

УПРАВЛЕНИЕ ТЕКУЧЕСТЬЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ЗА РУБЕЖОМ И В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. СООБЩЕНИЕ 1

А.В.Семёнов, Т.В.Дудина, М.Г.Василевская

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Представлен анализ литературы по вопросам текучести медицинских кадров за рубежом и в Республике Беларусь, видам, показателям и методам оценки этого процесса, а также основным объективным факторам, влияющим на обеспеченность медицинскими кадрами. Дано описание основных моделей формирования текучести кадров и методов ее оценки, принятых в зарубежном менеджменте, опыта Российской Федерации по управлению текучестью кадров в здравоохранении. Представлен анализ текучести медицинских кадров в Республике Беларусь за последние годы, механизмы ее регуляции и основные проблемные вопросы, способствующие росту данного показателя в организациях здравоохранения Республики Беларусь.

Ключевые слова: организации здравоохранения; медицинские кадры; текучесть медицинских кадров; обеспеченность медицинскими кадрами; управление текучестью кадров.

Введение. Согласно докладу Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать» (2023), основными проблемами большинства национальных систем здравоохранения по-прежнему остаются: дефицит и неравномерное распределение кадров, диспропорции в профессионально-квалификационной структуре, необходимость повышения квалификации при меняющихся потребностях в медико-санитарных, социальных услугах и широком применении цифровых технологий [1].

В рекомендациях ВОЗ в качестве направлений стратегического планирования численности медицинских кадров приводится необходимость совершенствования системы сбора и анализа информации о текущих и прогнозных потребностях в медицинских работниках, их движении и создании в здравоохранении единой системы учета динамики рынка труда [2].

Текучесть медицинских кадров относится к группе ключевых факторов, напрямую влияющих на все показатели деятельности организации здравоохранения (далее – ОЗ), прежде всего, на качество и доступность медицинских услуг и своевременность их предоставления. Поэтому, важнейшей задачей современного здравоохранения в большинстве стран остается повышение качества оказания медицинской помощи и обеспечение ее доступности при эффективном использовании кадровых ресурсов.

В связи с этим, приоритетным направлением кадровой политики в отрасли здравоохранения становится совершенствование инструментария управления текучестью кадров (далее – ТК), включая разработку и внедрение персонал-технологий, воздействующих на состояние, развитие кадрового потенциала и формирование приверженности медицинских работников своей организации.

Инструментарий управления ТК – это совокупность организационно-распорядительных, методических, информационно-аналитических, экономических и социально-психологических методов и средств, позволяющих эффективно управлять текучестью персонала путем создания оптимальных условий для реализации целей организации.

Среди наиболее эффективных инструментов управления ТК выделяют:

реализацию кадровых технологий, оказывающих влияние на текучесть кадров (наем персонала с использованием специальных методик, включающих компетентностный анализ кандидатов на должность, адаптацию персонала и обеспечение его развития, формирование мотивации и использование различных видов стимулирования);

регулярный анализ статистики движения персонала организаций;

оценку уровня удовлетворенности медицинских работников путем регулярного анкетирования;

обязательное анкетирование увольняющихся сотрудников.

Решение об увольнении с работы сотруднику редко приходит одновременно или само по себе, на него долговременно влияют многочисленные негативные факторы. Поэтому, задача кадровых служб – выявление этих настроений, в том числе, с помощью периодического анкетирования персонала. Для снижения ТК важно анализировать информацию о стаже работы, профессиональном росте, обучении, вознаграждениях, взысканиях, переводах, результатах предыдущих аттестаций, отражающих мотивацию работника к труду. Так можно спрогнозировать количество увольнений, выявить сотрудников, находящихся в зоне риска, а также определить взаимозаменяемых работников, что позволит нивелировать негативное влияние ТК на деятельность организации [3].

Соответственно, первоочередными задачами кадровых служб и руководства ОЗ становится систематический анализ количественного и качественного состава медицинских кадров, оценка укомплектованности штатов и анализ ТК.

