

Министерство Науки и Высшего Образования Республики Казахстан

**НАО «Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д.Асфендиярова»**

Университет имени Сулеймана Демиреля

Айткожа Алимкулов

**РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ ПРИВЛЕЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ
ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СЕЛЬСКОЙ
МЕСТНОСТИ**

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

специальность 7М04104 – «МВА Менеджмент в здравоохранении»

Алматы 2024

Министерство Науки и Высшего Образования Республики Казахстан

**НАО «Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д.Асфендиярова»**

Университет имени Сулеймана Демиреля

«Допущен (а) к защите»

Зав. кафедрой НАО «КазНМУ им С.Д. Асфендиярова»

« ____ » _____

Директор магистерских программ БШ СДУ

MS, _____

« ____ » _____

Магистерская диссертация

**на тему: Разработка стратегии привлечения и удержания персонала
медицинской организации в сельской местности**

по специальности 7М04104 – «МВА Менеджмент в здравоохранении»

Выполнил: Айткожа Алимкулов

Научный руководитель: к.э.н, доцент Маукенова А.А.

Научный консультант: PhD, профессор Кошербаева Л.К.

Алматы 2024

АБСТРАКТ

Причины и значение исследования. Важность данной исследовательской работы продиктована тем, что нехватка квалифицированных медицинских работников в сельской местности стала серьезной проблемой, которая может негативно повлиять на здоровье и благополучие населения в этих регионах. Сельские районы и отдаленные районы имеют ограниченный доступ к качественным медицинским услугам. Разработка стратегии удержания и привлечения медицинского персонала позволит уменьшить неравенство в доступе к здравоохранению среди городского и сельского населения.

Проблема и цель исследования. Разработать рекомендации по формированию стратегии привлечения и удержания работников медицинской организации в сельской местности на примере КГУ "Амангельды АА".

Методология исследования. Анализ литературных источников, статистический анализ, SWOT-анализ, сравнительный анализ, количественный анализ (опрос), PEST-анализ.

Результаты исследования:

1. Изучен зарубежный и отечественный опыт обеспечения потребности медицинских работников по численности и структуре сельских и отдаленных районов;
2. Проанализировано состояние планирования и обеспечения медицинских работников на примере КГП "Амангельдинская РБ";
3. Оценена текущая деятельность КГП "Амангельдинская РБ" по привлечению и удержанию медицинских работников;
4. Разработаны рекомендации по совершенствованию стратегии привлечения и удержания сотрудников КГП "Амангельдинская РБ".

ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеудің себептері мен маңыздылығы. Бұл зерттеу жұмысы өте маңызды, өйткені ауылдық жерлерде білікті медициналық мамандардың жетіспеушілігі осы аймақтардағы денсаулық пен халықтың әл-ауқатына теріс әсер етуі мүмкін күрделі мәселеге айналды. Ауылдық жерлер мен шалғай аудандар сапалы медициналық қызметтерге қол жетімділігі шектеулі. Медициналық қызметкерлерді ұстап қалу және тарту стратегиясын әзірлеу қала мен ауыл тұрғындары арасындағы денсаулық сақтау қолжетімділігіндегі теңсіздікті азайтуға мүмкіндік береді.

Зерттеу мәселесі мен мақсаты. "Амангелді АА" КММ мысалында ауылдық жерлерде медициналық ұйымның қызметкерлерін тарту және ұстап қалу стратегиясын қалыптастыру бойынша ұсынымдар әзірлеу.

Зерттеу әдістемесі (зерттеу әдістері мен үрдісі). Әдебиет көздерін талдау, статистикалық талдау, SWOT талдауы, салыстырмалы талдау, сандық талдау (сауалнама), PEST талдауы, ұйымның тартымдылығын талдау.

Зерттеу нәтижелері:

1. Ауылдық және шалғай аудандардың саны мен құрылымы бойынша медициналық қызметкерлерге қажеттілігін қамтамасыз етудің шетелдік және отандық тәжірибесін зерделенді;

2. "Амангелді АА" КММ мысалында медициналық қызметкерлерді жоспарлау мен қамтамасыз етудің жай-күйі талданды;

3. Медициналық қызметкерлерді тарту және ұстап қалу бойынша "Амангелді АА" КММ ағымдағы қызметі бағаланды;

4. "Амангелді АА" КММ қызметкерлерін тарту және ұстап қалу стратегиясын жетілдіру бойынша ұсынымдар әзірленді.

ABSTRACT

Reasons and significance of the study. This research work is important because the shortage of qualified medical workers in rural areas has become a serious problem that can negatively affect the health and well-being of the population in these regions. Rural areas and remote areas have limited access to quality medical services. The development of a strategy for retaining and attracting medical personnel will reduce inequality in access to healthcare among urban and rural populations.

The problem and the purpose of the study. To develop recommendations on the formation of a strategy for attracting and retaining employees of a medical organization in rural areas on the example of KSU "Amangeldy AA".

Research methodology. Analysis of literary sources, statistical analysis, SWOT analysis, comparative analysis, quantitative analysis (survey), PEST analysis, analysis of the attractiveness of the organization.

Research results:

1. The foreign and domestic experience of ensuring the needs of medical workers in terms of the number and structure of rural and remote areas has been studied;
2. The state of planning and provision of medical workers is analyzed on the example of the MSE "Amangeldinskaya DH";
3. The current activities of the MSE "Amangeldinskaya DH " on attracting and retaining medical workers are evaluated;
4. Recommendations have been developed to improve the strategy of attracting and retaining employees of MSE "Amangeldinskaya DH".

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
СПИСКИ ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	7
НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	9
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	10
ОБОЗНАЧЕНИЯ И	11
СОКРАЩЕНИЯ.....	
ВВЕДЕНИЕ.....	12
1 ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	14
1.1 Содержание проблемы дефицита медицинского персонала в сельской местности.....	14
1.2 Зарубежный опыт привлечения и удержания медицинских специалистов в сельской местности.....	19
1.3 Отечественный опыт решения проблемы дефицита медицинских работников в сельской местности.....	30
2 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В КГП «АМАНГЕЛЬДИНСКАЯ РБ».....	37
2.1 Анализ текущей численности и структуры медицинского персонала КГП «Амангельдинская РБ» и оценка эффективности планирования кадрового состава.....	37
2.2 Оценка текущей деятельности КГП «Амангельдинская РБ» по привлечению и удержанию медицинских работников.....	46
2.3 Анализ потребностей медицинских работников в сельской местности.....	50
2.3.1 Результаты групповой дискуссии по потребностям и ожиданиям медицинского персонала в сельской местности	67
3 РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ УЛУЧШЕНИЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	69
3.1 Разработка стратегических направлений привлечения и удержания медицинского персонала.....	69
3.2 Оценка эффективности предложенной стратегии.....	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	81
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	83
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	90

СПИСКИ ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Порядковый номер	Название	Страница
Таблица 1	Факторы, влияющие на привлечение и удержание медицинских работников	18
Таблица 2	Программы по привлечению и удержанию медицинских работников в сельской местности Австралии	22
Таблица 3	Программы по привлечению и удержанию медицинских работников в сельской местности Канады	25
Таблица 4	Программы финансового стимулирования медицинских работников в Западной Вирджинии	28
Таблица 5	Варианты применения финансовых мер по привлечению и удержанию медицинских работников	30
Таблица 6	Нехватка специалистов в районах Костанайской области	38
Таблица 7	Сильные и слабые стороны КГП «Амангельдинская районная больница»	48
Таблица 8	SWOT-анализ стратегии КГП «Амангельдинская РБ» по привлечению медицинского персонала в сельскую местность	52
Таблица 9	SWOT-анализ предложенной стратегии	79
Таблица 10	PEST-анализ предложенной стратегии	80
Рисунок 1	Факторы влияющие на выбор работы	16
Рисунок 2	Медицинские услуги Австралии	21
Рисунок 3	Направления зарубежных программ обеспечения сельских территорий медицинскими кадрами	29
Рисунок 4	Медицинская помощь сельским жителям	32
Рисунок 5	Доля болезней сельских жителей	33
Рисунок 6	Регионы с наибольшим дефицитом врачей в сельской местности, штатные единицы	36
Рисунок 7	Государственный образовательный заказ на подготовку врачей в соответствии с потребностями здравоохранения	37
Рисунок 8	Кадровый состав КГП «Амангельдинская районная больница»	42
Рисунок 9	Задачи кадровой политики КГП «Амангельдинская районная больница»	43
Рисунок 10	Медицинские объекты Костанайской области	49
Рисунок 11	Возраст респондентов	55

Рисунок 12	Пол респондентов	56
Рисунок 13	Стаж работы в медицинской сфере респондентов	56
Рисунок 14	Рабочее место респондентов	57
Рисунок 15	Доступность медицинских оборудовании	58
Рисунок 16	Ограничения и недостатки оборудования	59
Рисунок 17	Возможности для профессионального обучения	59
Рисунок 18	Мотивация к профессиональному развитию	60
Рисунок 19	Оценка финансовой стимуляции	61
Рисунок 20	Соответствие вознаграждения	62
Рисунок 21	Желаемые изменения	63
Рисунок 22	Планирование работать в сельской местности	64
Рисунок 23	Взаимодействие с пациентами	65
Рисунок 24	Влияние отношения с пациентами на мотивацию	66
Рисунок 25	Положительные аспекты профессиональной деятельности	66
Рисунок 26	Изменения в текущей работе	67
Рисунок 27	Стратегия по привлечению и удержанию медперсонала в КГП «Амангельдинская РБ»	72

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие стандарты:

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК О здоровье народа и системе здравоохранения

Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан: утв. 15 февраля 2018 года, №636.

Указ Президента Республики Казахстан. О Государственной программе «Информационный Казахстан – 2020» и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года, №957 «Об утверждении Перечня государственных программ»: утв. 8 января 2013 года, №464.

Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития государственного управления в Республике Казахстан до 2030 года: утв. 26 февраля 2021 года, № 522.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года от 24 ноября 2022 года, № 945.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем магистерском проекте применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Аутрич – это непосредственное посещение мест проживания подопечных с целью предоставления поддержки или консультаций;

Демография – это наука исследует закономерности размножения населения и его характера в зависимости от общественно-экономических и природных условий, а также миграционных процессов. Она анализирует показатели численности, географического распределения и структуры населения, а также изучает изменения в этих параметрах, их причины и последствия, предоставляя рекомендации по их улучшению;

Неонатолог – медицинский специалист, занимающийся лечением новорожденных и предупреждением возникновения их заболеваний;

Отоларингология — сфера медицины и специализированное медицинское направление, которое сосредотачивается на выявлении и лечении аномалий ушей, горла, носа, а также области головы и шеи;

Провайдер – это организации или отдельные лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью, которые действуют как посредники между клиникой с одной стороны, и конкретным иностранным пациентом с другой;

Стипендия – это форма финансовой помощи, предоставляемой студентам для продолжения учебы;

Субсидия – это целевые выплаты юридическим и физическим лицам, местным органам власти или другим государствам из бюджета или специальных фондов;

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВВП – валовой внутренний продукт

ВОП – врач общей практики

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КГП – коммунальное государственное предприятие

МРП – месячный расчетный показатель

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РБ – районная больница

РК – Республика Казахстан

США – Соединенные Штаты Америки

ФСМС – Фонд социального медицинского страхования

BHWET – Behavioral Health Workforce Education and Training Program

WIP – Workforce Incentive Program

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. На сегодняшний день обеспечение достаточного числа медицинских специалистов для предоставления адекватных медицинских услуг жителям сельских и удаленных районов стало вопросом глобальной важности. Обеспечение равного доступа к медицинским услугам для населения, проживающего в отдаленных и сельских районах, продолжает оставаться сложной задачей как для правительств, так и для экспертов по разработке политики во всем мире. В основе этой сложной проблемы лежит мировой дефицит хорошо подготовленных, квалифицированных и мотивированных медицинских работников.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для достижения к 2030 году всеобщего охвата услугами здравоохранения в 2016 году не хватало 18 миллионов медицинских работников, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода.

В РК ведется работа по повышению заработной платы медицинских работников в 2 раза к средней зарплате по экономике, то к 2023 году средняя заработная плата врачей составит 531 тыс. тенге, а средних медицинских работников 250 тыс. тенге соответственно. Ежегодно выделяется государственный образовательный заказ и гранты на подготовку порядка 5 тыс. медицинских кадров, осуществляется распределение выпускников. Отрабатывается пилотный проект с обязательной стажировкой резидентов на селе. Тем не менее проблема не решается, дефицит специалистов зачастую наиболее остро ощущается в сельских, отдаленных и труднодоступных районах.

Цель исследования. Разработать рекомендации по формированию стратегии привлечения и удержания персонала медицинской организации в сельской местности на примере КГП «Амангельдинская РБ».

Задачи исследования:

1. Изучить зарубежный и отечественный опыт обеспечения потребности сельских и отдаленных районов в медицинском персонале по численности и структуре;
2. Проанализировать состояние планирования и обеспеченности медицинским персоналом на примере КГП «Амангельдинская РБ»;
3. Оценить текущую деятельность в КГП «Амангельдинская РБ» по привлечению и удержанию медицинского персонала;
4. Предложить рекомендации по совершенствованию стратегии привлечения и удержания персонала КГП «Амангельдинская РБ».

Объект исследования. Медицинская организация в сельской местности, а именно КГП "Амангельдинская РБ".

Предмет исследования. Стратегия привлечения и удержания работников медицинской организации в сельской местности.

Гипотеза. Применение целенаправленных мер и стратегических подходов, адаптированных к особенностям сельской местности, способствует эффективному привлечению и удержанию работников медицинской организации, особенно в условиях КГП «Амангельдинская РБ». Исследование направлено на определение этих мер и подходов, а также на разработку конкретных рекомендаций, которые могут быть использованы для формирования стратегии привлечения и удержания сотрудников в этой медицинской организации в сельской местности.

Теоретическая и практическая значимость темы.

Теоретическая значимость работы заключается в изучении работ отечественных и зарубежных авторов в области привлечения и содержания работников медицинской организации на селе. Практическая значимость работы заключается в том, что разработка стратегии привлечения и удержания работников КГП «Амангельдинская РБ» в сельской местности может быть использована в управленческой деятельности аналогичных медицинских организаций.

Методологическая основа исследования. Методы исследования: анализ литературных источников, статистический анализ, SWOT-анализ, сравнительный анализ, количественный анализ (опрос), PEST-анализ.

Научная новизна.

1. Будет проведен сравнительный анализ зарубежного и Казахстанского опыта в области обеспечения медицинскими кадрами на селе, на основе полученных данных будут систематизированы условия для привлечения и удержания медицинских работников в сельской местности.

2. Будет обоснована стратегия привлечения и удержания персонала КГП «Амангельдинская РБ». Это исследование может служить моделью для многих медицинских организаций в сельской местности.

Положения, выносимые на защиту.

1. Предлагаемая стратегия, основанная на комплексном подходе, включающем финансовые стимулы и программы профессионального обучения, демонстрирует значительное улучшение кадрового обеспечения и качества медицинских услуг в сельской местности. Реализация данной стратегии привела к увеличению количества квалифицированных медицинских работников в регионе, о чем свидетельствуют статистические данные об увеличении численности медицинского персонала и снижении текучести кадров в КГП "Амангельдинская РБ" за прошедший год.

2. Оценка эффективности предложенной стратегии показала, что введение финансовых стимулов в сочетании с возможностями для профессионального развития положительно повлияло на стабильность и мотивацию медицинского персонала к работе в сельской местности. Использование международного опыта в части стимулирования медицинского персонала, адаптированного к условиям Казахстана, стало залогом успеха в привлечении специалистов в КГП "Амангельдинская РБ".

3. Анализ зарубежных программ, таких как программа финансового стимулирования в Западной Вирджинии (США) и образовательные стипендии в Австралии, позволил разработать адаптированные подходы, которые успешно применяются в Казахстане.

Это подтверждается показателями снижения текучести медицинского персонала и увеличения притока специалистов в район, доказывающими успешную адаптацию стратегий на практике в КГП "Амангельдинская РБ".

Объем и структуру работы. Магистерский проект состоит из введения, трех разделов, заключения, списка использованной литературы.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

1.1 Содержание проблемы дефицита медицинского персонала в сельской местности

Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, прогнозируется, что к 2030 году дефицит медицинских работников составит около 17 миллионов человек. По информации Всемирного экономического форума, к этому же времени дефицит медицинских кадров достигнет 14,5 миллионов специалистов. Большинство исследователей видит причины этой проблемы в недостаточной подготовке медицинских специалистов, низком статусе врачей, высокой нагрузке на работу, трудовых условиях и низкой оплате труда.

Для решения глобального дефицита медицинских кадров активно разрабатываются и внедряются стратегии, направленные на привлечение и удержание специалистов в этой сфере. Учитывая, что мотивация медицинских работников зависит от комплекса взаимосвязанных факторов, для эффективного привлечения и поддержания их в отрасли необходимо применять комплекс мероприятий, тщательно подобранных и адаптированных под ситуацию.

В настоящее время важнейшей задачей Республики Казахстан (РК) является обеспечение состояния здоровья и качества жизни сельского населения. В сельских районах в последние десятилетия сохраняется серьезная проблема охраны здоровья и медицинского обслуживания, обусловленная демографическими, экономическими, территориальными, культурными, медицинскими и управленческими факторами. Важным вопросом является организация медицинской помощи для сельских жителей [1].

Из-за различий в состоянии здоровья между жителями сельских и городских территорий начиная с конца XIX века в Западной Европе были проведены научные исследования, результаты которых указывают на неблагоприятные физические и психические показатели здоровья сельского населения. Нынешний статус можно проанализировать с нескольких точек зрения. Для сельской местности характерны сложные и неблагоприятные условия жизни и труда по сравнению с городом. Работа на селе часто связана с ограниченной защитой от неблагоприятных факторов. В сельских районах часто отсутствует инфраструктура, такая как водопровод, канализация и утилизация отходов. Доступ к профессиональной медицинской помощи в сельской местности затруднен из-за удаленности и высокой стоимости медицинских услуг [2]. Сельские жители придерживаются уникальных взглядов и традиционного образа жизни, что приводит к следующим явлениям:

- Недоверие к официальной медицине, самостоятельное лечение и использование "народных средств";
- Некоторые заболевания рассматриваются не как медицинские состояния, а как результаты бытовых факторов;

- Страх перед непониманием и желание скрывать определенные болезни, особенно связанные с психическим здоровьем;

- Сильное внимание к групповым стандартам, которые оправдывают неблагоприятное поведение, наносящее вред здоровью (как, например, употребление алкоголя) [3].

Проблемой, которая имеет значимость как в развитых, так и в развивающихся странах, является доступность медицинской помощи в сельских районах. В многих странах, где доля сельского населения превышает городскую, ключевые медицинские ресурсы в основном концентрируются в крупных и малых городах. Основные проблемы, стоящие перед множеством регионов, заключаются в ограниченности врачей и медицинских специалистов в сельских местностях, затруднениях с поставками лекарств и медицинского оборудования, а также дефиците доступа к транспорту и коммуникациям. Уровень жизни сельского населения во многих странах остается ниже по сравнению с жизнью в городах, что приводит к ухудшенным показателям здоровья и трудовой производительности в сельской местности [4].

Факторы привлечения и удержания медицинских работников в сельской местности. Выбор специалистов между тем остаться на сельской территории и уходом с работы является многогранным и зависит от множества факторов. Анализируя разнообразные данные, все составляющие этого решения объединяются в четыре основные категории (Рисунок 1).

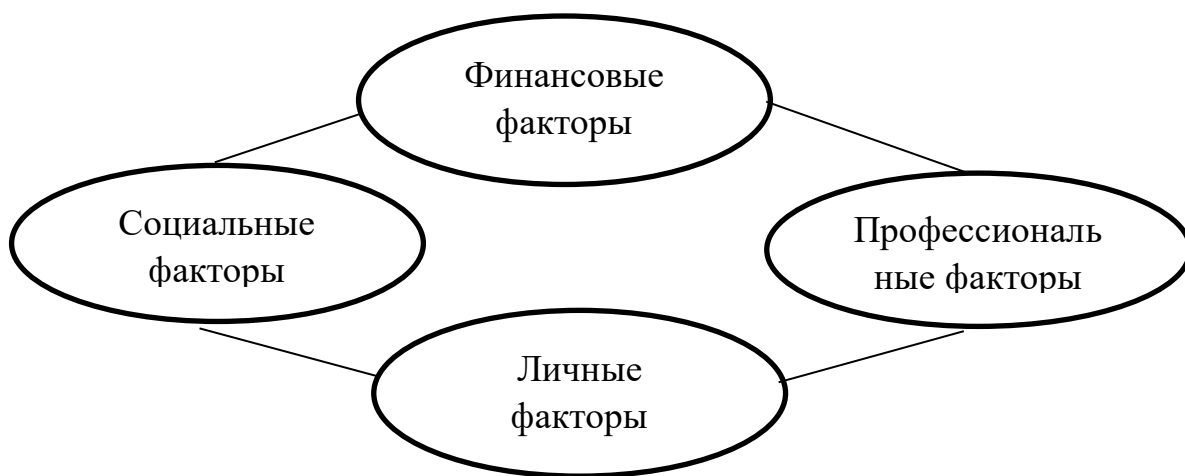


Рисунок 1 - Факторы влияющие на выбор работы

Примечание: источник [4].

Финансовые факторы включают в себя различные элементы, такие как уровень заработной платы, возможности обучения, выдачу пособий и субсидий. Во множестве исследований уровень заработной платы выделяется как один из ключевых стимулов для выбора медицинской карьеры в сельских медицинских организациях. Например, по данным J. Witt, в Канаде главными факторами, влияющими на выбор места работы, являются заработная плата, рабочее время и количество вызовов на дом [5].

Исследование, проведенное N. Nurelhuda, подчеркивает, что студенты медицинских университетов считают важным получать стипендии во время обучения в области медицины регионального уровня [6]. Отчет F. Efendi выявил, что имеется значимость высококачественного современного медицинского оборудования [7].

В соответствии с опросом, проведенным S. C. Okoroafor, возможность работы в сельской местности в Нигерии увеличивалась в 2,7 раза с предоставлением дополнительной оплаты, и в 4 раза в случае обеспечения жильем или жилищными пособиями [8].

Исходя из интервью Л. Бермана, малазийские медицинские специалисты в 6,67 раза чаще проявляют интерес к работе в сельской местности, если их заработная плата увеличится на 50% [9]. Российское исследование В.А. Смиянова указывает, что большинство врачей готовы увеличить рабочую нагрузку за дополнительную плату, но не готовы полностью сменить свою работу на другую, даже если она оплачивается [10]. В исследовании О.А. Доцанниковой отмечается, что 17% врачей решили покинуть сельскую местность по истечении периода участия в программе социально-экономической поддержки, причем основными мотивами были "низкая заработная плата" и "семейные обстоятельства" [11].

