



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Межрегиональная ассоциация
экономического взаимодействия
субъектов Российской Федерации
«Сибирское соглашение»

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

проблемы, пути и механизмы решения

Зам. директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
д.м.н., проф. **Сон Ирина Михайловна**

Председатель координационного совета по здравоохранению Сибири
Межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение»
д.м.н., проф. **Садовой Михаил Анатольевич**

Директор департамента здравоохранения исполнительного комитета
Межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение»
д.м.н. **Цыцорина Ирэна Адольфовна**

Законодательные изменения в системе здравоохранения и обязательном медицинском страховании

2011

2012

2013

Принятие Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ"

Реализация Федерального закона от 8.05.2010 №83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" (**Изменение организационно-правовой формы медицинских организаций**)

Реализация Федерального закона от 28.11.2011 №313 -ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с принятием Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании" (**Передача полномочий** по организации медицинской помощи на уровень области)

Финансовое обеспечение **скорой медицинской помощи** (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) осуществляется за счет межбюджетных трансфертов в ТФОМС в рамках базовой программы ОМС

Реализация региональных **программ модернизации** здравоохранения

Поэтапный переход на нормативно-подушевой принцип финансирования

Заявительный принцип участия медицинских организаций всех форм собственности в ТПГТ

Переход преимущественно на одноканальное финансирование

Переход на оплату медицинской помощи по законченному случаю

Частичное включение скорой медицинской помощи в систему ОМС

Переход на частичное фондодержание и внедрение системы межучрежденческих расчетов

Организация медицинской помощи

Обязательное медицинское страхование



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru



Межрегиональная ассоциация
СИБИРСКОЕ
СОГЛАШЕНИЕ

ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

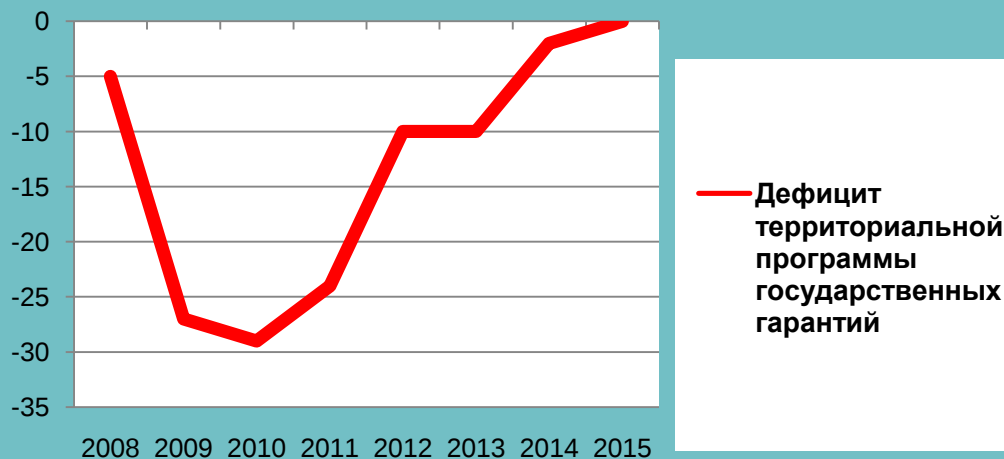
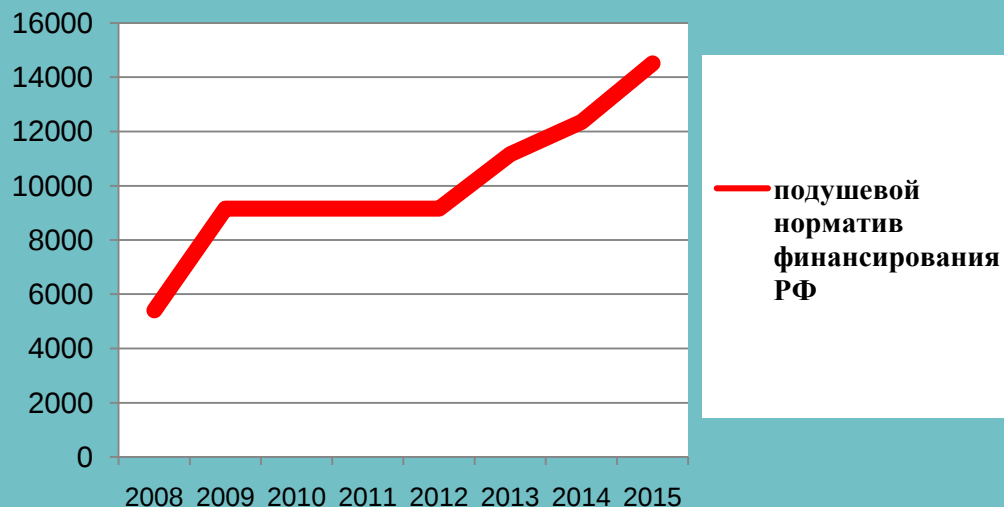
	ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ	Бюджет субъекта РФ	ОМС
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ	Медицинская помощь населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций, в части не входящей в территориальные программы ОМС	Медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также при наркологических заболеваниях	Медицинская помощь, входящая в территориальные программы ОМС
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ	Медицинская помощь в федеральных медицинских организациях, в части не входящей в базовую программу ОМС*		Медицинская помощь, входящая в территориальные программы ОМС**
СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	Медицинская помощь в федеральных медицинских организациях, в части не входящей в базовую программу ОМС*	СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ (САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ) МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	Медицинская помощь, входящая в территориальные программы ОМС***
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	Медицинская помощь для отдельных категорий граждан, а также в рамках ассигнований, выделяемых ФОИВ на содержание подведомственных санаторно-курортных организаций	Медицинская помощь для отдельных категорий граждан	
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ		Медицинская помощь в рамках территориальных программ государственных гарантий	

*До 1 января 2013 года финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

** До 1 января 2015 года финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и средств обязательного медицинского страхования в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

*** До 1 января 2013 года финансовое обеспечение полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации по оказанию скорой медицинской

Перспективы финансирования территориальных программ государственных гарантий субъекта РФ



Планируемые объемы финансирования территориальных программ государственных гарантий позволят вывести их на бездефицитный уровень

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
РФ	5 403,60	9 160,08	9 160,08	9 160,08	9 160,08	11 163,00	12 353,28	14 516,04

Сибирский федеральный округ

•Площадь СФО - 5,1 млн. км², или 30% территории РФ

•Население 19,3 млн. человек, или 13,5% численности населения РФ

•Плотность населения (3,7, в РФ – 8,4 чел. на 1 км²)



Регион	Плотность, чел/км ²
Красноярский край	1,2
Республика Тыва	1,84
Республика Алтай	2,26
Забайкальский край	2,54
Республика Бурятия	2,77
Иркутская область	3,13
Томская область	3,39
Республика Хакасия	8,66
Омская область	13,99
Алтайский край	14,28
Новосибирская область	15,24
Кемеровская область	28,65

