



Center for
Health System
Development



Документ исследования политики № 51

Изучение причин оттока врачей из системы здравоохранения Кыргызстана

**Канат Кожокеев¹
Гулгун Мурзалиева²
Элина Манжиева³**

Май, 2008

¹ Главный аналитик, Отдел Анализа Политики Здравоохранения, ЦРЗ

² Главный аналитик, Отдел Анализа Политики Здравоохранения, ЦРЗ

³ Консультант Евро-ВОЗ, Бишкек, Кыргызстан

1. Введение

За последнее десятилетие процесс реформирования сектора здравоохранения приобрел характер устойчивых мероприятий, в результате которых были достигнуты значительные 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. Так, по данным Республиканского медико-информационного центра, в 2006 году практически во всех областях Кыргызской Республики (кроме г.Бишкек и г.Ош) показатель обеспеченности врачами ниже среднереспубликанского показателя (19,9 на 10 тыс.нас.) и составляет от 12,7 до 16,9 на 10 000 населения. В отдельных районах (Таласский, Жети-Огузский, Тюпский, Нарынский, Алайский, Ноокатский, Чон-Алайский, Кадамжайский, Сузакский) данный показатель существенно ниже и составляет 6,8-9,1 на 10 тыс.нас.

Начиная с 2006 года, данная ситуация существенно обострилась в связи с усиливающейся внешней миграцией за пределы республики. Экспресс-анализ, проведенный Управлением кадровой политики, образования и организационной работы МЗ КР за период с 2004 по 2006 годы показывает, что сложилась устойчивая тенденция, когда ежегодно отток врачебного и среднего медицинского персонала из системы здравоохранения превышает их приток, а также идет рост числа выехавших за пределы Кыргызстана (врачи: 2004г. – 3%, 2005г. – 8%; медсестры: 2004г. – 2,9%, 2005г. – 5,6%)⁴.

Для решения вопроса по улучшению кадрового обеспечения регионов и смягчения воздействия миграции Министерством здравоохранения были приняты ряд мер по привлечению и закреплению специалистов на местах. А именно:

- разработана Программа «Депозит врача», направленная на укомплектование врачами организаций здравоохранения, а также создание необходимых социально-бытовых условий для закрепления врачей в отдаленных районах и малых городах;
- принято Постановление Правительства 2006 года, в котором определены условия оплаты труда работников здравоохранения в Кыргызской Республике, устанавливающие прибавку к заработной плате в размере 10% от общего оклада медицинских работников в сельской местности;
- введена в практику интернатура (одногодичная специализация), целью которой было направление и закрепление молодых специалистов в региональных организациях здравоохранения.

Однако, предпринятые меры к настоящему времени не оказали существенного влияния на отток медицинских кадров. Поскольку мигрируют в основном хорошо обученные и имеющие практический опыт работы специалисты, то это влечет за собой определенные экономические потери со стороны государства в целом. Очевидно, что сохранение данной тенденции в дальнейшем может оказать негативное влияние на доступность и качество услуг для населения отдаленных регионов страны.

Данное исследование было предпринято с целью изучения ситуации по оттоку медицинских кадров из отдаленных и сельских регионов страны, при этом были поставлены следующие исследовательские вопросы:

1. Какие факторы, оказывают наибольшее влияние на уровень удовлетворенности работой и мотивацию врачебного персонала?
2. Каковы основные причины и масштабы оттока врачебных кадров из отдаленных и сельских регионов, включая внешнюю миграцию?

⁴ Совместный ежегодный обзор Программы реформирования сектора здравоохранения «Манас Таалими», компонент «Человеческие ресурсы», Сентябрь 20-29, 2006

Отчет состоит из следующих разделов: в разделе 2 дана информация о методологии и источниках данных; в разделе 3 представлены основные результаты исследования; раздел 4 содержит заключение и в разделе 5 изложены рекомендации.

2. Методология и источники данных

В ходе исследования использовалась комбинация количественных и качественных методов сбора данных. На начальном этапе были проанализированы данные РМИЦ по обеспеченности врачевными кадрами, что послужило основой для отбора областей и районов при проведении исследования (таблица 1).