Опрос, проведенный M.L. Prust среди 259 врачей и 215 студентов медицинских вузов в Замбии, показал, что при предоставлении жилья в сельской местности участники с большей вероятностью склонны выбирать работу в отдаленных районах [12].

Социальные факторы включают в себя условия жизни и работы. Согласно исследованию M. Prengaman, проведенному среди австралийских медсестер, наличие необходимых материалов и оборудования для работы существенно влияет на привлечение и удержание медсестер в сельских районах [13].

S.C. Okoroafor выявил, что вероятность работы в сельской местности увеличивается в 6,17 раза, если доступно образование для детей, в 14,6 раза, если предоставляется жилье, и в 14,4 раза, если улучшаются жилищные и трудовые условия [14].

Согласно опросу, проведенному S.B. Woadi-Kusi, для 71,2% респондентов существенное улучшение жилищных условий оказывает решающее влияние на принятие решения о переезде в сельскую местность [15].

По данным L. Verman, наиболее значимыми факторами при выборе места работы являются жилье, качество рабочего места и уровень рабочей нагрузки. Респонденты с большей вероятностью выбирают работу в сельской местности в 2,04 раза и рабочее место в 1,7 раза чаще, если улучшаются условия проживания.

Касаясь профессиональных факторов, можно выделить такие аспекты, как дополнительное обучение и участие в научной и педагогической деятельности, профессиональный рост, повышение квалификации за счет работодателя, а также поддержка со стороны профессионального сообщества. Важность этих факторов подтверждена во вьетнамских исследованиях.

Согласно опросу, проведенному S. Mollahaliloğlu, сельские медицинские работники указывали на то, что удаленное расположение медицинской организации ограничивало их профессиональное развитие [16].

Г.Ю. Окунева в своем опросе среди студентов последнего курса медицинского университета обнаружила, что 36% из них не желают работать на селе из-за недостаточного профессионального и карьерного роста [17].

Однако существуют и обратные данные. В исследовании С. Morken профессиональные возможности оказали минимальное воздействие на привлечение медицинского персонала к работе в сельской местности [18].

Личные факторы включают демографические характеристики, такие как возраст, пол, уровень образования, семейное положение, наличие детей, место рождения и место проживания.

Исследование в Израиле показало, что сельские медицинские работники работают там в 17 раз чаще, чем те, кто не имел опыта работы в труднодоступных районах, и на 28% реже, чем остальные коллеги. Кроме того, женщины в значительно меньшей степени выбирали работу в малонаселенных районах. [19]

Исследование Л. Бермана указывает на то, что студенты, ранее проживавшие в сельской местности, а также те, кто заключил соглашение о целевом обучении, с большей вероятностью выбирают работу в сельских медицинских организациях [20].

Семейное положение, включая брак, является одним из ключевых факторов при решении о работе в сельской местности. Исследование личных данных более 30 тысяч врачей семейной медицины Ирана выявило, что состояние в браке имеет значительное влияние на выбор рабочего места в сельских районах. Дополнительно, специалисты с детьми имеют в 6 раз больше вероятности трудоустроиться в сельские медицинские организации [21].

Были сгруппированы исследовательские работы, посвященные факторам, влияющим на привлечение и удержание медицинских работников, и был получен следующий результат (Таблица 1).

Таблица 1 – Факторы, влияющие на привлечение и удержание медицинских работников за рубежом

Автор	Год	Страна	Факторы, влияющие на привлечение и удержание медицинских работников
Okoroafor	2021	США	Предоставление жилья, надбавки к заработной плате, улучшение условий труда
Ashkenazi	2019	Израиль	Условия труда, карьерный рост, трудоустройство супруга/ супруги, проживание родителей в селе
Prengaman	2017	Австралия	Поддержка профессионального сообщества, наличие необходимых

			материалов и оборудования
Witt	2017	Канада	Заработная плата, продолжительность рабочего дня, количество звонков врачу на дом
Berman	2021	Африка	Предоставление жилья, нагрузка, условия труда, карьерный рост, проживание в сельской местности
Nguyen	2020	Вьетнам	Непрерывное медицинское образование, повышение квалификации, проживание родителей в селе
Taati Keley	2020	Иран	Проживание на селе, прохождение производственной практики и опыт работы в селе, мужской пол
Flores	2021	Филиппин	Условия труда, положение в браке, карьерный рост, заработная плата, предоставление жилья
Nurelhuda	2018	Судан	Предоставление стипендий в период обучения, улучшение оснащенности медицинского образования
Boonluksiri	2018	Таиланд	Место нахождения образовательного учреждения в сельской местности
Lawan	2017	Нигерия	Развитая инфраструктура, питьевая вода и электричество, школы для детей
Окунева Г.Ю.	2021	Россия	Материальное стимулирование, предоставление жилья, проживание в сельской местности, возможности профессионального и карьерного роста, улучшение условий труда
Mollahaliloölu	2015	Турция	Возможность карьерного роста и развития профессиональных навыков
Примечание: выполнено автором			

Таким образом, современные научные исследования в области медицины подчеркивают тесную взаимосвязь между состоянием здоровья и уровнем жизни, общим ощущением благополучия, повышенным социальным статусом и экономической продуктивностью. Важно отметить, что ухудшение здоровья связано не только с экономической нищетой, поскольку изменения в экономической ситуации в стране также негативно воздействуют на сельское население, вызывая стресс.

Вместе с тем, сельские жители часто лишены возможности эффективно управлять своим психическим здоровьем. С другой стороны, в сельских общинах, основанных на традициях и религиозных практиках, четко определены нормы поведения и социальные роли.

Эти факторы способствуют независимости и самодостаточности жителей сельских районов. Подчеркивается приоритет физического труда и выполнения основных рабочих обязанностей, в то время как здоровье занимает второстепенное положение. Это часто обусловлено мировоззрением сельского населения, которое редко обращается за медицинской помощью [22].

Проблемы доступности медицинской помощи для сельского населения связаны с рядом факторов, включая значительные расстояния, транспортные трудности, низкую населенность, несовершенные коммуникации и экономическую уязвимость сельских территорий по сравнению с городом. Эти факторы способствуют ограниченности ресурсов в сельском здравоохранении и приводят к дефициту медицинских кадров [23].

1.2 Зарубежный опыт привлечения и удержания медицинских специалистов в сельской местности

Нехватка медицинских кадров, работающих в сельской местности, является актуальной проблемой не только в Республике Казахстан, но также во многих других странах. Проблема дефицита медицинского персонала в сельских районах сопровождает множество стран уже на протяжении длительного времени, оказывая существенное воздействие на доступность медицинской помощи для большей части населения в США, Австралии и Великобритании. Многие государства по всему миру внедряют программы финансовых стимулов с целью привлечения медицинских специалистов в сельские районы [24].

В 2008 году Медицинским советом Новой Зеландии была признана новая область практики – Медицина сельских больниц (Rural Hospital Medicine). Это новое направление нацелено на обеспечение высоких стандартов обучения и профессионального роста для врачей, работающих в сельских больницах. Отделение Медицины сельских больниц, входящее в состав Королевского колледжа врачей общей практики Новой Зеландии, принимает на себя ответственность за развитие этой области медицины [25].

Австралия. Опыт Австралии в области здравоохранения демонстрирует многообразие системы. Здесь существуют государственный, частный, некоммерческий и неформальный секторы здравоохранения. В рамках неформального сектора находятся все медицинские услуги, предоставляемые гражданами друг другу без обращения в официальные медицинские учреждения, такие как уход за пожилыми и инвалидами. Основная часть медицинских услуг оказывается через государственный сектор, в то время как частные медицинские услуги являются редкостью, и некоммерческий сектор вносит лишь небольшой вклад в медицинское обслуживание. В этой системе федеральное правительство имеет важную роль в финансировании здравоохранения. Территориальные органы власти (2 территории и 6 областей) играют ключевую роль в формировании сети поставщиков медицинских услуг и имеют поддерживающую роль в финансировании.

Местные органы самоуправления ограниченно вовлечены в систему здравоохранения. Стратегические и важные вопросы рассматриваются на совете правительства Австралии, который включает министров здравоохранения как федерального, так и территориального правительства (с 1993 года к совету присоединилась Новая Зеландия). Федеральная программа Medicare, по сути, представляет собой социальное страхование национального масштаба [26]. Также медицинские услуги Австралии делятся на 3 уровня (Рисунок 2).

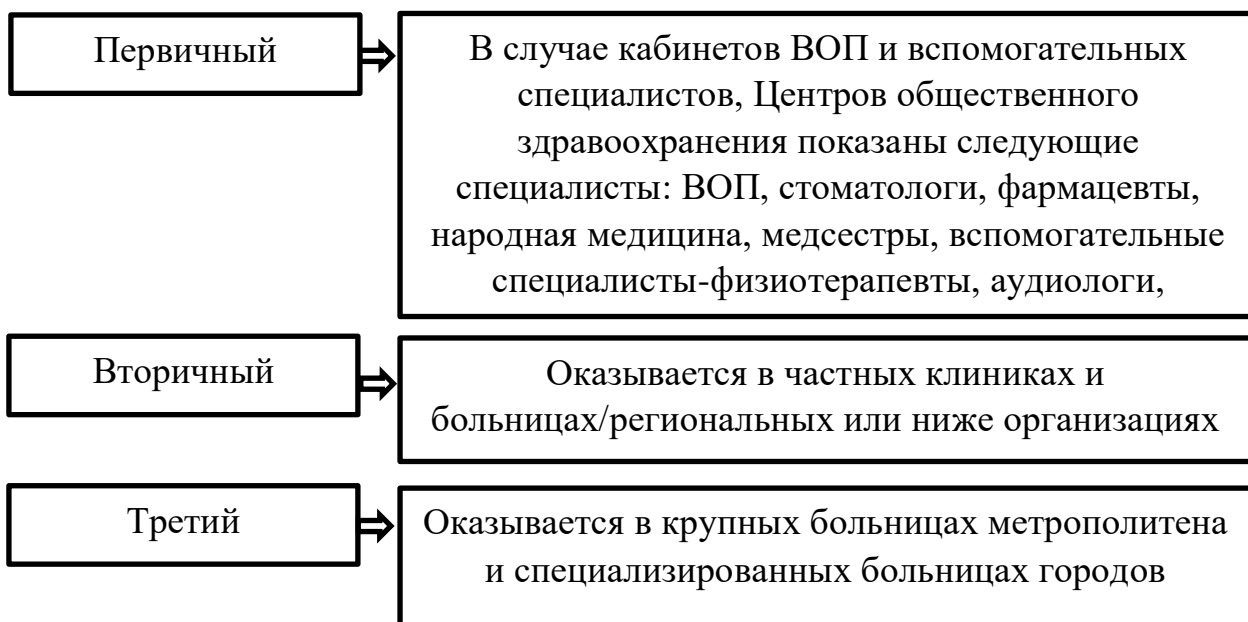


Рисунок 2 – Медицинские услуги Австралии

Примечание: источник [27].

В Австралии присутствует существенное неравенство в области здоровья между жителями, проживающими в сельских и удаленных районах, и теми, кто обитает в столичных центрах. Сфера сельского здравоохранения в стране охватывает медицинское обслуживание, предоставляемое как частными медицинскими центрами, так и государственными больницами, действующими в территориях, признанных как сельские и удаленные. Поскольку почти 90% населения регулярно обращается за помощью в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), логичным первым шагом в уменьшении различий в здоровье является улучшение доступности ПМСП. Это можно достичь путем определения "основных" медицинских услуг, которые должны быть доступны для всех австралийцев, независимо от места их проживания [27].

Исследователи выделяют, что здоровье людей, проживающих в сельских местностях, существенно различается по количественным и качественным параметрам от состояния здоровья жителей крупных городов. Эти различия охватывают широкий спектр аспектов, включая проблемы в предоставлении медицинской помощи, доступности услуг и общие показатели здоровья [28].

В провинции Кливленда в Австралии было проведено исследование, охватывающее два сельских района. Опрос, в который включили 801 домохозяйств, был направлен на определение влияния расстояния до медицинских услуг на процесс выздоровления в районах, которые можно отнести к сельским и удаленным. В ходе исследования 320 домохозяйств находились в прибрежной зоне, а 481 – в более внутренних и отдаленных районах. Результаты опроса отчетливо выявили устойчивую тенденцию: с увеличением расстояния до точек оказания неотложной медицинской помощи наблюдалось ухудшение процесса лечения травм. Жители, проживающие в удаленных районах, чаще прибегали к медицинским консультациям по телефону перед тем, как обратиться за медицинской помощью, и с меньшей вероятностью обращались к специализированным медицинским специалистам на разных этапах лечения, чем жители близкой к побережью зоны [29].

Возникающие различия между крупными городскими центрами и сельскими, а также удаленными районами, а также между разными социально-экономическими группами, также представляют собой серьезные проблемы. Федеральное правительство активно поощряет врачей общей практики и других медицинских специалистов работать в сельских и удаленных районах, где обеспечение достаточного числа врачей может оказаться сложной задачей. Такие проблемы частично урегулируются путем применения телемедицины [30].

Необходимость решения некоторых сложностей, связанных с предоставлением качественных услуг первичной медицинской помощи (ПМСП) в сельских и удаленных районах, способствует возникновению альтернативных моделей и подходов к организации обслуживания. Модели предоставления услуг, применяемые в сельских и отдаленных районах Австралии, включают в себя частные интегрированные услуги ПМСП, аутрич (сопровождение пациентов) и виртуальную модель аутрича [31].

В Австралии есть несколько программ и инициатив по привлечению и удержанию медицинских работников в сельской местности (Таблица 2).

Таблица 2 – Программы по привлечению и удержанию медицинских работников в сельской местности Австралии

№	Название	Описание
1	Региональная программа специальной медицинской поддержки Specialist Medical Outreach Indigenous Chronic Disease Program – SMOICDP	Эта программа направлена на улучшение доступности медицинской помощи в отдаленных и сельских районах, в том числе для коренных народов. Он оказывает поддержку специалистам, работающим в сельской местности, включая финансовую компенсацию, доступ к телемедицине и обучение.

2	Программа оказания государственной услуги в сельской местности Rural Health Multidisciplinary Training – RHMT	Эта программа обеспечивает финансовую поддержку студентам и молодым медицинским работникам, которые выбирают работу в сельской местности. Он включает стипендии, практическое обучение в сельской местности и другие меры, направленные на удовлетворение потребностей местного сообщества в медицинских услугах.
3	Программа сельских врачей Rural Locum Education Assistance Program - RLEAP	Эта программа предоставляет финансовую поддержку врачам, работающим в сельской местности, для обучения, чтобы они могли расширить свои навыки и квалификацию.
4	Программа оказания государственных услуг в сельской местности и отдаленных регионах (Rural and Remote Health Workforce Innovation – RRHWI)	Эта программа направлена на поддержку медицинских работников, работающих в сельских и отдаленных регионах. Он предлагает финансовую компенсацию, обучение, поддержку семей и другие льготы, чтобы сделать работу в этих районах более привлекательной.
Примечание: источник [34]		

Принятый в Кэрнсе, Австралия, в 2014 году консенсус по развитию сельской общей медицины подразумевает, что сфера сельской общей медицины представляет собой широкий спектр медицинских услуг, оказываемых в сельских районах. Этот диапазон включает в себя всестороннюю первичную медико-санитарную помощь, стационарное обслуживание и неотложную помощь. Проблема дефицита медицинского персонала в сельских районах была значительной проблемой в Австралии на протяжении длительного времени [32]. Для борьбы с этим недостатком, Министерство здравоохранения Австралии поддержало создание сельских клинических школ при университетах страны, с целью развития образовательных инициатив, нацеленных на работу в сельской местности. Эта мера стала одной из стратегий для привлечения и удержания медицинских кадров в сельских районах. Основная цель этого подхода заключается в том, чтобы студенты, получившие значимый опыт работы в сельской местности в период обучения, впоследствии вернулись в сельские районы, чтобы применить этот опыт на практике [33].

С 1988 года в Австралии функционирует специальная программа, предоставляющая стипендии студентам-медикам из штата Новый Южный Уэльс на последние 2 года обучения.

Отдаленные результаты выполнения этой программы указывают на то, что 77% выпускников, являющихся врачами общей практики, остаются работать в сельских местностях после завершения обязательного периода службы [34].

В 2021 году Правительство Австралии расширяет свои усилия в области подготовки медицинских кадров для работы в сельских местностях, выделяя 12,4 миллиона австралийских долларов на новую Программу повышения квалификации врачей Джона Флинна (John Flynn Prevocational Doctor Training Program). Целью программы является расширение предпрофессионального обучения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В рамках этой программы студенты будут оказывать поддержку сельскому медицинскому персоналу, что улучшит доступность медицинских услуг для жителей сельских и удаленных общин [35].

В дополнение к этому, для поддержки работы врачей общей практики в сельских районах, правительство вкладывает 9,6 миллиона австралийских долларов в расширение Программы поддержки региональных врачей общей практики (Allied Health Rural Generalist Pathway). Эта программа позволит подготавливать медицинских специалистов широкого профиля для оказания разнообразных медицинских услуг, соответствующих потребностям сообщества, и улучшит возможности для оказания медицинской помощи пациентам в сельских медицинских учреждениях [36].

Программа стимулирования рабочей силы Workforce Incentive Program (WIP), которая была запущена в начале 2020 года, предусматривает целевые финансовые поощрения как для врачей, так и для младшего медицинского персонала, с целью развития предоставления услуг в сельских и отдаленных районах [37]. Основное намерение программы WIP заключается в решении проблемы неравномерного распределения рабочей силы и обеспечении пациентов в сельских и удаленных районах улучшенным доступом к качественным медицинским услугам. Врачи, работающие в самых отдаленных районах, имеют право на получение ежегодных выплат, достигающих 60 000 австралийских долларов [38]. Группа младшего медицинского персонала может получать выплаты до 125 000 австралийских долларов ежегодно, в зависимости от общего объема работы и общего количества отработанных часов. Размеры финансовых поощрений определяются на основе уровня удаленности сельской местности и времени, проведенного оказывающими услуги, с увеличением платежей по мере роста указанных параметров. К тому же, региональная наценка от 20 до 50% добавляется к стимулирующим выплатам младшему медицинскому персоналу, в зависимости от степени географической удаленности. Особое внимание в рамках WIP уделяется укреплению командных и мультидисциплинарных моделей ухода, которые позволяют лучше отвечать потребностям сообщества [39].

Канадский опыт. Здравоохранение в Канаде - это одна из областей, на которую государство смотрит с гордостью. Финансирование канадской системы здравоохранения осуществляется на уровне государства.

В стране действует всеобщая национальная система медицинского страхования, в которой некоммерческие общественные организации играют важную роль как связующее звено между государственными органами и населением [40]. Множество таких организаций активно участвуют в реализации политики здравоохранения на местном уровне, предоставлении медицинской помощи, социальной поддержке, популяризации здорового образа жизни и решении экологических вопросов [41].

Канадская система, известная как Medicare, обеспечивает бесплатное или почти бесплатное предоставление медицинской помощи и услуг для всех граждан Канады [42].

В Канаде есть несколько программ и инициатив, направленных на привлечение и удержание медицинского персонала в сельской местности (Таблица 3).

Таблица 3 – Программы по привлечению и удержанию медицинских работников в сельской местности Канады

№	Название	Описание
1	Программа поощрения практики в сельской местности Rural Practice Subsidiary Agreement [43]	Эта программа предлагает дополнительные финансовые льготы врачам, работающим в сельской местности. Врачи, участвующие в этой программе, получают дополнительную финансовую поддержку и другие преимущества, такие как компенсация за обучение, дополнительный отпуск и стипендии.
2	Программа врачей семейной медицины в сельской местности Family Medicine Rural Program [44]	Эта программа предлагает специальные учебные программы для врачей семейной медицины, заинтересованных в работе в сельской местности. Он предлагает дополнительные знания и опыт в сельской медицине, чтобы подготовить врачей к особенностям работы в таких местах.
3	Студенческие программы по практике в сельской местности [45]	Некоторые университеты и медицинские школы позволяют студентам практиковаться в сельской местности. Это помогает студентам получить представление о работе в таких местах и вдохновляет их на выбор карьеры в сельской медицине.
Примечание: выполнено автором		

Опыт Китая. Китай располагает одной из самых развитых систем здравоохранения в мире благодаря своим значительным экономическим возможностям. Медицинские клиники, оборудованные передовыми медицинскими технологиями, высококвалифицированными врачами и медицинским персоналом, а также хорошо развитая инфраструктура обеспечивают оказание медицинских услуг на высшем уровне и при этом поддерживают разумные ценовые политики [46].

Несмотря на этот высокий уровень медицинской помощи, сельские жители в Китае часто сталкиваются с проблемой доступности к медицинским услугам из-за ограниченных финансовых возможностей. Благодаря внедрению реформ в сфере здравоохранения, многие жители сельских районов теперь имеют доступ к льготной медицинской помощи через обязательное медицинское страхование, которое охватывает 90% населения страны. Однако сельские жители часто сталкиваются с ограниченным доступом к более сложным медицинским процедурам. Профессиональная подготовка медицинского персонала в сельских районах оставляет желать лучшего, клиники не всегда оборудованы современным медицинским оборудованием, а медицинские услуги могут быть ограничены [47].

Первичная медицинская помощь в основном осуществляется сельскими врачами и медицинскими специалистами в сельских клиниках, врачами общей практики, работающими как в сельских поселениях, так и в городских больницах, а также медицинскими специалистами в средних и третичных медицинских учреждениях. Сельские врачи, не имеющие лицензии на общую медицинскую практику, могут работать только в рамках сельских клиник. В 2014 году количество сельских врачей и медицинских специалистов составляло 1,06 миллиона [48].

Сельские врачи и медицинские специалисты, работающие в сельских клиниках, получают доходы через возмещение расходов на здравоохранение (такие как иммунизации и скрининг хронических заболеваний) и предоставление клинических услуг, а также получают надбавки за выписанные рецептурные лекарства и государственные субсидии. Уровень доходов значительно различается в различных регионах [49].

Для реализации стратегического плана по усилению медицинского персонала в Великобритании было выделено 10 миллионов фунтов стерлингов. Основная цель - преодоление дефицита медицинских кадров, и для этого выдвинуты три основных направления: набор новых специалистов, их удержание и поддержка. План включает маркетинговую кампанию и видеоматериалы о возможностях профессионального роста, отправку информационных писем выпускникам медицинских вузов с описанием позитивных аспектов будущей карьеры, а также организацию дополнительного годичного тренинга по приему стажеров в области с недостатком медицинских кадров [50].

Среди эффективных программ по привлечению медицинских работников в Соединенных Штатах можно выделить следующие:

1. Оплата студенческих кредитов. Врачам предоставляется возможность получить сумму до 50 000 долларов для погашения студенческих займов в медицинской области при условии, что они соглашаются работать в районе с повышенной потребностью в медицинской помощи в течение 2 лет [51].