Основные медико-демографические показатели (СФО)				
Регионы	Рождаемость (на 1000 населения)	Смертность (на 1000 населения)	Младенческая смертность, (на 1000 родившихся)	Естественный прирост (убыль), (на 1000 населения)
Новосибирская область	13,9	13,6	8,3	+ 0,3
Омская область	13,5	13,8	8,2	-0,3
Красноярский край	14,5	12,9	9,8	+1,6
Кемеровская область	13,7	15,1	9,1	-1,4
Томская область	13,6	11,9	8,7	+1,7
Забайкальский край	16,1	13,0	7,4	+3,1
Республика Хакасия	15,9	13,3	13,3	+2,6
Алтайский край	13,6	14,6	10,4	-1,0
Республика Алтай	22,4	11,5	12,5	+10,9
Республика Бурятия	17,4	12,3	7,9	+5,1
Республика Тыва	26,7	11,2	17,5	+15,5
Иркутская область	15,9	13,9	9,6	+2,0
СФО	15,0	13,7	9,4	+1,3
РФ	13,3	13,3	8,6	-

Стратегия



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СТРУКТУРА ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММ

1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие ПМСП

2. Совершенствование оказания специализированной, включая ВМП, скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации

3. Развитие ГЧП

4. Охрана здоровья матери и ребенка

5. Развитие медицинской реабилитации, в том числе детей

6. Оказание паллиативной помощи взрослым

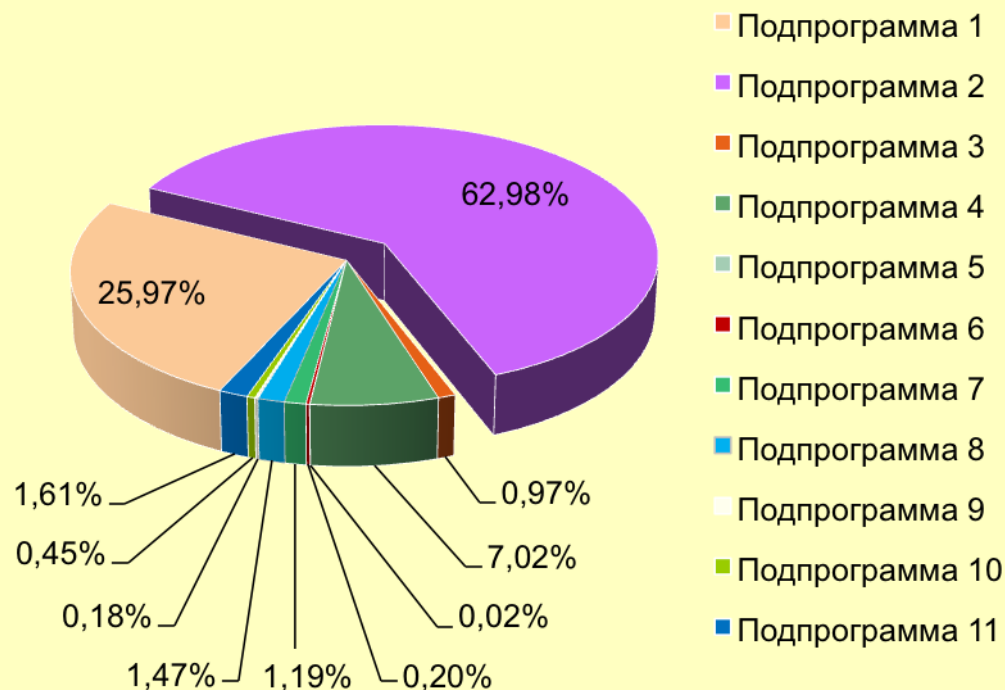
7. **Кадровое обеспечение системы здравоохранения**

8. Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях

9. Развитие информатизации в здравоохранении

10. Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья

11. Совершенствование системы территориального планирования



• Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

• **КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ СИБИРИ**

Социологические опросы



Из выпускников медицинских ВУЗов – 10% готовы работать в поликлинике; 10% - вообще не планируют работать по специальности; 25% - собираются уехать для дальнейшего образования за рубежом; 12% - готовы остаться после обучения за границей.



Из молодых специалистов, решивших работать в России: 47 % планируют работать в учреждениях государственной медицины, 25% - в коммерческих клиниках; 28% планируют работать в стационарах.



Только 17% выпускников рассматривают для себя возможность работать в сельских и отдаленных районах.



Для решения проблемы кадров в сельской медицине необходимо решать: 1 – жилищные проблемы (55% студентов в случае предоставления жилья согласились бы уехать в село); 2 – материальные стимулы (повышение заработной платы и единовременные «подъемные»); 3 – возможность карьерного роста (контракты с дальнейшим переводом в другое медицинское учреждение).

Медицинский персонал
относится к самым
дорогостоящим ресурсам,
требующим больших затрат на
подготовку квалифицированных
специалистов



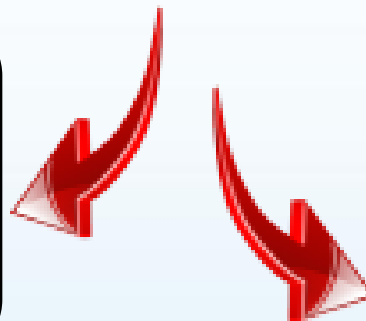
В отличие от большинства
ресурсов, ценность которых со
временем снижается, ценность
кадровых ресурсов с
накоплением
профессионализма и опыта
увеличивается

В конце XX века общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения являлось наращивание численности медицинских кадров



