

## Информационный обзор # 21

### Изучение причин оттока врачей из системы здравоохранения Кыргызстана

Настоящий информационный обзор описывает результаты исследования по изучению факторов, оказывающих влияние на уровень удовлетворенности работой, мотивацию медицинского персонала, а также основных причин оттока медицинских кадров из отдаленных и сельских регионов.

За последнее десятилетие процесс реформирования сектора здравоохранения приобрел характер устойчивых мероприятий, в результате которых были достигнуты успехи в области изменения системы финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг. Однако следует признать, что вопросы управления человеческими ресурсами во многом остаются нерешенными. До настоящего времени сохраняется проблема низкой обеспеченности врачебными кадрами в сельских и отдаленных регионах, а начиная с 2006 года, данная ситуация существенно обострилась в связи с усиливающейся внешней миграцией за пределы республики.

Для решения вопроса по улучшению кадрового обеспечения регионов и смягчения воздействия миграции Министерством здравоохранения был принят ряд мер по привлечению и закреплению специалистов на местах (программа «Депозит врача», введение одногодичной интернатуры и др.). Но предпринятые меры к настоящему времени пока не оказали существенного влияния на отток медицинских кадров.

Результаты исследования показали наличие целого комплекса взаимосвязанных проблем, способных в ближайшие годы привести к неблагоприятным социальным последствиям. Обозначенные проблемы требуют скорейшего решения на основе межсекторального подхода.

#### Уровень удовлетворенности медицинских работников

Опрос медицинских работников и обсуждения в фокус-группах показали, что решающее влияние на уровень удовлетворенности и мотивацию работающего медицинского персонала оказывают (таблица 1) такие факторы, как:

- уровень заработной платы;
- наличие продуманной системы поощрений;
- предоставление социальных льгот;
- условия труда, включая правовую защиту.

**Таблица 1. Уровень удовлетворенности медицинских работников различными аспектами трудовой деятельности, (n – 243)**

№		«Не удовлетворен» % /абс.ц.
1	Размер заработка	82,7% (201)
2	Система поощрений	63,8% (155)
3	Возможности решения жилищных проблем	49,4% (120)
4	Уровень технической оснащенности	39,1% (95)
5	Условия труда	37% (90)
6	Объем работы	29,2% (71)

#### 1. Крайне низкий уровень заработной платы.

Из общего числа опрошенных медицинских работников **82,7% (201 чел.)** отметили, что **не удовлетворены размерами своего заработка**. По данным исследования, заработная плата у 17,3% (42чел.) респондентов составила до 2000 сом в месяц, у 55,6% (135 чел.) - от 2000 до 4000 сомов, в среднем 3040 сом, что ниже минимальной потребительской корзины, которая равна 3364,66 сом на одного человека в месяц<sup>1</sup>.

Врачи отмечали, что существующий уровень заработной платы не позволяет содержать семьи и перекрывать постоянный рост цен на продукты питания и коммунальные услуги:

«...мы все должны за продукты питания, на базаре, в магазине. Получаем деньги и раздаем долги, а потом опять целый месяц живем в долг...».

<sup>1</sup> Данные Национального Статистического Комитета за 1 квартал 2008 года.

«...двое моих детей являются студентами, учеба платная. В Бишкеке у нас дома нет, им приходится снимать квартиру. Мне нужно помогать им с едой, с одеждой, а как...?»

Меньшая часть врачей (15,6% или 38 чел.) получают от 5000 до 7000 сомов. Но для того, чтобы поддерживать такой уровень заработка врачи вынуждены работать сутками:

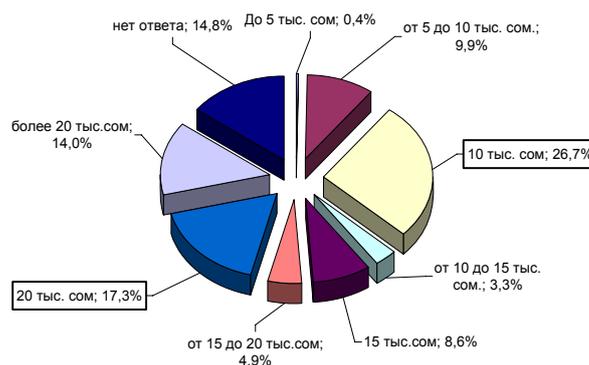
«...я получаю 7000 сом, но чтобы их заработать мне приходится брать почти все ночные дежурства, 16 дней в месяц я живу в больнице...»

Большая рабочая нагрузка в регионах с низкой обеспеченностью врачами, работа во внеурочное время и в выходные дни, большое количество дежурств с целью получения дополнительного заработка, отсутствие надежды в реальное улучшение ситуации у преобладающей части медицинских работников обуславливают нарастание психоэмоционального напряжения, депрессии и приводит к глубокому разочарованию, безысходности, порой – агрессии.