2. Выдача стипендии. Программа предоставляет финансовую поддержку для оплаты обучения, покрытия других образовательных издержек и стипендии на проживание для студентов. Взамен они обязуются отработать не менее 2 лет в организации, где требуется дополнительная медицинская помощь. Продолжительность стипендии может достигать 4 лет. Работа начинается после окончания обучения. Программа "Студенты за работу" также предоставляет студентам-медикам возможность получить до 120 000 долларов в последний год обучения в качестве компенсации за будущее обязательное трудоустройство [52].

Министерство здравоохранения и социальных служб США (HHS) предоставляет финансирование в форме грантов для поддержки определенных учреждений первичной медицинской помощи, которые могут находиться в сельских районах [53]. Примером такого финансирования является поддержка Общинных медицинских центров (Community Health Centers), предоставляющих разнообразную медицинскую помощь на уровне общин. Эти центры служат уязвимым группам населения, предоставляя услуги независимо от способности платежа пациента и основываясь на гибкой системе оплаты. Они также размещены в районах, где доступ к медицинской помощи может быть затруднен [54]. Другим примером подобного подхода является Программа погашения займов для Корпуса медсестер (Nurse Corps Loan Repayment Program), которая предлагает погашение займов медсестрам в обмен на обязательство работать либо в учреждениях с нехваткой медсестер, либо в качестве преподавателей медсестер в соответствующих учебных заведениях [55]. Примеры таких учреждений включают Федерально квалифицированные медицинские центры (Federally Qualified Health Centers), центры психического здоровья для общества (Community Mental Health Centers), учреждения здоровья для американских индейцев (American Indian Health Facilities), а также небольшие сельские больницы и клиники [56].

Еще одним примером является Программа образования и тренировки кадров в области поведенческого здравоохранения (HRSA's Behavioral Health Workforce Education and Training Program или BHWET), спонсируемая Агентством по ресурсам и услугам здравоохранения США (HRSA) [57]. Эта программа финансирует разнообразные инициативы, направленные на улучшение уровня образования и клинической подготовки профессионалов в области поведенческого здравоохранения. Еще одной важной целью является увеличение количества специалистов, работающих в сфере поведенческого здравоохранения, включая и парапрофессионалов.

Программа уделяет особое внимание подготовке кадров для работы в малообеспеченных и сельских общинах [58].

Также, грантовая программа HRSA по планированию сельской резидентуры (HRSA's Rural Residency Planning Grant program) и программа Учебного медицинского центра имеют важное значение в расширении присутствия врачей в сельских районах, акцентируя внимание на местных уровнях обучения [59]. Многие сельские районы также используют государственную программу безвизового въезда Conrad 30 J-1, которая дает возможность принимать на работу иностранных врачей, получивших образование за границей, для работы в недостаточно обслуживаемых отдаленных районах [60].

Похожие программы в сфере финансовых поощрений действуют в штате Западная Вирджиния с начала 1991 года [61] (Таблица 4).

Таблица 4 – Программы финансового стимулирования медицинских работников в Западной Вирджинии

№	Название программ	Описание
1	Программа общественных стипендий	Стипендия в размере 42 500 долларов предоставляется студентам из районов с недостатком медицинских работников, при условии их обязательства вернуться и трудиться в течение одного года за каждый год получения этой финансовой поддержки
2	Программа стипендий для студентов-медиков IV курса	Им предоставляется однократное поощрение в размере 20 000 долларов США за предоставление медицинских услуг в районе с дефицитом врачей на протяжении не менее двух лет
3	Общественный проект по найму врачей и их сохранению на территориях	Медицинские работники могут получить до 20 000 долларов в год в течение 6 лет (с обязательным одногодичным стажем на каждый год финансирования).
4	Государственная программа погашения кредитов для врачей	Максимальная сумма за 2 года работы составляет 40 000 долларов. Дополнительные 25 000 долларов в год могут быть предоставлены на 2 года при условии погашения кредита
5	Летние программы для студентов II курса	Студенты участвуют в практике в сельской местности. Госпиталь или клиника, где они проходят практику, финансирует их обучение и предоставляет стипендию в размере от 1000 до 2000 долларов
Примечание: источник [61]		

Согласно японской программе, студенты, окончившие медицинский университет, обязаны отработать 9 лет после завершения обучения, в течение 6 из которых требуется работать исключительно в сельских районах. Участникам этой программы не нужно платить за обучение на медицинском факультете [62].

Зарубежные программы обеспечения сельских территорий медицинскими кадрами можно разделить на общие группы (Рис. 3).

На основе анализа публикаций все стратегии, применяемые в разных странах, можно объединить в три основных направления: финансовое, организационное и образовательное [63].

Финансовые меры по привлечению и удержанию медицинских работников. Согласно анализу исследований, существует три варианта применения финансовых мер по привлечению и удержанию медицинских работников [64] (Таблица 5 и Рисунок 3).



Рисунок 3 – Направления зарубежных программ обеспечения сельских территорий медицинскими кадрами

Примечание: источник [64]

Таблица 5 – Варианты применения финансовых мер по привлечению и удержанию медицинских работников

Вариант	Тип финансового стимулирования	Пример
Первый	Сотрудник получает постоянное пособие по заработной плате в форме продолжительного ежемесячного стимула	В Индии: к 2011 году было устроено на работу 1 319 специалистов, а количество открытых позиций в медицинских организациях снизилось с 90% до 45%. В Бангладеш врачи, действующие в отдаленных районах, получают финансовые привилегии в размере 33% от базовой заработной платы, но не более 38 долларов в месяц. В Танзании введены выплаты дневных и жилищных пособий, а также предприняты меры для временного размещения специалистов, прибывших в малонаселенные районы, у коллег-медицинских работников до того, как они снимут собственное жилье.
Второй	Стипендиальная премия для студентов целевого обучения	Согласно исследованию Z.Marsh (2019), в течение трех лет с начала реализации стипендиальной программы в Великобритании было привлечено свыше 220 медсестер.
Третий	Однократные выплаты при небольшом увеличении суммы вознаграждения	В Китае была внедрена программа, учитывающая опыт работы в отдаленных районах: при стаже более 5 лет - от 50 до 200 тысяч юаней; выпускники медицинских университетов, проработавшие в сельских районах более 1 года, получают премию в диапазоне от 10 до 30 тысяч юаней. С момента начала реализации этой программы доля специалистов, желающих работать в сельских районах, выросла с 1,09% до 6,49%.
Примечание: источник [64]		

Организационные меры по привлечению и удержанию медицинских работников.

В соответствии с проведенными исследованиями, финансовые поощрения оказались второстепенными и менее эффективными в сравнении с нематериальными аспектами. Согласно выводам С. Marchand (2017), стратегии, связанные с признанием, работоспособностью и удовлетворенностью трудом, имеют больший вес, чем материальные стимулы [65]. Согласно мнению N. Sirili (2018), разработка индивидуальных планов профессионального и карьерного развития выгодна для удержания врачей в сельских медицинских организациях. Внедрение практики наставничества также оказывает существенное воздействие на удержание специалистов в сельских районах [66]. D.M. Gumede (2021) указывает, что внедрение практики наставничества с 2002 года позволило привлечь более 300 врачей в отдаленные районы Южной Африки [67].

Согласно данным R. Schaefer (2021), внедрение гибкого графика работы и возможности неполной занятости для врачей и медицинского персонала способствовало сохранению высококвалифицированных кадров, обеспечению стабильности и сменяемости в команде специалистов [68]. Подобная стратегия успешно была применена в Австралии: результаты исследования V.P. Weale указывают на повышение уровня удовлетворенности работой и сохранение баланса между работой и личной жизнью [69].

Образовательные мероприятия по привлечению и удержанию медицинских работников. Необходимо обеспечить непрерывное образование медицинских работников на протяжении всей их профессиональной карьеры. Согласно исследованию R. Shah (2021), в 2017 году 611 медицинских специалистов были направлены в пять отдаленных районов Гвинеи, и из них 18% планировали покинуть свои рабочие места через 12 месяцев. С другими были проведены полуструктурированные интервью, выявившие, что мотивацией врачей работать в удаленных районах является возможность дополнительного образования [70].

В Южно-Африканской Республике действует децентрализованная программа обучения врачей в сельских медицинских организациях, ориентированная на потребности специалистов. По данным на 2020 год, девять выпускников завершили программу и остались работать в отдаленных районах. В США, штат Висконсин, начиная с 2007 года, воплощается программа обучения студентов в сельских медицинских университетах, благодаря которой 51% студентов остаются работать на сельских территориях. Подобные образовательные инициативы также успешно внедрены в Канаде, Австралии, Филиппинах, Южной Африке, Мали, Таиланде и других странах [71].

В Норвегии, с 2014 года, на основе сельских медицинских организаций функционирует модель ранней регистрации и приоритетного приема выпускников в резидентуру.

Согласно исследованию М. Гаски (2018), доля выпускников, которые остались работать в тех районах, где резидентура была зарегистрирована досрочно и была недоступна (29%), оказалась в 2 раза выше, чем у остальных выпускников [72].

Таким образом, эти стратегии включают финансовые стимулы, возможности профессионального развития и комплексные модели здравоохранения для улучшения доступа к медицинской помощи в сельской местности. Это подчеркивает важность применения многогранных и индивидуальных подходов для эффективного улучшения медицинского обслуживания в сельских общинах.

1.3 Отечественный опыт решения проблемы дефицита медицинских работников в сельской местности

На сегодняшний день в селе проживает 7,8 млн человек, что составляет 41% населения страны, из которых 38% - дети, 62% - взрослые [73]. Медицинскую помощь сельчанам оказывают более 5 тысяч медицинских организаций (Рисунок 4).

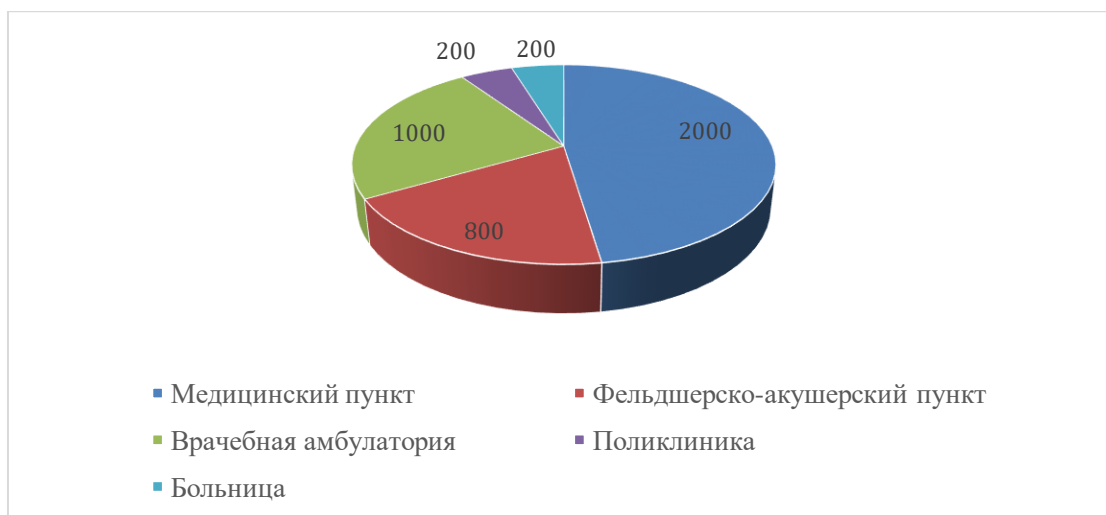


Рисунок 4 – Медицинская помощь сельским жителям

Примечание: источник [74]

Что касается здоровья сельских жителей, то доля заболеваний показана на рисунке 5.

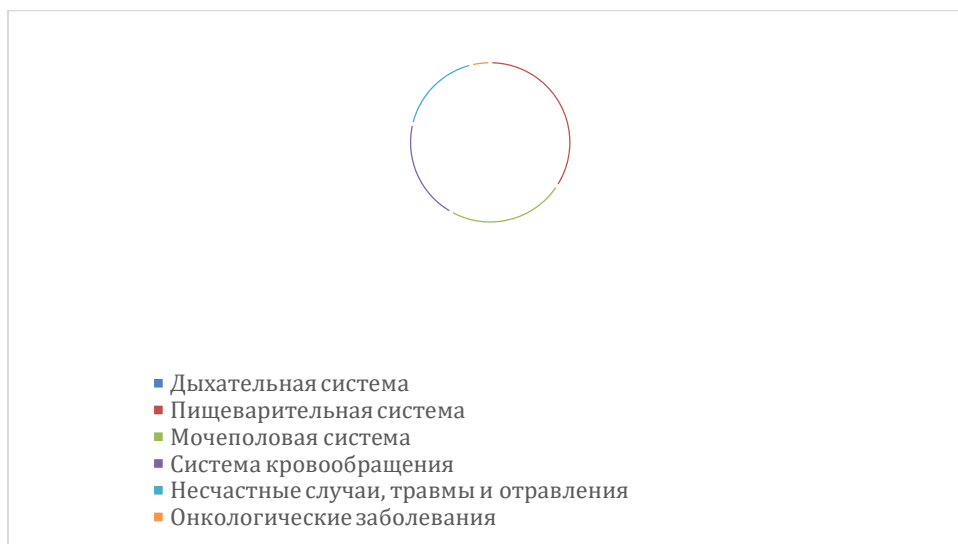


Рисунок 5 – Доля болезней сельских жителей в РК

Примечание: источник [74]

Изучение кадрового обеспечения сельских районов демонстрирует дефицит более чем в 1 700 медицинских работников, включая свыше 1 000 врачей (при этом 734 из них – медсестры). Показатель обеспеченности врачами в сельской местности составляет 17,2 на 10 тысяч населения (в то время как в городских районах этот показатель составляет 40,9). Функционируют 149 передвижных медицинских бригад, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению. Кроме того, в 10 областях страны работают 2 медицинских поезда, предоставляющих услуги программ "Саламатты Қазақстан" и "Жәрдем" [74].

В Республике Казахстан наблюдается неравномерное распределение медицинских кадров в организациях здравоохранения сельских районов. Согласно государственной программе развития здравоохранения на период 2020-2025 годов, на данный момент обеспеченность врачами в городах составляет 56,8 на 10 тысяч населения, в то время как в сельской местности этот показатель значительно ниже – всего 16,1 на 10 тысяч населения. Особенно отчетливо выделяется тот факт, что 83% всех врачей страны работают в городских районах, в то время как лишь 17% заняты в сельских районах. Планом Министерства здравоохранения Республики Казахстан предусмотрено, что к 2025 году уровень медицинского обеспечения сельского населения будет соответствовать минимальному стандарту обеспеченности медицинским персоналом регионов страны и должен составить 92,9 на 10 тысяч населения [75].

В свете увеличивающейся доли сельского населения важно сохранить функционирование сельского здравоохранения, которое в первую очередь направлено на повышение доступности медицинских услуг.

Сокращение сельского населения оказало влияние на работу районных больниц, включая те, которые были построены в рамках инициативы "100 школ, 100 больниц". Эти учреждения функционируют не на полной мощности, и несмотря на получаемые субсидии, их эффективность постепенно снижается. В связи с этим была введена политика децентрализации, направленная на предоставление части медицинских услуг непосредственно на местах. Эта стратегия поддерживается различными средствами, такими как транспортная медицина, санитарная авиация и передвижные медицинские пункты [76].

Существует очевидная тенденция к переселению жителей сельских районов в крупные города. Прежде разработанная сеть сельского здравоохранения не успевает адаптироваться к измененной системе размещения населения, и в результате возникает постоянный дисбаланс. В связи с этим необходимы значительные изменения в планировании сетей, что является ресурсоемким процессом. Тем не менее, развитие сельского здравоохранения остается ключевым направлением социально ориентированной политики в Республике Казахстан [77].

С начала 2000-х годов в Республике Казахстан активно работают над целевыми программами по реформированию и улучшению системы здравоохранения. Эти изменения включают оптимизацию стационарной помощи и уклон на первичную медицинскую помощь (ПМСП). В стране также внедряются подходы доказательной медицины, разрабатываются и внедряются новые клинические стандарты, а также процессы повышения качества медицинских услуг на уровне поставщиков. Однако необходимо продолжить улучшение основных аспектов функционирования системы здравоохранения [78].

Развитие медицинской помощи в сельских районах соответствует пункту 2.5 "Здоровая нация: качество и доступность медицинских услуг" плана действий, утвержденного Указом Президента Республики Казахстан от 19 июня 2019 года № 27 "О мерах по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан". Этот подход подкреплен предложениями, полученными в ходе общенациональных инициатив "Прогресс" и "Вместе" [79].

Согласно представленному плану, до 2025 года планируется поэтапно обеспечить доступность сети первичной медицинской помощи (ПМСП), внедрить практику мобильных медицинских бригад на селе, развивать дистанционные медицинские услуги и национальную телемедицинскую сеть, гарантировать проведение первичной диагностики и скрининга для каждого казахстанца, включая сельскую местность, а также создать эффективную модель предоставления медицинской помощи сельскому населению [80].

Для достижения амбициозных целей, поставленных перед государством, необходимо укрепить материально-техническую базу медицинских учреждений с акцентом на создание условий для ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики заболеваний.

Также требуется обеспечить равный доступ к высококачественной медицинской помощи всем гражданам страны, независимо от места проживания, и внедрить единые нормы и стандарты медицинского обслуживания, включая учет времени, выделяемого врачу для приема пациентов [81].

Однако одним из наиболее важных решений, связанных с здравоохранением и повлиявших на сокращение числа медицинских учреждений в стране, является переориентация с фокуса на стационарное обслуживание к амбулаторной практике. Это также затрагивает кадровые вопросы и требует реформирования [82].

Важной темой, стоящей перед сельским здравоохранением в Республике Казахстан, является не только заболеваемость сельского населения, но и дефицит медицинских специалистов. Медицинские работники в сельских районах имеют особое значение. Их социальное положение, здоровье и общее состояние оказывают прямое влияние на качество медицинской помощи [83].

Одной из целей, закрепленных в государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на период 2020-2025 годов, в осуществлении которой особую роль играют медицинские работники, заключается в формировании здорового образа жизни населения и развитии системы общественного здоровья, а также повышении качества оказываемой медицинской помощи.

При внедрении ФСМС предусмотрено ежегодное повышение заработной платы врачей и среднего медицинского персонала. Планируется достижение соотношения средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике на уровень 1,8:1 к 2023 году, а для средних медицинских работников это соотношение планируется увеличить до 0,8:1 к 2025 году [84].

На территории страны действует национальный проект "Модернизация сельского здравоохранения" на ближайшие два года. В соответствии с данным документом, предусмотрено строительство медицинских объектов в 650 селах Казахстана, а также модернизация и улучшение статуса 32 районных больниц до уровня межрайонных многопрофильных учреждений [85].

С точки зрения дефицита врачей в сельской местности, то на первом месте Акмолинская область (Рисунок 6).

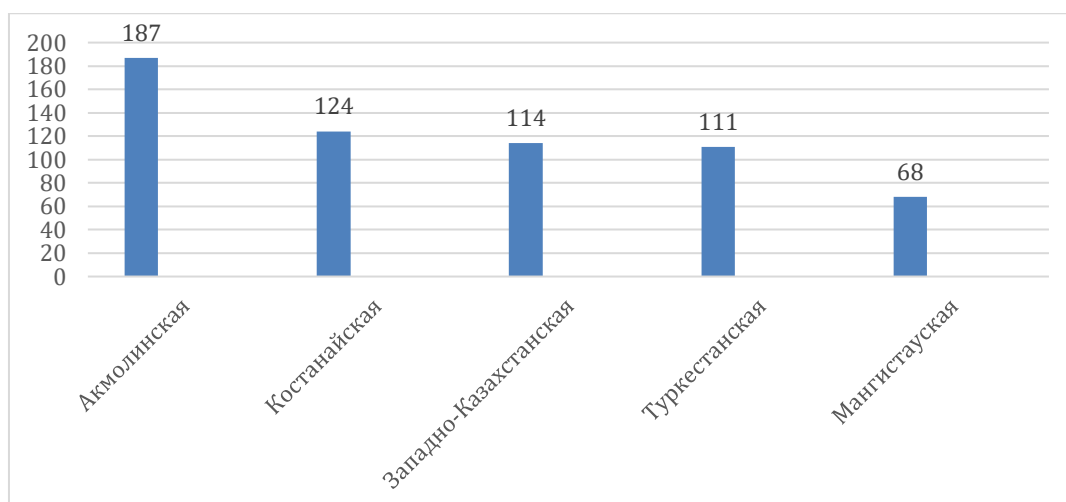


Рисунок 6 – Регионы с наибольшим дефицитом врачей в сельской местности, штатные единицы (абсолютные данные на 100.000)

Примечание: источник [85]

В пятерку самых дефицитных входят врачи общей практики, акушеры-гинекологи, педиатры, терапевты и хирурги.

В 2012 году было установлено правило, согласно которому выпускники, получившие образование в медицинских специальностях за счет государственных средств, обязаны были компенсировать это, работая в сфере здравоохранения в течение трех лет. В течение этого периода им предоставлялась возможность получить государственный кредит на строительство или покупку жилья, сумма которого составляла 1500 минимальных размеров оплаты труда (МРО), а также дополнительное пособие в размере 100 МРО [86].

С начала 2019 года 1576 специалистов получили подъемные пособия, 1115 человек получили жилье, и еще 503 человека воспользовались различными формами социальной поддержки. В последние три года местные исполнительные органы разработали комплекс дополнительных мер для поддержки молодых специалистов с целью привлечения и стимулирования кадров. Эти меры включают в себя подъемные пособия, возможность аренды жилья, социальные выплаты для покрытия арендной платы, льготы по услугам связи, предоставление мест в детских садах и помощь в трудоустройстве супругов [87].

Кроме того, в Павлодаре были открыты филиалы НАО "Медицинский университет города Семей" и НАО "Западно-Казахстанский медицинский университет".

Если сравнивать данные, то средняя зарплата врача в 2019 году составляла 189,3 тыс. тенге, но к 2022 году она выросла до 415,9 тыс. тенге. Этот рост заработной платы также коснулся средних медицинских работников, включая фельдшеров скорой медицинской помощи.

В 2019 году их средняя заработная плата составляла 120,5 тыс. тенге, но к 2022 году она поднялась до 208 тыс. тенге. Планируется, что к 2023 году средняя зарплата врача вырастет до 531 тыс. тенге, а среднего медицинского работника - до 249 тыс. тенге [88].

Также стоит отметить, что ежегодно выделяется государственный заказ на подготовку врачей с учетом потребностей практического здравоохранения. Этот заказ будет постепенно увеличиваться с 1500 специалистов клинического профиля до 2000 специалистов, как показано на рисунке 7.

