

---

**Документ исследования политики № 52**

**Оценка Программы «Депозит врача»**

---

**Элина Манжиева<sup>1</sup>**  
**Канат Кожокеев<sup>2</sup>**  
**и**  
**Гулгун Мурзалиева<sup>3</sup>**

**Май, 2008**

---

<sup>1</sup> Консультант Евро-ВОЗ, Бишкек, Кыргызстан

<sup>2</sup> Главный аналитик, Отдел Анализа Политики Здравоохранения, ЦРЗ

<sup>3</sup> Главный аналитик, Отдел Анализа Политики Здравоохранения, ЦРЗ

## Введение

Человеческие ресурсы являются одним из основных элементов системы здравоохранения, но несмотря на это вопросы, связанные с ними часто остаются неразрешенными во многих странах мира, вне зависимости от их экономических возможностей. Особенно остро стоит вопрос с обеспечением врачей в сельской местности, где проживает большая часть населения развивающихся стран. По результатам международного исследования, охватившего 14 стран, от 8% до 22% врачей обслуживают от 25% до 70% населения (Chaytors, 1996 in Kotzee, Couper 2006). За последние три года проблема нехватки врачебных кадров в сельских и отдаленных регионах сильно обострилась и в Кыргызской Республике. Несмотря на то, что расчетов по истинной потребности во врачебных кадрах на сегодняшний день не имеется, высокое число вакансий<sup>4</sup> свидетельствует о том, что обеспеченность кадрами ухудшается. Более того, как показывают другие отчеты (см. Кожокеев, Мурзалиева, Манжиева 2008), идет увеличение числа врачей более старшего возраста. Так, средний возраст врачей, опрошенных по исследованию о причинах оттока кадров из системы здравоохранения страны, равен 48 годам, при этом, 62% из опрошенных указали, что имеют возраст старше 45 лет (N=243, n=224) (Кожокеев, Мурзалиева, Манжиева 2008).

Недоезд молодых специалистов в соответствии с распределением и внешняя миграция негативно влияют на обеспеченность в отдаленных сельских районах. Процент выпускников, трудоустроившихся в соответствии с распределением МЗ КР, значительно сократился и на данный момент составляет всего около 20% (Министерство здравоохранения, Май 2008 г.). Основная часть выпускников трудоустраивается преимущественно в г.Бишкек и Чуйской области, где общая численность врачей и так относительно высока. В то время как отсутствуют точные данные по масштабам внешней миграции, недавнее исследование (Кожокеев, Мурзалиева, Манжиева 2008) выявило, что в соседних странах, таких как Россия и Казахстан, спрос на врачей из Кыргызстана довольно высок. В силу ряда причин, как материальных, так и нематериальных, врачи выезжают и готовы выехать в дальнейшем для работы зарубежом.

Учитывая все это, для обеспечения доступности медицинских услуг во всех регионах страны, Минздрав за последние два года предпринял ряд мер по привлечению и удержанию медицинских работников, в частности врачей, в отдаленных районах и сельской местности. Одной из наиболее инновационных мер, основанной на опыте в секторе образования, стала Программа «Депозит врача».

Согласно Постановлению Правительства КР N 373 от 23 мая 2006 года, главной целью Программы «Депозит врача» является укомплектование врачами организаций здравоохранения в отдаленных районах и малых городах, а также создание необходимых социально-бытовых условий для закрепления врачей в отдаленных районах и малых городах. Согласно данному Постановлению, на депозитный счет врача, участвующего в Программе, в течение трех лет ежемесячно перечисляется по 3000 сом, с удержанием налога у источника. Однако, врач не имеет права ежемесячно снимать начисленную сумму. Он может получить первые 50% от годовой суммы только по истечении первого года. В последующие два года врач имеет право снимать средства со счета каждые полгода, при этом оставшиеся 50% за первый год могут быть сняты только при завершении Программы. Депозит начисляется сверх заработной платы, т.е. участие в Программе не влияет на размер заработной платы согласно специальности и штатному расписанию. Согласно условиям Программы, органы местного самоуправления (МСУ) также обязаны предоставить жилье на период работы и, по мере возможности, другие социальные льготы, включая земельный участок, постоянное жилье, топливо, льготный ипотечный кредит и т.д. Договор заключается на три года. Если врач не отработывает полный срок, он обязан вернуть все средства на лицевой счет Минздрава.

---

<sup>4</sup> По данным РМИЦ, на 2006 г. было не укомплектовано 849 врачебных должностей на стационарном уровне и 504 на уровне ПМСП.

Согласно Постановлению, врачи отбираются конкурсной комиссией, которая создается на основе приказа Минздрава и включает в себя представителей областных, районных организаций здравоохранения, а также местных государственных администраций и органов МСУ. В конкурсе могут принимать участие во-первых, врачи, прошедшие курсы повышения квалификации в течение последних 5 лет и чей возраст не превышает 45 лет; во-вторых, выпускники высших медицинских образовательных организаций, прошедшие аттестацию и государственную регистрацию. Принятие заявления, определение дня конкурса и проведение конкурса, включая обеспечение явки конкурсантов и представителей МСУ, являются функциональными обязанностями областных координаторов.