Таблица 1. Обеспеченность врачами по отобранным областям и районам:

	2002	2003	2004	2005	2006	Темп снижения/прироста
Кыргызская Республика	20,8	20,5	20,3	20,6	19,9	-0,8
г.Бишкек	27,2	24,3	26,7	27,0	26,1	0,2
г.Ош	-	22,7	22,0	21,9	21,5	-1,6
Чуйская область	16,7	16,7	16,5	16,9	16,5	-0,2
Панфиловский район	12,7	13,0	13,4	14,0	11,3	-1,4
Таласская область	17,4	16,5	15,8	15,7	15,0	-3,5
Бакай-Атинский район	11,9	11,9	11,5	10,7	10,7	-3,1
Кара-Буринский район	15,5	15,0	14,2	14,1	12,6	-4,6
Манасский район	11,7	10,6	12,4	11,4	12,0	1,2
Таласский район	14,4	13,2	11,3	10,8	9,0	-10,8
Исык-Кульская область	19,3	18,1	17,4	17,9	16,9	-2,8
Ак-Суйский район	8,1	9,2	8,9	8,9	9,0	1,7
Жети-Огузский район	8,7	8,0	8,0	7,5	7,8	-2,9
Тюпский район	10,4	10,3	9,5	9,3	6,8	-8,5
Нарынская область	18,7	17,5	16,5	16,9	16,8	-2,6
Ошская область	16,2	14,1	14,3	14,2	14,2	-2,6
Алайский район	8,5	7,4	8,1	8,2	8,8	1,7
Ноокатский район	8,8	8,0	7,8	7,3	7,1	-5,2
Баткенская область	15,1	14,6	14,0	13,9	12,7	-3,8
Кадамжайский район	11,2	10,6	9,6	9,9	9,1	-4,7
Г.Кызыл-Кия	41,8	40,8	37,6	38,9	29,7	-6,7
Жалалабатская область	14,2	13,8	13,6	13,8	13,7	-0,6

Источник данных: РМИЦ

С учетом таких критериев, как низкий уровень обеспеченности врачами на 10 тыс.нас., быстрые темпы ее снижения, приграничное расположение и высокий уровень миграции, в выборку были включены следующие районы:

1. Чуйская область – Панфиловский район;
2. Исык-Кульская область – Ак-Суйский, Жети-Огузский, Тюпский районы;

3. Таласская область - Таласский, Бакай-Атинский, Кара-Бурунский, Манасский районы;
4. Ошская область – Алайский, Ноокатский районы;
5. Баткенская область – Кадамжайский район и г.Кызыл-Кия.

Кроме того, были изучены данные МЗ КР из персонифицированной базы данных по человеческим ресурсам в системе здравоохранения, проведены интервью с представителями Государственного Агентства по миграции и трудоустройству, Биржи труда и Фонда Евразия в Центральной Азии с целью получения существующей информации о масштабах миграции в целом по республике, а также среди медицинских работников.

Мнение врачей изучалось путем проведения анкетирования с последующим обсуждением наиболее актуальных вопросов в фокус-группах. Анкета была разработана с учетом международного опыта и включала три раздела:

- 1) определение уровня удовлетворенности врачебного персонала;
- 2) изучение факторов, влияющих на отток медицинских работников из системы здравоохранения КР;
- 3) получение мнения врачей о работе Программы «Депозит врача».

Для лучшего понимания факторов, оказывающих наибольшее влияние на уровень внешней миграции, отдельно изучалось мнение врачей, работающих или имевших опыт работы за пределами Кыргызстана (преимущественно в России и Казахстане).