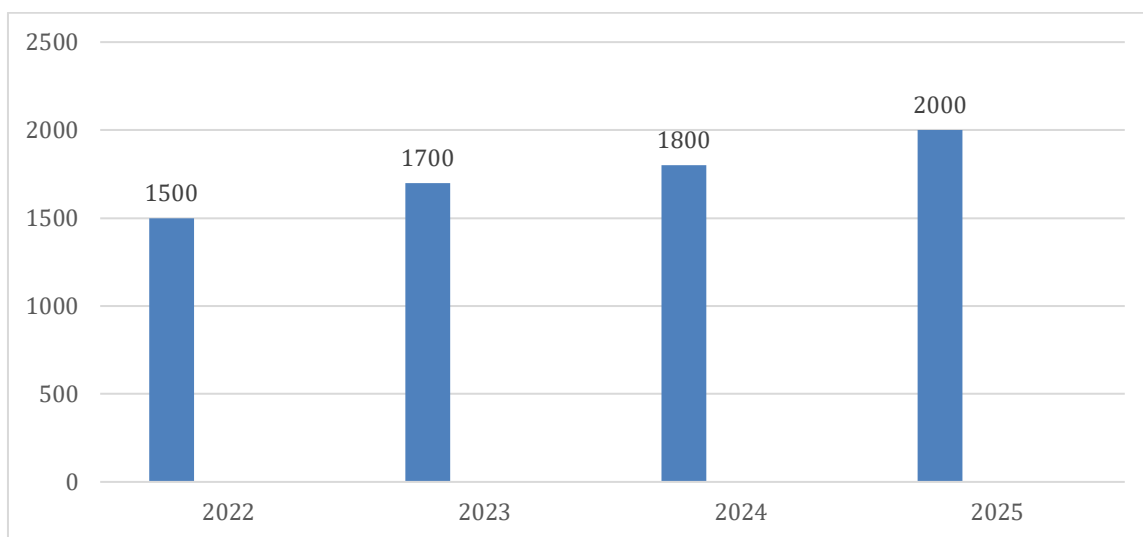


Рисунок 7 – Государственный образовательный заказ на подготовку врачей в соответствии с потребностями здравоохранения бакалавриат, резиденты в РК

Примечание: источник [89]

В 2023 году количество государственных грантов увеличили до 1700. В 2024 году государство выделит 1800 грантов, а в 2025 году – 2000 штук. До 2024 года министерство будет выделять средства на обучение специалистов в сфере здравоохранения по госзаказу: 2700 мест для студентов бакалавриата, 1500 мест в резидентуру, 325 мест в магистратуру и 160 мест в докторантуру. Государственный образовательный заказ на подготовку медицинских кадров формируется с учётом потребности регионов и заявок местных исполнительных органов, добавили в ведомстве [89].

Кроме того, Министерство здравоохранения передало компетенцию по вопросам обеспечения кадрами государственных организаций в сфере здравоохранения, включая установление системы мер социальной поддержки и стимулирования молодых специалистов, а также определение порядка и размера предоставления им социальной поддержки за счет государственных средств, акиматам городов и областей [90].

Сфокусируем внимание на Костанайской области, которая столкнулась с серьезным дефицитом врачей.

Согласно данным управления здравоохранения Костанайской области, в сельских районах региона не хватает 88 специалистов, согласно республиканской статистике - 123,75 ставок. Сельским районам необходимы терапевты, врачи общей практики, акушеры-гинекологи и онкологи (Таблица 6).

Таблица 6 – Нехватка специалистов в районах Костанайской области

1	Мендыкаринский район	10 вакансий
2	Джангельдинский район	9 вакансий
3	Карасуский район	9 вакансий
Примечание: источник [90]		

Официальная статистика указывает, что только в 2022 году естественный прирост врачей составил 95 человек, и еще 118 врачей пришли работать. Для привлечения кадров специалисты управления здравоохранения совместно с медицинскими организациями проводят поездки в высшие медицинские учебные заведения в городах Астана, Караганда, Семей, Актобе, Алматы и Шымкент. Результаты уже видны: только в этом году в районные медицинские организации было привлечено 44 врача .

С начала 2020 года акимат области впервые начал выплачивать медицинским работникам подъемные пособия, при условии работы в сельской местности в течение 5 лет. Специалисты, приехавшие работать в сельские районы, изначально получили 2 млн тенге. К 2022 году суммы выплат для некоторых дефицитных специальностей, таких как анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог и неонатолог, педиатр, увеличились до 5 млн тенге. Для других специальностей, таких как кардиологи, онкологи, инфекционисты, психиатры, фтизиатры, гастроэнтерологи, невропатологи, патологи, нефрологи, аллергологи, гематологи и реабилитологи, эта сумма составила до 3,5 млн тенге [91].

Параллельно с выплатой пособий активно ведется работа по предоставлению врачам жилья. На 1 октября жилье получили 18 врачей, которые приехали работать в сельские районы.

В текущем 2023 году в Карагандинской области 12 медицинских специалистов, которые отправились работать в сельскую местность, получили сертификаты. Среди этих специалистов есть врачи общей практики, анестезиологи-реаниматологи и акушерки. Все они являются выпускниками медицинских университетов городов Караганды и Астана, а также являются участниками программы "С дипломом в село". По этой причине, помимо получения денежных сертификатов, им было выделено однократное подъемное пособие в размере 100 минимальных размеров оплаты труда (МРОТ) и предоставлены другие социальные преимущества [92].

В 2024 году будут реализованы меры социальной поддержки по привлечению специалистов в различных сферах, таких как здравоохранение, образование, социальные услуги, культура, спорт, агропромышленный комплекс, а также государственных служащих органов местного самоуправления сел и сельских округов, за исключением лиц, занимающих руководящие должности.

Для сотрудников, которые переехали в село, будут доступны следующие условия:

- Предоставление единовременного пособия, равного стократному месячному расчетному показателю;

- Поддержка в виде бюджетного кредита на приобретение или строительство жилья. Сумма кредита зависит от местонахождения сельского поселения:

- Для специалистов, переехавших в административные центры района, сумма кредита не будет превышать 2500-кратного месячного расчетного показателя;

- Для тех, кто переехал в другие сельские населенные пункты, сумма кредита будет составлять не более 2000-кратного месячного расчетного показателя.

Эти инициативы направлены на улучшение социально-экономических условий жизни и труда специалистов в сельской местности, стимулирование их профессионального и личностного развития в этих регионах [93].

Ежегодно размер расчетного пособия будет увеличиваться по мере повышения минимальной заработной платы. Врач должен проработать в селе 5 лет. Главная цель - привлечь в село сильных специалистов. Кроме того, в настоящее время существует требование проработать по специальности 3 года. Минимальная заработная плата также увеличивается с каждым годом. Поэтому после получения единовременной выплаты врачи должны поселиться в селе и работать. Для приобретения квартиры будет выделено 2500 МРП

Кроме того, Казахстан вводит новое почетное звание "Заслуженный врач Казахстана" за выдающиеся достижения и особые заслуги медицинских работников перед Республикой Казахстан с единовременной выплатой в размере 1000-кратного МРП (месячного расчетного показателя). Также будет проведен республиканский конкурс "Лучший по профессии", победители которого получат единовременную поощрительную выплату в размере 500 МРП [94].

2 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В КГП «АМАНГЕЛЬДИНСКАЯ РБ»

2.1 Анализ текущей численности и структуры медицинского персонала КГП «Амангельдинская РБ» и оценка эффективности планирования кадрового состава

Коммунальное государственное предприятие «Амангельдинская районная больница» находится в Костанайской области. Амангельдинская районная больница является единственным лечебным учреждением, оказывающим специализированную стационарную медицинскую помощь населению района.

Отдаленность от железнодорожных путей до города Аркалыка составляет 150 км. Медицинская больница функционирует в двух- и трехэтажных зданиях, сооруженных по типовому проекту. На данный момент лечебно-оздоровительное учреждение районного центра обслуживает население района, которое насчитывает 11297 человек, предоставляя 41 койко-место. Кроме этого, были построены новые здания для медицинских учреждений в сельских округах Амантогай и Урпек, включая 2 врачебные амбулатории, 2 фельдшерско-акушерских пункта и 17 медицинских пунктов.

В больнице трудятся 20 врачей, а также 128 специалистов среднего медицинского персонала. Особое внимание уделяется постоянному повышению квалификации сотрудников.

- Участковые услуги: (3 участка врача общей практики, 3 педиатрических участка, 2 терапевтических участка)

- Комплексное отделение – 26 коек; (хирургическое – 7 коек, терапевтическое – 10 коек, педиатрическое – 3 койки, реабилитационное отделение – 6 коек, паллиативное – 3 койки, инфекционное – 3 койки).

- Родильное отделение – 8 коек; (родильное – 6 коек, гинекологическое – 2 коек);

- Дневной стационар – 30 коек;

- Отделение неотложной медицинской помощи по вызову 4 категории;

- Лабораторно-диагностическое отделение;

- Рентгенологическая служба (лучевая, ультразвуковая, функциональная, эндоскопическая диагностика);

- Отделение профилактики и социально-психологической помощи;

- Аптечный пункт;

- Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля;

- Административно-хозяйственная деятельность;

- Регистратура.

Больница оказывает медицинскую помощь населению района по следующим специальностям:

- Терапия

- Хирургия (общая)

- Травматология и ортопедия
- Акушерство и гинекология
- Педиатрия
- Инфекционные болезни
- Офтальмология
- Оториноларингология
- Фтизиатрия
- Стоматология
- Рентгенология
- Трансфузиология
- Ультразвуковая диагностика
- Онкология
- Эндоскопия
- Лабораторные: общеклинические, биохимические исследования;

С целью обеспечения высокого стандарта медицинской помощи в больнице активно развивается и улучшается служба, отвечающая за поддержку прав пациентов и внутренний контроль. Можно связаться с больницей по контактному номеру 50-0-45. Кроме того, на каждом этаже больницы расположены ящики, предназначенные для вопросов и отзывов пациентов, а также специальный кабинет службы поддержки прав и внутреннего контроля.

Посетители больницы имеют возможность оставлять свои заявки через различные платформы, включая "е-заявление", мобильное приложение Qoldau 24/7 и веб-сайт районной больницы.

С начала 2020 года в Республике Казахстан была введена система обязательного социального медицинского страхования, что привело к расширению перечня доступных медицинских услуг для населения. Однако в настоящее время некоторые люди (13,2% или 1 773 человека) не имеют страхового статуса. Врачи поликлиники совместно с местными исполнительными органами проводят информационно-разъяснительную работу среди населения для улучшения ситуации.

Теперь новый метод выплат позволяет приобрести страховой статус, который можно оплатить за год вперед. Большое внимание в больнице уделяется лекарственному обеспечению и специальному питанию для определенных категорий населения в соответствии с перечнем, утвержденным уполномоченным органом.

Количество диспансерных пациентов, обеспеченных лекарственными препаратами – 1 285 человек (83%), сумма – 33 167 897 тенге 96 тьин.

Согласно государственной программе "Цифровой Казахстан", с 2018 года была внедрена медицинская информационная система в РГП. На сегодняшний день вся медицинская документация ведется в электронном формате. Государственные услуги, такие как запись на прием, вызов врача на дом и получение медицинских справок, осуществляются через систему ДАМУмед, а также доступны онлайн через платформу eGov [95].

В рамках больницы создан уголок самообслуживания, где пациенты могут обратиться к сотруднику регистратуры для подачи заявки на регистрацию, внесения своих данных в базу мобильных граждан и получения других видов услуг.

Для уменьшения ожидания и обеспечения более широкого доступа к клиничко-диагностическим услугам, поликлиника активно сотрудничает с другими медицинскими учреждениями по соглашениям о сотрудничестве: Костанайская областная больница, муниципальная больница, госпиталь офтальмологии, онкологический центр, ТОО "Мырзахан", "Invivo", "Медикал Форте" и другие.

В настоящее время ожидание некоторых видов клиничко-диагностических процедур варьируется от 3 до 14 дней. Например, для УЗИ этот срок составляет 3-4 дня, а для УЗИ сердца - 14-15 дней. Консультации узкоспециализированных врачей, за исключением офтальмолога, доступны через 3-5 дней. Относительно более сложных процедур, таких как МРТ и КТ, все медицинские учреждения области, по направлению врачей нашей больницы, предоставляют МРТ-исследования за 7-10 дней и КТ-исследования в течение 3 дней. Предоставление платных медицинских услуг населению осуществляется в соответствии с утвержденным Положением, определяющим условия и порядок оказания таких услуг. На официальном веб-сайте больницы можно ознакомиться с прейскурантом цен на эти услуги.

Всего в больнице работает 199 человек, из них врачей – 21, среднего медицинского персонала – 104, младшего медицинского персонала – 35, других – 37. Кадровое укомплектованность врачами – 68%, средними медицинскими работниками-100%. Врачи пенсионного возраста-4 человека, средний медицинский персонал-1 человек. Дефицит кадров-дефицит 11 врачей по специальностям неонатолог, педиатр, оториноларинголог, акушер гинеколог, врач УЗИ, офтальмолог, психиатр-нарколог, дерматовенеролог, кардиолог, эндокринолог, эпидемиолог (Рисунок 8).

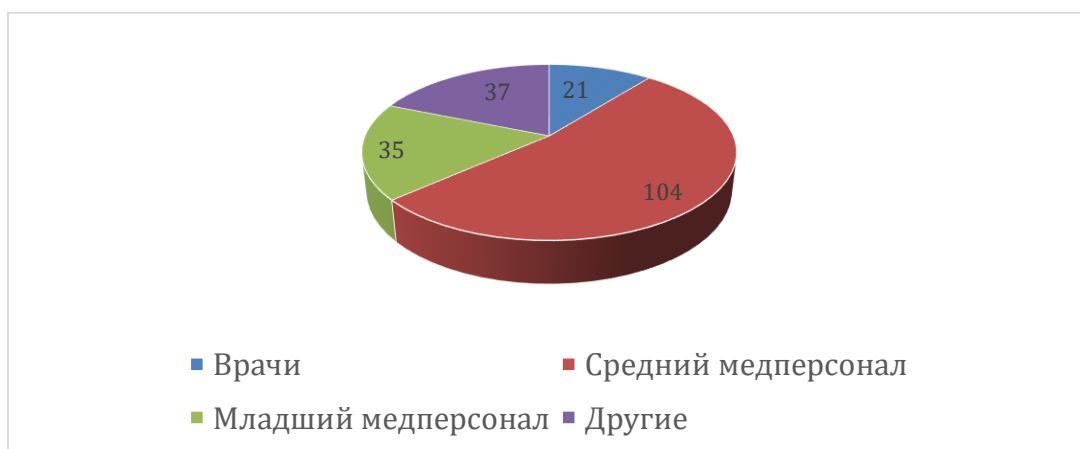


Рисунок 8 – Кадровый состав КГП «Амангельдинская районная больница», штатные единицы

Примечание: источник [96]

Кадровая политика Коммунального государственного предприятия "Амангельдинская районная больница" определяет ориентацию в управлении человеческими ресурсами. Эта стратегия строго соблюдает нормы законодательства Республики Казахстан и внутренних документов предприятия.

Основной целью кадровой политики Амангельдинской больницы является эффективное управление и прогрессирование человеческого капитала больницы. Ее задачи включают поддержание оптимальной численности и качества сотрудников, обеспечение их профессионального и социального развития, а также балансирование процессов обновления и сохранения персонала. Важно, чтобы этот персонал был способен на высоком профессиональном уровне решать стратегические задачи, стоящие перед предприятием [96].

Основными приоритетами в кадровой политике являются:

- Привлечение, развитие и удержание высококвалифицированных сотрудников;
- Внедрение передовых методов управления персоналом и установление эффективного отдела по вопросам персонала в предприятии;
- Управление группой высокоактивных сотрудников на предприятии;
- Поддержка инноваций и процессов трансформации в организации;
- Создание и закрепление общих ценностей, социальных стандартов и правил, определяющих поведение работников;
- Повышение позитивной репутации и доверия партнеров к предприятию.

Для достижения поставленной цели Амангельдинская больница решает следующие задачи (Рисунок 9):

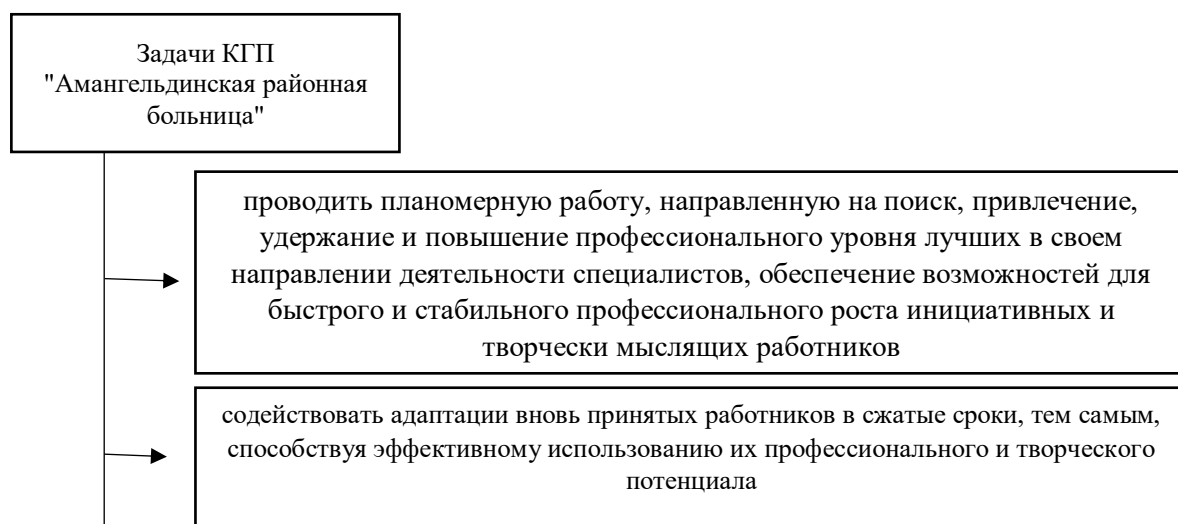


Рисунок 9 – Задачи кадровой политики КГП «Амангельдинская районная больница»

Примечание: источник [97]

Основополагающими принципами кадровой политики КГП "Амангельдинская районная больница" являются:

- Определение персонала как ключевого актива, на котором базируется предприятие, и вложение инвестиций в "человеческий капитал" как надежного источника, лежащего в основе деятельности организации;

- Включение всех уровней управления (включая линейных руководителей) в управление взаимоотношениями и развитием, усовершенствование системы обучения руководящего состава методам управления взаимоотношениями, дальнейшее развитие методических указаний для руководителей всех уровней в области работы с персоналом;

- Обеспечение единообразия кадровой политики при взаимодействии с персоналом во всех структурных подразделениях, создание доступной общей терминологии, прозрачности и понятности технологий и мероприятий в области управления взаимоотношениями для всех работников;

- Выбор, размещение и продвижение сотрудников на основе их профессиональных, деловых, нравственных и психологических качеств с использованием современных методов, включая конкурсный отбор и регулярное объективное оценивание персонала;

- Разумное сочетание внутренних резервов персонала и внешних ресурсов при замещении вакансий, применение практики обмена работниками между уровнями управления, обновление состава персонала с обеспечением непрерывности, акцентирование на качественном интеллектуальном развитии персонала;

- Обеспечение оптимальной загрузки сотрудников, максимизация использования опыта и интеллектуальных ресурсов человеческих активов, эффективная организация и гарантирование безопасности в рабочей среде;

- Создание условий для профессионального развития сотрудников, разработка системы стимулирования высокой производительности труда;

- Поддержание позитивного психологического атмосферного климата в трудовой команде предприятия;

- Дальнейшее развитие системы гарантий и прав трудящихся, способствующей формированию общности ценностей и корпоративной принадлежности;

- Систематическое управление взаимоотношениями на основе поставленных целей в рамках ключевых направлений деятельности, интегрированных в общую стратегию по развитию персонала;

- Широкое внедрение передовых методов управления человеческими ресурсами, автоматизация процессов управления взаимоотношениями;

- Практическое воплощение концепции социального партнерства и совместной ответственности между работодателем и сотрудниками;

- Динамичное развитие системы управления взаимоотношениями, адаптированной к долгосрочным стратегическим целям предприятия.

Базовыми направлениями кадровой политики являются:

- 1) совершенствование организационной структуры. Планирование, подбор и расстановка кадров;
- 2) обучение, подготовка и переподготовка персонала;
- 3) создание кадрового резерва;
- 4) разработка и внедрение системы управления результативностью и мотивации работников;
- 5) формирование корпоративной культуры.

Основные индикаторы эффективности Кадровой политики:

- 1) производительность и прибыльность труда;
- 2) экономическая добавленная стоимость на 1 (одного) работника;
- 3) расходы на персонал;
- 4) текучесть кадров;
- 5) текучесть работников среди руководящего состава;
- 6) показатель стабильности персонала;
- 7) удовлетворенность персонала [97].

Миссией КГП "Амангельдинская районная больница" является: Улучшение здоровья граждан путем повышения качества и доступности предоставляемой медицинской помощи.

Видение КГП "Амангельдинская районная больница" на будущее заключается в том, чтобы быть учреждением здравоохранения, предоставляющим гарантированный объем бесплатных медицинских услуг прикрепленному населению, с широким спектром возможностей платных медицинских и дополнительных услуг. Организация стремится быть оснащенной современными технологиями, соответствующими потребностям населения, а также обеспеченной высококвалифицированными медицинскими и врачебными кадрами. Основной фокус организации будет направлен на удовлетворение интересов как сотрудников, так и прикрепленного населения.

Социально-экономический прогресс общества предоставляет возможность ставить перед предприятием новые важные задачи, направленные на создание доступной и эффективной здравоохранительной системы:

- Внедрение экономичных методов оказания медицинской помощи;
- Укрепление профилактической направленности отрасли;
- Повышение доступности и качества медицинской помощи;
- Реализация специальных социальных услуг и создание стимулов для поддержания здоровья населения;

Поддержка профессионального и личностного роста медицинского персонала;

- Приспособление системы здравоохранения к современным общественным и рыночным требованиям.

Воплощение этических принципов включает в себя следующие ориентиры:

- Обеспечение информированности пациента о состоянии его здоровья;
- Проявление гуманности и уважения к пациенту, учет его законных прав;
- Соблюдение человеческого достоинства пациента;

- Основной принцип: прежде всего, не навреди;
- Уважение права пациента на принятие или отклонение медицинского вмешательства;
- Обеспечение пациента качественной и своевременной медицинской помощью;
- Соблюдение уважения к умирающему больному;
- Обязанность сохранения профессиональной тайны;
- Проявление профессиональной компетентности;
- Защита пациента от неадекватного медицинского вмешательства;
- Отношение с уважением к своей профессии;
- Уважительное отношение к коллегам;
- Вклад в медико-санитарное просвещение общества.