В РЕЗУЛЬТАТЕ

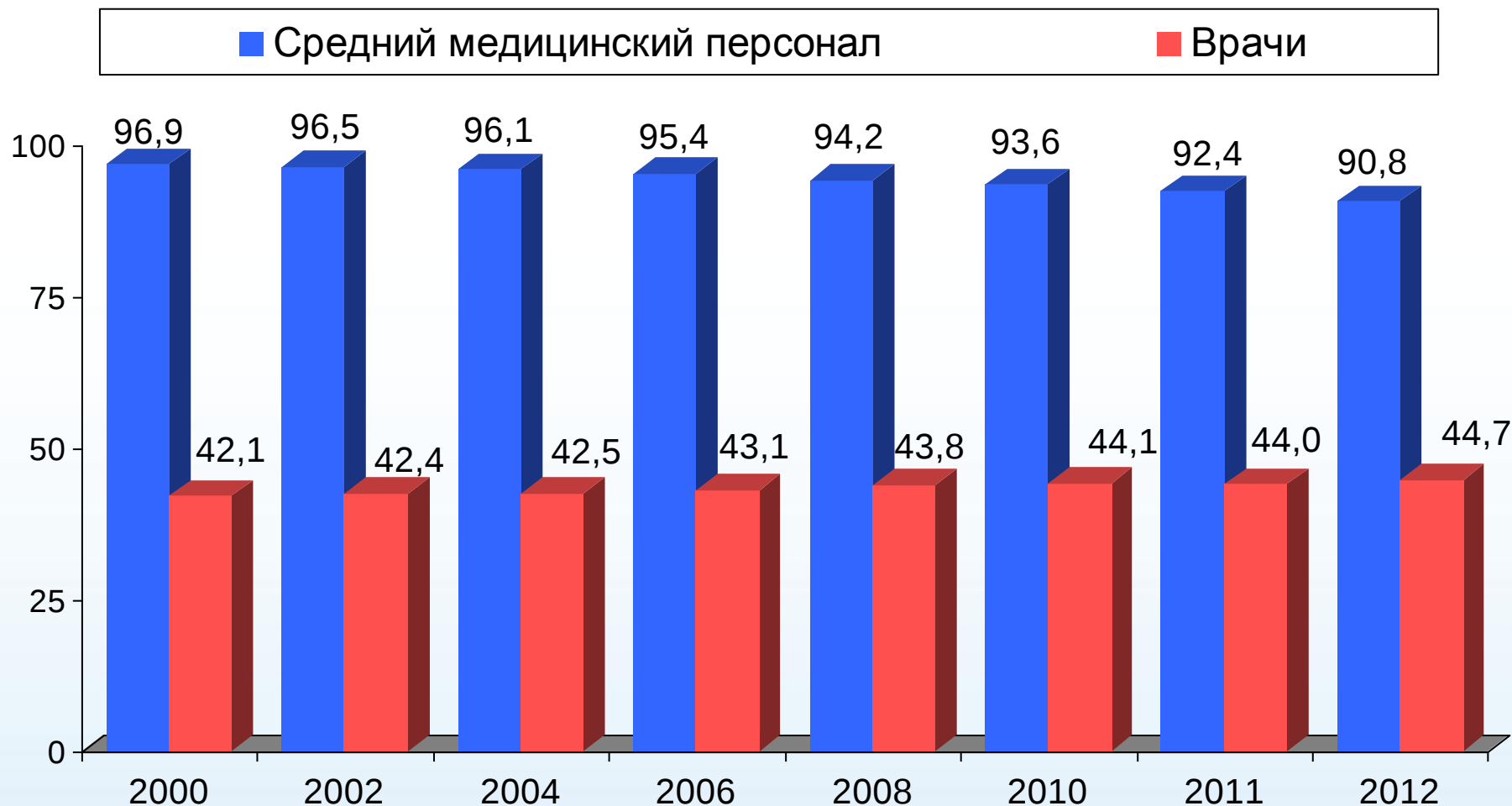
**Россия вышла
на одно из первых мест
в мире по числу врачей
и обеспеченности ими
населения**



**В то время как
качественный уровень
специалистов имел
стойкую тенденцию
к снижению**

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ И СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

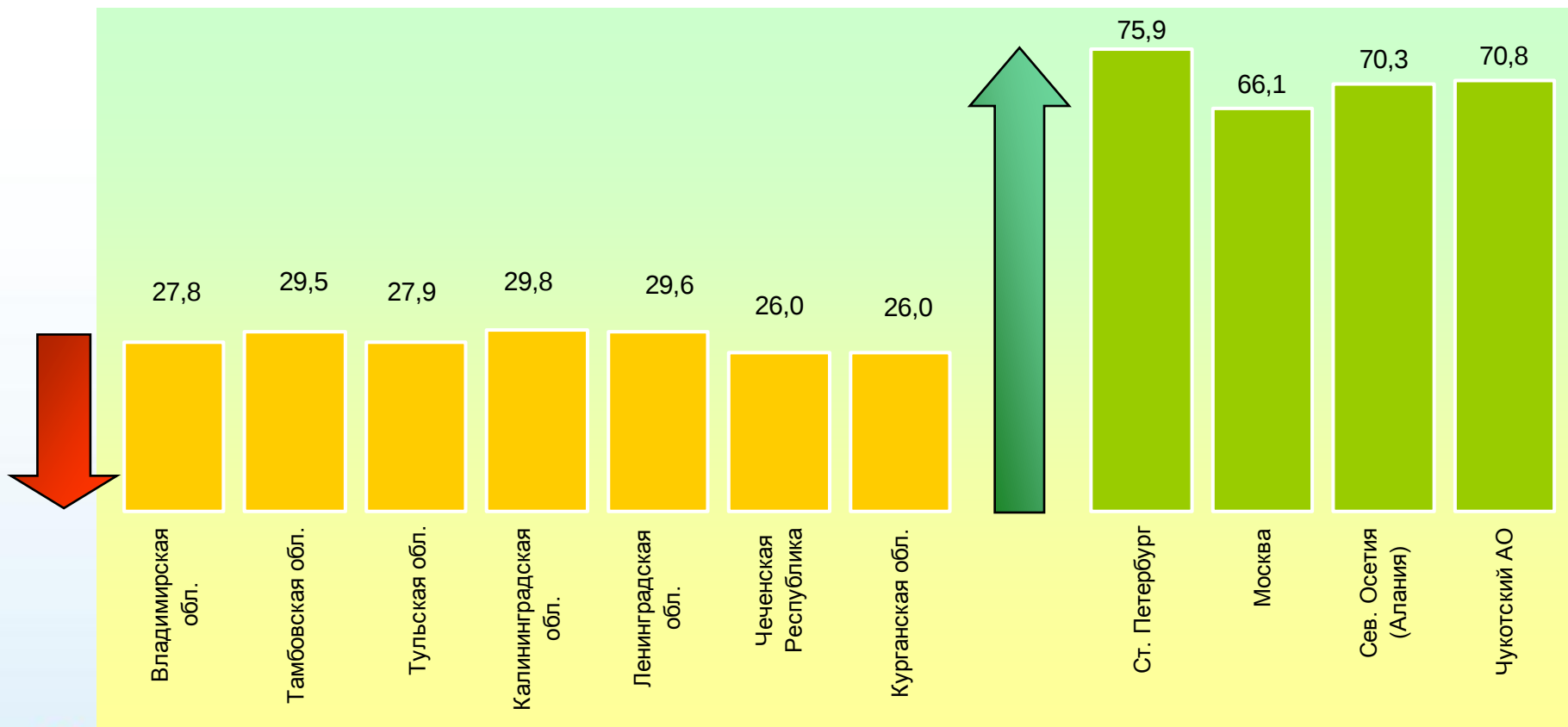
(на 10 тысяч населения)