Из 243 врачей, принимавших участие в исследовании, сотрудниками территориальных больниц были 140 чел., сотрудниками Центров семейной медицины и групп семейных врачей – 103 чел. Распределение по полу и возрасту приведено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение врачей по полу и возрасту

Возрастные группы	Чел.	%
23-35 лет	29	11,9
36-50 лет	112	46,2
51-65 лет	72	29,6
66 и старше	11	4,5
Не ответили	19	7,8
Всего	243	100,0
Из них:		
Мужчин	86	35,4
Женщин	138	56,8
Не ответили	19	7,8

3. Результаты исследования

3.1. Уровень удовлетворенности врачебного персонала

В ходе проведения опроса врачей и обсуждений в фокус-группах изучалось различные аспекты трудовой деятельности (16 критериев, таблица 3). Анализ информации, полученной во время исследования показал, что решающее влияние на уровень удовлетворенности и мотивацию работающего врачебного персонала оказывают такие факторы, как:

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

Следует отметить, что по многим аспектам были получены высокие показатели удовлетворенности. Например, взаимоотношения с коллегами (84%) и руководством (77,8%), возможности для проявления инициативы (66,7%) и профессионального роста (60,9%) и др.). Тем не менее, медицинские работники выразили значительное недовольство в отношении таких факторов трудовой деятельности как размер заработной платы - 82,7%, система поощрений (как материальных, так и моральных стимулов) – 63,8% (таблица 3).

Таблица 3. Уровень удовлетворенности врачебного персонала различными аспектами трудовой деятельности, (n – 243)

№		«Удовлетворен» % /абс.ц.	«Не удовлетворен» % /абс.ц.
1	Размер заработка	8,6% (21)	82,7% (201)
2	Система поощрений (надбавки, премии, награды, КТУ)	20,6% (50)	63,8% (155)
3	Возможности решения жилищных проблем (предоставление жилья, земли)	33,7% (82)	49,4% (120)
4	Уровень технической оснащенности (наличие оборудования, инструментов)	46,9% (114)	39,1% (95)
5	Условия труда (отопление, свет, вода, санитарно гигиенические условия, помещения)	53,5% (130)	37% (90)
6	Объем работы (нагрузка)	55,1% (134)	29,2% (71)
7	Прозрачность принятия управленческих решений	50,2% (122)	22,2% (54)
8	Возможность профессионального роста	60,9% (148)	20,6% (50)
9	Возможность служебного роста	42,8% (104)	19,8% (48)
10	Престиж работы	54,3% (132)	19,8% (48)
11	Возможность проявления самостоятельности и инициативы в работе	66,7% (162)	11,1% (27)
12	Содержание работы (то, что Вы делаете каждый день)	73,7% (179)	10,7% (26)
13	Соответствие работы Вашим способностям	76,1% (185)	9,1% (22)
14	Взаимоотношения с руководством	77,8% (189)	9,1% (22)
15	Режим работы	80,7% (196)	8,2% (20)
16	Взаимоотношения с коллегами	84,0% (204)	5,3% (13)

Примечание: В таблицу не включены данные по графам «Отношусь нейтрально» и «Нет ответа».

Крайне низкий уровень заработной платы. Из общего числа опрошенных врачей 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)⁵. 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...».

«...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...?»

⁵ Данные Национального Статистического Комитета за 1 квартал 2008 года.

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 психо-эмоционального напряжения, депрессии и приводит к глубокому разочарованию, безысходности, порой – агрессии.

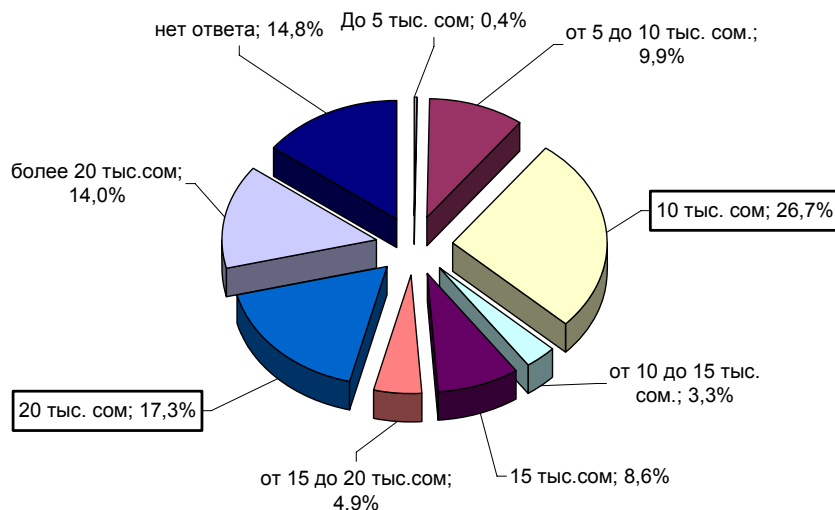
В одной из медицинских организаций (районная территориальная больница) работают только 3 врача уже в течение 3 лет. По выражению самих врачей: "...мы тут живем под «подпиской о не выезде». Буквально нет возможности выйти на обед. Мы сильно устали, несмотря на деньги, получаемые за дополнительные ставки и ночные дежурства. Очень большая психологическая нагрузка... Мы готовы в любой момент уйти из системы. Держит только то, что если уйдем будет некому лечить. Последние два года нормально не спали ..."