Факторами внешнего воздействия на функционирование предприятия являются совокупность условий и воздействий, существующих за его пределами, однако оказывающих влияние на процесс принятия управленческих решений. Наибольшее воздействие на операции предприятия осуществляют неконтролируемые факторы (рост средних издержек в медицинской сфере, превосходящий аналогичный рост в других отраслях экономики). Процесс роста издержек подвержен воздействию естественного монополизма больниц, которые практически лишены конкурентной борьбы, и особенности рынка медицинских услуг – оплата лечения сторонними организациями (в данном случае, государством или страховой компанией). Финансирование лечения страховой компанией и возможность выбора медицинской организации со стороны пациента могут существенно сократить объем клинико-диагностических услуг, а также услуг на уровне первичной медицинской помощи.

Повышение издержек в сфере медицинского обслуживания обусловлено появлением новых медицинских открытий. Знание о совершенно новых методах лечения и диагностики и стремление использовать их становятся факторами быстрого роста ожиданий среди большого числа людей. Это приводит к повышенным требованиям к качеству медицинских услуг.

Основной причиной увеличения спроса на медицинские услуги является значительный рост ВВП, который формирует основу для повышения доходов населения. Постоянное увеличение доходов стимулирует население обращаться за более дорогостоящими медикаментами и медицинскими услугами. Этот рост доходов оказывает влияние не только на уровень спроса, но и на его структуру, приводя к увеличению доли потребления таких услуг, которые можно считать предметами роскоши.

Важным фактором воздействия внешней среды является наличие естественных монополий на конкретных территориях. В результате отсутствия конкуренции возникает неудовлетворенный спрос на медицинские услуги.

На территории, обслуживаемой данной организацией, располагается 40 сельских населенных пунктов, включая 6 населенных пунктов с численностью населения до 50 человек, в которых отсутствует лечебно-профилактическое

учреждение (ЛПУ). Однако население этих населенных пунктов закреплено за смежными медицинскими пунктами.

Система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) охватывает 8 территориальных участков, из которых 2 направлены на предоставление терапевтической помощи, 2 – педиатрической помощи, и 4 – общепрактической помощи.

Врачебные амбулатории и обслуживаемые участки общей практики снабжены врачами общей практики, а медицинские пункты оснащены средним медицинским персоналом.

Проведя анализ текущей ситуации и учитывая воздействие внешних и внутренних факторов на деятельность и развитие предприятия, можно выделить четыре основные категории: сильные стороны, слабые стороны, возможности и риски.

Сильные стороны и возможности:

- Возможность выделения ресурсов для внутреннего управления;
- Возможность самостоятельного принятия решений, что способствует эффективному управлению;
- Экономическая стимуляция к повышению качества и эффективному использованию ресурсов;
- Гибкость в управлении ценами на платные услуги;
- Возможность внедрения эффективных механизмов мотивации персонала;
- Высокий спрос на специалистов с узкой специализацией;
- Партнерство с ведущими клиничко-диагностическими центрами региона;
- Устойчивое и своевременное финансирование медицинских услуг из государственного бюджета;
- Возможность использования имущества (аренда свободных помещений, оборудования);
- Возможность самостоятельно планировать повышение квалификации и переобучение специалистов.

Слабые стороны и потенциальные риски включают:

- Возможность непродуманного управления, что может привести к убыточности;
- Ограничение в применении передовых технологий и навыков, что может спровоцировать уход опытных специалистов;
- Недостаточное оснащение медицинским оборудованием;
- Низкое экономическое положение населения и низкий спрос на платные медицинские услуги;
- Рост цен на расходные материалы, коммунальные услуги и др.;
- Ограниченные финансы для улучшения материально-технической базы.

Факторами внешнего воздействия на функционирование предприятия являются совокупность условий и воздействий, существующих за его пределами, однако оказывающих влияние на процесс принятия управленческих

решений. Наибольшее воздействие на операции предприятия осуществляют неконтролируемые факторы (Таблица 7).

Таблица 7 – Сильные и слабые стороны КГП «Амангельдинская районная больница»

	Сильные стороны	Слабые стороны
Финансы	Отсутствие кредиторской задолженности	Недостаточная окупаемость инвестиций в модернизацию медицинской техники.
Клиенты	Удовлетворенность пациентов оказанными услугами при оказании стационарной помощи (результаты анкетирования пациентов)	Необходимо улучшить механизм обратной связи для анализа жалоб пациентов.
Повышение потенциала и развитие персонала	Показатель средней заработной платы врачей на одну ставку составляет 1,3 раза от средней заработной платы в экономике. Отмечается небольшой процент текучести кадров (4,8%), при этом 96% опрошенных работников выразили удовлетворенность условиями работы на предприятии. Достигнут успех в выполнении плана по повышению квалификации производственного персонала на 106%	Необходимость диверсификации специализации врачей с целью предоставления широкого спектра услуг
Процессы	Пропускная способность больничного отделения составляет 97,2% Быстрая обработка и предоставление результатов лабораторных и диагностических исследований Внедрение электронного документооборота для сокращения использования бумажных документов Отсутствие ожидания при записи к специалисту узкого профиля Увеличение доли стационарозамещающей помощи в общем объеме государственных обязательных медицинских услуг	Необходимость повышения квалификации специалистов
Примечание: источник [97]		

2.2 Оценка текущей деятельности КГП «Амангельдинская РБ» по привлечению и удержанию медицинских работников

В Костанайской области 476 медицинских объектов:

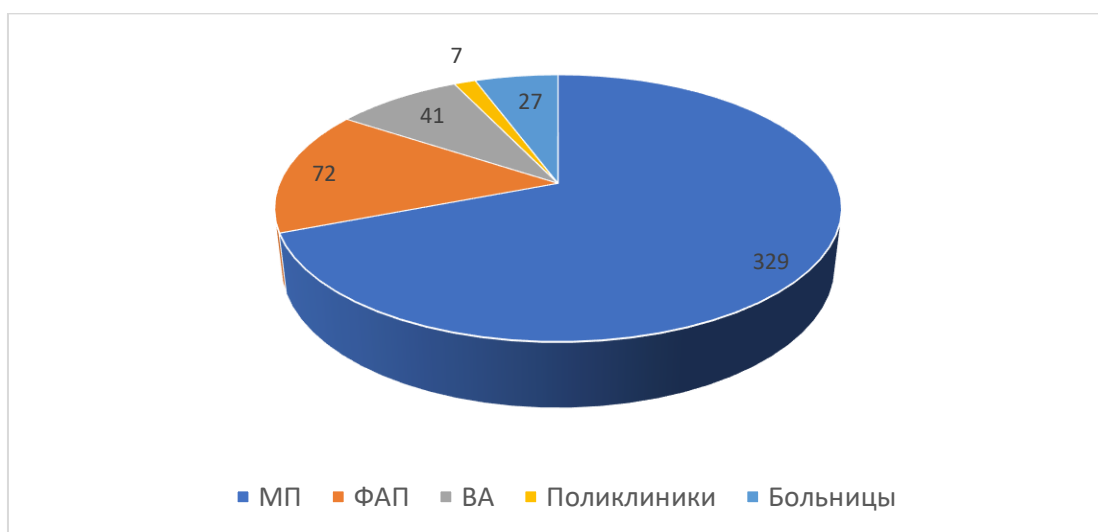


Рисунок 10 – Медицинские объекты Костанайской области

Примечание: источник [53]

Износ зданий – 61,1%. Охват услугами ПМК -15, выявлено заболеваний у 2 765 человек или 11 % (8% на Д-учет). Охват медицинскими поездами «Жәрдем» и «Саламатты Қазақстан» - 8 станций, более 9,7 тыс. жителей, в том числе 928 детей. В ходе реализации национального проекта "Модернизация сельского здравоохранения" в период 2023-2024 годов в Костанайской области планируется провести строительство 25 объектов, включая 5 врачебных амбулаторий, 1 поликлинику с 9 фельдшерско-акушерскими пунктами и 1 медицинский пункт. Также запланированы реконструкция и капитальный ремонт 2 объектов.

Одной из ключевых задач является обновление системы предоставления телемедицинских услуг с соответствием международным стандартам. Это включает в себя расширение спектра доступных диагностических услуг и использование современных цифровых решений.

В Костанайской области трудятся 14590 медработников:

- 1915 врачей
- 5944 средних медработников

Ежегодно в область прибывает в среднем около 150 врачей из всех регионов Казахстана. Из бюджета области каждому приехавшему врачу выплачиваются подъемные пособия:

- 3,5 млн тенге в городскую местность
- 5 млн тенге в сельскую местность.

Условие получения подъемных – отработка в течение 7 лет.

Перспективы карьерного развития в данной сфере акцентируют внимание на важности наставничества. Каждому молодому специалисту обязательно предоставляется наставник, что имеет большое значение.

Область также уделяет важное внимание образованию и профессиональному росту. Костанайская область выделяется как один из пионеров в применении государственных грантов для обучения в резидентуре. На 2023 год планируется выделение 70 образовательных грантов на актуальные специальности. Финансирование повышения квалификации медицинского персонала осуществляется из средств областного бюджета. Кроме того, некоторые врачи были направлены на обучение за границу: 10 специалистов обучались в России (Москва), Турции (Стамбул) и Израиле [98].

Обеспечение жильем рассматривается как важная задача. Работодатели совместно с акиматами городов и районов Костанайской области заботятся о предоставлении жилья для каждого врача. Это может включать предоставление служебных квартир или компенсацию арендной платы в случае их отсутствия. На поддержку в этом направлении в текущем году из областного бюджета выделено 2,1 миллиарда тенге, выделяемых акиматом Костанайской области, на строительство домов и приобретение квартир для медицинских работников [99].

В больницах Костанайской области наблюдается дефицит врачей, особенно в таких специализациях, как анестезиология, реаниматология, онкология и хирургия. Для решения проблемы кадрового дефицита используется метод привлечения молодых специалистов. Это включает социальный пакет, в который входят жилье и единовременная выплата, так называемые подъемные. В этом году ожидается прибытие 150 медицинских работников в регион. С медицинскими выпускниками университетов Караганды, Астаны, Алматы и Актобе уже подписаны предварительные контракты. Этот шаг позволит уменьшить дефицит кадров в больницах на половину.

С сокращением дефицита врачей как целью, комиссией по персональному распределению выпускников организаций образования и науки, при Министерстве здравоохранения, начиная с текущего года, было осуществлено распределение 3339 выпускников организаций образования и науки в регионы, в том числе 911 человек в сельские районы.

Для привлечения специалистов в регионы был предоставлен государственный заказ на подготовку специалистов в резидентуре. Ожидается, что в 2023 году будут выпущены 2292 резидента (госзаказ на 2023-2024 учебный год составляет 2500 мест).

КГП «Амангельдинская РБ».

На сегодняшний день дефицит кадров:

- ВОП – 1
- Эндокринолог-1
- Офтальмолог-1
- Психиатр-нарколог-1

- Кардиолог-1
- Уролог-1
- Детский хирург-1
- Детский невропатолог-1.

Для привлечения молодых специалистов на работу в остро дефицитных сферах предусмотрены следующие меры поддержки: Областной акимат предоставляет подъемные в размере 5 000 000 тенге, а также в рамках программы "С дипломом в село" выделяется 100 МРП (минимальных размеров пенсионного обеспечения) – это составляет 306 300 тенге – из местного бюджета. Кроме того, имеется возможность получить благоустроенное жилье, предоставляемое из запаса больницы – в наличии 8 квартир различной планировки (1, 2, 3 комнатные). Также обеспечивается доступ к беспроцентным кредитам от акимата для строительства и покупки жилья.

В 2023 году прибыли 1 педиатр, 1 терапевт, 4 врача общей практики. В 2022 году 1 врач общей практики направлен в 3-летнюю резидентуру на обучение за счет больницы по специальности «Офтальмология» (взрослая и детская). Закончил 1 год 3-летнего обучения.

Коэффициент удержания сотрудников – важный показатель, отражающий способность организации удерживать своих сотрудников в течение определенного периода времени. Этот коэффициент особенно важен для таких учреждений, как КГП "Амангельдинская РБ", где качество предоставляемых услуг напрямую зависит от опыта и квалификации персонала.

Коэффициент удержания сотрудников рассчитывается по формуле:

$$\text{Коэффициент удержания} = \left(\frac{\text{Количество сотрудников в конце периода}}{\text{Количество сотрудников в начале периода}} \right) \times 100 \quad (1)$$

Для КГП «Амангельдинская РБ»:

Количество сотрудников в начале периода: 148 человек

Количество сотрудников в конце периода: 126 человек

Подставляя данные значения в формулу, получаем:

$$\text{Коэффициент удержания} = (126/148) \times 100 \approx 85,13\% \quad (2)$$

Используя данные значения для расчёта коэффициента удержания сотрудников КГП «Амангельдинская РБ», мы имеем результат примерно в 85,13%. Это означает, что за рассматриваемый период больница смогла удержать около 85% своего персонала.

С одной стороны, коэффициент удержания 85,13% может считаться относительно высоким в некоторых отраслях, особенно учитывая общий дефицит медицинских специалистов и высокую текучесть кадров в медицинской сфере. Это указывает на то, что больница имеет сильные стороны в удержании своих сотрудников, возможно, благодаря хорошим условиям работы, корпоративной культуре или системе мотивации.

С другой стороны, потеря примерно 15% персонала может быть значительной, особенно если учесть, что речь идёт о медицинской сфере, где квалифицированные специалисты играют критически важную роль в оказании услуг здравоохранения. Эта потеря может повлечь за собой снижение качества оказываемых медицинских услуг, увеличение нагрузки на оставшихся сотрудников и дополнительные расходы на найм и обучение нового персонала. Также, если ушедшие сотрудники были высококвалифицированными специалистами или занимали ключевые позиции, это может негативно сказаться на функционировании больницы в целом.

SWOT-анализ (анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз) стратегии КГП «Амангельдинская РБ» по привлечению медицинского персонала включая меры, такие как наставничество, предоставление жилья, повышение квалификации, подъемные и беспроцентные кредиты от акимата на строительство и приобретение жилья, может выглядеть следующим образом (Таблица 7):

Таблица 8 – SWOT-анализ стратегии КГП «Амангельдинская РБ» по привлечению медицинского персонала в сельскую местность

<p>Сильные стороны (Strengths):</p> <p>1. Наставничество: Предоставление новым медицинским специалистам наставников может ускорить адаптацию и повысить их профессиональный рост, что сделает работу в сельской местности более привлекательной.</p> <p>2. Предоставление жилья: Больница предоставляет жилье для медицинского персонала, что снижает их финансовую нагрузку и обеспечивает стабильные условия проживания.</p> <p>3. Повышение квалификации: Предоставление программ повышения квалификации позволяет медицинскому персоналу оставаться в тренде с новыми методами лечения и технологиями.</p>	<p>Слабые стороны (Weaknesses):</p> <p>1. Ограниченное финансирование: Ограниченные бюджетные средства могут ограничивать возможности больницы предоставлять высокие зарплаты и дополнительные стимулы для медицинских специалистов.</p> <p>2. Конкуренция: Сельские больницы могут конкурировать с городскими учреждениями за медицинский персонал, особенно высококвалифицированный.</p>
<p>Возможности (Opportunities):</p> <p>1. Поддержка акимата: Возможность получения беспроцентных кредитов от акимата на строительство и приобретение жилья может привлечь</p>	<p>Угрозы (Threats):</p> <p>1. Неустойчивость финансирования: Изменения в бюджете или экономической ситуации могут повлиять на доступность</p>

<p>медицинских специалистов, предоставляя им доступное жилье.</p> <p>2. Сельская медицина в центре внимания: Государственные программы развития сельской медицины могут создать дополнительные ресурсы и поддержку для сельских больниц.</p>	<p>финансирования для реализации стратегии.</p> <p>2. Дефицит квалифицированных специалистов: Конкуренция с другими медицинскими учреждениями и нехватка квалифицированных специалистов может затруднить найм и удержание персонала.</p> <p>3. Социальные и культурные аспекты: Отдаленное расположение сельской больницы и изменение образа жизни могут быть непривлекательными для медицинских специалистов.</p>
<p>Примечание: выполнено автором</p>	

Идентификация основных проблем и вызовов, связанных с обеспеченностью медицинским персоналом в КГП «Амангельдинская РБ».

Обеспеченность медицинским персоналом в районной больнице может сталкиваться с рядом проблем и вызовов, которые могут оказывать негативное влияние на качество оказываемой медицинской помощи и общую эффективность учреждения здравоохранения. Ниже приведены некоторые из основных проблем и вызовов:

- Нехватка квалифицированных специалистов: Одной из основных проблем является недостаток врачей, медицинских сестер и другого медицинского персонала. Это может привести к перегрузке работающих специалистов, ухудшению качества медицинской помощи и увеличению риска ошибок.

- Отток квалифицированных кадров: Врачи и медицинские специалисты из районных больниц могут уходить в столичные или крупные города в поисках лучших возможностей для карьерного и профессионального роста. Это может привести к потере опытных кадров и ухудшению медицинского обслуживания.

- Неудовлетворительные условия труда: Медицинский персонал может сталкиваться с неудовлетворительными условиями труда, включая переработки, низкие зарплаты, ограниченные карьерные перспективы и недостаточное оборудование. Это может вызывать демотивацию и ухудшать работоспособность персонала.

- Отсутствие обучения и профессионального развития: В связи с ограниченными бюджетами и ресурсами, районные больницы могут оказаться неспособными предоставить медицинскому персоналу регулярное обучение и возможности для профессионального роста. Это может привести к устареванию знаний и навыков.

- Трудности в привлечении новых специалистов: Районные больницы могут испытывать трудности в привлечении новых медицинских специалистов из-за ограниченности местоположения, недостаточной известности и других факторов. Это усугубляет проблему нехватки кадров.

- Долгий процесс найма: В некоторых случаях, процесс найма медицинского персонала может быть долгим и сложным из-за бюрократических процедур, что затягивает заполнение вакансий и может вызвать временные затруднения в обслуживании пациентов.

- Неравномерное распределение персонала: В районных больницах может возникнуть неравномерное распределение медицинского персонала между различными специальностями, что может привести к перегрузке определенных отделений и недостатку в других.

- Проблемы с учебной базой: Недостаток современного оборудования и инфраструктуры для обучения может затруднять подготовку новых медицинских специалистов и обеспечение высокого уровня медицинской практики.

Чтобы решить эти проблемы, районным больницам могут потребоваться инвестиции в образование и профессиональное развитие персонала, улучшение условий труда, разработка программ привлечения и удержания специалистов, а также сотрудничество с медицинскими учреждениями на более высоком уровне для обмена опытом и ресурсами.

2.3 Анализ потребностей медицинских работников в сельской местности

Для анализа потребностей и ожиданий медицинского персонала в сельской местности был проведен комплексный исследовательский подход. Исследование было разделено на следующие этапы:

Сбор данных: В начале исследования был проведен анкетный опрос медицинских работников, работающих в КГП «Амангельдинская РБ». Анкета включала вопросы о текущей ситуации на рабочем месте, уровне обеспеченности необходимым медицинским оборудованием, условиях труда и возможностях профессионального роста.

Групповые дискуссии: Для более глубокого понимания потребностей и ожиданий медицинского персонала были проведены групповые дискуссии. Участники обсуждали проблемы, с которыми они сталкиваются в повседневной практике, а также предлагали свои идеи по улучшению условий работы.

Анализ статистических данных: Были проанализированы статистические данные о медицинской инфраструктуре, уровне заболеваемости, демографических показателях и доступности медицинских услуг в сельских районах.

В исследовании приняли участие 45 медицинских работников. Анкетный опрос состоял из 18 вопросов. Вопросы анкеты указаны в приложении 1.

Результаты анкетирования (Рисунок 11-26):

Анализ возрастного распределения сотрудников в контексте разработки стратегии привлечения и удержания персонала медицинской организации, особенно в сельской местности, может предоставить важную информацию для формирования соответствующей стратегии управления персоналом.

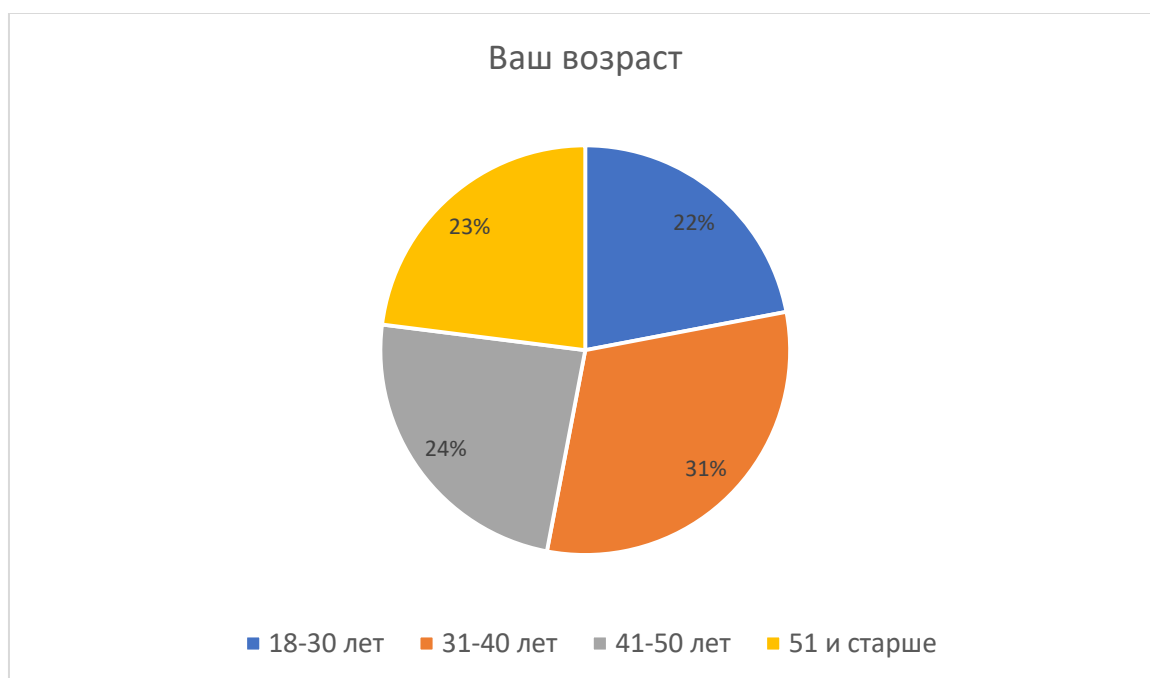


Рисунок 11 – Возраст респондентов

Примечание: выполнено автором

По данному анализу видно, что возрастной состав сотрудников в Амангельдинской районной больнице достаточно равномерный, что может быть положительным фактором для стабильности и разнообразия опыта в организации. Большая часть персонала находится в возрастных группах от 31 до 50 лет, что может означать определенную стабильность и опыт в коллективе. Они могут обладать значительным опытом работы и быть ценными ресурсами для медицинской организации. Процент сотрудников в возрастной группе 18-30 лет составляет 22%, что может свидетельствовать о необходимости усилить усилия по привлечению и поддержанию молодых специалистов в организации. Разнообразие возрастов в коллективе может способствовать обмену знаниями и опытом между разными поколениями сотрудников. Это может быть использовано в качестве сильной стороны для разработки стратегии управления персоналом.