В статье представлен обзор методологических подходов, инструментов и мероприятий по управлению текучестью медицинских кадров, используемых за рубежом и в Республике Беларусь.

Текучесть медицинских кадров, ее оценка и причины. Персонал любой организации находится в постоянном движении, причины которого разнообразны: уход на пенсию, перемена места жительства, трудоустройство вблизи места проживания, получение профессионального образования и новое трудоустройство по специальности, неудовлетворенность уровнем оплаты и условиями труда (режим работы, тяжелые условия, сложные отношения в коллективе) и др.

Текучесть кадров – естественный процесс и важный показатель внепланового увольнения работников за определенный период, обусловленный неудовлетворенностью работой в организации (активная текучесть кадров) или же организации конкретным работником (пассивная текучесть). При определении ТК не учитываются увольнения из-за выхода работника на пенсию, сокращения штатов, реорганизации предприятия и кадровых перестановок. Статистический анализ этих причин ТК требует понимания методологических подходов, используемых в различных странах.

Считается, что ТК может иметь положительные моменты, поскольку новые кадры приносят с собой свежие идеи и методы работы. Кроме того, полное отсутствие трудовых перемещений в организации, в том числе, и ТК, приводит к «застою» в кадровой структуре коллектива.

В странах постсоветского пространства в основе понятия ТК лежит несоответствие или противоречие между интересами работника и возможностью руководства организации их реализовать. Поэтому к ТК относят все увольнения работников по собственному желанию и увольнения за нарушение трудовой дисциплины [3]. Чаще всего, ТК связана с неудовлетворительными условиями труда и уровнем заработной платы. Такое положение ведет к перегрузке медицинских работников, снижению уровня и качества медицинского обслуживания населения и не оставляет времени для развития и обучения, что способствует профессиональному выгоранию работников и даже росту их заболеваемости [4–6].

Различают естественный уровень текучести кадров (в пределах 3–5% численности персонала в год), способствующий обновлению коллектива и не требующий особых мер со стороны руководства и кадровой службы, и повышенный, создающий организационные, кадровые, технологические, экономические и психологические трудности. ТК, превышающая принятую «норму», мешает эффективной работе коллектива, отрицательно влияет на корпоративную культуру организации, моральное состояние работников, их трудовую мотивацию и приверженность организации [7].

В каждой сфере деятельности есть своя оптимальная норма текучести кадров, однако, длительное отклонение от нее говорит о недостатках работы руководства и необходимости улучшения кадровой политики и разработки мер по ее совершенствованию. Для государственных организаций системы здравоохранения нормой, не требующей постороннего вмешательства со стороны руководства, является показатель уровня ТК, составляющий от 3 до 10% в год [6; 7].

Виды текучести кадров. К основным видам ТК принято относить [6]:

фоновую – призыв в армию, уход на пенсию, поступление в учебное заведение;

сверхнормативную – неудовлетворенность заработной платой, социально-психологическим климатом в коллективе, неустранение причин которого неизбежно приводит к росту увольнений;

потенциальную (возможную) – нарастание неудовлетворенности различными аспектами организации труда и неустранение ее причин;

физическую – связанную с ухудшением состояния здоровья и заболеваемостью персонала, сменой места проживания;

психологическую («скрытую»).

«Скрытая» ТК приносит не меньше убытков, чем обычная, и, чаще всего, является недоработ-

кой управленческого аппарата и следствием ошибок в кадровой политике. Этим процессом можно управлять, для чего ведут статистику трудовой пассивности и увольнений, рассматривая каждый случай индивидуально.

Показатели уровня текучести кадров. Для оценки интенсивности ТК используется коэффициент текучести кадров (далее – кТК), отражающий соотношение числа работников, ушедших из организации по собственному желанию или инициативе работодателя, с общей численностью специалистов организации на конкретный момент, чаще всего, на протяжении месяца. Анализ изменений кТК позволяет выявлять основные причины и результаты высокой ТК и обосновывать необходимость применения управленческих мероприятий. Регулярный расчет кТК и анализ этого показателя помогают не только оценивать кадровую ситуацию организации в целом, но и выявлять основные причины, по которым сотрудники увольняются или их увольняют чаще всего [7–9].