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. Подавляющая часть медицинских работников стараются содержать скот и если есть земля, то занимаются земледелием. Расходы на обработку земли (оплата за бензин, удобрения, семена и.т.д.) за последние два года значительно выросли, и для многих это также становится не по карману.

«... врач должен заниматься лечебной деятельностью, а не работать в поле для того, чтобы кормить свою семью...»

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?



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. Многие затруднились ответить сколько они получают по каждому из существующих источников финансирования («система непонятная, надо сделать как было раньше, по бюджету и все...»). В самом деле трудность заключается в том, что начисленная сумма по каждому источнику (бюджет, ОМС, сооплата, спец.средства) варьирует каждый месяц в зависимости от количества пролеченных случаев, суммы средств, полученных от сооплаты и т.д. Ни один из респондентов не упомянул о сумме сельского коэффициента или сколько конкретно он получает за ургентство и т.д. 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.

Напротив врачи, работающие или имевшие опыт работы за пределами страны (особенно в России), очень четко перечисляли все надбавки и коэффициенты, которые они получают или получали за рубежом.

«...5 числа каждого месяца мы получали аванс, 7 числа - за дежурство, 15 – за достигнутые показатели, 21 – заработная плата, в общем там из бухгалтерии почти не выходишь....» (фрагмент интервью врача, работающего в России);

«...платили северный коэффициент - 80%, районный коэффициент – 30%..., если ты иногородний платят 17%, если получаешь гражданство добавляют еще 13%,...за 0,5 ставки ургентства оплачивают отдельно, если ты оказывал в это время помощь больному, то идет почасовая оплата за каждый случай...» (фрагмент интервью врача, работающего в России);

То есть они описывали очень продуманную, разнообразную и четкую систему заработной платы, которая понятна и предсказуема для каждого медицинского работника. Они знают и могут сами просчитать за что они получают, в какой день и какую сумму. Безусловно, прозрачность начислений влияет на уровень удовлетворенности и придает уверенность медицинскому работнику. Поскольку это вопрос менеджмента, то есть смысл уделить данной проблеме больше внимания.

Также большое недовольство со стороны врачей 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 %. Как выяснилось, начиная с 2005 года, данная надбавка по непонятным причинам не выплачивается. Аналогичная ситуация была и в системе народного образования, когда учителям также не выплачивалась надбавка за выслугу лет. Но учителя создали прецедент и через судебное разбирательство добились решения о осуществлении выплат, включая выплаты за предыдущие годы. Мнение опрошенных врачей было таково, что государство должно само принять меры, а не ждать когда врачи последуют примеру учителей («мы же относимся к гуманной профессии, если мы будем бастовать, то кто будет лечить? Государство должно понимать это...»).

По мнению некоторых специалистов узкого профиля, переобучившихся на семейных врачей возникла проблема по выплатам за категорию. 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 категорию 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?...».

Отсутствие социальных льгот в системе здравоохранения для медицинских работников. При обсуждениях нематериальных стимулов в фокус-группах практически все врачи отметили отсутствие каких-либо льгот при получении медицинского и санаторно-курортного обслуживания для медицинских работников.