Анализ полового состава персонала имеет важное значение для понимания состава персонала и для разработки соответствующих стратегических решений.



Рисунок 12 – Пол респондентов

Примечание: выполнено автором

Анализ показывает, что половой состав персонала в Амангельдинской районной больнице равномерный, с небольшим преобладанием женщин (60%) над мужчинами (40%).

Анализ стажа работы в медицинской сфере среди персонала Амангельдинской районной больницы важен для понимания опыта и структуры персонала. Этот анализ может дать ценную информацию при разработке стратегии привлечения и удержания персонала в сельской медицинской организации

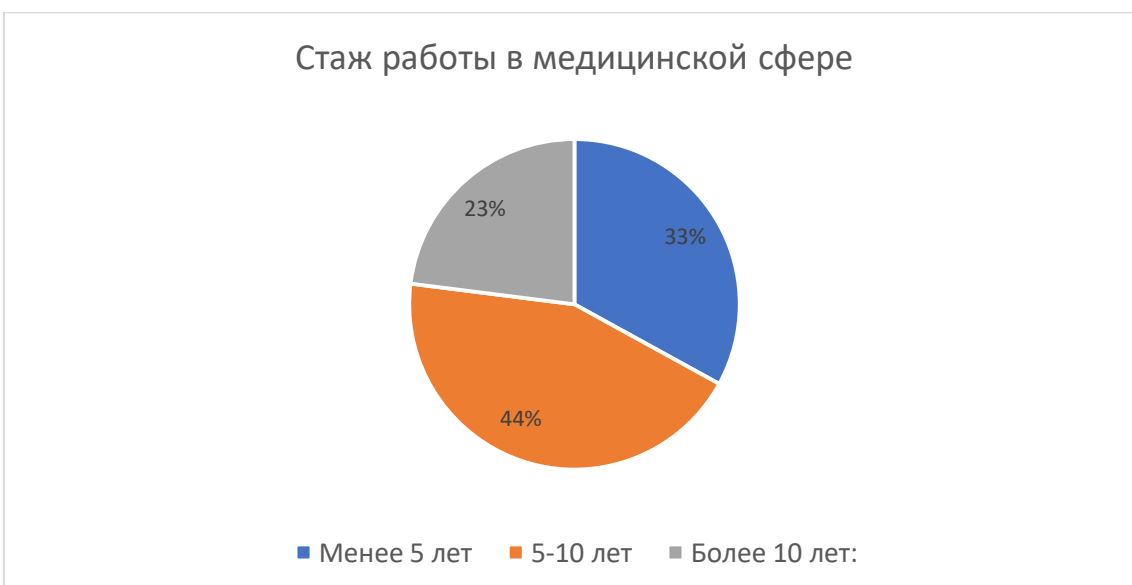


Рисунок 13 – Стаж работы в медицинской сфере респондентов

Примечание: выполнено автором

Видно, что стаж работы персонала в медицинской сфере разнообразен. Большинство сотрудников (44%) имеют опыт работы от 5 до 10 лет, что может свидетельствовать о наличии стабильного и относительно опытного ядра персонала. Наличие 33% сотрудников с меньшим, чем 5-летним стажем, может указывать на наличие молодых специалистов в коллективе. Это может быть положительным фактором для внесения свежих идей и поддержания актуальности практик в медицинской организации. Наличие 23% сотрудников с более чем 10-летним стажем может указывать на наличие опытных сотрудников, которые могут играть ключевую роль в передаче знаний и опыта более молодому поколению. Поскольку в организации присутствуют сотрудники с разным стажем, важно разработать механизмы передачи опыта и знаний от опытных сотрудников к новым. Это может помочь сохранить культуру организации и обеспечить непрерывное обучение.

Рабочее место персонала имеет большое значение, поскольку комфортные условия труда и доступность оборудования и лекарств могут оказать значительное влияние на уровень удовлетворенности и профессиональное развитие персонала.



Рисунок 14 – Рабочее место респондентов

Примечание: выполнено автором

38% сотрудников сообщили о хороших условиях и доступности оборудования и лекарств. Это положительный фактор, который может способствовать качественному оказанию медицинской помощи и повышать уровень удовлетворенности сотрудников. 48% сотрудников считают условия удовлетворительными, но указывают на некоторые ограничения.

Это может включать в себя ограничения в доступности оборудования или лекарств, которые могут потребовать улучшения и оптимизации для более эффективной работы. 14% сотрудников отметили плохие условия и ограниченное оборудование. Это может быть серьезной проблемой, которую необходимо рассмотреть. Недостаток оборудования и плохие условия могут негативно влиять на работу сотрудников и качество медицинской помощи. Уровень комфорта и доступность оборудования и лекарств может сильно влиять на решение сотрудников о том, оставаться ли в организации или уходить. Поэтому удовлетворение этими аспектами может сыграть важную роль в стратегии удержания персонала.

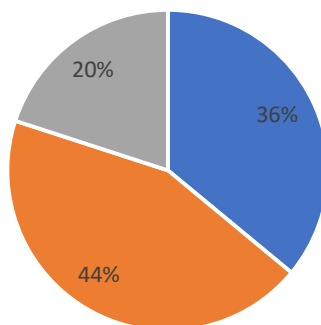


Рисунок 15 – Доступность медицинских оборудования

Примечание: выполнено автором

54% сотрудников указали, что в учреждении есть ограниченный набор оборудования. Это может стать проблемой для эффективной медицинской практики и влиять на работу и удовлетворенность персонала. 28% сотрудников сообщили о наличии полного набора оборудования. 18% сотрудников указали на отсутствие современного оборудования. На основе этого анализа, организация может разработать план инвестиций для улучшения оборудования и обеспечения лучших условий работы для сотрудников, что в свою очередь может способствовать увеличению качества медицинской помощи и привлечению и удержанию профессиональных медицинских работников.

Есть ли какие-либо ограничения или недостатки в оборудовании? Если да, опишите их.

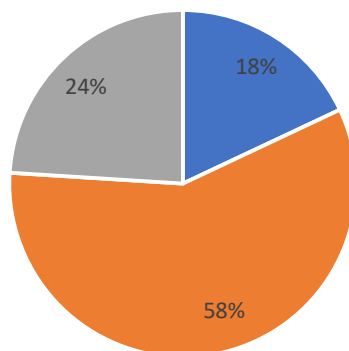


- Нет ограничений
- Ограниченный выбор оборудования
- Отсутствие необходимого оборудования

Рисунок 16 – Ограничения и недостатки оборудования

Примечание: выполнено автором

Какие возможности для профессионального обучения и повышения квалификации предоставляются вам?



- Широкий выбор курсов и тренингов
- Ограниченные возможности для обучения
- Недостаточные возможности для обучения

Рисунок 17 – Возможности для профессионального обучения

Примечание: выполнено автором

Анализ возможностей для профессионального обучения и повышения квалификации среди сотрудников Амангельдинской районной больницы важен для понимания их потребностей в развитии профессиональных навыков и знаний. Этот анализ может сыграть ключевую роль в разработке стратегии привлечения и удержания персонала. Большинство сотрудников (58%) указали, что у них ограниченные возможности для профессионального обучения и повышения квалификации. Это может быть знаком проблем в доступности курсов и тренингов, что может ограничивать их развитие и мотивацию. Важно разработать и внедрить образовательные инициативы, которые соответствуют потребностям сотрудников. Это может включать в себя организацию курсов, внутренних тренингов или сотрудничество с образовательными учреждениями.

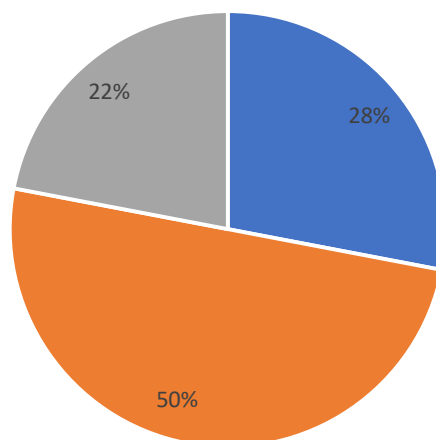


Рисунок 18 – Мотивация к профессиональному развитию

Примечание: выполнено автором

Большинство сотрудников (46%) заявили, что их мотивирует желание совершенствоваться. Это положительный сигнал, так как показывает, что у них есть внутренняя мотивация для улучшения своих профессиональных навыков и знаний. 30% сотрудников учреждения видят обучение как средство для улучшения карьерных перспектив. Это указывает на важность разработки программ карьерного развития и предоставления возможностей для продвижения внутри организации. 24% сотрудников отметили отсутствие мотивации для обучения.

Как вы оцениваете финансовую стимуляцию и заработную плату в вашем медицинском учреждении?



■ Удовлетворительная стимуляция ■ Недостаточная стимуляция
■ Недовольство финансовой стороной

Рисунок 19 – Оценка финансовой стимуляции

Примечание: выполнено автором

Большинство сотрудников (50%) оценивают финансовую стимуляцию и заработную плату как недостаточные. Это может быть предупреждением о возможных проблемах в удержании персонала, так как недостаточная оплата может быть одним из основных факторов, почему сотрудники рассматривают другие рабочие места. 22% сотрудников выразили недовольство финансовой стороной своей работы. Это также может указывать на существующие проблемы с уровнем заработной платы и стимуляцией. 28% сотрудников оценивают финансовую стимуляцию как удовлетворительную. Это может свидетельствовать о том, что некоторые сотрудники могут быть довольными своими финансовыми условиями, но всё же есть множество других, которые нуждаются в улучшении. Этот анализ подчеркивает важность финансовой мотивации в стратегии привлечения и удержания персонала. Недостаточная оплата может стать значительным фактором ухода сотрудников, особенно в условиях сильной конкуренции на рынке медицинских работников.

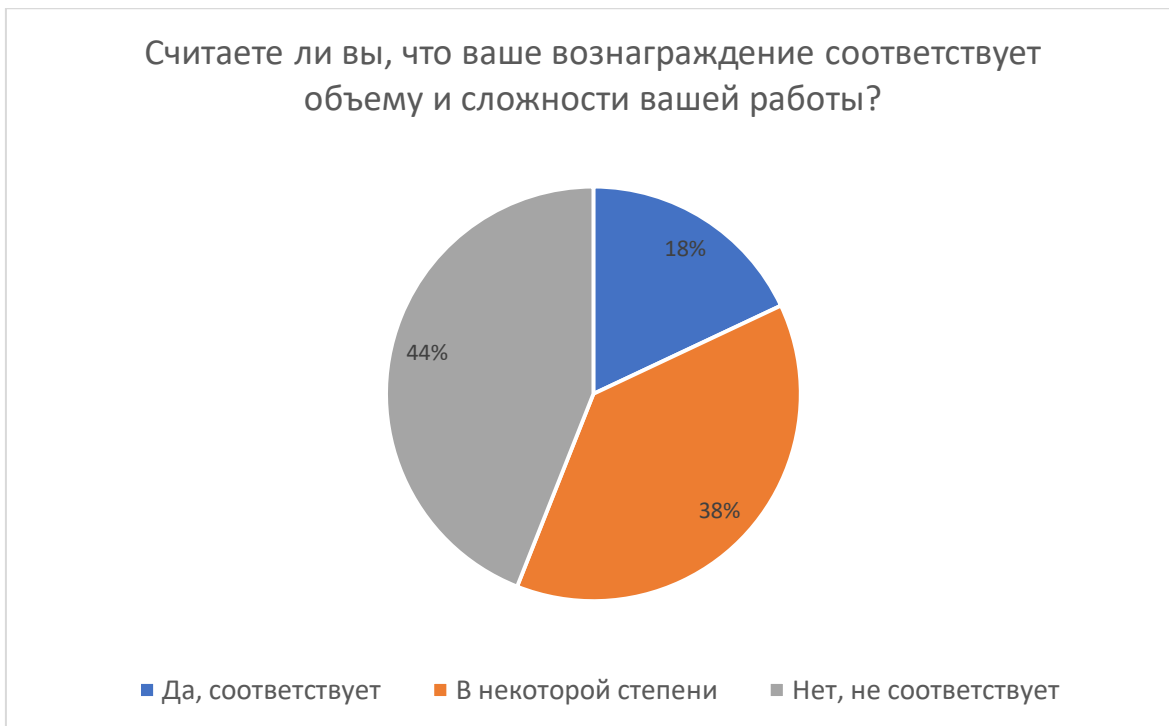


Рисунок 20 – Соответствие вознаграждения

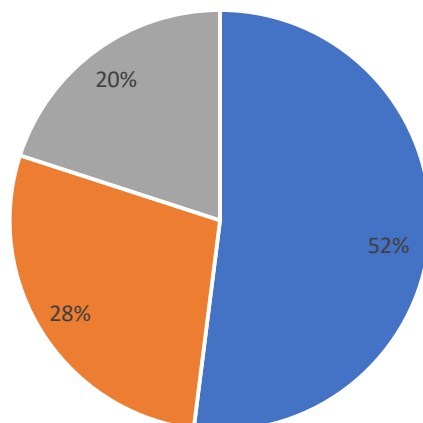
Примечание: выполнено автором

44% сотрудников утверждают, что их вознаграждение не соответствует объему и сложности их работы. Это может быть сигналом о серьезных проблемах с заработной платой в организации, которые могут снижать уровень мотивации и удовлетворенности сотрудников. 38% сотрудников выразили мнение, что их вознаграждение соответствует работе лишь в некоторой степени. 18% сотрудников считают, что их вознаграждение соответствует объему и сложности работы. Это отражает позитивное мнение о финансовых условиях среди этой группы сотрудников.

Недостаток удовлетворенности заработной платой может негативно сказаться на мотивации и удержании персонала. Это делает важным рассмотрение финансовой стимуляции как одного из ключевых элементов стратегии удержания персонала.

Анализ мнения сотрудников относительно того, какие изменения или улучшения в рабочих условиях они хотели бы видеть в будущем, является важным шагом при разработке стратегии удержания персонала и улучшения условий труда.

Какие изменения или улучшения в рабочих условиях вы бы хотели видеть в будущем?



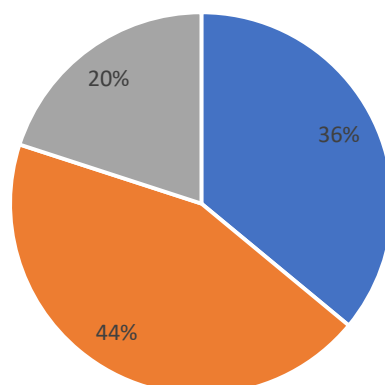
- Улучшение оборудования и условий
- Больше возможностей для обучения
- Другие изменения

Рисунок 21– Желаемые изменения

Примечание: выполнено автором

52% сотрудников выразили желание видеть улучшение оборудования и условий работы. Это свидетельствует о том, что сотрудники оценивают важность наличия современного оборудования и комфортных условий для выполнения своих профессиональных обязанностей. Поэтому инвестиции в обновление и улучшение рабочего окружения могут считаться приоритетом. 28% сотрудников хотели бы видеть больше возможностей для обучения. Это указывает на желание сотрудников развиваться профессионально, что может способствовать повышению их квалификации и мотивации. Организация может предоставлять разнообразные образовательные ресурсы и тренинги, чтобы поддерживать их профессиональное развитие. 20% сотрудников упомянули "другие изменения". А именно: больше возможностей для профессионального роста, улучшение системы графиков и гибкости в рабочем времени.

Планируете ли вы оставаться работать в сельской местности в долгосрочной перспективе? Почему?



- Да, из-за близких отношений с пациентами
- Нет, из-за ограниченных возможностей
- Не уверен(а) в своих планах

Рисунок 22 – Планирование работать в сельской местности

Примечание: выполнено автором

36% персонала планируют оставаться работать в сельской местности в долгосрочной перспективе из-за близких отношений с пациентами. 44% сотрудников не планируют оставаться в сельской местности в долгосрочной перспективе из-за ограниченных возможностей. Это может включать в себя ограниченные карьерные перспективы, доступность образовательных и медицинских ресурсов, а также качество жизни. 20% сотрудников не уверены в своих планах относительно работы в сельской местности. Это может указывать на потенциальную гибкость в их решениях и необходимость предоставления им мотивации и преимуществ, чтобы они остались.

Анализ способов взаимодействия с пациентами и важных аспектов общения с ними является ключевым для понимания качества медицинской практики и уровня удовлетворенности пациентов. Этот анализ также может влиять на стратегию удержания персонала, так как качественное взаимодействие с пациентами может быть одним из факторов мотивации для медицинских работников.

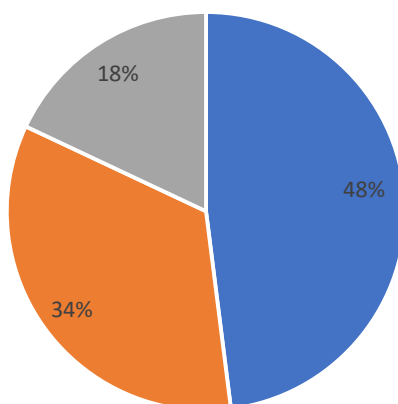


Рисунок 23 – Взаимодействие с пациентами

Примечание: выполнено автором

56% сотрудников отмечают, что для них важно иметь тесные отношения и доверительные отношения с пациентами. Это свидетельствует о высокой степени внимания к межличностным отношениям и уровню доверия, который они стремятся создать с пациентами. Такие отношения могут способствовать лучшему уходу и лечению. 30% сотрудников описывают свое взаимодействие с пациентами как "обычное". Это может указывать на то, что для них важно соблюдать профессиональные стандарты и предоставлять обязательные медицинские услуги, но без выделения внимания на близкие отношения.

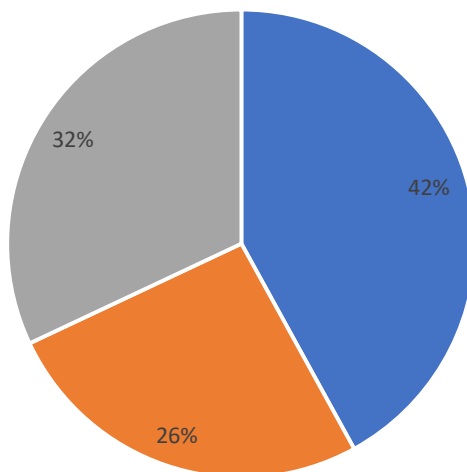
Считаете ли вы, что близкие отношения с пациентами в сельской местности оказывают влияние на вашу мотивацию и удовлетворенность работой?



■ Да, положительное влияние ■ В некоторой степени ■ Нет, незначительное влияние

Рисунок 24 – Влияние отношения с пациентами на мотивацию
Примечание: выполнено автором

Какие аспекты вашей профессиональной деятельности вам нравятся больше всего?



■ Возможность помогать пациентам ■ Профессиональное развитие
■ Другие аспекты

Рисунок 25 – Положительные аспекты профессиональной деятельности

Примечание: выполнено автором

42% персонала отмечают, что им нравится больше всего возможность помогать пациентам. Это подчеркивает важность чувства служения и влияния на здоровье и благополучие других людей, что часто является ключевой мотивацией для медицинских работников. 26% сотрудников выделяют профессиональное развитие как аспект, который им нравится больше всего. Это может включать в себя возможность постоянного обучения, приобретения новых навыков и повышения квалификации, что является важным для карьерного роста и развития. 32% сотрудников указывают на "другие аспекты". Это может означать разнообразные аспекты работы, которые им также приносят удовлетворение, такие как коллектив, рабочая атмосфера, разнообразие практических задач и другие. Учитывая, что многим сотрудникам нравится возможность помогать пациентам, организация может разработать стратегию, которая акцентирует внимание на ценности заботы о пациентах и создания условий для их более эффективного обслуживания.



Рисунок 26 – Изменения в текущей работе

Примечание: выполнено автором

40% сотрудников выразили желание улучшить условия труда. Это может включать в себя улучшение рабочей среды, оборудования и инфраструктуры, чтобы сделать работу более комфортной и эффективной. Условия труда имеют большое значение для удовлетворенности сотрудников и их продуктивности. 28% сотрудников выразили интерес к большему числу карьерных возможностей. \

Это указывает на желание развиваться профессионально и стремление к карьерному росту. Для удержания таких сотрудников организация может предоставлять программы развития и продвижения. Учитывая, что улучшение условий труда и предоставление большего числа карьерных возможностей были наиболее часто упомянуты сотрудниками, организация может сосредоточить усилия на этих аспектах, чтобы улучшить их удовлетворенность и удержать персонал.

2.3.1 Результаты групповой дискуссии по потребностям и ожиданиям медицинского персонала в сельской местности

Общая атмосфера: Участники дискуссии выразили общую тревогу относительно сложностей и вызовов, с которыми они сталкиваются в повседневной работе в сельской медицине. В то же время, они высоко ценят близкие отношения с пациентами и понимание медицинских потребностей их сообщества.

Нехватка квалифицированных специалистов: Участники подчеркнули, что одной из основных проблем является недостаток специалистов определенных областей, таких как кардиология, неврология и онкология. Это приводит к тому, что пациенты вынуждены обращаться в городские больницы для получения специализированной медицинской помощи.

Недостаток современного оборудования: Участники отметили, что в большинстве случаев имеется ограниченный доступ к современному медицинскому оборудованию, что ограничивает их возможности проведения точной диагностики и лечения на месте. Это создает трудности как для медицинских работников, так и для пациентов.

Финансовая стимуляция и профессиональное развитие: Участники выразили обеспокоенность недостаточной финансовой мотивацией и ограниченными возможностями профессионального роста. Многие из них отметили, что уровень заработной платы не всегда отражает объем и сложность их работы. Также была высказана неудовлетворенность ограниченным доступом к обучающим программам.

Социальное взаимодействие и связь с пациентами: Важным аспектом для медицинского персонала в сельской местности является близкое взаимодействие с пациентами. Участники подчеркнули, что в маленьких сообществах создается атмосфера доверия, что позволяет им лучше понимать потребности и ожидания своих пациентов.

Борьба с ограниченными ресурсами: Участники дискуссии обсудили сложности, связанные с ограниченностью ресурсов в сельской местности, такими как недостаток медицинских препаратов, долгое ожидание результатов анализов и ограниченный доступ к средствам транспорта для перевозки пациентов.

