Удовлетворенность уровнем образования**

График 15

**Полезность курсов повышения квалификации**

График 16

**Трудности при подтверждении или получении категории**

График 17

**Эффективные условия для прохождения курсов повышения квалификации**

График 18

**Самостоятельное повышение профессионального уровня**

График 19

**Способы повышения профессионального уровня**

График 20

**Как следят за новейшими достижениями в медицинской науке и практике медицинские работники**

График 21

**Повышения материального уровня после повышения квалификации**

График 22

**Выписываемые медицинские издания респондентов (журналы и газеты)**

График 23

**Медицинские работники выписывают следующие (журналы, газеты)**

График 24

**Корпоративные традиции медицинских работников**

График 25

**Корпоративные традиции медицинских работников**

График 26

**Оценка состояния здоровья по 5 бальной шкале(5-полностью здоров,1-серьезно болен)**

График 27

**На здоровье влияют**

График 28

**Доверие респондентов следующим институтам и группам**

График 29

**Занятия респондентов в свободное время**

1. Бочаров В.Ю., Васькина Ю.В. Сравнительный анализ уровня жизни медицинских и педагогических работников в ходе реализации национальных проектов// Журнал исследований социальной политики, Т. 6, № 3. 2008. С. 339 -356.; Чирикова А.Е. Здравоохранение для среднего класса: институты и практики/ / SPERO . No8. 2008. С. 41 – 60; Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений//Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. - 288 с.; Гилязова Г. А., Хайруллина Ю. Р. Экономика здорового человека в рамках 4П и 7П медицины // Электронный экономический вестник. – 2017.- № 3. – С. 76-80 [↑](#footnote-ref-1)
2. Кузнецова - Моренко И.Б., Мухарямова Л.М., Петрова Р.Г. К вопросу об исследовании удовлетворенности населения медицинской помощью в условиях реализации национального проекта «Здоровье»//Национальные проекты и реформы 2000 - х годов: модернизация социальной политики/ научная монография под ред. Е.Р. Ярской - Смирновой и М.А.Ворона. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2009. С. 85 - 103.; Мишакин Т.С. Совершенствование управления региональной системой здравоохранения в условиях ее модернизации (на примере Республики Татарстан): монография. – Germany: LAP-LAMBERT Academic Publishing GmbH&CoKG, 2011. – с.140.;Мухарямова Л.М., Кузнецова - Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий // Журнал исследований социальной политики. Т. 6. No 4. 2008. С. 483 -504.; Разумовская Е.М. Современные тенденции и проблемы реформирования системы бюджетного страхового здравоохранения / Е.М. Разумовская // Ученые записки Казанского Государственного Университета. – 2009. – № 151. – С. 255– 258.; [Улумбекова, Г. Э.](http://grsmu.by:8080/cgi-bin/irbis64r_01/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=SPAM_PRINT&P21DBN=SPAM&S21STN=1&S21REF=&S21FMT=fullw_print&C21COM=S&S21CNR=&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%A3%D0%BB%D1%83%D0%BC%D0%B1%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0,%20%D0%93.%20%D0%AD.) Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан: анализ проблемы и перспективы [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Казанский медицинский журнал. - 2010. - Том 91, N 3. - С. 302.;Ягудин Р.Х., Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективности: дис. … докт. медицин. наук.-Санкт-Петербург, 2014.- 297 с.; Khayrullina Y. R., Garipova R. R., Arzina A. V. Features of labour capital of medical workers (based on the materials of the Republic of Tatarstan) // The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication - 2016.- Special Edition, Acceptance Date: 05.10.2016. –Р.2812-2816. [↑](#footnote-ref-2)