Областные координаторы также обязаны готовить информацию по вакантным местам в регионах, тесно работать с МСУ для создания жилищно-бытовых условий для участников Программы, информировать участников об условиях Программы и проводить регулярный мониторинг их работы. Минздрав обязан готовить информацию о потребности во врачебных кадрах и об обеспечении жильем участника Программы в виде гарантийного письма от органов МСУ или руководителей организаций здравоохранения. Более того, Минздрав обязан разъяснить областным координаторам их обязанности, порядок приема документов, условия Программы и т.д.

Целью данного исследования является оценка Программы «Депозит врача», а именно рассмотрение двух следующих вопросов:

1. Каковы сильные и слабые стороны нормативно-правовой базы, регулирующей Программу, включая механизмы ее реализации и мониторинга?
2. Каковы главные причины низкой заинтересованности в Программе, особенно со стороны молодых специалистов?

Отчет имеет следующую структуру: за введением следует описание опыта других стран по привлечению и закреплению кадров в сельской местности, затем кратко описывается методология и источники данных настоящего исследования и после этого подробно описываются результаты анализа административных данных, правовых документов и опроса врачей. В заключение, предоставляются рекомендации по совершенствованию Программы «Депозит врача».

### **Опыт других стран**

Как это было уже сказано выше, целью Программы «Депозит врача» является привлечение и закрепление врачей в сельских регионах страны. Опыт внедрения различных систем поощрений и обязательной службы в сельских регионах имеется как в развитых, так и в развивающихся странах. В развитых странах, таких как США, Канада, Норвегия, обычно используются разного рода поощрения. В других странах, в частности, в странах Африки и Юго-Восточной Азии чаще используются комбинированные системы обязательной службы и поощрений (Chomitz et al. 1998). Успех этих программ неоднозначен, но при этом существует очень мало оценочных отчетов и исследований по ним. Однако, все они указывают на то, что непоследовательное внедрение и слабое качество в администрировании таких программ подрывает даже наиболее технически правильно разработанные программы (ВОЗ, июль 2006 г).

Интересный опыт имеется в Индонезии, где проблема с привлечением докторов в сельские регионы встала очень остро в конце 90-х годов. Опрос врачей, проведенный в Индонезии для выявления факторов, влияющих на выбора места жительства среди выпускников медицинских ВУЗов до и после введения изменений в систему стимулов, целью которых было привлечение и закрепление врачей в отдаленных регионах, показал, что правильно выбранные стимулы и эффективное администрирование программы могут обеспечить положительные результаты (Chomitz et al. 1998). В тоже самое время, данная программа не имела финансовой устойчивости, так как ее стоимость оказалась очень высокой.

В 1992 году, Правительство заморозило найм новых государственных служащих, и врачей перевели с государственной службы на контрактную основу. При этом, минимум трехлетний опыт в государственной службе оставался обязательным условием для получения лицензии для любой медицинской практики. В 1996 году, Правительство внедрило систему стимулов, по которой все врачи, работающие в сельской местности почти автоматически были зачислены в государственную службу, в то время как те, кто работал в столице имели всего 10% шанса для получения этого статуса. Более того, государство предоставляло субсидии на очень дорогое образование, необходимое для получения специальности (т.е. после получения базового или общего медицинского образования), только государственным служащим. Субсидии на образования должны были стать очень значительным стимулом, так как узкие специалисты в Индонезии, практикующие в больших городах, имеют высокие доходы.

Как уже описывалось выше, исследование показало, что стимулы, введенные в 1996 году, имели значительный эффект на улучшение обеспеченности медицинскими кадрами в сельских и отдаленных регионах Индонезии. После введения новой системы стимулов, доля студентов из Джавы/Бали, которые уехали работать в отдаленные регионы страны выросла с 5.6% до 20.7% (Chomitz et al. 1998). Однако, нужно отметить, что даже при этих стимулах, доля выпускников из Джавы/Бали, желающих работать в отдаленных регионах была ниже доли выпускников из этих регионов, желающих вернуться и работать в родном селе, острове. Таким образом, главным заключением данного исследования стало то, что увеличение доли студентов из отдаленных регионов в медицинских ВУЗах с предоставлением стипендий и помощи в подготовки к поступлению являются более эффективными методами улучшения обеспеченности медицинскими кадрами на местах (Chomitz et al. 1998).