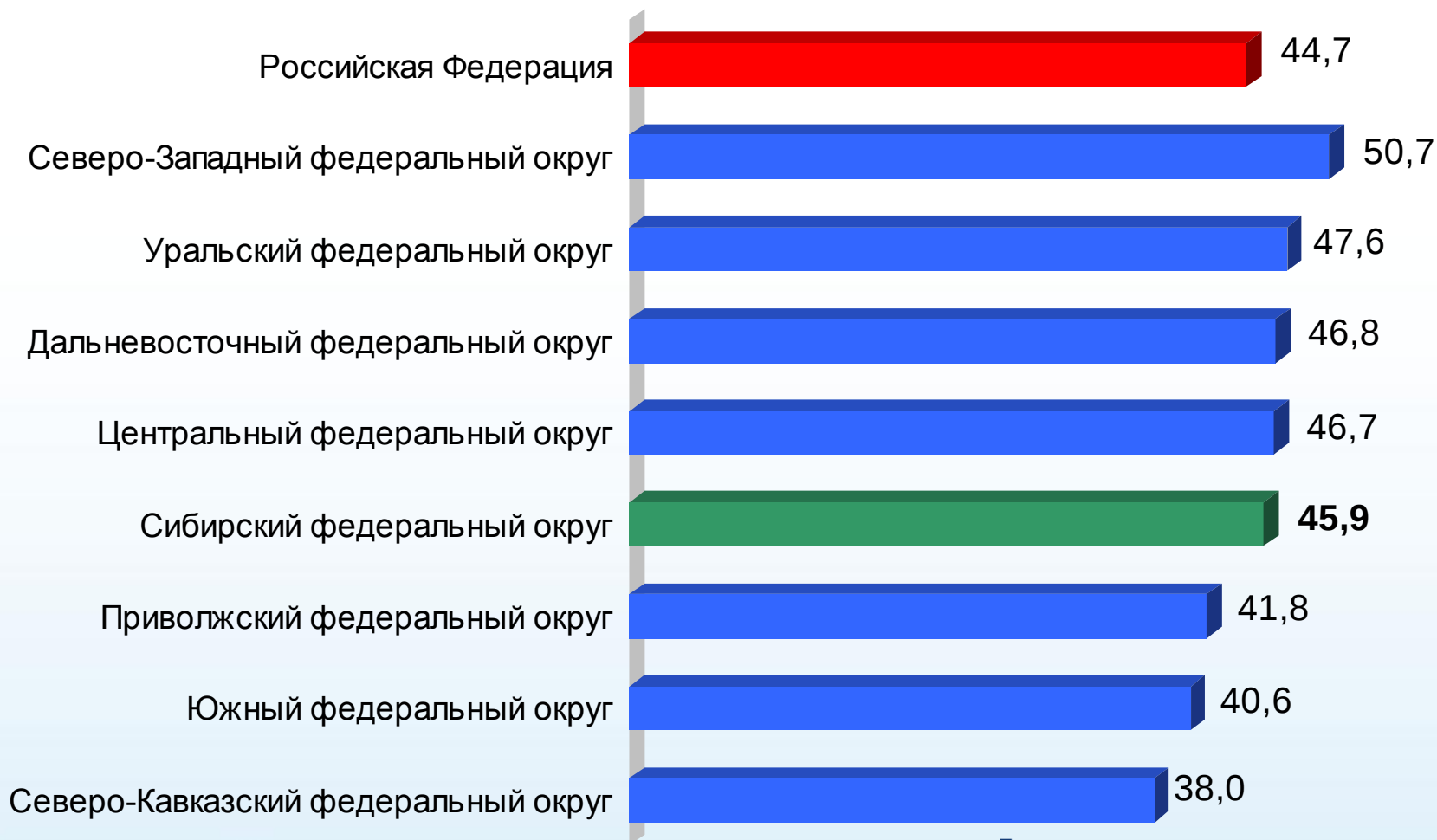
Обеспеченность врачами - 44,7 на 10 тыс.нас. (2012 г.)

Самая низкая обеспеченность
(менее 30 врачей на 10 тысяч населения)

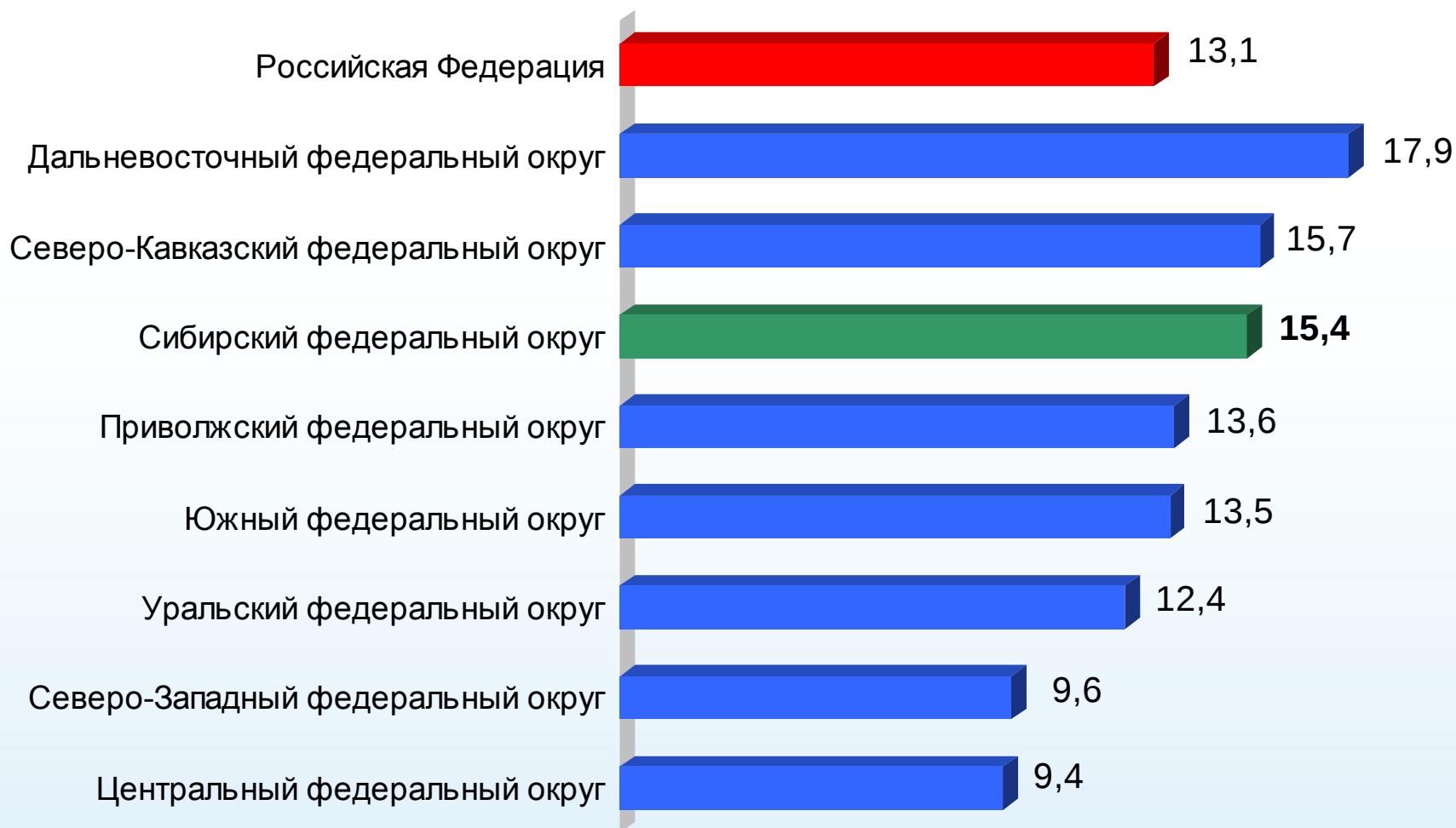
Самая высокая обеспеченность
(более 60 врачей на 10 тысяч населения)



Обеспеченность населения врачами по Федеральным округам РФ, 2012 г., на 10 тыс. населения