77,0% (187 чел.) врачей ответили, что испытывают потребность в других источниках дохода. Дополнительно подрабатывают 35,4% (86 чел.) врачей, из них 61,6% (53 чел.) – не по медицинской специальности.

На вопрос «Какой уровень месячной заработной платы Вас удовлетворил бы?», врачи дали следующие ответы: 10 тыс.сом - 26,7% (65 чел.), 15 тыс.сом – 8,6% (21 чел.) и 20 тыс.сом - 17,3% (42 чел.). В качестве обоснования названных сумм они отмечали, что именно такая сумма позволит им покрывать расходы на базовые потребности и чувствовать себя комфортно. Часть врачей ориентировались на уровень зарплаток в Казахстане и России, где он составляет 25-30 тыс. и 35-40 тыс. сом в месяц соответственно.

Какой уровень заработной платы Вас удовлетворил бы?



## 2. Несовершенство системы материального и морального стимулирования.

**62,6% (152 чел.) опрошенных врачей ответили, что в их организациях отсутствует система материального поощрения.** При этом выяснилось, что 33,3% (81 чел.) врачей не знают уровень своей начисленной заработной платы.

С одной стороны, недостаток информации о системе начисления заработной платы в организации, и с другой стороны, низкая заинтересованность самих врачей в этом вопросе, что в большей мере связано с небольшой суммой начислений, обусловили факт, что при вопросе «сколько вы получаете в месяц?» у части врачей возникало чувство неопределенности.

Также большое недовольство со стороны медицинских работников вызывает отсутствие выплат за выслугу лет согласно статьи 85 Закона об охране здоровья граждан КР. Согласно данной статье за стаж работы сроком 5 лет к основной заработной плате должна начисляться надбавка в размере 10%, за 10 лет – 20%, за 15 лет и более 30 %.

По мнению некоторых специалистов узкого профиля, переобучившихся на семейных врачей возникла проблема по выплатам за категоричность. До получения сертификата «семейного врача» специалисты узкого профиля имели высшую категорию по своему основному профилю (терапия, педиатрия и др.). Однако после переобучения на семейного врача получают более низкую степень категории по специальности «Семейная медицина». В связи с этим теряется доплата за категоричность при начислении основной заработной платы.

*«... сдали на категорию по семейной медицине в ноябре 2006, приказ вышел в феврале 2007. За этот период удержали надбавки за высшую категорию, в связи с тем, что стали врачами 1 или 2 категории. Кто не сдавал на категорию по семейной медицине получают по старому. Зачем сдавать на категорию по семейной медицине?...».*

Большинством медицинских работников было отмечено отсутствие прозрачности и информации по вопросам морального стимулирования медицинских работников со стороны Министерства здравоохранения. Были высказаны пожелания не делать лимитирования для получения хотя бы морального вознаграждения (получение грамот, званий «Отличник здравоохранения», «Заслуженный врач» и др.), предусмотреть какие-либо ведомственные награды.

### **3. Отсутствие социальных льгот в системе здравоохранения для медицинских работников.**

При обсуждениях нематериальных стимулов в фокус-группах практически все врачи отметили отсутствие каких-либо социальных льгот. У медицинских работников вызывают большие нарекания отсутствие льгот при оплате коммунальных услуг, при решении жилищного вопроса, приобретения земельных участков и др. При этом отмечается ограниченное участие органов местного самоуправления в решении проблем здравоохранения. В связи с этим были высказаны пожелания о внедрении на первом этапе минимальных социальных льгот хотя бы для сельского здравоохранения. Решить возможность выдачи беспроцентных кредитов или кредитов с низким процентом для медицинских работников, внедрить минимальные налоговые послабления.

### **4. Недостаток правовой защиты врачей и падение престижа медицинской профессии среди населения.**

Со стороны медицинских работников были высказаны мнения о том, что у медицинских работников нет никакой правовой защиты и принцип «пациент всегда прав» действует не всегда обоснованно. Приводилось много примеров, когда, по их мнению, незаслуженно ущемлялись права врачей.

При обсуждениях в фокус-группах медицинские работники выражают большое

недовольство работой экспертов, которые, по их мнению, стали выполнять больше карательные функции и назначают не оправданные штрафные санкции.

Вызывает сомнение у медиков и уровень профессионализма экспертов: «...молодые люди, недавно закончившие ВУЗ ассоциируют себя с универсалами по всем специальностям, люди ни разу не бравшие скальпель в руки учат хирургов лечить пациентов...».

Способствует снижению авторитета медиков в районах и анонимный опрос пациентов в медицинских организациях без информирования об этом врачей и руководства медицинских организаций. Бывали случаи, когда на просьбу объяснить что за опрос пациентов, слышали грубые ответы не вмешиваться.