Другие, более новые исследования показали относительное влияние ряда факторов, включая введение новых пособий за работу в сельской местности, выплачиваемых медицинским работникам в Южной Африке (Kotzee, Couper 2006; Reid 2004). В 2003 году, Правительство Южной Африки ввело новые пособия для привлечения и удержания медицинских кадров. В связи с тем, что была двойная проблема нехватки кадров вообще в сельских регионах и особо острые проблемы с обеспеченностью врачами по некоторым специальностям, было введено два вида пособия – Пособие по особо востребованным или дефицитным специальностям и Пособие для сельских медицинских работников (Reid 2004). Первое пособие предоставлялось врачам по определенным специальностям, которые были особо востребованы в стране, вне зависимости от места проживания и практики. Оно составляло от 10% до 15% заработной платы, в зависимости от специальности. Второй вид пособия, направленный на сельскую местность, составлял от 8% (для медицинских сестер) до 22% заработной платы. Врачи могли получать оба вида пособия. Как показывают результаты опроса, примерно одна третья часть медицинских работников (от 28% до 35%) перешли работать в сельские регионы (Reid 2004).

В тоже самое время, результаты исследования показали, что **уровень дохода – это только один из факторов, влияющих на выбор места жительства для медицинских работников. Другие факторы, такие как возможности карьерного роста, удовлетворенность работой, возможности для дальнейшего обучения, имеют значительное влияние на то, поедет ли молодой специалист в село.** По результатам другого исследования, проведенного в Южной Африке, очевидно, что для большинства врачей возможность получения качественного жилья является важным фактором в решении оставаться или нет в сельской местности (Kotzee, Couper 2006). Также, данные исследования показали, что только финансовые стимулы имеют большее влияние на более опытных специалистов, а приоритетом для молодых специалистов являются возможности профессионального роста, наличие оборудования для практики и жилье (Reid 2004).

Согласно исследования, проведенного в России, о структуре мотивации специалистов, размер заработной платы, социально-гигиенические условия, техническая оснащенность, возможность решения социально-бытовых проблем являются базовыми условиями для мотивации работника (Хорошильцева). Возможность профессионального роста,

разнообразии работы и т.д. являются второстепенными и не могут повлиять на мотивацию без наличия удовлетворенности базовыми условиями. Согласно Хорошильцевой, для того чтобы какое-то изменение в оплате для человека было действительно, оно должно быть для него значимым: чем ниже изначальный уровень дохода, тем выше должно быть в процентном соотношении к данному доходу дополнительное вознаграждение, иначе оно не будет привлекательным и не изменит поведение работника.

### **Методология и источники данных**

Данное исследование было проведено в основном с использованием качественных и количественных методов. Во-первых, была изучена нормативно-правовая база. Во-вторых, для выявления районов с наиболее низкой обеспеченностью и их сравнения с распределением мест по Программе, были использованы статистические данные РМИЦ. В-третьих, было опрошено 264 медицинских работника, 21 из которых являлись участниками Программы «Депозит врача» (т.е. 21% из всех участников, зачисленных в Программу на март 2008 г.).

В связи с тем, что данное исследование проводилось в рамках исследования по масштабам и причинам миграции медицинских работников, главными критериями для выбора областей и районов были (1) низкая обеспеченность кадрами и (2) высокий уровень миграции. Всего было охвачено тринадцать районов в пяти областях республики, из которых восемь районов в четырех областях республики имели врачей, участвующих в Программе «Депозит врача». В Панфиловском районе, Чуйской области врачи, прошедшие по Программе, отсутствовали, в связи с чем они не были опрошены.

Инструмент для опроса медицинских работников был разработан на основе международной литературы о мотивации кадров (Хорошильцева; Bennett, Gzirishvili 2000), а также отчетов доноров и Правительства КР. Он состоит из четырех частей. Первые две части, имеющие более широкое направление и раскрывающие общие вопросы мотивации и причин оттока медицинских кадров, представлены в отчете «Изучение причин оттока кадров из системы здравоохранения Кыргызстана» (Кожокеев, Мурзалиева, Манжиева 2008). В данном отчете в основном использованы третья и четвертая части инструмента опроса, так как они непосредственно относятся к оценке Программы «Депозит врача».

Третья часть инструмента состоит из двух вариантов: (1) для участников Программы и (2) для врачей вне Программы. Первый вариант, направленный на участников Программы, включает вопросы о процессе отбора, об исполнении условий Программы со стороны государства, о сильных и слабых сторонах Программы и о намерениях участников проработать полный срок. Второй вариант фокусируется на уровне осведомленности и мнении медицинских работников о Программе «Депозит врача» и их отношении к ее участникам. Четвертая часть предоставляет общую информацию о демографических и профессиональных характеристиках респондентов.

Таким образом, данный вопросник направлен на предоставление конкретной информации о факторах, влияющих на привлечение и закрепление врачей в сельской местности. Для того, чтобы обеспечить правильность формулировки вопросов и их ясное понимание респондентами, было проведено тестирование вопросника в Панфиловском районе Чуйской области.

### **Результаты**

Программа «Депозит врача» - это инновационная Программа, которая была разработана в качестве краткосрочной меры смягчения эффектов кризиса человеческих ресурсов в сельских регионах страны при жестко ограниченных ресурсах. Это необходимо учесть во время оценки данной Программы.