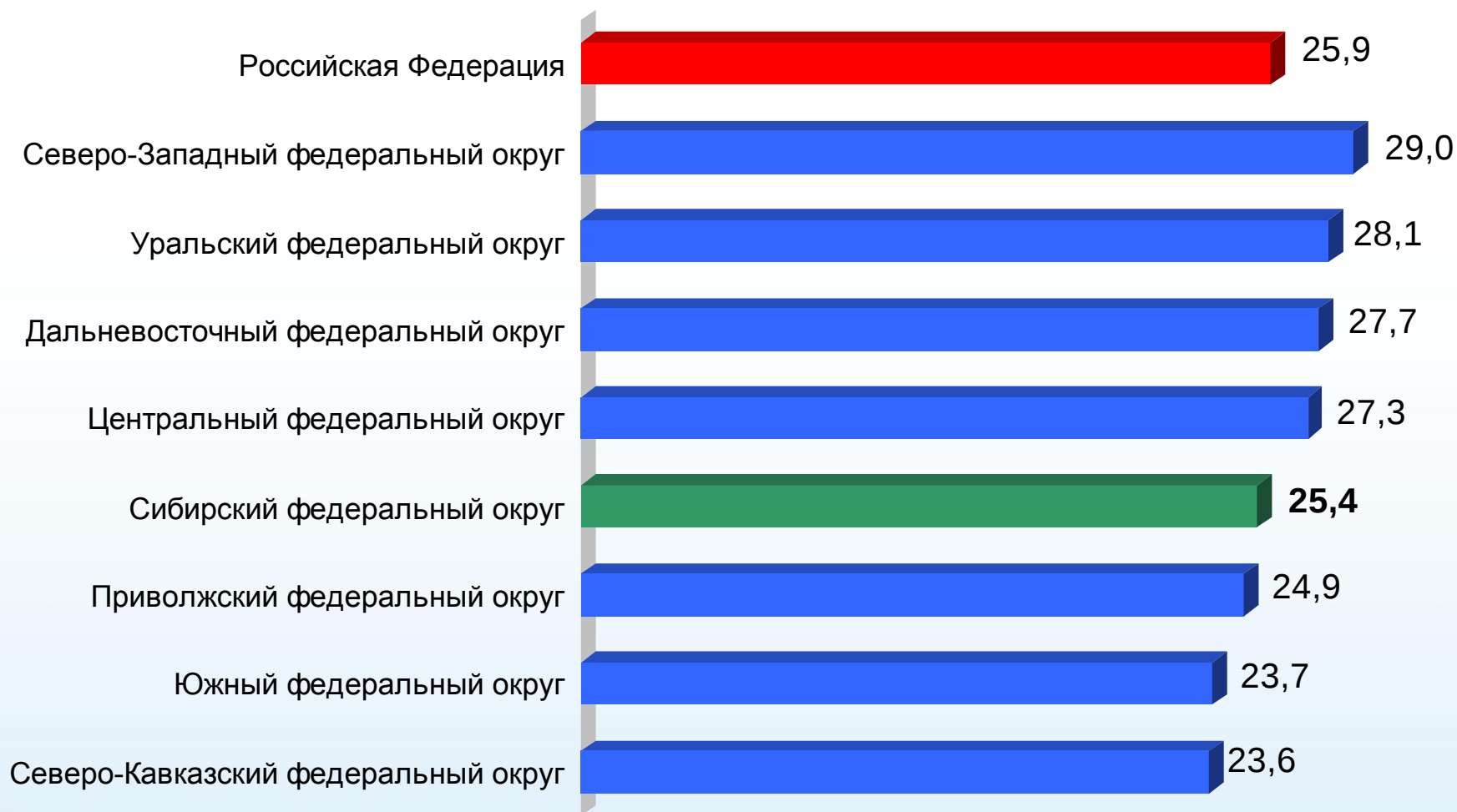
Обеспеченность врачами населения, проживающего в сельской местности (на 10 тыс. соответствующего населения), 2012 г.



Перечень специальностей врачей, относящихся к «клиническим» (38)

акушеры-гинекологи	профпатологи
аллергологи-иммунологи	психиатры
гастроэнтерологи	психиатры-наркологи
гематологи	пульмонологи
гериатры	ревматологи
дерматовенерологи	скорой медицинской помощи
диабетологи	терапевты
инфекционисты	травматологи и ортопеды
кардиологи, кардиологи детские	урологи, урологи-андрологи детские
колопроктологи	фтизиатры
неврологи	хирурги, хирурги детские
нейрохирурги	хирурги пластические
неонатологи	хирурги сердечно-сосудистые
нефрологи	хирурги торакальные
общей практики (семейные)	хирурги челюстно-лицевые
онкологи	эндокринологи
онкологи детские	эндокринологи детские
оториноларингологи	по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению
офтальмологи	педиатры

Обеспеченность населения федеральных округов врачами клинических специальностей, 2012 г. (на 10 тыс. населения)



Доля врачей клинических специальностей среди общей численности врачей (%), 2012 г.



Обеспеченность врачебными кадрами в Российской Федерации

Дисбаланс показателей обеспеченности кадрами
в субъектах РФ, разнонаправленность тенденций
не могут обеспечить равные доступность
и качество медицинской помощи всех категорий населения



Для уточнения потребности во врачах основных специальностей в субъектах Российской Федерации

были проведены расчеты по методике, учитывающей **объемы медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов** (Постановление Правительство Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074), **а также особенности субъектов Российской Федерации** (плотность населения, долю сельского населения, уровень заболеваемости, число муниципальных образований, входящих в состав субъекта, находящихся в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях).



Уточненные нормативы обеспеченности врачами отдельных специальностей, РФ, 2013-2014 гг. (на 10 тыс. населения)

Врачебная деятельность	Нормативы обеспеченности (на 10 тыс. нас.)	Фактическая обеспеченность (на 10 тыс. нас.)
кардиология	0,79	0,85
ревматология	0,12	0,12
педиатрия (общая)	19,77	19,67
неонатология	32,57	32,57
терапия	4,83	5,83
пульмонология	0,14	0,14
гастроэнтерология	0,18	0,18
эндокринология	0,40	0,46
аллергология	0,12	0,12
неврология	1,53	1,53
инфекционные б-ни	0,49	0,49
хирургия	1,70	1,95
сердечно-сосудистая хирургия	0,18	0,18
травматология-ортопедия	0,86	0,86
онкология	0,44	0,46
колопроктология	0,05	0,05
урология	0,41	0,43
акушерство-гинекология	2,69	5,01
отоларингология	0,67	0,67
офтальмология	0,95	0,95

Врачи, работающие в медицинских организациях частной формы собственности,

существенно улучшить обеспеченность населения врачами
дефицитных специальностей **не могут**, поскольку их доля в
общей численности врачей незначительна и составляет всего

4,4%

Терапевты



2,8%

Гастроэнтерологи



10,2%

Хирурги



3,2%

Эндокринологи



7,1%

Анестезиологи-
реаниматологи



1,5%

Акушеры-гинекологи



5,1%

Педиатры



1,6%

Кардиологи



4,3%



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru



Межрегиональная ассоциация
СИБИРСКОЕ
СОГЛАШЕНИЕ



**Всего 12% из всех врачей
оказывают первичную медико-
санитарную помощь населению России
в первичном звене здравоохранения**



Обеспеченность врачами первичного звена 2010 – 2012 гг.



Обеспеченность
(на 10000 нас.)

Участковыми
терапевтами
2,6

Участковыми
педиатрами
9,9

Врачами общей
практики
0,7

Обеспеченность врачами общей врачебной практики 2012 г.