«...обязательно необходимы медицинские льготы для семей медиков. Даже пролечиться в своей больнице платим по максимуму...»

Учитывая рост цен 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. Предлагается решение вопрос о выдаче земли определять указанием на более высоком, возможно правительственном уровне. Решить возможность выдачи беспроцентных кредитов или кредитов с низким процентом для медицинских работников, внедрить минимальные налоговые послабления.

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. По мнению врачей, в некоторых достаточно крупных районах нет ни одного медицинского работника, имеющего звание «Заслуженный врач», несмотря на большое количество врачей достойных этого.

Недостаток правовой защиты врачей и падение престижа медицинской профессии среди населения. Со стороны врачей 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.

«... был поставлен диагноз «Пиелонефрит» и назначено соответствующее лечение. В областном центре поставлен диагноз «Нефроптоз». Пациентка обратилась к руководству и органы прокуратуры обосновывая разное название диагнозов. Руководство, не вникая в детали попросила меня не раздувать это дело, а извиниться и заплатить пациентке деньги за купленные лекарства. Мне пришлось извиниться, заплатить 800 сом, после чего пациентка забрала свою жалобу...»

При обсуждениях в фокус-группах медицинские работники высказывают большое недовольство работой экспертов, которые по их мнению стали выполнять больше карательные функции и назначают не оправданные штрафные санкции. При этом для подачи апелляции разрешается десять дней, но врачебному персоналу нет времени разбираться с каждым конкретным случаем, нет возможности из районов постоянно выезжать в областной центр для разбора случаев из-за достаточно дорогих для врачей транспортных расходов. Для исключения подобных ситуаций врачи предлагают организовывать проверки на местах, для получения объяснения врачей по каждому конкретному случаю.

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..., назначения по сопутствующим заболеваниям могут не соответствовать назначениям по основному заболеванию согласно клиническим протоколам и при этом это не учитывается...».

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. Отмечен случай, когда руководитель организации сделал замечание эксперту, который заставлял писать жалобу на медицинский персонал на подоконнике в коридоре, на что эксперт ответил о необходимости документального подтверждения недовольства пациента.

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 работая круглые сутки за 1.5 – 2 тыс. сом в месяц спасают тысячи больных никому нет дела...»

По мнению врачей в сельских регионах, для поднятия престижа врача необходимо соответствующее финансирование: «... плохо или хорошо, но мы работаем. Заплатите по человечески – будет и работа лучше. Врачи перестанут думать о том, где заработать на хлеб для детей, будут больше думать о работе...»

3.2. Вопросы миграции

Определение масштабов 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. Для определения масштабов возможной миграции был произведен предварительный поиск всей возможной информации в Государственном комитете Кыргызской Республики по миграции и занятости, на Бирже труда, в Министерстве здравоохранения, а также в международных организациях, занимающихся поддержкой Программ по Международной трудовой миграции.

Таким образом, на период начала проведения исследования (февраль – март 2007 года) наиболее полной персонифицированной базой данных по человеческим ресурсам в системе здравоохранения располагало Министерство здравоохранения. Но и она не позволила получить необходимые данные по внешней миграции медицинских работников. Главная форма, которая служит основным первоисточником для этой базы данных, имеет ячейку, в которой требуется указать главную причину ухода из медицинской организации. Однако, она была не достаточно информативна, так как в основном в этой ячейке указывается в качестве причины - «личные/семейные обстоятельства». Более того, на центральном уровне эта база данных не позволяет быстро оценить долю врачей, полностью покинувших систему здравоохранения страны, по сравнению с долей врачей, просто поменявших место работы, жительства, но продолжающих работать в системе здравоохранения КР. То есть те, кто считаются выбывшими по базе данных в одной области, могли либо просто переехать в другую область, либо вообще покинуть страну или поменять сферу деятельности и уйти из медицины. В связи с этим есть необходимость в дальнейшем усовершенствовании существующей персонифицированной базы данных по человеческим ресурсам.