### Участие в Программе «Депозит врача»

Несмотря на то, что по окончании 2006 года всего было заполнено 24 из 150 выделенных Правительством мест (16%), к середине 2008 года было заполнено уже 123 места, или 82% из изначально выделенных мест (Таблица 1). При этом, общее число заявителей в два раза превысило число имеющихся мест, а значит есть достаточно высокий уровень заинтересованности среди врачей в этой Программе. Более того, положительным результатом внедрения Программы является низкий уровень выбывания. Как показано в Таблице 1, за два года существования Программы всего выбыло шесть человек, или 4.7% от всех ее участников.

**Таблица 1: Общее число участников и выбывших за 2006 – 2008 гг.**

<b>Общее число мест по Программе</b>	<b>150</b>
<b>Число заявителей или конкурсантов</b>	<b>332</b>
Всего участников за 2 года	129
<b>Всего выбывших</b>	<b>6</b>
Россия	2
Перемена места жительства	3
Семейные обстоятельства	1
<b>Всего заполнено мест, искл. выбывших</b>	<b>123</b>
<b>Осталось заполнить</b>	<b>27</b>

Источник: Административные данные МЗ на 20 мая 2008 г.

Однако, здесь следует заметить, что основное увеличение количества конкурсантов произошло после того, как Минздрав принял решение о том, что врачи имеют право подавать документы на свою настоящую должность. Таким образом, главной целью Программы стало удержание существующих кадров, а не привлечение новых. На данный момент из 123 участников Программы только 44 человека, или 36%, считаются направленными, т.е. основная часть тех, кто получает депозит, работает на прежнем месте (Административные данные МЗ на 20 мая 2008 г.).

Более того, решение о включении врачей, уже работающих в данной организации, было сделано без проведения анализа существующей Программы, ее слабых и сильных сторон, в частности причин недобора участников. Как показано в нижеследующей таблице, в первый год реализации в Таласской области не было заполнено ни одного места. В Ошской и Джалал-Абадской областях было заполнено всего 10% мест. По окончании 2007 г. в Баткенской области было заполнено 80% мест (т.е. 24 из 30), в то время как в Ошской области – всего 17.5% (т.е. 7 из 36). При такой разнице в наборе участников в Программе, желательным является выяснение причин, лежащих в ее основе, до принятия каких-либо изменений.

**Таблица 2: Число врачей, принятых в Программу, по областям за 2006 - 2008 гг.**

	2006	2007	2008
<b>Число заявителей или конкурсантов</b>	<b>50</b>	<b>82</b>	<b>200</b>
<b>Число участников Программы</b>	<b>24</b>	<b>58</b>	<b>47</b>
Баткенская область	7	17	11
Ошская область	4	3	9
Джалал-Абадская область	3	16	9
Нарынская область	5	6	7
Таласская область	0	2	4
Иссык-Кульская область	4	12	7
Чуйская область	1	2	0
<b>Выбывшие из Программы</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Источник: Административные данные МЗ на 20 мая 2008 г.

### **Географическое распределение мест**

Географическое распределение мест, по крайней мере на уровне областей, соответствует показателям потребности, основанной на статистических данных по числу врачей на 10 000 населения. На начало действия Программы, Баткенская (12.7 врачей на 10 000 населения), Жалалабадская (13.7) и Ошская (14.2) области имели самые низкие показатели обеспеченности по стране, вследствие чего им было выделено наибольшее количество мест (Таблица 2). Таким образом, распределение мест по областям прошло по объективному критерию.

**Таблица 2: Число мест, выделенных Правительством для Программы "Депозит врача", за 2006 - 2008 гг.**

	2006	2007	2008	% от общ числа мест
<b>Общее число мест</b>	<b>150</b>	<b>126</b>	<b>68</b>	
Баткенская обл	30	23	6	20%
Ошская обл	40	36	33	27%
Джалал-Абадская обл	30	27	11	20%
Нарынская обл	15	10	4	10%
Таласская обл	9	9	7	6%
Иссык-Кульская обл	20	16	4	13%
Чуйская обл	6	5	3	4%

**Источник:** Административные данные МЗ на 20 мая 2008 г.

Однако, в нормативных документах, регулирующих Программу, отсутствуют четкие критерии отбора районов внутри областей. Районы также должны отбираться на основе обеспеченности, но нередко, районы, которые не вошли в список приоритетных на основе данных по обеспеченности, включаются в Программу на основе ходатайств главных врачей или представителей МСУ. Согласно данным Минздрава, такие исключения применяются в тех случаях, когда речь идет о специалистах, оставшихся в едином числе в данном районе. Это не отражается в общих показателях обеспеченности. Также остается неясной методика определения числа мест по отдельным областям и районам. Такой подход, также как и другие исключения из правил, создает впечатление у врачей об отсутствии объективности, подрывая доверие к Программе.