Наивысшая > 2,0 на 10тыс. населения

Респ. Татарстан – 2,2

Воронежская обл. – 2,7

Самарская обл. – 2,5

Пензенская обл. – 3,2

Чувашская республика – 3,8

Низкая < 0,2 на 10 тыс. населения

Респ. Адыгея – 0,07

Костромская обл. – 0,2

Рязанская обл. – 0,14

Волгоградская область – 0,07

Г. Москва – 0,03

Кабардино-Балкарская Республика – 0,2

Курганская обл. – 0,18

Иркутская обл. – 0,2

Новосибирская обл. – 0,2

Сахалинская обл. – 0,14

Камчатский край – 0,2



Обеспеченность участковыми терапевтами 2012 г.



Наивысшая > 3,5 на 10тыс. населения

Рязанская обл. – 3,5

Респ. Северная Осетия – 3,8

Респ. Саха – 3,8

Магаданская обл. – 3,6

Низкая < 2,0 на 10 тыс. взрослого населения

Пензенская обл. – 0,5

Чувашская Республика - 0,7

Воронежская обл. – 1,0

Респ. Татарстан – 1,3

Самарская обл. – 1,3

Свердловская обл. – 1,4

Вологодская обл. – 1,6

Курганская обл. – 1,5

Ставропольский край - 1,7

Астраханская обл. – 1,5

Обеспеченность участковыми педиатрами 2012 г.



Наивысшая > 11,0 на 10 тыс. населения

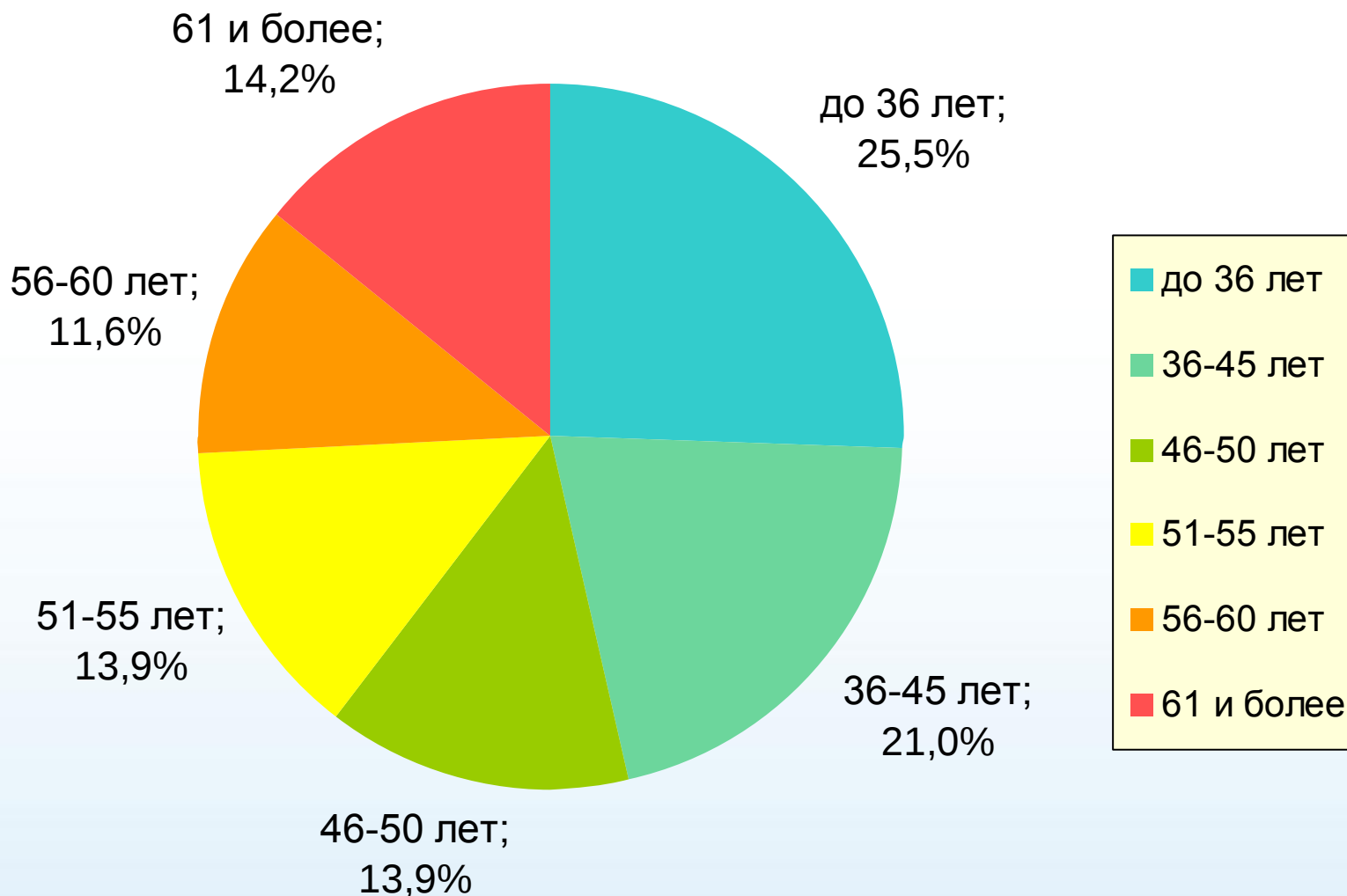
Астраханская обл. – 11,0
Приморский край – 11,2
Омская обл. – 11,4
Ярославская обл. – 11,0
Ямало-Ненецкий АО – 11,6
Рязанская обл. – 11,3
Удмуртская Республика – 11,7
Хабаровский край – 11,0
Магаданская обл. – 12,6
Камчатский край – 12,8

Низкая < 8,0 на 10 тыс. детского населения

Чеченская Респ. – 3,5
Свердловская обл. – 6,6
Челябинская обл. – 7,4
Респ. Бурятия – 7,5
Республика Ингушетия – 7,7
Республика Дагестан – 8,0
Курганская обл. – 8,0



Возрастная структура врачей (%), РФ 2012 г.



Предпосылки и условия внедрения инноваций в деятельность **среднего медицинского персонала**



В последние годы в здравоохранение внедряются высокотехнологичные методы лечения и диагностики.

В связи с чем роль и значение среднего медицинского персонала возрастает.