Попытка получения информации о масштабах внешней миграции медицинских работников в Государственном комитете Кыргызской Республики по миграции и занятости выявило отсутствие статистических данных по количеству и видам специальностей выехавших мигрантов. Однако, Биржа труда, являющаяся частью Комитета и отвечающая за предоставление помощи гражданам республики в поиске работы, регулярно получает запросы из России на специалистов различных профилей, включая медицину.

В 2007 году, Биржа труда получила информацию на наличие 200 вакансий для медицинских работников в отдаленных регионах России, включая Пензенскую, Тульскую, Тамбовскую, Свердловскую, Красноярскую и Екатеринбургскую области (из интервью сотрудника Биржи труда, 28 Марта, 2008 года). При этом востребованы не все медицинские специальности: по данным Биржи труда, 90 % вакансий приходятся на педиатров, семейных врачей и хирургов общего профиля. Кроме того, в Российской Федерации признаются медицинские дипломы, выданные только до 1992 года. Для специалистов, получивших дипломы после 1992 года требуется прохождение более длительных и подробных процедур, включая подтверждение сертификата, персональные интервью и более длительный испытательный срок. Также существуют возрастные ограничения (преимущественное право имеют специалисты до 45 лет). Настоящие требования позволяют не всем желающим устроиться в России по медицинской специальности. В 2007 году только 97 человек смогли пройти на предложенные 200 вакансий через Биржу труда. В основном это медицинские работники с Южных регионов нашей республики (Ошская, Жалалабатская и Баткенская области) и работающие в системе здравоохранения на момент подачи заявки..

Консультационную помощь по регистрации и получению разрешения на работу в странах, где работают граждане Кыргызской Республики оказывает и Фонд Евразии в

Центральной Азии, который поддерживает Программу по Международной трудовой миграции. В рамках деятельности данной организации была создана сеть центров в каждой области. Эти центры также помогают в поиске работы в России и Казахстане, проводят краткосрочные курсы по повышению квалификации или переквалификации для того, чтобы мигранты соответствовали требованиям работодателей в принимающих странах. Однако, согласно правилам, установленным Государственным комитетом по миграции и занятости, эти центры не имеют права набирать медицинских работников и учителей (из интервью с Руководителем программ Фонда Евразии в КР, 29 ноября 2007 года). Таким образом, они не имеют статистических данных ни по числу вакансий в системе здравоохранения РФ или Казахстана, ни по числу выехавших из КР медицинских работников.

Высокий уровень готовности к миграции за пределы республики

Одним из основных результатов опроса врачей по вопросам миграции является то, что отмечается высокий уровень готовности к миграции за пределы республики (таблица 4). 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% из них (58 чел. из 68) имеют реальные предложения по трудоустройству, преимущественно в России и Казахстане.

Таблица 4. Количество врачей, планирующих сменить место работы и имеющих реальные предложения по возрастным группам.

	Медицинские работники до 50 лет			
	23-35 лет	36-50 лет	Всего	%
Всего	29	112	141	100
Предполагают сменить работу	18	50	68	48,2
Реальные предложения для работы в других областях или за пределами республики	17	41	58	85,3

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.

Как было отмечено выше, уровень заработной платы в Казахстане и России составляет 25-30 тыс. и 35-40 тыс. сом в месяц соответственно⁶. Для медицинских работников в приграничных с Казахстаном районах получение такого заработка представляется совершенно реальным. Есть примеры, когда врачи выезжают вместе с семьями или уезжают сами и навещают своих родных по выходным дням. Например, по данным отдела кадров организаций, за последние три года из Тюпского района Иссык-Кульской области выехало 26 врачей, в Панфиловском районе Чуйской области уехало 10 врачей. При этом некоторые врачи являлись единственными специалистами определенного профиля в районе. Таким образом, **отъезд врачебных кадров оказывает негативное влияние на доступность медицинских услуг для населения Кыргызстана в сельских регионах**. Показателен пример, когда один из врачей, будучи

⁶ Данные опроса медицинского персонала

специалистом узкого профиля, работает в Казахстане, а по субботам и воскресеньям, когда приезжает домой в Кыргызстан, дополнительно проводит осмотр больных в районном ЦСМ, в связи с отсутствием специалиста его профиля.