Планы на будущее: Несмотря на текущие трудности, многие участники выразили намерение оставаться в сельской медицине и продолжать служить своему сообществу. Они выразили надежду на улучшение условий работы, расширение доступа к обучению и повышение финансовой стимуляции.

Результаты групповой дискуссии подчеркнули важность решения проблем нехватки квалифицированных специалистов, обновления медицинского оборудования, улучшения финансовой мотивации и предоставления возможностей для профессионального развития медицинского персонала в сельской местности. Участники выразили готовность продолжать свою миссию обеспечения медицинской помощи населению и надеются на поддержку со стороны властей и общества.

3 РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ УЛУЧШЕНИЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

3.1 Разработка стратегических направлений привлечения и удержания медицинского персонала

Цели и приоритеты:

- Обеспечение высококачественной и доступной медицинской помощи населению сельских районов.

- Привлечение и удержание квалифицированных медицинских специалистов через создание устойчивой и привлекательной рабочей среды.

Основные принципы и подходы:

- Индивидуальный подход: Учесть потребности и ожидания каждого медицинского работника, предоставив гибкие варианты условий труда и поддержки.

- Устойчивость и развитие: Обеспечить карьерный рост и профессиональное развитие медицинских специалистов внутри организации.

- Социальная интеграция: Создать общество поддержки и дружелюбную атмосферу через совместные мероприятия и культурные программы.

- Прозрачность и коммуникация: Обеспечить открытость и прозрачность во всех аспектах работы и привлечения персонала.

Новая стратегия привлечения и удержания медицинского персонала:

Основываясь на «Руководство ВОЗ по развитию, привлечению, набору и удержанию кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах» (Женева, 2021) [100]. Продолжить:

1. Для привлечения студентов из сельской местности к программам подготовки медицинских работников предлагается использовать политику целевого приема. Для этого необходимо:

- Обеспечить активное участие местных жителей и заинтересованных сторон в процессе определения сельских районов и выборе студентов, соблюдая прозрачность и справедливость этого процесса;

- Гарантировать соблюдение национальных и местных правил недискриминации при формировании этой политики;

- Учесть весь путь образования (начиная с начальной школы и заканчивая высшим образованием) при принятии решений о зачислении;

- Разработать механизмы поддержки, чтобы устранить препятствия, с которыми сталкиваются студенты из удаленных сельских районов;

- При использовании политики целевого приема приоритетным критерием следует считать сельское происхождение студентов. Однако важно также обеспечивать разнообразие и справедливость с учетом гендерных, этнических, языковых и социокультурных аспектов, чтобы гарантировать подготовку медицинских специалистов на основе принципов включения и разнообразия.

Сельское происхождение было идентифицировано как основной фактор, наиболее тесно связанный с практикой в сельских районах. Положительный эффект отбора студентов, имеющих сельские корни, а также проведения других образовательных и учебных инициатив, направленных на привлечение студентов к работе в сельской практике, был подмечен в докладе Совета по высшему медицинскому образованию США за 1998 год, который в 2000 году был представлен как концепция "конвейера подготовки сельских врачей". Эта стратегия широко известна как "сельский конвейер" или "сельский путь". Данные подтверждают, что сельское происхождение (то есть воспитание в сельской среде в детстве) и обучение в сельской атмосфере (включая специализированные учебные программы и поддержку, ориентированные на сельские условия) оказывают как индивидуальное, так и совместное воздействие на становление, привлечение, отбор и удержание медицинских специалистов в сельских районах.

Если экономическое положение студентов из удаленных и малообеспеченных сельских районов создает трудности, возможно потребуются предоставление финансовой поддержки для этой категории студентов. Кроме того, следует рассмотреть вопрос о стоимости обучения, в том числе обеспечение доступности и приемлемости образования в государственных и частных медицинских учебных заведениях. Выделение стипендий, грантов или других видов субсидий на образование, возможно, с условием обязательной отработки, может быть эффективным механизмом для расширения доступа к образованию для студентов из неблагополучных сельских районов.

Для успешной реализации данного предложения необходимо активное взаимодействие между различными ведомствами в рамках правительства, включая здравоохранение, образование, администрацию и финансы, а также другие соответствующие министерства и партнеров. Распределение финансовых обязательств следует осуществлять между различными министерствами и секторами, такими как здравоохранение, образование, развитие и местные органы власти. При этом также необходимо учитывать аспекты устойчивости здравоохранительной системы и структуры предоставляемых услуг.

2. Размещать медицинские учебные заведения ближе к сельским районам.

Для этого:

- Включить местные заинтересованные стороны и население в процесс создания медицинских учебных заведений и разработки образовательных программ;

- Гарантировать общественную ответственность и устойчивость функционирования учебных заведений и программ медицинского обучения;

- Обеспечить соответствие учебных программ потребностям местного населения;

- Интегрировать эти меры с инвестициями в развитие сельской инфраструктуры и стратегическими целями устойчивого развития;

- Предоставить планы подготовки и переподготовки преподавателей в указанных областях как сопровождающее мероприятие.



Рисунок 27 – Стратегия по привлечению и удержанию медперсонала в КГП «Амангельдинская РБ»

Примечание: выполнено автором

Планируется, что размещение медицинских учебных заведений ближе к сельским районам и реализация принципов социальной ответственности приведет к положительным результатам для местных сообществ в виде разнообразия экономики, развития человеческого капитала и улучшения здоровья. Важной составляющей данного предложения является социальная ответственность, которая может быть определена как обязательство учебных заведений направлять свою учебную, научно-исследовательскую и служебную деятельность на решение приоритетных задач, с которыми сталкиваются сообщество, регион или страна, в которых эти заведения функционируют.

3. Ознакомление студентов, изучающих различные медицинские дисциплины, с жизнью в сельских и удаленных населенных пунктах и клинической практикой в этих районах представляет собой следующие шаги:

- Обеспечить согласование и сотрудничество между образовательными учреждениями, расположенными как в сельских, так и городских областях;

- Применять справедливый, целенаправленный, хорошо обдуманный и равноправный процесс отбора студентов для практического опыта работы в сельских местностях;

- Обеспечить богатый опыт работы в сельских и отдаленных районах, включая клинические и практические компоненты, привлечение местного населения и взаимодействие между различными специалистами.

Координация и согласованный подход являются ключевыми при ознакомлении студентов с жизнью и клинической практикой в сельских и отдаленных районах. Таким образом, медицинские учебные заведения, вне зависимости от местоположения, могут создавать или укреплять опыт клинической практики в сельской местности, позволяя студентам понять условия жизни, сельское здравоохранение и медицинскую практику. Путем погружения в местную среду студенты могут наблюдать за медицинской помощью в клиниках, больницах, учреждениях долгосрочного ухода, скорой помощи, а также участвовать в этих процессах. Если использовать сельские медицинские учреждения для обучения, следует учесть время, потраченное на консультации, уход у постели больного, процедуры и исследования.

Для достижения наибольшего воздействия на подготовку специалистов для работы в сельских местностях необходимо придавать приоритетное значение выбору студентов, заинтересованных в работе в сельской местности. Длительность практики в сельской местности может быть определена учебной программой и местными условиями, но также рассматривается возможность проведения нескольких длительных ротаций, позволяющих студентам интегрироваться в сельскую общину и получить межпрофессиональный опыт за пределами академической среды.

4. Включить темы сельского здравоохранения в программу обучения медицинских работников.

Для этого:

- Повышение социальной ответственности, способствующее развитию навыков, необходимых для работы в сельских и удаленных районах;
- Включение в образовательные программы тем, связанных с сельским здравоохранением, которые учитывают специфику сельской местности, эпидемиологию, социокультурные аспекты сельской практики, а также практические аспекты, такие как проблемы транспортировки;
- Интеграция вопросов сельского здравоохранения в текущие учебные курсы и включение этих тем в учебные планы как сельских, так и городских медицинских учебных заведений;
- Учет изменчивой природы сельского здравоохранения и обеспечение актуальности через анализ, оценку и обновление учебных материалов, связанных с сельским здравоохранением.

Влияние включения тем сельского здравоохранения в учебные программы для медицинских работников рассматривалось как значимое, при этом затраты и нежелательные последствия считались незначительными.

Еще одним аспектом внедрения таких тем является наличие опыта работы преподавателей в сельской местности. В случаях, когда это сложно обеспечить, можно воспользоваться виртуальными образовательными ресурсами. Кроме медицинских знаний, обучение может включать в себя развитие навыков, необходимых для успешной работы в сельских или отдаленных районах. Например, как проводить клиническую оценку и оказывать медицинскую помощь без сложного оборудования как в обычных, так и в экстренных ситуациях, а также как взаимодействовать с другими специалистами и сельскими сообществами. Это также может включать осознание культурных особенностей, обычаев, традиций и образа жизни сельского населения, связанных с обращением за медицинской помощью.

5. Разрабатывать программы непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации, отвечающие потребностям сельских медицинских работников, и обеспечивать доступ к ним, чтобы способствовать их удержанию в сельской местности.

Для этого:

- Привлекать разнообразные заинтересованные стороны, включая работников сельского здравоохранения, управленцев в сфере здравоохранения, профессиональные регулирующие органы, ассоциации и образовательные учреждения, в процесс разработки и усовершенствования программ непрерывного обучения;
- Адаптировать программы непрерывного обучения и повышения квалификации под потребности работников сельского здравоохранения, вовлекая экспертов и практиков с опытом работы в сельской местности в их разработку;
- Согласовывать медицинское образование с знаниями и навыками, необходимыми для оказания услуг, развития и продвижения карьеры в сельских районах.

Программы непрерывного образования и профессионального развития играют важную роль в поддержании компетентности и повышении эффективности всех медицинских работников для обеспечения качественной медицинской помощи. Медицинские специалисты, работающие в сельских и удаленных районах, часто сталкиваются с трудностями доступа к таким программам из-за удаленности от центров их проведения. Поэтому важно обеспечить простой доступ медицинским работникам из сельских и отдаленных районов к программам повышения квалификации.

Кроме того, необходимо сделать программы непрерывного образования и профессионального развития доступными для медицинских работников в их местах проживания и работы. При этом цифровые инструменты и дистанционное обучение могут быть использованы для обеспечения доступности образовательных программ, позволяя медицинским работникам адаптировать обучение к своему рабочему расписанию и обязанностям. Однако важно помнить, что очное обучение остается актуальным, особенно когда требуется развитие конкретных навыков.

Следует также рассмотреть вопрос о выделении отдельного оплачиваемого времени для непрерывного образования и возможности компенсации, чтобы избежать перегрузки медицинских работников, особенно тех, кто сталкивается с долгими дорожными коммутациями или удовлетворением потребностей местного населения в медицинских услугах.

По возможности следует провести информационную работу среди местного населения, чтобы объяснить важность непрерывного образования медицинских работников и разъяснить, когда и зачем им выделяется время. Программы непрерывного образования и повышения квалификации могут также стать платформой для взаимодействия сельских медицинских работников между собой, что поможет поддерживать профессиональные связи и социальные контакты. Такой подход может снизить чувство социальной и профессиональной изоляции, которое могут испытывать медицинские работники в сельских районах.

6. Ввести и регулировать расширенные сферы практической деятельности для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Для этого:

- Взаимодействие с разнообразными участниками, включая медицинских профессионалов, органы профессионального регулирования, профессиональные ассоциации, медицинские учреждения, образовательные учреждения и местные сообщества, при разработке планов для расширения сферы практической деятельности, учитывая потребности населения и доступные ресурсы;

- Гарантировать адекватное вознаграждение за увеличение объемов практической деятельности и работу на более высоком уровне;

- Регулировать уже существующие или новые области практической деятельности медицинских работников, работающих в сельских районах;

- Обеспечить наличие необходимой системы надзора, поддержки и механизмов переадресации для медицинских работников с расширенной практической деятельностью в сельских районах.

Министерства здравоохранения должны сотрудничать с регулирующими органами, профессиональными ассоциациями, медицинскими учебными заведениями и другими заинтересованными сторонами, чтобы ясно определить компетенции, границы и руководящие принципы для расширения области практической деятельности в соответствии с потребностями населения в здравоохранении и четкими моделями оказания заботы. Это установление ролей и обязанностей способствует эффективной работе междисциплинарных команд, которые играют важную роль в улучшении сельской медицинской помощи. При этом важно учесть, что некоторые группы медицинских работников могут столкнуться с сопротивлением, поэтому необходимо включить и тщательно рассмотреть мнения и проблемы всех заинтересованных сторон в этом процессе.

Модели оказания медицинских услуг, ориентированные на потребителя, должны быть успешно внедрены и обеспечены ресурсами, чтобы продемонстрировать преимущества сотрудничества с другими специалистами, тем самым разрешая любые опасения по поводу угрозы рабочим местам или снижения качества обслуживания. В таких случаях стоит рассмотреть возможность предоставления адекватного обучения, учебы в междисциплинарных командах и поддержки через надзор.

7. При обязательной отработке в сельских и отдаленных районах соблюдать права работников здравоохранения и дополнять требования справедливым, прозрачным и равноправным управлением, поддержкой и мерами стимулирования.

Для этого:

- При использовании соглашений об обязательной отработке для удовлетворения потребностей сельских и отдаленных районов в медицинском обслуживании необходимо обеспечить, чтобы успешное выполнение этих соглашений и связанных с этим прав на здоровье были сбалансированы со свободой передвижения медицинских работников, учитывая их более широкие права и обязанности;

- Привлекать работников здравоохранения и местное население к процессу разработки и пересмотра политики в отношении обязательной отработки;

- Обеспечить поддержку и надзор за работниками здравоохранения во время выполнения обязательной отработки;

- Создать достойные, безопасные и комфортные условия труда, мотивировать медицинских работников и учитывать конкретный контекст и условия их работы;

- Содействовать проведению тщательных исследований для оценки воздействия такого вмешательства.

Требование к обязательной отработке может иметь различное воздействие на отдельных индивидов или профессиональные группы, поэтому важно уделять должное внимание вопросам гендерного равенства и прав человека. Необходимо обеспечивать прозрачность и справедливость в процессе и соблюдать руководящие принципы назначения на должности.

8. Внедрить соответствующие сети поддержки кадров здравоохранения для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Для этого:

- Совместно разрабатывать соответствующие сети медицинских работников, в частности, в сферах первичного, вторичного и третичного медицинского обслуживания;

- Способствовать эффективному и непрерывному обмену информацией внутри этой сети;

- Привлекать сельских медицинских работников, сельские сообщества и медицинские учебные заведения к участию в создании и поддержании сети поддержки медицинских кадров;

- Осуществлять мониторинг результативности работы сети медицинских кадров.

Данное предложение поощряет объединение сельских работников здравоохранения с целью обеспечения взаимодополнения в их общинах, а затем расширение этой инициативы для создания межсельских сетей, объединяющих несколько сельских общин и направленных на повышение доступности медицинских услуг для сельских жителей и пациентов. Одним из преимуществ этого подхода является стимулирование обмена инновационными решениями для решения широкого спектра проблем, с которыми они сталкиваются, особенно в условиях ограниченных ресурсов. В качестве "локальных экспертов" сельские работники здравоохранения могут предложить эффективные и недорогостоящие инновации, приспособленные к местным условиям. Эти межсельские сети могут получать поддержку от районных и городских медицинских центров, медицинских специалистов и образовательных учреждений, и могут использовать как физические, так и виртуальные средства для обмена информацией и опытом. Эти сети также имеют потенциал для масштабирования на национальный, региональный и международный уровни, используя современные коммуникационные технологии. Также важно рассмотреть вопрос о целесообразности и устойчивости сетей.

9. Принять меры по повышению социального признания на всех уровнях для работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах.

Для этого:

- Повышать статус (увеличивать признание и ценность) медицинских работников, действующих в сельских районах;

- Признавать достижения как отдельных профессионалов, так и групп медицинских работников в сельском здравоохранении на различных уровнях, используя разнообразные инструменты, такие как награды, почетные звания и проведение специальных дней, посвященных сельскому здравоохранению, на всех уровнях;

- Реализовывать эту стратегию в партнерстве с медицинскими работниками, представителями СМИ, общественными организациями и правительственными инстанциями на всех уровнях.

При внедрении данной стратегии крайне важно обеспечить поддержку широкого круга заинтересованных сторон, особенно со стороны государственных органов. Рассмотрите возможность поощрения сельских медицинских работников и их команд на всех уровнях, путем вручения наград, документирования и публикации их успехов и историй, чтобы привлекать внимание к сельской практике как престижной сфере деятельности. Это, в свою очередь, может стимулировать больше студентов и выпускников выбирать карьеру в сельских районах. Кроме того, можно включить представителей местных общин в процесс определения, каким образом местное население может выразить свою благодарность медицинским работникам.

Дополнительно:

Проактивное Привлечение:

1. Онлайн-платформа, интерактивный веб-сайт или приложение с информацией о вакансиях, условиях работы и жизни в сельской местности.

2. Предоставление детальной информации о медицинских учреждениях, местных достопримечательностях, культурных событиях и развлечениях.

3. Участие в медицинских ярмарках, конференциях и выставках для презентации организации.

4. Стенд на медицинских выставках, ярмарках вакансий и образовательных мероприятиях.

5. Информационные семинары и презентации для студентов медицинских учебных заведений, где будут представлены преимущества работы в сельской местности.

6. Предоставление информации о возможностях профессионального роста и развития в организации.

7. Активные страницы в социальных сетях, где будут публиковаться реальные истории успеха медицинских специалистов, работающих в сельских районах.

Стимулирование профессионального роста:

1. Программа наставничества, где опытные специалисты будут поддерживать и руководить молодыми медицинскими работниками.

2. Программа обучения и повышения квалификации с учетом актуальных потребностей и тенденций в медицине.

3. Предоставление возможностей для специализации и проведения научных исследований.

Создание условий для комфортной работы:

1. Предоставление жилья для медицинских работников в сельской местности с возможностью выкупа через льготные программы.

2. Обеспечение современной медицинской техники и оборудования для эффективной работы.

3. Внедрение гибкого графика работы и удаленной работы для поддержки баланса между трудом и личной жизнью.

Социальная интеграция и поддержка:

1. Регулярные мероприятия, такие как спортивные соревнования, культурные фестивали и семейные мероприятия.

2. Сеть поддержки для новых медицинских специалистов, включая помощь в адаптации и решении бытовых вопросов.

Оценка и адаптация:

1. Регулярное проведение опросов и обратной связи от медицинских работников для оценки эффективности стратегии.

2. Корректировка стратегии на основе полученных данных и новых требований.

3.2 Оценка эффективности предложенной стратегии

Для оценки эффективности предложенной стратегии был проведен PEST-анализ и SWOT-анализ.

Таблица 9 – SWOT-анализ предложенной стратегии

<p>Сильные стороны (Strengths):</p> <p>1.Целевой прием студентов: Использование политики целевого приема для студентов из сельских районов может создать пул квалифицированных специалистов, настроенных на работу в сельской медицине.</p> <p>2.Расположение учебных заведений: Размещение медицинских учебных заведений ближе к сельским районам может снизить географические барьеры для обучения и повысить вероятность того, что выпускники останутся работать на месте.</p> <p>3.Обучение сельским условиям: Знакомство студентов с условиями жизни и клинической практикой в сельских районах может подготовить их к реальным вызовам, с которыми сталкиваются медицинские</p>	<p>Слабые стороны (Weaknesses):</p> <p>1. Отсутствие финансирования: Реализация всех мер может потребовать значительных финансовых ресурсов, которые могут быть ограничены.</p> <p>2. Невозможность удержания выпускников: Даже с подготовкой и обучением, выпускники могут выбирать работу в городах из-за лучших условий жизни и возможностей.</p>
--	---

<p>специалисты в этих районах.</p> <p>4. Социальное признание: Введение сельского здравоохранения в программу обучения может повысить социальное признание работников сельских медицинских учреждений.</p> <p>5. Программы непрерывного обучения: Разработка и обеспечение доступа к программам непрерывного обучения может поддерживать профессиональный рост медицинских работников, что способствует их удержанию в сельской местности.</p>	
<p>Возможности (Opportunities):</p> <p>1. Поддержка государства: Внедрение сетей поддержки кадров здравоохранения и социального признания может создать благоприятную среду для работы медицинского персонала в сельской местности.</p> <p>2. Положительное воздействие на здравоохранение: Реализация стратегии может улучшить доступность медицинской помощи в сельских районах и повысить качество сельского здравоохранения.</p>	<p>Угрозы (Threats):</p> <p>1. Освоение новых технологий: Развитие технологий и дистанционной медицины может сделать некоторые аспекты работы в сельских местностях менее актуальными.</p> <p>2. Соперничество: Конкуренция с другими учреждениями и районами может снизить эффективность стратегии.</p> <p>3. Изменение политики: Политические изменения или недостаточная поддержка могут ослабить реализацию стратегии.</p>
<p>Примечание: выполнено автором</p>	

Проведение PEST-анализа (анализ политических, экономических, социальных и технологических факторов) для стратегии по привлечению медицинского персонала в сельскую местность является важным шагом для более глубокого понимания внешней среды, в которой будет реализовываться данная стратегия (Таблица 9).

Таблица 10 – PEST-анализ предложенной стратегии

<p>Политические факторы (Political):</p> <p>1. Поддержка государства: Государственная поддержка и финансирование программ по привлечению медицинского</p>	<p>Экономические факторы (Economic):</p> <p>1. Финансирование образования: Экономическая стабильность региона и государства определяет наличие</p>
--	---

<p>персонала в сельскую местность могут обеспечить успешную реализацию стратегии.</p> <p>2. Образовательная политика: Политика целевого приема и размещения медицинских учебных заведений может поддержать исходные шаги стратегии.</p>	<p>финансирования для программ обучения и повышения квалификации.</p> <p>2. Доступность программ обучения: Экономическая доступность программ обучения и повышения квалификации может влиять на количество студентов, готовых участвовать в таких программах.</p>
<p>Социальные факторы (Social):</p> <p>1. Демографические изменения: Демографический состав населения сельских районов может влиять на спрос на медицинских работников и потребность в подобных программах.</p> <p>2. Социальное признание: Уровень социального признания для медицинских работников может влиять на их мотивацию работать в сельской местности.</p>	<p>Технологические факторы (Technological):</p> <p>1. Доступ к образованию: Распределенные образовательные платформы и технологии могут обеспечить доступ к обучению даже в удаленных районах</p> <p>2. Телемедицина и обучение: Использование технологий для телемедицины и дистанционного обучения может облегчить обучение и практику для студентов.</p>
<p>Примечание: выполнено автором</p>	

Чтобы оценить затраты и доходы, а также рассчитать коэффициент эффективности разработанной стратегии привлечения и удержания медицинского персонала, необходимо провести детальный финансовый анализ. Для этого необходимо определить затраты, то есть расчет прямых затрат на реализацию каждого из элементов стратегии, включая создание и поддержку онлайн-платформы, программы наставничества и обучения, предоставление жилья и организацию мероприятий. Также нужно провести оценку косвенных затрат, таких как время управленческого персонала, использование существующих ресурсов больницы и других необходимых расходов. Нужно сделать анализ потенциального увеличения доходов от привлечения большего числа специалистов и повышения качества медицинских услуг.