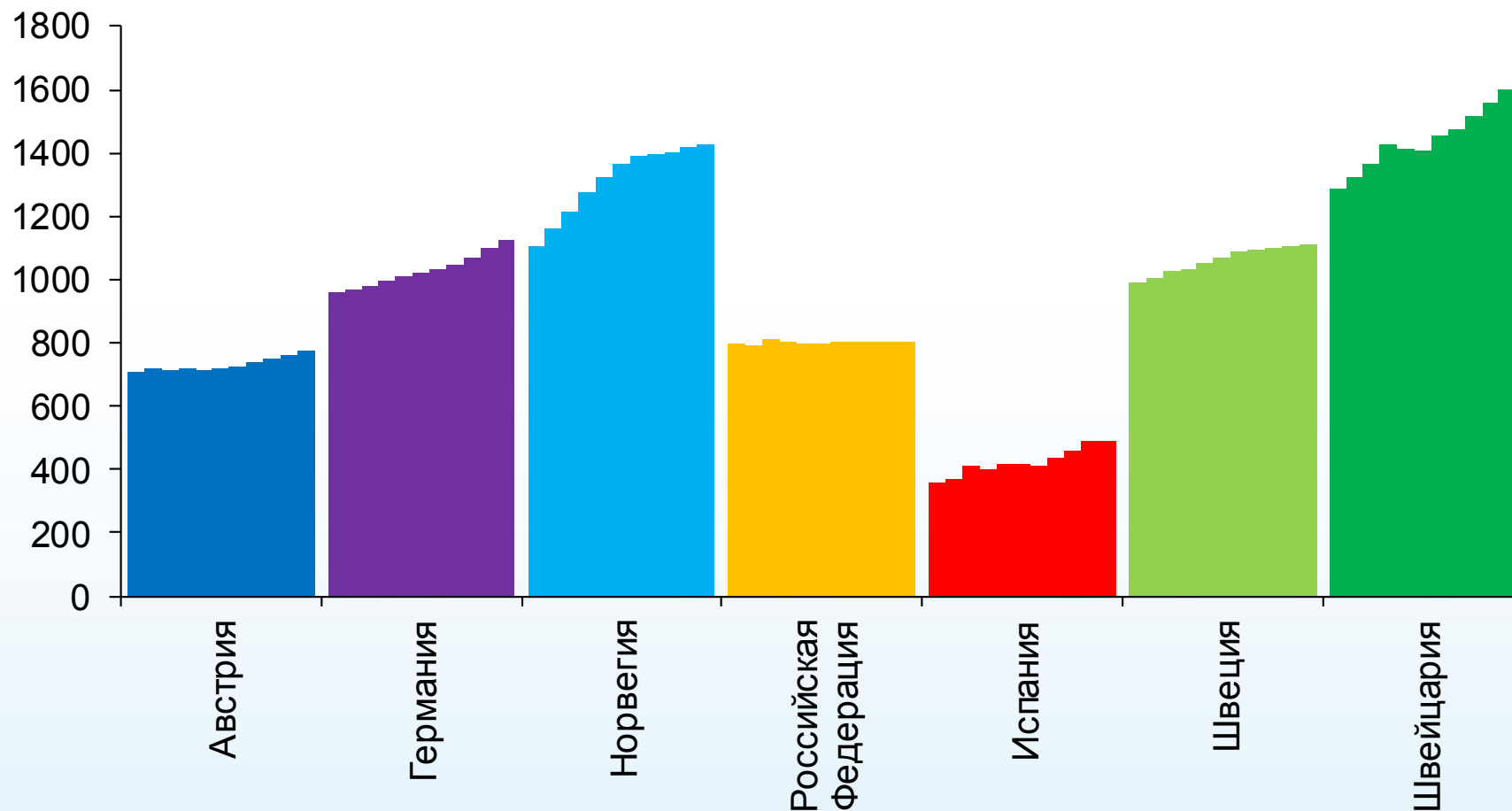
В настоящее время средний медицинский персонал должен обладать все более сложными медицинскими, педагогическими, психологическими, техническими познаниями и навыками.

Вместе с тем,

Организационные основы работы среднего медицинского персонала за последние десятилетия остаются неизменными



Количество медицинских сестёр в 2000-2010 гг. (на 100 000 населения)



Количество медицинских сестер на одного врача

при сопоставимой обеспеченности сестринским персоналом, соотношение врач/сестра в странах постсоветского пространства значительно отличалось от рекомендованного ВОЗ показателя:

в 2012 году показатель составил

	– в России	1:2,2
	– в Беларуси	1:1,1
	– в Казахстане	1:2,0
	– в США	1:3,6
	– в Норвегии	1:4,3
	– в Англии	1:5,6
	– в Ирландии	1:6,7 (наиболее высокий показатель)!

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала по видам медицинских организаций

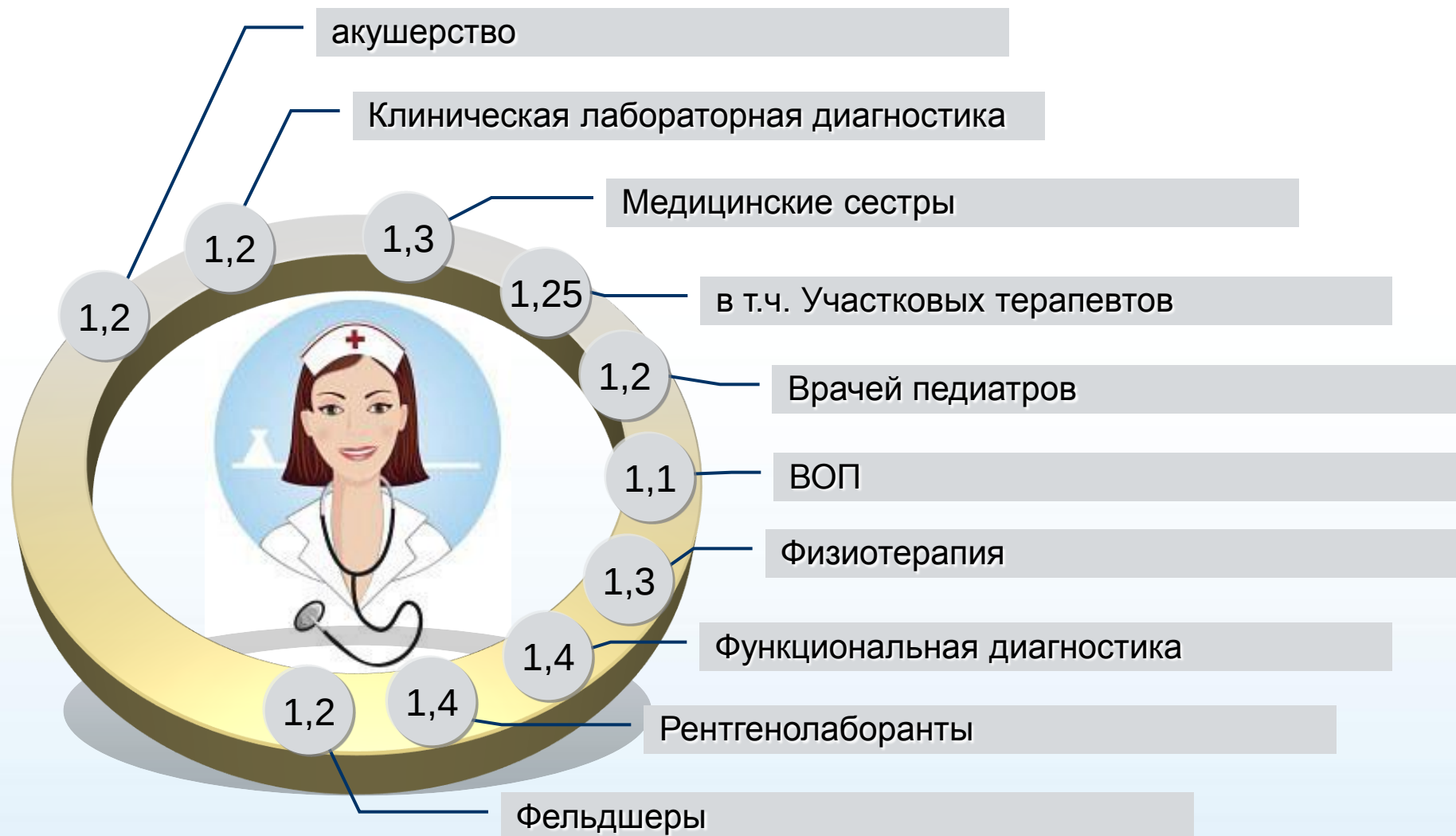
станции СМП	1: 2,7
станции переливания крови	1: 2,7
стоматологические поликлиники	1: 1,5
диспансеры	1: 2,2
амбулаторно-поликлинические организации	1: 1,6
больничные организации	1: 2,7
дома сестринского ухода	1: 9,1