Для анализа общей картины ТК и поиска ее причин корректнее рассчитывать показатели с учетом работников, находящихся на испытательном сроке, принятых в предыдущие месяцы.

Иногда для характеристики используют **частный коэффициент текучести**, показывающий отношение количества сотрудников конкретной трудовой группы (отдел, временный коллектив, подразделение), уволенных по собственному желанию или за нарушение правил внутреннего распорядка, к среднему штатному количеству работников.

Поскольку процесс ТК – явление многогранное, для более полной оценки ее интенсивности используют, как правило, несколько основных показателей.

С позиции теории управления для расчета и анализа уровня ТК профессор Лондонского университета социологии Р.Беннетт предлагает применять следующие коэффициенты, в том числе, по группе работников, принятых дополнительно на работу на определенный период с учетом проработанного времени до увольнения [4; 5; 8]:

коэффициент увольнений или потерь, показывающий число увольнений за рассматриваемый период в процентах от среднего числа занятых в тот же период;

индекс стабильности рабочей силы, показывающий долю работников, проработавших в компании как минимум в течение одного года;

дополнительный индекс текучести, отражающий текучесть работников, проработавших короткое время (или на испытательном сроке).

Считается, что расчет этих показателей ТК дает максимально полезную для принятия управленческих решений информацию и, в будущем, помогает конкретизировать возможные причины увольнений с прогнозом их интенсивности, что обосновывает необходимость их постоянного учета.

Далее показаны общие подходы к определению интенсивности оборота кадров из русскоязычных источников литературы [4–6; 8–12 и др.].

Движение кадров принято характеризовать шестью основными коэффициентами:

- оборота по приему;
- оборота по увольнению;
- общего оборота;
- постоянства кадров;
- восполнения;
- текучести.

Основными из указанных показателей являются:

коэффициент оборота кадров по приему – отношение числа принятых за отчетный период к средней за этот период списочной численности работников (в процентах);

коэффициент оборота кадров по увольнению – отношение уволенных за отчетный период к средней за этот период списочной численности работников (в процентах);

коэффициент общего оборота кадров – отношение суммарного числа принятых и уволенных за отчетный период к средней за этот период списочной численности работников.

Заключительный этап анализа ТК – определение скрытых потерь рабочего времени. Такие потери характеризуются возможным снижением производительности вновь принятых работников по сравнению со средней величиной по организации. Это важные показатели. По данным социологических исследований, выработка вновь принятого работника в первый месяц его работы ниже средней примерно на 1/3, во второй месяц – на 10% [12].

На практике обычно производится как динамический, так и статический анализ ТК. При проведении статического анализа по результатам рассчитанных показателей, характеризующих движение кадров, определяют подразделения, отличающиеся:

- высокой ТК;
- неблагоприятной возрастной структурой, когда выпадают группы работников молодого или среднего возраста, что препятствует передаче профессионального опыта;
- дефицитом или избытком персонала в рамках той или иной категории работников;

наличием работников, имеющих прогулы и дисциплинарные взыскания.

В подразделениях, в которых имеется дефицит кадров и нарушены отношения между поколениями, кадровый потенциал рекомендуется укреплять за счет подразделений, имеющих потенциально избыточный персонал, и путем улучшения системы наставничества [13; 14].

Поэтому, несмотря на используемые различные подходы к пониманию и расчету кТК, успешность применения этих методик зависит от детального и корректного изучения процесса в целом. Чаще всего, при анализе ТК информативнее оценивать общую ТК и текучесть среди сотрудников, находящихся на испытательном сроке (или же суммарно).