Низкий уровень жизни медицинских работников, преобладание негативной информации о деятельности врачей в средствах массовой информации приводит к падению престижа медицинской профессии среди населения, в связи с чем возросло количество необоснованных претензий и нареканий со стороны населения на медицинских работников.

*«... в СМИ освещают только негативные стороны работы медиков, хотя это составляет в общем 1 - 2 % от всех случаев, но это смакуется с особой старательностью. А то, что врачи работающая круглые сутки за 1,5 – 2 тыс. сом в месяц спасают тысячи больных никому нет дела...»*

### **Вопросы миграции**

Проблема внутренней и, особенно, внешней миграции стоит наиболее остро в системе здравоохранения в последние годы. При этом отмечаются большие трудности в учете и регистрации масштабов миграции среди медицинских работников не только внутри республики, но и за пределами страны.

#### **1. Высокий уровень готовности к миграции за пределы республики.**

Одним из основных результатов опроса медицинских работников по вопросам миграции является то, что отмечается высокий уровень готовности к миграции за пределы республики.

Так, из числа опрошенных врачей молодого и среднего возраста (до 50 лет – 141 чел.) планируют в ближайшие 12 месяцев сменить место работы 48,2% (68 чел.). При этом 85,3% (58 чел.) из них имеют реальные предложения по трудоустройству, преимущественно в России и Казахстане.

Кроме того, часть медицинских работников из числа планирующих мигрировать ответили (54,4%), что если не удастся выехать за пределы страны для работы по специальности, тогда они все равно уйдут из системы здравоохранения. Необходимо отметить, что среди лиц предпенсионного и пенсионного возраста (старше 51 года – 102 чел.) также планируют выехать в Россию и Казахстан 28,4% (29 чел.) с целью получения в последующем высокой пенсии.

## 2. Основные причины миграции

В качестве основных причин (таблица 2), способствовавших отъезду медицинских работников, были выделены низкая заработная плата (223 респондента), недостаточные социальные льготы (155 человек) и возможность выхода на более высокооплачиваемую пенсию (153 врача).

**Таблица 2. Основная причина тех, кто выезжает**

Низкая заработная плата	223
Недостаточные социальные льготы	155
Возможность выхода на более высокооплачиваемую пенсию	153
Социально-экономические условия в местности, где они работали	108
Неудовлетворенность содержанием настоящей работой	83

При этом следует отметить, что не все медицинские работники выезжают на работу в Россию или Казахстан при помощи официальных государственных органов и большая часть трудовых мигрантов из республики получают работу через личные связи, обходя официальные агентства, что подтверждается данными опроса медицинских работников. Так, из 139 респондентов, ответивших на вопрос о том, кто им предложил работу по специальности в других регионах республики и за пределами страны, в большинстве случаев (от 28,1 до 54,7 %) ответили, что это были друзья, непосредственно работодатели и коллеги.

## Рекомендации

1) При Министерстве здравоохранения создать рабочую группу, основной задачей которой будет выработка решений по нескольким направлениям:

- Пересмотр нормативно-правовой документации по рабочей нагрузке медицинских работников в сельской местности;
- Разработка вариантов/сценариев по целевому повышению заработной платы медицинским работникам (контрактные механизмы и т.д.);
- Пересмотр политики набора на обучение в образовательные медицинские учреждения с целью обеспечения доезда молодых специалистов на место распределения;
- Пересмотр и усовершенствование системы материального поощрения;
- Пересмотр и усовершенствование системы моральных стимулов;
- Разработка планов по развитию медицинского права (защита прав медицинских работников и пациентов);
- Рассмотрение вопроса о восстановлении части социальных льгот для медицинских работников;
- Разработка плана мероприятий по привлечению местных органов власти для решения проблем медицинских кадров;

2) Для мониторинга и оперативного управления кадровыми ресурсами системы здравоохранения и выработки соответствующих стратегий необходимо наладить учет оттока кадров из медицинских организаций (причины) и регистрацию медицинских работников, выезжающих для работы за пределами страны.

*Данный Информационный Обзор подготовлен в рамках Проекта «Перспективная оценка процесса принятия решений на основе доказательств», реализуемого при финансовой поддержке Альянса по исследованию политики и систем здравоохранения (AHP&SR), Всемирная организация здравоохранения.*



**Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к консультантам Центра Анализа Политики Здравоохранения:**

**Кожокееву Канату по Эл.поч.:**  
[kanat@hpac.kg](mailto:kanat@hpac.kg)

**Мурзалиевой Гулгун по Эл. поч.:**  
[gulgun@hpac.kg](mailto:gulgun@hpac.kg)