3. Shultz T. Human Capital in the International Encyclopedia of the Social Sciences. N.Y., 1968. Vol. 6. [↑](#footnote-ref-3)
4. Becker G. S. Human Capital. Columbia University Press, 1964. [↑](#footnote-ref-4)
5. Петти В. Экономические и статистические работы / В . Петти . — М ., 1940. — 324 с .; Смит А . Исследование о природе и причине богатства народов / А . Смит . – М .: Соцэкизд , 1962. —684 с; Маркс К . Капитал . Т . 2- й . / Маркс К . // Собр . соч . — М .: 2- я типография « Печатный двор ». 1952. — 643 [↑](#footnote-ref-5)
6. Walsh, John R. Capital Concept Applied to Man // Q.J.E. – 1935 . – No 2; Fisher Irving. The Nature of Capital and Income. London: Macmillan & Co., 1927; Добрынин, А.И. Производительные силы человека. Человеческий капитал: формирование, оценка, эффективность использования / А.И. Добрынин, С.А. Дятлов, Е.Д. Цыренова. – СПб.: Наука, 1999. - 309с.; [↑](#footnote-ref-6)
7. Bourdieu P. The Forms of Capital // Handbook of Theory and Research for the Sociology of education, edited by J. Richardson. New York: Greenwood, 1986. ; Coleman, J. S. Social capital in the creation of human capital // American Journal of Sociology. – 1988. – N. 94. – Р. 95 – 120. [↑](#footnote-ref-7)
8. Бураншина, Н.А. Человеческий капитал муниципального образования: понятие и структура / Н.А. Бураншина, Н.Л. Иванова /«Вопросы управления».2004.; Быченко Ю. Г. Социальные процессы формирования человеческого капитала в переходный период: Дисс. ... докт. социол. наук. - Саратов, 2000. - 341 с.; Смирнов Б.В. , Ткаченко А.В. Методологические основы классификации человеческого капитала // Власть и управление на Востоке России. – Хабаровск: Изд-во ДВАГС, 2009, №4 (49). – с. 119-127. [↑](#footnote-ref-8)
9. Вебер М. Избранные произведения. -М., 1990.; Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т.23.128., Маркс К. Капитал — М. :Госиолитиздат, 1961. [↑](#footnote-ref-9)
10. Тощенко Ж.Т. Кентавр-проблема в познавательной и преобразующей деятельности человека // Социологические исследования. -2005. - №6. - С. 3-13. ; Радаев В.В. Экономическая социология: учеб. пособие для вузов/ В.В. Радаев; Гос. ун-т Высшая школа экономики. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. - 603 с. ; Руткевич М.Н. Трансформация социальной структуры российского общества// Социологические исследования. 2004. - №12. - С. 41-42.; Заславская Т.И Современное российское общество: проблемы и перспективы. Статья 2 //Общественные науки и современность. - 2004. - №6.-С. 5-18; Аникин В.А. Социально - профессиональная структура России: методология и тенденции//Профессиональные группы в современном обществе: динамика и трансформация. − М. Ин - т социологии РАН. 2009. С. 94 - 113.; Тихонова Н.Е. Социальная стратификация в современной России. Опыт эмпирического анализа. – М.: Институт социологии РАН, 2007. - 292 с. [↑](#footnote-ref-10)
11. Вебер М. Избранные произведения. -М., 1990. ;Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. - М.: Канон, 1996; Парсонс Т. О социальных системах. М., 2002. [↑](#footnote-ref-11)