С другой стороны, любые управленческие меры, направленные на снижение ТК и повышение отдачи врачей (оптимизация ресурсов, переоборудование рабочих мест современной медицинской и IT-техникой, совершенствование системы оплаты труда и другие меры) всегда будут способствовать повышению трудовой мобильности медицинского персонала, приходу медицинских работников из других организаций. В связи с этим, часто обостряются проблемы привлече-

ния и закрепления врачей, особенно дефицитных специальностей.

Несмотря на изложенные выше общие подходы к пониманию и расчету кТК, совершенствование оценки ТК в ОЗ возможно на основе детального изучения и анализа этого процесса в каждой конкретной организации. При этом, кТК в значительной степени отражает эффективность и приоритетность действий кадровых служб организации [3; 15].

Чтобы разобраться в основных причинах, способствующих повышению ТК, информативнее оценивать все факторы, влияющие на обеспеченность медицинскими кадрами ОЗ.

Факторы, влияющие на обеспеченность медицинскими кадрами. К основным факторам, влияющим на обеспеченность отрасли здравоохранения медицинскими кадрами, относят 6 групп объективных факторов [15] (рис. 1).

Принято выделять **истинное** и **ложное** снижение обеспеченности медицинскими кадрами. Истинное включает их абсолютную нехватку по отношению к расчетным показателям (например, на 1000 пациентов), резкий отток медицинских кадров или резкое увеличение пациентопотока.