### **Процесс и критерии отбора**

Две трети участников Программы, опрошенных по этому исследованию (14 человек) отметили, что необходимо улучшить распространение информации о Программе «Депозит врача». По результатам обсуждений в фокус группах и интервью как с участниками Программы, так и вне ее, одной из главных проблем в администрировании и реализации Программы является недостаток информации об условиях Программы, процедуре и критериях отбора, квалификационных и возрастных требованиях, а также о временных рамках принятия решений.

Во-первых, в нормативно-правовых документах не описаны сроки проведения конкурса и детальный процесс отбора. Согласно Приказу МЗ областные координаторы обязаны организовывать и участвовать в проведении конкурса, а также обеспечить явку всех конкурсантов и представителей МСУ на день проведения конкурса. При этом, не описывается на каком уровне идет отбор, т.е. кто принимает решение о зачислении в Программу. Не существует также четкого описания критериев отбора, т.е. проводится ли отбор только на основании базовых документов, необходимых для принятия участия в Программе, или же требуется дополнительное интервью. Как происходит отбор, если несколько конкурсантов соответствуют всем базовым критериям (возраст, наличие документа о прохождении курсов по повышению квалификации и т.д.)?

Во-вторых, результаты обсуждений в фокус-группах с врачами, не участвующими в Программе, показали, что врачам поступает непоследовательная информация о

возрастных ограничениях Программы. По словам врачей, сначала им объявляют о том, что все врачи, вне зависимости от возраста, могут подавать на участие, но при объявлении результатов отбора указывают возраст, как основную причину отказа. По результатам опроса, из тех, кто получил объяснение в причине отказа, 50% указали возраст. В тоже самое время, в рамках Программы действительно работают специалисты в возрасте выше 45 лет, несмотря на то, что это идет вразрез с Постановлением Правительства КР N 373 от 23 мая 2006 года (13% участников Программы имеют возраст 45 лет и старше). Со слов сотрудника Минздрава, такие исключения были сделаны в отношении особо востребованных специалистов, таких как хирурги, реаниматологи, но проблема состоит в том, что правила для подобных исключений не задокументированы и принимаются не систематично. Здесь необходимо либо изменить нормативно-правовую базу в соответствии с существующими потребностями, т.е. убрать возрастное ограничение, либо прописать основания для исключений из этого правила.

В-третьих, официальные критерии для приоритизации определенных специальностей отсутствуют. Как показано в нижеследующей таблице, места распределены примерно одинаково между врачами территориальных больниц, узкими специалистами ЦСМ и семейными врачами. Здесь также необходимо заметить, что 58% мест заполнено врачами ТБ и узкими специалистами ЦСМ, которые находятся в районных центрах.

**Таблица 4: Средний возраст, распределение мест между специальностями**

<b>Всего заполнено мест, искл. выбывших</b>	<b>123</b>	
<b>Средний возраст*</b>	<b>35,3</b>	
По типам организации:		
ЦСМ (узкие специалисты)	32	26%
ЦСМ (семейные врачи)	36	29%
ЦОВП	11	9%
ТБ	39	32%
ЦГСЭН	5	4%

**Примечание:**\*50% участников имеют возраст 35 лет и старше, 13% - 45 лет и старше. Источник: Административные данные МЗ на 20 мая 2008 г.

В-четвертых, врачи также не имеют информации о том, сколько всего мест выделено по Программе на данную область. Существуют случаи, когда со стороны руководства поступила информация, что в кратчайшие сроки необходимо подготовить документы для участия в Программе «Депозит врача». При этом, врачам не объяснили, что число мест ограничено и отбор будет вестись на конкурсной основе. По словам одного из респондентов, «К нам пришли из руководства, собрали всех и сказали, чтобы все подряд собирали документы. Мы так поняли, что в Программу возьмут всех, а потом оказалось, что взяли только одного человека, так как больше не было мест.»

Это все негативно влияет на отношение коллектива к участникам Программы и служит поводом для слухов о том, что они прошли благодаря личным связям, а не профессиональным качествам. «Я уже не рада тому, что участвую в этой Программе. Надо было сразу сказать, что дадут не всем подряд. Теперь на меня смотрят даже по другому,» - призналась одна из участниц. По результатам интервью и обсуждений как с участниками Программы, так и с врачами, не вошедшими в нее, ясно вытекает то, что для успешной реализации Программы «Депозит врача» Министерству необходимо начать в первую очередь предоставлять полную и ясную информацию всему медицинскому персоналу во избежании недосказанностей, домыслов, разочарований и недоверия.

#### **Контракт – формулировка условий и механизмы для их исполнения**

Правила Программы по отношению различного типа отпусков описаны не совсем ясно. В пункте 3.3 типового договора, утвержденного Постановлением Правительства, описывается, что отпуска без содержания, учебные и творческие отпуска, отпуска по

беременности у ухода за ребенком не оплачиваются, т.е. на период отпуска начисление средств на депозитный счет приостанавливается. Нужно отметить, что в данном пункте не упоминаются больничные листы. Далее в Договоре (пункт 3.4) оговаривается, что «в случае длительного перерыва...по уважительной причине (беременность, роды, заболевание и т.д.) Министерство оставляет за собой право изменить отдельные пункты Договора (в части места работы, специальности) по взаимному согласованию сторон».