Основные причины миграции

В качестве основных причин (таблица 5), способствовавших отъезду врачей, были выделены низкая заработная плата (223 респондента), недостаточные социальные льготы (155 человек) и возможность выхода на более высокооплачиваемую пенсию (153 врача).

Таблица 5. 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
Ограниченные возможности профессионального роста	57
Ограниченные возможности служебного роста	25
Другое	16

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, такие как Биржа труда, 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.

3.3. Мнение врачебного персонала о Программе «Депозит врача»

В данном разделе излагается информация на основе опроса врачей, не являющихся участниками Программы «Депозит врача»⁷. О существовании Программы «Депозит врача» были осведомлены 212 (87,2 %) из 243 медицинских работников. Источниками информации о Программе преимущественно были Министерство здравоохранения КР, руководство организаций и коллеги. Однако многие опрошенные врачи не располагали точной и полной информацией об условиях Программы (критерии отбора, условия выплат и др.). В частности, как среди участников Программы, так и среди других врачей, не имелось четкого представления о возрастных ограничениях Программы.

Имевшиеся на начальном этапе недостатки в работе Программы (противоречивая информация о критериях отбора участников, недостаточная обратная связь с врачами, подавшими документы на участие в конкурсе, трудности при получении выплат, и т.д.) обусловили низкий уровень доверия к Программе. Кроме того, основная часть опрошенных убеждена, что Программа не сможет выполнить поставленные перед ней задачи по привлечению и закреплению врачебного персонала в отдаленных регионах. Основными причинами этого были названы:

- низкая сумма депозита, которая не учитывает нарастающую инфляцию (158 из 243 чел. или 65%);

- отсутствие перспектив для решения жилищного вопроса для вновь привлеченных специалистов;
- недостаток лабораторно-диагностического оборудования и медицинского инструментария во многих районах, что ограничивает возможности профессионального роста для молодых специалистов.

По мнению 207 из 243 опрошенных врачей, для привлечения и закрепления медицинских кадров в регионах необходимо предусмотреть дополнительные стимулы.

111 врачей из общего числа опрошенных имели коллег, начавших работу по Программе «Депозит врача». Из них 95 человек (85,6%) сказали, что относятся к «врачам-депозитникам» положительно или их отношение не изменилось. Однако довольно часто звучали мнения, что создается не совсем справедливая ситуация по отношению к врачам, проработавшим в этих регионах по 25-30 и более лет (62% из опрошенных, указавших свой возраст (n=224) старше 45 лет) и правильнее было бы продумать вопросы по увеличению базовой ставки заработной платы для всех медицинских работников.

Для улучшения обеспеченности регионов медицинскими кадрами, по мнению опрошенных врачей, необходим целый комплекс мероприятий на государственном уровне, начиная с улучшения качества базового медицинского образования, проведение отбора абитуриентов по призванию, обеспечение квот для регионов на бюджетные места, распределение выпускников с выделением жилья, оказание внимания морально-нравственному воспитанию и культивированию чувства патриотизма у молодых специалистов.

4. Заключение

В исследованных регионах сложилась довольно сложная ситуация в отношении кадрового обеспечения. Это обусловлено, с одной стороны, практически отсутствием в течение 10 и более лет притока молодых специалистов в организации здравоохранения сельской местности, а с другой – высоким уровнем оттока кадров. Хотя в стране нет достоверных данных по количеству выехавших за пределы страны медицинских работников (отчетность неполная и фрагментарная), по данным Министерства здравоохранения, число медицинских работников, выезжающих из Кыргызстана растет (врачи: 2004г. – 3%, 2005г. – 8%; медсестры: 2004г. – 2,9%, 2005г. – 5,6%). Таким образом, в последние годы возрастающую роль среди причин оттока медицинского персонала приобрела внешняя трудовая миграция, преимущественно в такие страны, как Россия и Казахстан.

По данным исследования, средний возраст опрошенных врачей составил 48 лет, довольно высок процент лиц пенсионного и предпенсионного возраста (62%). Имеющиеся в настоящее время кадры вынуждены работать с большой загруженностью по ненормированному графику, что обуславливает развитие высокого нервно-эмоционального напряжения («синдром сгорания»).