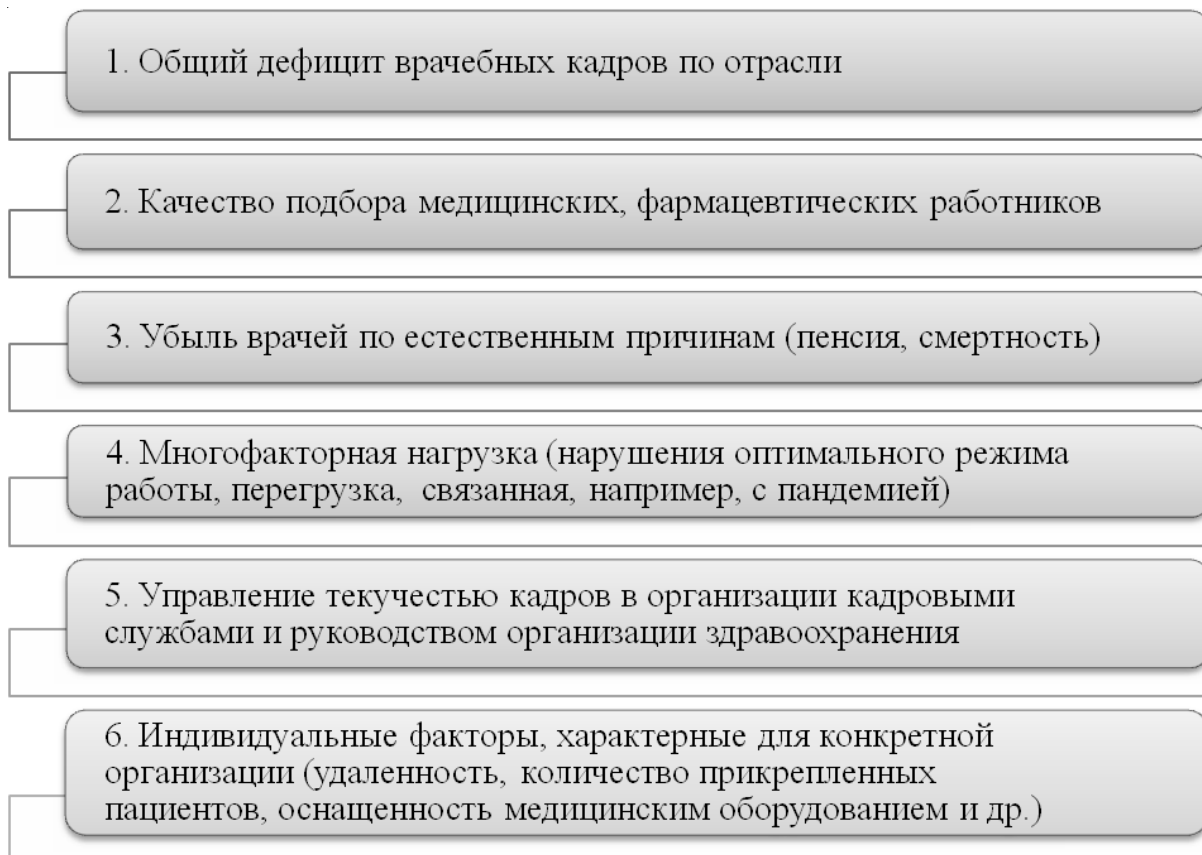


Рис. 1. Объективные факторы, влияющие на обеспеченность медицинскими кадрами

К ложному снижению обеспеченности медицинскими, фармацевтическими работниками относят длительный кадровый дефицит на фоне возрастающей нагрузки или неправильно организованного процесса оказания медицинской помощи, некомпетентности работников и т.д. В этих случаях необходим контроль соответствия численности медицинских работников, приходящейся на одного пациента, расчетным нормативам.

Эти факторы формируют причины увольнения, на которые можно влиять. При этом, их неустранение неизбежно приводит к ряду негативных последствий [15; 16]:

увольнению наиболее эффективных специалистов;

несформированности коллективов;

снижению эффективности труда медицинских работников;

ухудшению общего микроклимата коллектива;

ухудшению работы всей организации (снижению интенсивности и качества труда);

необходимости поиска новых специалистов;

дополнительной организации обучения вновь прибывших работников;

перерывам в работе конкретной штатной единицы.

Проведенный анализ литературных источников, посвященных изучению обеспеченности ОЗ медицинскими, фармацевтическими работниками, позволил выделить первоочередные факторы и причины, общие для большинства стран, определяющие уровень текучести медицинских кадров:

1. Имидж организации; надежность (стабильность) места работы.

2. Качество подбора медицинских кадров, отражающее эффективность работы администрации и кадровых служб.

3. Наличие возможности для самореализации работников, профессионального и служебного роста.

4. Сложившиеся морально-нравственные нормы, создание благоприятного психоэмоционального климата в коллективе, корпоративная культура.

5. Периодическая оценка и управление удовлетворенностью работников: работа по приведению в соответствие системы материального стимулирования, прозрачная система оплаты труда; нематериальное стимулирование, поощрение лучших работников.

6. Политика руководства организации, направленная на своевременное информирование и управление внутренними коммуникациями; откры-

тость информации об изменениях, новшествах и т.д.

7. Качество управленческих решений и стиль управления персоналом; командный принцип рабочего процесса. Вовлечение сотрудников в проекты в соответствии с их компетенциями, планирование работы каждого сотрудника.

8. Наличие в организации системы наставничества.

9. Наличие системы удержания персонала.

10. Санитарно-гигиенические условия и эстетика рабочего места.

11. Отношение к пациентам.

12. Оптимальная физическая и психологическая нагрузка; удобный график работы.

13. Формирование приверженности медицинских работников ценностям организации.

Именно комплекс всех этих факторов формирует приверженность медицинских работников своей организации. По мнению А.В.Волнухина [17], отсутствие приверженности медицинских работников своей организации сводит фактически на нет всю работу по привлечению и развитию сотрудников. Соответственно, недостаточное внимание к любому из этих факторов снижает эффективность кадровой работы, усугубляя процесс текучести и снижая конкурентоспособность и эффективность ОЗ.

Следует подчеркнуть, что большинство социологических исследований, проведенных в различных странах, обнаруживают сходную структуру причин ТК (рис. 2). Эти основные причины увольнений воспроизводятся на протяжении ряда последних лет в большинстве стран [9].