Во-первых, здесь не дается четкого определения фразы «длительный перерыв», т.е. значит ли это один месяц или полгода. Во-вторых, так как больничные листы не упоминаются в пункте 3.3, приостанавливается ли начисление депозита во время болезни? Зависит ли это от длительности болезни? Если да, то каковы ограничения по длительности больничного? Как уже описывалось выше, такая неясность в условиях Договора привела к тому, что некоторые из участников или вообще не могут взять даже недельный отпуск по болезни, или не могут получить положенные им выплаты после болезни, что приводит к разочарованию и недоверию к Программе и государству.

У участников не было ясного представления об условиях реализации Программы в период болезни (больничный лист), декретного отпуска, отпуска без содержания. Одна из участниц призналась, что во время недавней болезни ей пришлось выйти на работу, так как она боялась, что из-за одной недели больничного, она потом не сможет получить выплату по депозиту в положенный срок.

По результатам исследования стало очевидным, что зачастую МСУ не исполняют своих договорных обязательств перед участниками Программы. Только двое из 21 опрошенных участников получили дополнительные льготы, несмотря на то, что жилищные льготы предусмотрены в Постановлении о реализации Программы «Депозит врача». Со слов специалиста Минздрава, обеспечение жильем не является обязанностью Минздрава, так как это возложено на органы местного самоуправления, а Министерство только отвечает за своевременное начисление и выплату депозита.

Согласно типовому договору, утвержденному Постановлением Правительства (№373 от 23 мая 2006 г.), органы местного самоуправления обязаны обеспечить участника Программы общежитием или иным жильем на период работы, а также создать условия для его закрепления, включая льготный ипотечный кредит, ссуды, постоянное жилье, земельный участок, топливо на зиму и т.д. Однако, в существующих нормативно-правовых документах, отсутствуют механизмы воздействия на органы МСУ при невыполнении ими своих обязательств.

### ***Размер депозита и своевременность выплат***

На вопрос о намерениях закончить Программу, т.е. проработать полные три года, 62% опрошенных ответили «да». Это значит, что одна треть участников не уверены в том, что они закончат Программу. Двумя наиболее часто указанными факторами, названными в качестве причин такого решения, являются недостаточный размер депозита и отсутствие социально - жилищных льгот. Более того, 65% врачей (n=207), не участвующих в Программе, на вопрос сможет ли «Депозит врача» привлечь молодых специалистов, ответили «нет». Врачи считают, что в среднем их месячная заработная плата должна равняться примерно 10000 сомам, так как данная сумма сравнима с зарплатой в других государственных организациях и является прожиточным минимумом.

По данным Минздрава, на начало мая 2008 года 21 участника, т.е. более половины участников Программы, отработавших один год, получили все положенные им выплаты. Это является важным достижением для повышения заинтересованности в Программе, в особенности учитывая ее инновационный характер для Центральной Азии. Главными причинами задержки выплат для остальных стали неправильное заполнение справок-подтверждений с места работы, противоречащая информация со стороны областных координаторов и главных врачей, неправильное оформление договоров с РСК, отсутствие идентификационного номера, который необходим для удержания налогов.

В то время как с точки зрения Минздрава это обоснованные задержки, проблема низкой информированности участников Программы, выявленная в отношении других аспектов

Программы, также проявляется здесь. Так, некоторые из участников отметили в своих интервью, что они не имели полную и ясную информацию о причинах задержек и сталкивались с очень бюрократической системой при процессе получения депозита. «Я получил деньги, всю сумму, но пришлось бегать целый месяц за ними, было много волокиты, говорили, что Минфин с Минздравом не могут что-то решить,» - рассказал о своем опыте один из участников. В других случаях участники так и не получили ни положенных выплат, ни объяснений причин задержек. «Я столько ездила, пыталась получить деньги или хотя бы добиться ответа, почему мне до сих пор не выплатили депозит. Но так ничего и не вышло, меня отправляли от одного человека к другому, а денег мне так и не дали. Я уже не надеюсь, что их вообще получу,» - призналась одна из участниц.

Более того, многие из опрошенных врачей, участвующих в Программе, не имеют точной информации о сроках и сумме выплат депозита. Некоторые из респондентов ожидали, что вся накопленная сумма депозита будет выплачена сразу по истечении первых шести месяцев, другие – по истечению всех трех лет. Проблема с низкой информированностью стоит наиболее остро по отношению налогов в рамках Программы. Многие из врачей не были проинформированы о том, что этот депозит налогооблагаем.