12. Решетников А.В. Социологическое осмысление медицины. Теория и методология.// Социология медицины - 2003. -№ 1. -С. 3-15.; Фролова И.И. Медицинские работники со средне-специальным образованием как социально-профессиональная группа (На материалах города Набережные Челны) : Дис. ... канд. социол. наук .-Казань, 2005.- 186 с.; Силкина Т.В. Формирование социального статуса медицинской сестры. Автореф. дис.к.с.н., Волгоград.-2002.; Розенбаум М.Д. Социальный статус медицинского работника//Социол. исслед.., № 3, 1993, С. 36.; Бастракова Е.Г. Профессиональное становление личности медицинского работника среднего звена: Автореф. дис... канд. психол. Наук: Калуга, 2003.; [↑](#footnote-ref-12)
13. Бастракова Е.Г. Профессиональное становление личности медицинского работника среднего звена: Автореф. дис... канд. психол. Наук: Калуга, 2003.; [↑](#footnote-ref-13)
14. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников: Монография. - Самара, 1998.; Корнеев Ю.Б Как лечить, когда сами болеем?: Профессиональные болезни мед. работников. Гигиена труда/Медицинская газета.-2002,- 6 декабря.- С.11. [↑](#footnote-ref-14)
15. Т.В. Бутенко, Т.А.Саблина Типологические особенности трудовой мотивации медицинских сестер Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2011, № 4 С. 1-12.; Нугаев М.А. Трудовая активность рабочего класса в развитом социалистическом обществе (теоретико-методологический аспект) -Казань: Изд-воКГУ, 1975.-294 с.; Томашкевич В.Е. Трудовая активность. М.: Экономика, 1985.- 215 с.; Чирикова А.Е. Здравоохранение для среднего класса: институты и практики/ / SPERO . No8. 2008. С. 41 – 60; Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова А.Е. Трудовая мотивация российских врачей и влияние на нее Национального проекта // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. М., 2008. [↑](#footnote-ref-15)
16. Закон Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"от 28 июня 1991 г. N 1499-I; Закон Российской Федерации от 22.12.92 N 4180-I О трансплантации органов и (или) тканей человека; Федеральный закон от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О донорстве крови и ее компонентов" (20 июля 2012 г.); Научно-практический комментарий к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. No 326-ФЗ / отв. ред . к.ю.н. Н.В.Путило — М.: Юриспруденция, 2012. — 504 с.;Закон РТ от 22.12.2012 N 87-ЗРТ "О регулировании отдельных ... охраны здоровья граждан в Республике Татарстан; Порядок реализации мероприятий программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы" и расходования на территории Республики Татарстан средств на указанную программу, утв. постановлением КМ РТ от 31 марта 2011 г. N 245;Бюджетный доклад Министерства здравоохранения Республики Татарстан 2010–2012 гг. Архив Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – Казань, 2009. – 34 с.;Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10.03.2011 № 179 "Об утверждении программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы.//URL: http://www.kzn.ru/old/upload/wysiwyg/File/UZ/Modernization/2011-03-10\_N179.pdf (от 10.03.2011) ;Статистика здоровья населения и деятельности учреждений муниципального здравоохранения (по материалам годовых статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений г. Казани за 2003-2006 годы): Учебно-методическое пособие/Управления здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования г. Казани/ А.З. Фаррахов, А.В. Шулаев, Г.Р. Хуснуллина[и др.].- Казань,2007.-109 с. [↑](#footnote-ref-16)
17. Александрова Д.Н., Медицинские работники в социальной структуре российского общества в условиях его перехода к рыночным отношениям (на материалах Республики Бурятия) : дис. . канд. социол. наук : 22.00.04. / Бурят. гос. ун-т. - Улан-Удэ[Текст]/ Д.Н. Александрова /- Улан-Удэ,2006. – 148 с.; Фролова И.И. Медицинские работники со средне-специальным образованием как социально-профессиональная группа (На материалах города Набережные Челны) : Дис. ... канд. социол. наук .-Казань, 2005.- 186 с.; Ягудин Р.Х., Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективности: дис. … докт. медицин. наук.-Санкт-Петербург, 2014.- 297 с. [↑](#footnote-ref-17)