Модели формирования ТК и ее оценка в зарубежном менеджменте. Решение большинства из перечисленных кадровых проблем осуществляется в соответствии с разработанными и уже много лет действующими моделями. Несмотря на то, что в теории управления под ТК понимается излишний оборот кадров по выбытию, по мнению французского основателя административной (классической) школы управления А.Файоля, высокая ТК всегда является причиной и следствием плохого менеджмента [18].

Совершенно по-другому понятие текучести трактуют D.N.Dickter, M.Roznowski, D.A.Harrison [19] – не как событие, происходящее в какой-то момент времени, а как процесс, текущий во времени и включающий в себя длительные изменения и взаимодействия между человеком и организацией, что обосновывает возможность влияния на него.



Рис. 2. ТОП-10 основных причин увольнения медицинских работников, определяющих текучесть кадров в здравоохранении

В основе **инвестиционной модели** формирования ТК лежит гипотеза, что намерение человека уйти с работы также формируется в течение определенного времени, поэтому изменению этого намерения могут способствовать множество разнообразных стимулов (повышение заработной платы, премии, карьерный рост, более удобное время работы и т.д.), то есть управленческие действия [20; 21].

Ряд исследователей развивают **процессуальную модель** формирования ТК, основанную на теории принятия решений. Это поэтапная модель (unfolding model), когда ТК описывается как длительный процесс, в ходе которого работники оценивают свои чувства, личную ситуацию и рабочую среду и со временем принимают решение о том, чтобы остаться в организации или ее покинуть. Поэтому большинство зарубежных авторов полагают, что низкий уровень приверженности месту работы, организации всегда является основной причиной ТК.

В ходе реформирования систем здравоохранения во многих европейских странах специалисты, оценивая ТК в медицинских организациях, сталкиваются со снижением гарантий стабильной занятости и увеличением рабочей нагрузки на медицинский персонал из-за сокращения штатов или растущих требований к качеству работы [21]. Это находит свое отражение в аналитических документах ВОЗ, где констатируются общие для ев-

ропейских стран проблемы «обеспечения сферы медицины грамотными и добросовестными работниками в условиях существующего в настоящее время и прогнозируемого в будущем дефицита медицинских кадров» [21].

Российские исследователи тоже фокусируют внимание на восприятии врачами изменившихся условий работы и организации труда, в первую очередь, в связи с новой системой оплаты труда в бюджетном секторе и введением эффективного контракта [22–24].

В целом, несмотря на обширную литературу, можно заключить, что в настоящее время не сложилось установленных стандартов, концепций и технологий управления процессом текучести персонала в отрасли здравоохранения, наработки касаются скорее отдельных организаций или регионов. При этом, для каждой конкретной ситуации требуется индивидуальный подход, поэтому совершенствование инструментария снижения ТК в ОЗ по-прежнему остается актуальным вопросом.

Опыт Российской Федерации по управлению текучестью кадров в здравоохранении. В последние десятилетия в Российской Федерации управление персоналом в здравоохранении осуществляется в рамках концепции (модели) управления качеством (Total Quality Management – TQM) [25]. Методология управления качеством, успешно используемая в других странах, в рамках приоритетного направления «Доступность ка-

чественной медицинской помощи» была адаптирована федеральным научно-методическим Центром по управлению качеством Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации (ЦНИИ-ОИЗ МЗ РФ) и апробирована в ряде российских регионов. За последние годы многие медицинские организации используют метод управления качеством и достигли высоких результатов, прежде всего, в кадровых вопросах.

Развитие и внедрение системы менеджмента качества медицинской помощи – необходимый этап формирования эффективного здравоохранения, когда деятельность медицинской организации рассматривается комплексно как непрерывный процесс воздействия на все составляющие системы оказания медицинской помощи путем последовательной реализации управленческих функций, ориентированных на постоянное улучшение качества, минимизацию затрат и повышение результативности. В соответствии с TQM, предложено перейти при оценке от затратных показателей к индикаторам, отражающим конечные результаты и их влияние на качество жизни.