### ***Администрирование Программы и система мониторинга***

Нормативно-правовая база не предусматривает механизмов регулярного контроля со стороны Минздрава и обратной связи с участниками. Так, из тех врачей, которые подали на участие в Программе, но не прошли, объяснение получили только 58% (29 человек из 50). Распространение информации о Программе, принятие документов на рассмотрение конкурсной комиссией является обязанностью областных координаторов. Как показали результаты интервью, есть случаи, хотя они и единичные, когда областные координаторы не полностью передавали документы врачей, желающих принять участие в конкурсе. В таких случаях, врачам приходилось самим привозить свои документы в Бишкек, оплачивая расходы за дорогу за свой счет.

Более того, просмотр и сверка списков участников Программы показали, Минздрав не имеет последних данных об участниках Программы, так как списки в Министерстве обновляются только при перечислении средств на депозитные счета, т.е. один раз в полгода или даже в год. Например, в списке участников, утвержденном Приказом Минздрава, были врачи, отказавшиеся от участия в Программе.

Отсутствие планирования является одной из слабых сторон Программы, которая могла бы быть легко устранена. Изучение документов по реализации Программы показало, что документы на участие принимаются в различные сроки, т.е. не существует планового приема на Программу. Это приводит, во-первых, к тому, что врачам, желающим участвовать в Программе, приходится собирать и заполнять документы за очень короткие сроки (порой один или два дня); во-вторых, к неэффективности в администрировании Программы, частью которой является слабый мониторинг. Более системный подход, где отбор на участие в Программе проводился бы раз в год, в один и тот же месяц, что значило бы, выплаты тоже производились бы примерно в одни и те же сроки, привел бы к повышению эффективности в администрировании Программы.

### **Рекомендации**

На данный момент, 123 врача уже работает по Программе «Депозит врача». Это значит, что любые изменения в условиях Программы и в размере депозита должны учитывать то, каким образом они повлияют на нынешних участников. Например, в случае принятия решения об увеличении размера депозита, будет ли новое условие применяться по отношению к нынешним участникам? Будет ли оно применяться ко всем ее участникам, включая тех, кому осталось проработать всего год? Эти и другие подобные вопросы должны быть разрешены при внесении изменений в Программу.

Рекомендации по улучшению Программы «Депозит врача» можно разделить на три категории: (а) изменения, необходимые в нормативно-правовой базе, регулирующей

Программу, (б) меры, направленные на улучшение администрирования Программы на областном и центральном уровнях, (в) изменения в размере депозита.

Изменения в нормативно-правовой базе необходимы для того, чтобы во-первых, обеспечить ее соответствие с изменениями в политике и целях Программы; во-вторых, усилить механизмы обеспечения исполнения обязательств всех сторон и защитить права участников; в-третьих, внести ясность в некоторые общие пункты. В частности необходимо пересмотреть следующее:

- ⇒ В свете того, что значительная доля участников имеют возраст старше 45 лет, изменить возрастное ограничение или, по крайней мере, отрегулировать случаи, в которых возможны исключения по данному критерию. Например, можно использовать опыт Южной Африки, описанный выше, где пособие для врачей с особо востребованными специальностями выделили отдельно от пособий для сельских врачей. Критерии отбора и суммы пособий для этих двух категорий тоже были введены разные.
- ⇒ Разработать механизмы для обеспечения исполнения своих обязательств со стороны местных органов власти согласно Постановлению Правительства КР № 373 от 23 мая 2006 года.
- ⇒ Детализировать или расширить некоторые пункты (например по значению фразы «длительный перерыв») во избежание неясностей.

Отдельным вопросом во время пересмотра нормативно-правовой базы, рекомендуется рассмотреть целесообразность требования по возмещению полной суммы депозита в случае, если участник не отработывает полный срок. Будут ли административные и финансовые расходы Минздрава, связанные с данным процессом, оправданы?

Для повышения заинтересованности в Программе «Депозит врача», даже при *неизменном* размере депозита, повышения доверия к ней и предотвращения негативного отношения со стороны тех врачей, которые не участвуют в Программе, к ее участникам, необходимо усилить систему администрирования Программой как на центральном, так и на областном уровнях. В частности, необходимо:

- ⇒ Включить в функциональные обязанности областных координаторов работу по информированию врачей о процессе отбора и условиях Программы, разъяснению контрактов участникам, своевременное извещение конкурсантов о результатах отбора, своевременное предоставление отчетов в Минздрав, усиление работы с представителями местных органов власти для повышения их информированности и заинтересованности в этой Программе.
- ⇒ Наладить механизмы обратной связи с участниками Программы со стороны Минздрава и разработать систему рутинного мониторинга на центральном уровне.
- ⇒ Составить электронную базу данных (например, с использованием Excel) которая может автоматически обновляться и хранить полную информацию о каждом участнике. Это поможет повысить эффективность управления, улучшить достоверность данных и снизить время, необходимое для рутинного мониторинга со стороны Минздрава.
- ⇒ Систематизировать прием заявок на участие, т.е. заменить скользящий график определенными, заранее установленными периодами приема документов и проведения конкурса – например, два раза в год в январе и в июле.
- ⇒ Повысить информированность среди районных отделений РСК и обеспечить их копиями типовых договоров во избежание задержек с выплатами и трудностей для участников при получении денег.