18. КСИ проведено методом анкетирования по квотной выборке (№=900). Исследование репрезентативно, ошибка выборки 5%. Пропорции внутри выборочной совокупности соответствуют генеральной в профессионально - квалификационной, социально - демографической и гендерной характеристиках. [↑](#footnote-ref-18)
19. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. С.578. [↑](#footnote-ref-19)
20. Мунаев Р.В. Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04. M., 2008. [↑](#footnote-ref-20)
21. Максимова М.Н. Экономический механизм ресурсообеспечения системы социального обслуживания: Монография .– Казань: Изд-во КГУ, 2006. – 308 с. [↑](#footnote-ref-21)
22. «Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"» // Информационно-правовая система «Гарант» <http://base.garant.ru/70170948/> [↑](#footnote-ref-22)
23. Официальный сайт Правительства РФ <http://government.ru/news/25714/> [↑](#footnote-ref-23)
24. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 октября 2017 г. № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации» // Информационно-правовая система «Гарант» <http://base.garant.ru/71792342/> [↑](#footnote-ref-24)
25. Алексеев П.А. Наша медицина переходит на качественно иной уровень. Новые перспективы Национального проекта «Здравоохранение» Медицинская газета, № 28 от 18 июля 2018 г. <http://www.mgzt.ru/nasha-meditsina-perekhodit-na-kachestvenno-inoi-uroven-2>   [↑](#footnote-ref-25)
26. Алексеев П.А. Наша медицина переходит…- Там же   [↑](#footnote-ref-26)
27. Алексеев П.А. Наша медицина переходит…- Там же   [↑](#footnote-ref-27)
28. Алексеев П.А. Наша медицина переходит…- Там же   [↑](#footnote-ref-28)
29. Ягудин Р.Х., Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективности: дис. … докт. медицин. наук.-Санкт-Петербург, 2014.-С. 61-62 [↑](#footnote-ref-29)
30. Закон РТ от 22.12.2012 N 87-ЗРТ "О регулировании отдельных ... охраны здоровья граждан в Республике Татарстан" [↑](#footnote-ref-30)
31. Научно-практический комментарий к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. No 326-ФЗ / отв. ред . к.ю.н. Н.В.Путило — М.: Юриспруденция, 2012. — 504 с. [↑](#footnote-ref-31)
32. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10.03.2011 № 179 "Об утверждении программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы.//URL: http://www.kzn.ru/old/upload/wysiwyg/File/UZ/Modernization/2011-03-10\_N179.pdf (от 10.03.2011) [↑](#footnote-ref-32)
33. Ягудин Р.Х., Особенности реализации медико…Указ.соч.-С. 63-64. [↑](#footnote-ref-33)
34. Порядок реализации мероприятий программы "Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы" и расходования на территории Республики Татарстан средств на указанную программу, утв. постановлением КМ РТ от 31 марта 2011 г. N 245 [↑](#footnote-ref-34)
35. Разумовская Е.М. Современные тенденции и проблемы реформирования системы бюджетного страхового здравоохранения / Е.М. Разумовская // Ученые записки Казанского Государственного Университета. – 2009. – № 151. – С. 255– 258. [↑](#footnote-ref-35)
36. Мишакин Т.С. Совершенствование управления региональной системой здравоохранения в условиях ее модернизации (на примере Республики Татарстан): монография. – Germany: LAP-LAMBERT Academic Publishing GmbH&CoKG, 2011. – С.130-131. [↑](#footnote-ref-36)