Результаты опроса показали более низкий уровень удовлетворенности различными аспектами трудовой деятельности среди врачей молодого (23 - 35 лет) и среднего возраста (36 – 50 лет). Низкая удовлетворенность обуславливалась преимущественно тремя группами причин: 1) низкий уровень заработной платы, недостаточное развитие системы материального и морального поощрения и нерешенность жилищных проблем (перечисленные факторы по сути являются базовыми потребностями человека). 2) неудовлетворительные условия труда, включая недостаток оснащенности медицинским оборудованием/инструментарием, помещений с должным отоплением и обстановкой; и 3) вопросы менеджмента в организациях здравоохранения, в том числе

прозрачность принятия управленческих решений, ограниченные возможности профессионального и карьерного роста.

Наряду с вышеуказанными факторами актуальными оказались такие проблемы, как усиливающееся давление на медицинских работников со стороны контролирующих органов (МЗ, ФОМС, ОБЭП и т.д.) и населения, недостаток правовой защиты врачей и отсутствие каких-либо социальных льгот. Низкий уровень жизни медицинских работников в конечном счете приводит к падению престижа профессии врача среди населения.

Отметим, что медицинский персонал принял активное участие в обсуждении проблемы кадрового обеспечения организаций здравоохранения. Несмотря на высказанные рациональные предложения и идеи, у преобладающей части медицинских работников нет веры в реальное улучшение ситуации, отмечается глубокое разочарование, безысходность, порой – агрессия. Опрос медицинских работников показал высокий уровень готовности к миграции за пределы республики. 62,1% врачей молодого возраста (18 из 29 чел.) и 44,6% врачей среднего возраста (50 из 112 чел.) ответили, что планируют в ближайшие 12 месяцев сменить место работы. Из них 85,3% врачей имеют реальные предложения для трудоустройства в России и Казахстане.

С точки зрения врачей, страна стоит перед серьезным кризисом в вопросе обеспечения медицинскими кадрами в сельской местности. Во всех пяти исследованных регионах врачи были едины во мнении, что если в ближайшее время не будут предприняты реальные меры, то «через 5 лет наше население будет обращаться за помощью к шаманам». В качестве приоритетных были названы следующие направления: 1) пересмотр базовой ставки заработной платы (77,4% врачей). При этом 26,7% (65 чел.) врачей считает, что для покрытия потребностей первой необходимости уровень месячной заработной платы должен составлять 10 тыс.сом, 8,6% (21 чел.) врачей назвали сумму в 15 тыс.сом и 17,3% (42 чел.) – 20 тыс.сом.; 2) пересмотр системы материального и морального стимулирования, так как недостаточная прозрачность системы поощрений является довольно существенным фактором, влияющим на уровень удовлетворенности персонала. Во многих случаях это является вопросом недостаточно эффективного менеджмента в организациях здравоохранения; 3) улучшение условий труда для более полной реализации профессиональных способностей работающего персонала; и 4) пересмотр нормативов по нагрузке для медицинских специалистов по различным профилям.

Двухлетний опыт работы Программы «Депозит врача» показал несовершенство механизмов ее реализации и низкую эффективность как в отношении привлечения молодых специалистов в регионы, так и в отношении закрепления имеющихся кадров. На данном этапе среди большей части врачей сформировалось определенное недоверие к Программе. Очевидно, что для достижения поставленных перед Программой целей требуется ее дальнейшее усовершенствование.

Таким образом, 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.

5. Рекомендации

Принимая во внимание масштабы и сложность сложившейся ситуации предлагаются следующие поэтапные мероприятия.

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 механизмов Программы «Депозит врача» и разработка дополнительных мер по привлечению специалистов;
- 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;
- Рассмотреть возможность разработки и проведения обучения руководителей организаций здравоохранения по модулю «Внутриорганизационный менеджмент» и «Управление персоналом»;
- 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 (количество, возраст, специализация, место выезда, контактная информация и т.д.).