Одной из наиболее трудных задач для решения остается размер депозита. Существующий размер депозита является недостаточным для привлечения специалистов, особенно молодых. При сегодняшнем размере депозита возможно удержание кадров на местах, но при этом необходимо учесть, что идет быстрое старение кадров (58% опрошенных врачей, указавших свой возраст (n=245), имеют возраст выше 45 лет). Многие из участников Программы и других врачей выразили рекомендацию о том, что размер депозита, по крайней мере, должен корректироваться на уровень инфляции. Этот вопрос стоит особенно остро в свете высокого уровня инфляции по итогам прошлого года и по прогнозам на текущий год.

Программа «Депозит врача» является инновационным механизмом смягчения кризиса человеческих ресурсов в сельских регионах страны в краткосрочном периоде при жестко ограниченных государственных ресурсах и наличии более привлекательных возможностей в столице республики и соседних странах. При этом необходимо заметить, что потребность во врачебных кадрах очень высока. Например, для того, чтобы довести обеспеченность врачами только в трех областях до средне - республиканского уровня потребуются дополнительно 1 515 врачей. Так, Ошская область должна получить еще 607 врача, Баткенская область – 305 и Жалалабатской область – 604 врача.<sup>5</sup> Но, в связи с ограниченностью финансовых возможностей бюджета, Правительство выделило финансирование только на 150 мест по Программе «Депозит врача».

Как известно, на желание профессиональных работников жить в определенной стране или регионе влияет не только уровень заработной платы, но и общие социально-экономические, культурные условия данной местности (Chomitz et al., 1998, BCMA Rural Issues Committee, September 1998). Таким образом, одно лишь увеличение дохода в виде увеличения заработной платы или депозита не может полностью разрешить проблему оттока кадров из сельских регионов страны. Как показывает опыт других стран, необходимо инвестировать в общую инфраструктуру сельских регионов и улучшить качество жизни, для того, чтобы привлечь молодых профессионалов. Это требует всестороннего, многосекторального подхода к решению данной проблемы, в особенности когда подобные проблемы также существуют и в секторе образования. Особая роль здесь отводится органам местного самоуправления с учетом недавно проведенных административно-территориальных реформ.

#### Библиография:

1. BCMA Rural Issues Committee. September 1998. *Attracting and Retaining Physicians in Rural British Columbia*. Доступен на [http://www.bcma.org/public/news\\_publications/publications/policy\\_papers/attractingretainingruralphysicianretainment.pdf](http://www.bcma.org/public/news_publications/publications/policy_papers/attractingretainingruralphysicianretainment.pdf)
2. Bennett, Sara and David Gzirishvili. July 2000. *Determinants of Health Worker Motivation in Tblisi, Georgia: A 360 Degree Assessment in Two Hospitals*. Partnerships for Health Reform. Доступен на <http://www.hrresourcecenter.org/node/686>
3. Chaytors RG. "International Survey of Distribution of Rural Doctors." *Proceedings, First International Conference on Rural Medicine*, Shanghai, 1996 quoted in Kotzee TJ, Couper ID. 2006. "What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa?" *Rural and Remote Health* 6 (online), 581.
4. Chomitz, Kenneth et al. March 1998. *What Do Doctors Want? Developing Incentives for Doctors to Serve in Indonesia's Rural and Remote Areas*. World Bank: Washington, DC. Доступен на <http://www.worldbank.org/html/dec/Publications/Workpapers/WPS1800series/wps1888/wps1888.pdf>

---

<sup>5</sup> Расчеты произведены на основе данных по обеспеченности на 10 000 населения. Так, если населения Ошской области на 2006 год составляло 1 065 000, а обеспеченность на 10 000 населения – 14,2, общее число врачей, необходимых для того, чтобы обеспеченность Ошской области равнялась показателю по республике (19,9), обозначенное X, равняется следующему:  $(19,9 - 14,2) * 1\,065\,000 / 10\,000$ .

5. Хорошильцева, Наталья. *Исследование структуры мотивации специалистов при построении системы оплаты труда*. По материалам семинара Кадрового Клуба "Системы оплаты труда персонала: новые подходы". Доступен на <http://www.kpd.ua/articles/article.php?id=15>
6. Kotzee TJ, Couper ID, 2006. "What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa?" *Rural and Remote Health* 6 (online), 581. Доступен на <http://www.rrh.org.au/articles/subviewafro.asp?ArticleID=581>
7. Министерство здравоохранения КР, Май 2008 г. *Отчет по Среднесрочному обзору Программы Манас таалими*.
8. Reid S., 2004. "Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals". Durban: Health Systems Trust. Доступен на [http://www.hst.org.za/uploads/files/rural\\_allowance.pdf](http://www.hst.org.za/uploads/files/rural_allowance.pdf)
9. Республиканский медико-информационный центр. Данные, предоставленные по запросу.
10. *World Health Report 2006*. Available from: <http://www.who.int/whr/2006/en/>