Соотношение врачебного и среднего медицинского персонала по профилям оказания медицинской помощи

анестезиологи и реаниматологи	1: 1,4
педиатрия	1: 2,9
лечебная физкультура, акушерство и гинекология	1: 1,6
общая врачебная практика	1: 1,5
физиотерапия	1: 6,5
операционное дело	1: 1,1
функциональная диагностика	1: 1,6
рентгенология	1: 2,0
скорая и неотложная помощь	1: 3,6
сестринское дело в косметологии	1: 4,1



Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала



Следствия диспропорции в количестве среднего медицинского и врачебного персонала

- ⇒ примитивизация клинической составляющей и ограничение компетенции медицинских сестер,
- ⇒ падение профессионального и социального престижа профессии,
- ⇒ препятствие внедрению инноваций в работу медицинских сестер,
- ⇒ переход значительной части работы, которую в странах с эффективными системами здравоохранения выполняют обученные медицинские сестры, в компетенцию врачей,
- ⇒ снижение экономической эффективности системы здравоохранения за счет привлечения к решению некоторых клинических задач специалистов с более высоким уровнем оплаты.

Препятствие для внедрения инноваций в деятельность медицинских сестер



отсутствие унифицированной методики расчета
необходимого числа медицинских сестер;



использование устаревших норм нагрузки, не отвечающих
требованиям организации оказания доступной и качественной
медицинской помощи;



несовершенная номенклатура специальностей и должностей
медицинских сестер;



отсутствие профессиональных стандартов;



отсутствие соответствия между врачебными и сестринскими
специальностями.

Главные проблемы в обеспечении системы здравоохранения кадрами

- ❗ **Дисбаланс** в обеспечении врачебным и сестринским персоналом между городом и селом, отдельными субъектами РФ, стационарной и амбулаторной помощью, дефицит врачей отдельных специальностей;
- ❗ **Неэффективная** система оплаты труда в здравоохранении;
- ❗ **Низкая** квалификация медицинских работников;
- ❗ **Недостаточное** качество оказываемой медицинской помощи;
- ❗ **Недостатки** в нормировании труда медицинских работников;
- ❗ **Дисбаланс** между высокотехнологичным медицинским оснащением и квалификацией специалистов;
- ❗ **Снижение престижа** медицинских профессий.

Указ Президента Российской Федерации
от 7 мая 2012 г. № 598
«О совершенствовании государственной политики
в сфере здравоохранения»

подпункт «г» пункта 2

«разработать до 1 мая 2013 г. комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации **медицинскими кадрами**, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации **программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров**, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей»



Основные направления кадровой политики в здравоохранении (12)

государственное задание на подготовку медицинских кадров

обеспечение укомплектованности медицинскими работниками

повышение квалификации и переподготовка медицинских и фармацевтических работников

социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников

повышение престижа медицинских специальностей

страхование медицинских работников, работа которых связана с угрозой их здоровью и жизни

разработка новых подходов к формированию штатного расписания медицинских организаций

формирование новой системы оплаты труда (эффективный контракт)

создание условий для привлечения «молодых специалистов»

целевая подготовка специалистов здравоохранения

совершенствование системы последиplomного образования

совершенствование системы подготовки руководящих кадров



Меры стимулирующего характера для отдельных категорий специалистов

- социально значимые конкурсы среди медицинских работников
- работа в СМИ по повышению престижа медицинских работников
- реализация программы «Земский доктор»

- социальная поддержка граждан, имеющих почетные звания
- повышение заработной платы
- ежемесячные выплаты медицинским работникам, замещающим дефицитные специальности
- единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам
 - до 35 лет, прибывшим в сельские населенные пункты
- строительство жилья для медицинских работников
- компенсация проезда в общественном транспорте участковым врачам
- предоставление долгосрочных целевых жилищных займов, социальных выплат на приобретение жилья, развитие ипотечного жилищного кредитования
- субсидии для приобретения или строительства жилых помещений
- предоставление в собственность молодым специалистам, работающим в сельских населенных пунктах, земельных участков
- оплата жилья и коммунальных услуг работников, проживающих и работающих
 - в сельской местности
- ежемесячная надбавка к заработной плате молодым специалистам
- компенсация стоимости аренды жилья медицинским работникам, нуждающимся в жилье
- компенсация за проезд в общественном транспорте работникам удаленных учреждений



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАТИ

Основные направления устранения дефицита медицинских кадров в субъекте Российской Федерации

Административные меры:

- Формирование и реализация кадровой политики на региональном уровне (до и постдипломная подготовка, распределение, переобучение кадров; реализация мер социальной поддержки медицинских работников по наиболее приоритетным специальностям)
- разработка и внедрение в регионах системы планирования, прогнозирования и мониторинга текущей и перспективной потребности отрасли здравоохранения региона в кадровых ресурсах;



Основные направления устранения дефицита медицинских кадров в субъекте Российской Федерации

Административные меры:

- разработка комплекса мер, направленных на устранение дисбаланса в обеспечении врачебным и сестринским персоналом между городом и селом, стационарной и амбулаторной помощью, дефицита врачей отдельных специальностей, исходя из расчета потребности;
- ведение согласованной политики с учреждениями высшего и среднего профессионального образования по целевой подготовке кадров, в том числе в условиях модернизации здравоохранения;



Основные направления устранения дефицита медицинских кадров в субъекте Российской Федерации

Административные меры:

- создание межведомственной комиссии (здравоохранение, образование, культура) на уровне руководителя или заместителя руководителя региона, по формированию профессиональной ориентационной работы, повышения престижа профессии медицинского работника;
- объединение усилий органов управления здравоохранением и профессиональных общественных врачебных и сестринских организаций по разработке системы оценки качества работы медицинских специалистов;
- принятие исчерпывающих мер по контролю за реализацией регламентированных, принятых и озвученных профессиональному сообществу мер социальной поддержки.



Основные направления устранения дефицита медицинских кадров в субъекте Российской Федерации

Экономические меры:

- формирование новой системы оплаты труда;
- предоставление мер социальной поддержки специалистам дефицитных специальностей.

Социально-психологические меры:

- проведение профессиональной ориентационной работы.
- повышение престижа и социального статуса профессии медицинского работника;





Федеральное государственное бюджетное
учреждение «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации



Межрегиональная ассоциация
СИБИРСКОЕ
СОГЛАШЕНИЕ

**БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ!**