Для расчета коэффициента эффективности необходимо определить соотношение между затратами и доходами, а также другими положительными эффектами от внедрения стратегии, включая улучшение качества оказания услуг, повышение удовлетворенности пациентов и персонала. Рассмотреть долгосрочное воздействие стратегии на финансовое состояние больницы и ее способность удовлетворять потребности сельского населения.

Так как эта стратегия только предложена и не внедрена еще в медицинскую организацию мы можем сделать лишь прогноз коэффициента эффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях постоянно меняющейся здравоохранительной среды, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи населению сельских и отдаленных районов становится особенно актуальным. В данном исследовании была поставлена цель разработки рекомендаций по формированию стратегии привлечения и удержания персонала медицинской организации в сельской местности на примере КГП «Амангельдинская РБ».

Для достижения поставленной цели были выполнены следующие задачи: изучен зарубежный и отечественный опыт обеспечения потребности сельских и отдаленных районов в медицинском персонале; проанализировано состояние планирования и обеспеченности медицинскими кадрами на примере КГП «Амангельдинская РБ»; оценена текущая деятельность по привлечению и удержанию персонала в данной организации; предложены рекомендации по совершенствованию стратегии привлечения и удержания персонала.

Зарубежные стратегии включают финансовые стимулы, возможности профессионального развития и комплексные модели здравоохранения для улучшения доступа к медицинской помощи в сельской местности. Это подчеркивает важность применения многогранных и индивидуальных подходов для эффективного улучшения медицинского обслуживания в сельских общинах.

Рекомендации по улучшению условий труда, предложенные в диссертации, включают такие направления, как увеличение зарплат, предоставление жилья и возможностей для профессионального развития. Эти меры могут быть интегрированы в комплексную стратегию, которая будет способствовать не только удержанию нынешних сотрудников, но и привлечению новых специалистов, включая выпускников медицинских университетов.

В ходе исследования была выдвинута и проверена гипотеза, что применение целенаправленных мер и стратегических подходов, адаптированных к особенностям сельской местности, способствует эффективному привлечению и удержанию персонала в медицинской организации, особенно в условиях КГП «Амангельдинская РБ». Исследование подтвердило данную гипотезу, выявив факторы, способствующие успешному реализации стратегии привлечения и удержания медицинских работников в сельской местности.

Адаптация международного опыта, учитывающая специфику Казахстана, позволит формировать такие условия работы и жизни в сельской местности, которые будут сопоставимы с городскими стандартами. Это, в свою очередь, повысит интерес к работе в сельской местности и способствует повышению качества медицинских услуг.

Заключение работы показывает, что для реализации предложенных стратегических направлений потребуются скоординированные усилия на разных уровнях управления здравоохранением, включая образовательные учреждения, правительственные агентства и саму медицинскую организацию. Также необходимо предусмотреть систему мониторинга и оценки воздействия внедряемых мер на привлечение и удержание медицинских кадров.

В дополнение к представленным рекомендациям и стратегиям, возможно, потребуется разработка дополнительных инновационных подходов, в том числе использование цифровых технологий для обучения и повышения квалификации медицинских работников в сельской местности. Это может включать в себя дистанционные образовательные программы, телемедицину и другие формы технологической поддержки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Абилкайыр Н.А. Реформирование системы здравоохранения Казахстана: основные проблемы, пути решения //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №. 2. – С. 206-210.
- 2 Рубцова В. Н. Сопоставление структур первичного звена сельского здравоохранения с особенностями сельского расселения //Научное обозрение: теория и практика. – 2020. – Т. 10. – №. 4. – С. 712-724.
- 3 Калининская А. А., Сон И. М., Шляфер С. И. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – №. 2. – С. 152-157.
- 4 Тулегенова А. М., Тургамбаева А. К. Особенности сельского здравоохранения в мире и в Казахстане//Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – №. 1-1. – С. 722-724.
- 5 Witt J. Physician recruitment and retention in Manitoba: results from a survey of physicians' preferences for rural jobs. *Can. J. Rural Med.* – 2017. -С. 43-53.
- 6 Nurelhuda N., Bashir A., ElKogali S., Mustafa M., Kruk M., Aziz M.A. Encouraging junior doctors to work in rural Sudan: a discrete choice experiment//*East. Mediterr. Health.* – 2018. -С. 838-845.
- 7 Efendi F., Chen C.M., Nursalam N., Andriyani N.W.F., Kur-niati A., Nancarrow S.A. How to attract health students to remote areas in Indonesia: a discrete choice experiment//*Int. J. Health Plann. Manage.* – 2016. -С. 430-445
- 8 Okoroafor S.C., Ongom M., Salihu D., Mohammed B., Ah-mat A., Osubor M. et al. Retention and motivation of health workers in remote and rural areas in Cross River State, Nigeria: a discrete choice experiment//*Public Health Oxf. Engl.* - 2021. -С. 46-53
- 9 Berman L., Nkhoma L., Prust M., McKay C., Teshome M., Banda D. et al. Analysis of policy interventions to attract and retain nurse midwives in rural areas of Malawi: A discrete choice experiment//*PloS One.* – С.18-20.
- 10 Смиянов В.А., Смиянова О.И., Грузиева Т.С., Выговская Л., Руденко Л.А. Изучение мотивационных факторов у врачей в отношении повышения качества медицинской помощи//*Wiadomosci Lekarskie.* -2017. -С. 27-31.
- 11 Дощанникова О.А., Поздеева Т.В., Филиппов Ю.Н. Социальный портрет современного сельского врача -реалии и перспективы//*Социальные аспекты здоровья населения.* – 2020. С. 1-7.
- 12 Prust M.L., Kamanga A., Ngosa L., McKay C., Muzongwe C.M., Mukubani M.T. et al. Assessment of interventions to attract and retain health workers in rural Zambia: a discrete choice experiment//*Hum. Resour. Health.* – 2019. -С. 25-26.
- 13 Prengaman M., Terry D.R., Schmitz D., Baker E. The nursing community apgar questionnaire in rural Australia: An evidence based approach to recruiting and retaining nurses//*Online J. Rural Nurs. Health Care.* -2017. -С.148-171.
- 14 Okoroafor S.C., Osubor M.K., Nwachukwu C. Factors influencing attraction and retention of frontline health workers in remote and rural areas in Nigeria: a discrete choice experiment// *J. Public Health Policy.* – 2022. -С. 347-359.

15 Boadi-Kusi S.B., Kyei S., Okyere V.B., Abu S.L. Factors influencing the decision of GHANAIAN optometry students to practice in rural areas after graduation//BMC Med. Educ. -2018. -С.187-188.

16 MollahaliloQlu S., Uбurluoбlu O., I^yk O., Kosdak M., Ta^kaya S. Factors affecting the work of physicians in rural areas of Turkey//Rural Remote Health. - 2015. -С. 3045-3048.

17 Окунева Г.Ю., Лусевич Е.С., Щербакова А.И. Мнение студентов-медиков о трудоустройстве в сельской местности, о программе «Земский доктор»//Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). -Иркутск, 2021. - С.127-132.

18 Morken C., Braksch-Meck K., Crouse B., Traxler K. Factors influencing rural physician retention following completion of a rural training track Family Medicine Residency Program// WMJ Off. Publ. State Med. Soc. Wis. -2018. -С. 208-210

19 Юрова И. Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема //Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – №. 11-3 (18). – С. 88-89.

20 Филатов В. Н., Скрипин Ю. Ю. Проблемы системы сельского здравоохранения глазами ее врачей //Российский семейный врач. – 2007. – Т. 11. – №. 4. – С. 42-44.

21 Ehsani-Chimeh E., Majdzadeh R., Delavari S., Gharebe-lagh M.N., Rezaei S., Rad E.H. Physicians' retention rate and its effective factors in the Islamic Republic of Iran//East.Mediterr.Health J. – 2018. -С. 830-837.

22 Рябухин Ю. В., Крутикова Н. Ю. Особенности медицинской помощи детям сельской местности //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2011. – №. 4. – С. 58-64.

23 Джобалаева Б. С., Смаилова Д. С., Семенова Ю. М. Опыт развития сельской медицины в развитых странах: литературный обзор //Наука и здравоохранение. – 2021. – №. 3. – С. 62-68.

24 Сычев Е. В. и др. Особенности кадровой политики сельского здравоохранения и пути повышения ее эффективности //Наука молодых–Eruditio Juvenium. – 2023. – Т. 11. – №. 4. – С. 535-544.

25 Горбунова Л. А. Проблемы государственной политики в сфере сельского здравоохранения //Вестник Поволжского института управления. – 2007. – №. 12. – С. 46-51.

26 Рюмкина И. Н. Зарубежный опыт исследования государственных мер поддержки сельских территорий Австралии //Вестник Российского государственного аграрного заочного университета. – 2021. – №. 38 (43). – С. 143.

27 Чигрина В.П., Тюфилин Д.С., Деев И.А. "Мировые практики привлечения и удержания медицинских работников в сельских районах (Обзор литературы)// Бюллетень сибирской медицины. -2023. С.153-163.

28 Травникова Д. А. Компаративный анализ систем здравоохранения Австралии и Европейского союза //Современные проблемы цивилизации и устойчивого развития в информационном обществе. – 2021. – С. 118-123.

29 Аксенова Е. И., Горбатов С. Ю. Международный опыт обеспечения доступности медицинской помощи в отдаленной и труднодоступной местности. – 2021. -С.15-17.

30 Дошанникова О. А. Восполнение дефицита врачебных кадров в сельской местности: изучение отечественного и международного опыта //Медицинский альманах. – 2018. – №. 6 (57). – С. 29-33.

31 Палевская С. А. и др. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности как мировой тренд здравоохранения (обзор литературы) //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – №. 2. – С. 190-201.

32 Фролова Е. В. Система здравоохранения Австралии //Главврач. – 2018. – №. 2. – С. 66-71.

33 Хараз А. Д., Маклакова Ю. Современные управленческие технологии в здравоохранении //Московская медицина. – 2019. – №. 5. – С. 6-13.

34 Cosgrave C., Malatzky C., Gillespie J. Social determinants of rural health workforce retention: a scoping review //International journal of environmental research and public health. – 2019. – Т. 16. – №. 3. – С. 314.

35 Phillips A. Health status differentials across rural and remote Australia //Australian Journal of Rural Health. – 2009. – Т. 17. – №. 1.

36 Russell D. et al. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review //Human Resources for Health. – 2021. – Т. 19. – №. 1. – С. 1-24.

37 Bourke L. et al. Understanding rural and remote health: a framework for analysis in Australia //Health & place. – 2012. – Т. 18. – №. 3. – С. 496-503.

38 Malatzky C., Bourke L. When the social meets health in rural Australia: confronting the disconnect //Health Sociology Review. – 2017. – Т. 26. – №. 2. – С. 190-203.

39 Омеляновский В. В. и др. Оценка технологий здравоохранения в Австралии //Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 4. – С. 332-340.

40 Wilson C. R. et al. Progress made on access to rural health care in Canada //Canadian Family Physician. – 2020. – Т. 66. – №. 1. – С. 31-36.

41 Kulig J. C., Williams A. M. (ed.). Health in rural Canada. – UBC Press, 2011.

42 Фролова Е. В. Здравоохранение Канады //Справочник врача общей практики. – 2020. – №. 9. – С. 68-70.

43 McKay M. et al. Government policies targeting primary care physician practice from 1998-2018 in three Canadian provinces: a jurisdictional scan //Health Policy. – 2022. – Т. 126. – №. 6. – С. 565-575.

- 44 Krupa L. K., Chan B. T. B. Canadian rural family medicine training programs: growth and variation in recruitment //Canadian Family Physician. – 2005. – Т. 51. – №. 6. – С. 852-853.
- 45 Garasia S., Dobbs G. Socioeconomic determinants of health and access to health care in rural Canada //University of Toronto Medical Journal. – 2019. – Т. 96. – №. 2.
- 46 Chen G. et al. Current status and related factors of turnover intention of primary medical staff in Anhui Province, China: a cross-sectional study //Human resources for health. – 2021. – Т. 19. – №. 1. – С. 1-10.
- 47 Dummer T. J. B., Cook I. G. Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications //Health Policy. – 2007. – Т. 83. – №. 1. – С. 1-16.
- 48 Mao A. et al. Factors influencing recruitment and retention of male nurses in Macau and mainland China: A collaborative, qualitative study //BMC nursing. – 2020. – Т. 19. – С. 1-10.
- 49 Гапеева Д. Е. Обзор программ здравоохранения в Китайской Народной Республике//Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 1-4 (76). – С. 36-39.
- 50 Колесников А. В. Здравоохранение в сельской местности //Вестник сельского развития и социальной политики. – 2019. – №. 3 (23). – С. 30-37.
- 51 Zhu A. et al. Analysis of strategies to attract and retain rural health workers in Cambodia, China, and Vietnam and context influencing their outcomes //Human Resources for Health. – 2019. – Т. 17. – С. 1-9.
- 52 Jing L. et al. Health-personnel recruitment and retention target policy for health care providers in the rural communities: A retrospective investigation at Pudong New Area of Shanghai in China //The International Journal of Health Planning and Management. – 2019. – Т. 34. – №. 1. – С. e157-e167.
- 53 Bao M., Huang C. Job preferences of medical and nursing students seeking employment in rural China: a discrete choice experiment //BMC Medical Education. – 2021. – Т. 21. – С. 1-12.
- 54 Araujo E., Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. – 2013.
- 55 Liu X. et al. The development of rural primary health care in China's health system reform //The Chinese National Health Care Reform. – 2017. – С. 98-111.
- 56 Zhang X. et al. Physician workforce in the United States of America: forecasting nationwide shortages //Human resources for health. – 2020. – Т. 18. – №. 1. – С. 1-9.
- 57 Ma L. et al. Rural return migration in the post COVID-19 China: Incentives and barriers //Journal of Rural Studies. – 2024. – Т. 107. – С. 103258.
- 58 Agaskar V. R. Behavioral Health Workforce Education and Training (BHWET) Funding: Forging the Future of the Counseling Profession //Counseling Outcome Research and Evaluation. – 2023. – Т. 14. – №. 1. – С. 15-27.
- 59 Wu G. R. How to Attract Medical Graduates in Universities to Rural Hospitals in Shaanxi Province of China //6th International Conference on

Management Science and Management Innovation (MSMI 2019). – Atlantis Press, 2019. – С. 262-265.

60 Хайруллаев Р. Т. Характеристика системы здравоохранения в США на современном этапе //Modern Science. – 2020. – №. 4-3. – С. 371-375.

61 Dolea C., Stormont L., Braichet J. M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas //Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – Т. 88. – №. 5. – С. 379-385.

62 Getson D. S. Rural practice realities //West Virginia Medical Journal. – 2013. – Т. 109. – №. 4. – С. 34-38.

63 Dywili S. et al. Experience of overseas-trained health professionals in rural and remote areas of destination countries: A literature review //Australian Journal of Rural Health. – 2012. – Т. 20. – №. 4. – С. 175-184.

64 Strasser R., Kam S. M., Regalado S. M. Rural health care access and policy in developing countries //Annual review of public health. – 2016. – Т. 37. – С. 395-412.

65 Алимов А. М. Проблемы организации государственного управления в сфере здравоохранения //Теория права и межгосударственных отношений. – 2021. – Т. 2. – №. 7. – С. 9-17.

66 Гейнц К. Е., Ливак Н. С. Формирование кадровой политики организации //Научные исследования и разработки студентов. – 2017. – С. 245-251.

67 Наурызбаева А. А. и др. Современный мировой опыт развития подходов к формированию кадровой политики здравоохранения в сельских районах: Обзор литературы//West Kazakhstan Medical Journal. – 2020. – №. 2 (62). – С. 134-146.

68 Койчуева С.М. "Зарубежный опыт обеспечения медицинскими кадрами сельских районов"//Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2020. -С. 76-85.

69 Сон И. М., Сененко А. Ш., Меньшикова Л. И. Оценка результативности мер социальной поддержки медицинских работников в медицинской организации. – 2020. -С. 23-25.

70 Резюкова А.В. Мотивация в профессиональной деятельности медицинских работников//Концепция «Общества знаний» в современной науке//Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. – 2021. – С. 127-129.

71 Коробова Е.Р., Гусева М.Н. Формирование и развитие кадрового ресурса в системе регионального здравоохранения: Российский и зарубежный опыт//Наука и Образование. – 2022. – Т. 5. – №. 2. -С. 67-68.

72 Лебедева И. С., Лебедев П. В. Тенденции решения кадровых проблем в здравоохранении //Вестник Академии знаний. – 2022. – №. 1 (48). – С. 151-159.

73 Правительственный час: «Сельское здравоохранение: текущее состояние и перспективы развития» www.nur.kz

74 Иманова Ж. А., Кулиев Р. С., Орынбасарулы А. Обеспечение сельского населения Республики Казахстан медицинскими услугами с привлечением

передвижных медицинских комплексов //Journal of Health Development. – 2022. – Т. 1. – №. 45. – С. 20-28.

75 Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы

76 Мальбекова Д. К. Меры социальной поддержки молодых специалистов в сфере здравоохранения Республики Казахстан//Современные тренды социально-экономического развития России и Казахстана: взгляд молодых ученых. – 2023. – С. 68-76.

77 Жетписбаева М., Бейсембекова А. Управление системой здравоохранения в республике Казахстан //ҚЭУ Жаршысы: экономика, философия, педагогика, юриспруденция. – 2019. – С. 22.

78 Мусина Г. А. и др. Состояние кадровых ресурсов здравоохранения //Journal of Health Development. – 2015. – №. 2 (15). – С. 78-86.

79 Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 сентября 2023 года № 828. Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"

80 Көпеев С.Қ. Пути решения проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения Республики Казахстан. – 2023. -С.5-7.

81 Аканов А. А., Камалиев М. А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы //Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – №. 3. – С. 7-7.

82 Каусова Г. К., Шегирбаева К. Б. Современное состояние и стратегия развития сельского здравоохранения в Республике Казахстан //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – №. 5. – С. 47.

83 Жетписбаева М., Бейсембекова А. Управление системой здравоохранения в республике Казахстан //ҚЭУ Жаршысы: экономика, философия, педагогика, юриспруденция. – 2019. – С. 22.

84 Фармацевтическое обозрение Казахстана www.pharm.reviews

85 Модернизация сельского здравоохранения позволит увеличить продолжительность жизни и социальное благополучие населения primeminister.kz

86 Обзор казахстанской системы здравоохранения: итоги 2021 года primeminister.kz

87 Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 6 ноября 2014 года № 72. Об утверждении Правил предоставления мер социальной поддержки специалистам в области здравоохранения, образования, социального обеспечения, культуры, спорта и агропромышленного комплекса,

государственным служащим аппаратов акимов сел, поселков, сельских округов, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты

88 Зарплата казахстанских врачей повысится на 30% в 2023 году www.inform.kz

89 Естурлиева А. И., Утебалиева Д. Б. Анализ системы здравоохранения Казахстана-одного из основных факторов повышения социально-экономического состояния страны //Социальные и экономические системы. – 2019. – №. 2. – С. 126-141.

90 Гекиев Р. И. Управление системой здравоохранения в Республике Казахстан//Инновационные исследования как основа развития научной мысли. – 2023. – С. 11-15.

91 В Карагандинской области запустили новую программу поддержки молодых медиков// Акимат Карагандинской области www.gov.kz

92 Бейсембаева Ш.Б. Проблемы кадрового обеспечения на уровне амбулаторно-поликлинической помощи//Valeology health-illness-recovery. – 2022. – С. 6-9.

93 Решение маслихата Джангельдинского района Костанайской области от 5 февраля 2024 года № 63 «О предоставлении в 2024 году социальной поддержки специалистам в области здравоохранения, образования, социального обеспечения, культуры, спорта и агропромышленного комплекса, государственным служащим аппаратов акимов сел и сельских округов, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты Джангельдинского района» <https://adilet.zan.kz/rus/docs/G24NI00063M>

94 Как врачу получить 8,5 млн тенге в Казахстане// Международное информационное агентство «Казинформ» <https://www.inform.kz/ru/kak-vrachu-poluchit-85-mln-tenge-v-kazahstane-07dcbc>

95 Официальный сайт <https://amangeldi-crb.kz/ru>

96 Презентация «Ярмарка вакансии»

97 Көпеев С.Қ. Пути решения проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения Республики Казахстан. – 2023. -С. 5-7.

98 Тютенов Т.С. Опыт привлечения и закрепления врачей психиатров/наркологов на примере Костанайской области //Авиценна. – 2020. – №. 61. – С. 12-14.

99 Региональная жилищная программы «Қостанай жастары»// Акимат города Костанай www.gov.kz

100 Руководство ВОЗ по развитию, привлечению, набору и удержанию кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах [WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 Лицензия: CC BY-NC-SA 3 IGO.

Анкета «Потребности медицинских работников в сельской местности»

Демографическая информация:

1. Ваш возраст:
2. Ваш пол:
3. Стаж работы в медицинской сфере:

Рабочие условия:

4. Наименование медицинского учреждения, в котором вы работаете:
5. Опишите рабочее место: количество пациентов, доступность оборудования и лекарств, условия труда.

Оборудование и ресурсы:

6. Какие основные медицинские инструменты и оборудование доступны в вашем учреждении?
7. Есть ли какие-либо ограничения или недостатки в оборудовании? Если да, опишите их.

Профессиональное развитие:

8. Какие возможности для профессионального обучения и повышения квалификации предоставляются вам?
9. Что мотивирует вас к профессиональному развитию и обучению?

Финансовые стимулы:

10. Как вы оцениваете финансовую стимуляцию и заработную плату в вашем медицинском учреждении?
11. Считаете ли вы, что ваше вознаграждение соответствует объему и сложности вашей работы?

Ожидания и планы:

12. Какие изменения или улучшения в рабочих условиях вы бы хотели видеть в будущем?
13. Планируете ли вы оставаться работать в сельской местности в долгосрочной перспективе? Почему?

Социальное взаимодействие и связь с пациентами:

14. Как вы взаимодействуете с пациентами? Что для вас важно в общении с ними?
15. Считаете ли вы, что близкие отношения с пациентами в сельской местности оказывают влияние на вашу мотивацию и удовлетворенность работой?

Заключительные вопросы:

16. Какие аспекты вашей профессиональной деятельности вам нравятся больше всего?
17. Если бы вы могли изменить что-либо в вашей текущей работе, что бы это было?