37. Бюджетный доклад Министерства здравоохранения Республики Татарстан 2010–2012 гг. Архив Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – Казань, 2009. – 34 с. [↑](#footnote-ref-37)
38. Мишакин Т.С. Основные подходы к повышению эффективности функционирования системы здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Республики Татарстан) // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6; [↑](#footnote-ref-38)
39. Доклады с ДП: «Модернизация городских поликлиник», 26.06.2017 <https://www.kzn.ru/meriya/press-tsentr/doklady-s-dp/modernizatsiya-gorodskikh-poliklinik/> [↑](#footnote-ref-39)
40. Проект «Дружелюбная поликлиника», Краткое методическое руководство <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_970857.pdf> [↑](#footnote-ref-40)
41. <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/AffordableExcellencePDF.pdf> [↑](#footnote-ref-41)
42. <https://www.hpb.gov.sg/home> [↑](#footnote-ref-42)
43. <https://en.wikipedia.org/wiki/Health_Promotion_Board> [↑](#footnote-ref-43)
44. <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/AffordableExcellencePDF.pdf> , <http://www.straitstimes.com/singapore/health/national-healthy-lifestyle-campaign-2014-kicks-off-at-suntec-this-weekend> [↑](#footnote-ref-44)
45. <https://www.healthhub.sg/> [↑](#footnote-ref-45)
46. <https://www.healthhub.sg/programmes/37/nsc> [↑](#footnote-ref-46)
47. <https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Singapore> [↑](#footnote-ref-47)
48. <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/AffordableExcellencePDF.pdf> [↑](#footnote-ref-48)
49. [Улумбекова, Г. Э.](http://grsmu.by:8080/cgi-bin/irbis64r_01/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=SPAM_PRINT&P21DBN=SPAM&S21STN=1&S21REF=&S21FMT=fullw_print&C21COM=S&S21CNR=&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%A3%D0%BB%D1%83%D0%BC%D0%B1%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0,%20%D0%93.%20%D0%AD.) Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан: анализ проблемы и перспективы [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Казанский медицинский журнал. - 2010. - Том 91, N 3. - С. 302. [↑](#footnote-ref-49)
50. Рассчитано по врачам, работающим в государственной и муниципальной системе здравоохранения. Всего в первичном звене, по данным Росздравнадзора, работают 73,4 тыс.врачей. [↑](#footnote-ref-50)
51. Улумбекова, Г.Э. Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан. Анализ проблем и перспективы // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. ХС1. — № 3. — С. 303. [↑](#footnote-ref-51)
52. Системы здравоохранения: время перемен. Германии / Р.Буссе, А. Разберг. -Копенгаген, ВОЗ,2004. -232 с. [↑](#footnote-ref-52)
53. Mitra A., Gupta N., Jenkins Jr. J.D. (1997). «A drop in the bucket: when is a pay raise a pay raise?». Journal of Organizational Behavior, Vol.18, pp. 117–137. [↑](#footnote-ref-53)
54. Lazear E.D. (1995). Personnel Economics. The MIT Press, Cambridge, London. [↑](#footnote-ref-54)
55. Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. — М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2009. [↑](#footnote-ref-55)
56. Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг Роль трудовой мотивации врачей в решении приоритетных направлений оптимизации управления кожно-венерологическими учреждениями [Текст] / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг // Вестник дерматологии и венерологии. - 2008. - N 5. - С.5-8 [↑](#footnote-ref-56)
57. Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг Роль трудовой мотивации врачей в решении приоритетных направлений оптимизации управления кожно-венерологическими учреждениями [Текст] / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг // Вестник дерматологии и венерологии. - 2008. - N 5. - С.6-7 [↑](#footnote-ref-57)
58. **Перфилов  В.П. Некоторые аспекты формирования трудовой мотивации персонала медицинских учреждений и влияние на нее проводимых реформ [Электронный ресурс]/ Перфилов  В.П. //**[«Современная психология: актуальные проблемы и тенденции развития»: материалы международной заочной научно-практической конференции. (30 октября 2010 г.)](http://sibac.info/sibac.info/12049) .-2010.-Режим лдоступа: http://sibac.info/12072  [↑](#footnote-ref-58)
59. **Там же   С.3-4** [↑](#footnote-ref-59)
60. **Там же С.2** [↑](#footnote-ref-60)
61. Полежаев К. Л. **Мотивация** труда врачей крупной многопрофильной больницы [Электронный ресурс]: дис. ... канд. мед. наук / Полежаев К. Л. – М., [2006]. - 260 с. - Режим доступа: локальная сеть СОУНБ им. Белинского, зал ЭИ. [↑](#footnote-ref-61)
62. Минздрав РТ «Таблица поручений, обозначенных в Указах Президента Российской Федерации от 07.05.2013, и их исполнение» <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/informatsiya-o-prodelannoy-rabote.htm> [↑](#footnote-ref-62)
63. Манина Д. «Медицинское образование сокращают на год: как изменится качество лечения», 10.02.2016, https://www.miloserdie.ru/article/meditsinskoe-obrazovanie-sokrashhayut-na-god-kak-izmenitsya-kachestvo-lecheniya/ [↑](#footnote-ref-63)
64. <http://www.mgzt.ru/content/voz-otmechaet-dostizheniya-rossii> Медицинская газета [↑](#footnote-ref-64)
65. Министерство экономики Республики Татарстан, Деятельность. Система индикативного управления «Выполнение пороговых значений индикаторов оценки уровня жизни населения, социально-экономического положения Республики Татарстан», выполнение за 2016 год <http://mert.tatarstan.ru/rus/vipolnenie-za-2016-god.htm> [↑](#footnote-ref-65)
66. Ягудин Р.Х., Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективности: дис. … докт. медицин. наук.-Санкт-Петербург, 2014.-С. 209-210 [↑](#footnote-ref-66)
67. В анкетирование приняло участие 503 врача Республики Татарстан, присутствовали: главные врачи, заместители главных врачей, заведующие отделениями, лечащие врачи. Среди респондентов были врачи разных специальностей. [↑](#footnote-ref-67)
68. Там же.- С. 211-214 [↑](#footnote-ref-68)
69. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. — 288 с. [↑](#footnote-ref-69)
70. Регель Н.Д. Оплата труда как фактор мотивации в сфере здравоохранения в России. Маг. ...раб..-М., 2011.- 77 с. –Режим доступа: http://economics.hse.ru/39671/vipusk [↑](#footnote-ref-70)
71. Полежаев К. Л. **Мотивация** труда врачей крупной многопрофильной больницы [Электронный ресурс]: дис. ... канд. мед. наук / Полежаев К. Л. – М., [2006]. - 260 с. - Режим доступа: локальная сеть СОУНБ им. Белинского, зал ЭИ. [↑](#footnote-ref-71)
72. **Камашева А.В.** Формирование системы стимулирования роста человеческого капитала на примере медицинского центра// Современное искусство экономики.-2011.-C.1-6. [↑](#footnote-ref-72)
73. Михайлова А.В., Попова Л.Н. / Роль компетенции при отборе и найме персонала / Теория управления (43) УЭкС июль 2012., с. 37-45 [↑](#footnote-ref-73)
74. Егоршин А.П. Управление персоналом. / А.П. Егоршин.- Нижний Новгород: НИМБ, 2007. –543с. [↑](#footnote-ref-74)
75. Шмидт В. Проблемы и технологии оценки персонала: учебно-методическое пособие/ В. Шмидт–СПб.: Речь, 2008–160с. [↑](#footnote-ref-75)
76. Закон Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"

    # от 28 июня 1991 г. N 1499-I; Закон Российской Федерации от 22.12.92 N 4180-I О трансплантации органов и (или) тканей человека; Федеральный закон от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О донорстве крови и ее компонентов" (20 июля 2012 г.).

    [↑](#footnote-ref-76)
77. Решетников, А.В. Социология медицины [Текст] / А.В. Решетиников.-М.:ГОЭТАР-Медиа,2006.-С.87. [↑](#footnote-ref-77)
78. Александрова Д.Н., Медицинские работники в социальной структуре российского общества в условиях его перехода к рыночным отношениям (на материалах Республики Бурятия) : дис. . канд. социол. наук : 22.00.04. / Бурят. гос. ун-т. - Улан-Удэ[Текст]/ Д.Н. Александрова /- Улан-Удэ,2006. – С.85-86. [↑](#footnote-ref-78)
79. Там же. – С. 86. [↑](#footnote-ref-79)
80. Там же.- С.86-89 [↑](#footnote-ref-80)
81. Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова А.Е. Трудовая мотивация российских врачей и влияние на нее Национального проекта // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. М., 2008 ; Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. — 106 с. [↑](#footnote-ref-81)
82. Т.В. Бутенко, Т.А.Саблина Типологические особенности трудовой мотивации медицинских сестер Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2011, № 4 С.4 [↑](#footnote-ref-82)
83. Александрова Д.Н., Медицинские работники в социальной структуре российского общества в условиях его перехода к рыночным отношениям (на материалах Республики Бурятия) : дис. . канд. социол. наук : 22.00.04. / Бурят. гос. ун-т. - Улан-Удэ[Текст]/ Д.Н. Александрова /- Улан-Удэ,2006. – С. 106. [↑](#footnote-ref-83)
84. Александрова Д.Н., Медицинские работники в социальной структуре российского общества в условиях его перехода к рыночным отношениям (на материалах Республики Бурятия) : дис. . канд. социол. наук : 22.00.04. / Бурят. гос. ун-т. - Улан-Удэ[Текст]/ Д.Н. Александрова /- Улан-Удэ,2006. – С. 104. [↑](#footnote-ref-84)
85. Мадьянова В.В. Мотивация профессиональной деятельности врачей-педиатров (по материалам комплексного социологического исследования: Автореф. дис. . канд. социол. наук. — Волгоград, 2003. –С.8 [↑](#footnote-ref-85)
86. Herzberg, F.I. 1987, ‘One more time: How do you motivate employees?’, Harvard Business Review, Sep/Oct87, Vol. 65 Issue 5, P.117; Mayo, Elton. "Revery and Industrial Fatigue." Journal of Personnel Research, Vol.3, No.8 (1924): 233. [↑](#footnote-ref-86)
87. Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова А.Е. Трудовая мотивация российских врачей и влияние на нее Национального проекта // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. М., 2008. [↑](#footnote-ref-87)
88. Там же c.133 [↑](#footnote-ref-88)
89. Там же с. 152 [↑](#footnote-ref-89)
90. Прохоренко Н.Ф. Развитие системы мотивации труда врачебного персонала в целях повышения качества врачебной помощи: Автореф. дис. … канд. эконом. наук. Самара, 2008 с. 14 [↑](#footnote-ref-90)
91. Т.В. Бутенко, Т.А.Саблина Типологические особенности трудовой мотивации медицинских сестер Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2011, № 4 С. 6-7 [↑](#footnote-ref-91)
92. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. — С.131 [↑](#footnote-ref-92)
93. [Улумбекова, Г. Э.](http://grsmu.by:8080/cgi-bin/irbis64r_01/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=SPAM_PRINT&P21DBN=SPAM&S21STN=1&S21REF=&S21FMT=fullw_print&C21COM=S&S21CNR=&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%A3%D0%BB%D1%83%D0%BC%D0%B1%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0,%20%D0%93.%20%D0%AD.) Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан: анализ проблемы и перспективы [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Казанский медицинский журнал. - 2010. - Том 91, N 3. - С. 302. [↑](#footnote-ref-93)
94. Маслоу А.Г. Мотивация и личность / пер. с англ. – 3-е изд. – СПб. : Питер., 2003. –С. 272 [↑](#footnote-ref-94)
95. Билибин, А.Ф., Церегородцев, Г.И. О клиническом мышлении (философско-деонтологический очерк) [Текст] / А.Ф. Билибин, Г.И. Царегородцев.-М.:Медицина.,1986.-С.18-19. [↑](#footnote-ref-95)
96. Александрова Д.Н., Медицинские работники …Указ. Соч.- С.53-54. [↑](#footnote-ref-96)