Стоит добавить, что оптимальным механизмом повышения качества труда согласно системе TQM, является признание заслуг руководителей и рядовых сотрудников со стимулированием их к еще большим достижениям и ориентацией на полное исключение ошибок. Соответственно, при реализации метода TQM возрастает роль каждого работника, его обучения и развития.

С другой стороны, в рамках концепции «достойного труда», разработанной в Российской Федерации под эгидой Международной организации труда, в здравоохранении широко практикуется анализ потенциальной текучести врачебных кадров [26]. При этом, «достойный труд» оценивается как многомерная составляющая, включающая 11 характеристик, описывающих все стороны трудовой деятельности и в значительной мере отражающих уровень образования и возможность его повышения, поскольку только образование позволяет получать хорошую работу [27].

Факторы, затрудняющие управление ОЗ, делят на две условные группы: факторы внешней и внутренней среды. К факторам внутренней среды принято относить именно дефицит квалифицированных медицинских кадров. Поэтому одной из ключевых особенностей системы управления качеством является приоритет кадровой политики организации с использованием коллективных форм и методов управления (поиск специалистов,

анализ и решение проблем с постоянным участием коллектива) [25; 26].

В понятийном аппарате концепции «достойного труда» ключевое место отведено социальной защищенности работников, для оценки которой разработана специальная система оценок (характеристик), используемая для анализа потенциальной текучести медицинских кадров [28]. На основе этих характеристик социальной защищенности разработаны показатели, позволяющие выявлять готовность врачей к смене места работы и механизм формирования этих установок.

Следует отметить, что в Беларуси также осуществлена большая работа по созданию национальной системы индикаторов достойного труда, утвержден перечень индикаторов, гармонизированный с единой системой индикаторов «достойного труда». Национальная система индикаторов достойного труда в динамике позволяет рассматривать рынок труда всесторонне, выделять слабые и проблемные стороны в его развитии.

В то же время, в России при изучении причин ТК в медицинских организациях широко применяются различные системы оценки результативности, включая программы контроллинга отработанного времени, составления фотографии рабочего дня и другие методы, выявляющие наиболее эффективных работников.

По мнению многих российских специалистов, несмотря на представленные выше достижения в управлении отраслью здравоохранения и персоналом, применение этих методов не всегда способствует позитивным изменениям, что обосновывает необходимость совершенствования нормативно-правового регулирования всех аспектов кадровой политики. Это находит отражение в разработке соответствующих стратегий, концепций и планов, принимаемых на федеральном и региональном уровнях.

В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» содержится распоряжение Президента Правительству Российской Федерации по разработке национальных проектов (программ) по 12 направлениям. В отрасли здравоохранения поручено ликвидировать кадровый дефицит и достичь практически полной укомплектованности врачами и медицинскими сестрами подразделений, оказывающих, прежде всего, амбулаторную помощь. В частности, выполнение проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» («Новые кадры современного здравоохранения») ожидается за

счет внедрения новой процедуры допуска специалистов к профессиональной деятельности – аккредитации, совершенствования системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе, на рабочем месте и с использованием дистанционных образовательных технологий и др.

Дальнейшая реализация положений законодательства и принципов кадровой политики, отраженных в программных документах по вопросам, связанным с кадровым обеспечением отрасли, подготовкой и повышением квалификации медицинских работников, созданием условий для полноценной профессиональной деятельности, может потребовать создания специальных структур, осуществляющих координацию деятельности разрозненных элементов системы здравоохранения [29; 30].

Несмотря на разработанное нормативно-правовое обеспечение кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации как механизма ее реализации, многими специалистами обозначен ряд нерешенных проблем, включая вопросы текучести кадров. Прежде всего, это сохраняющаяся нехватка врачей первичного звена, которая продолжает усугубляться значительной долей в структуре медицинских кадров лиц пенсионного и предпенсионного возраста. Только 15% выпускников медицинских вузов Российской Федерации довольны своей работой и материально, и морально, в то время как 17% планируют сменить место работы. Угроза выбытия молодых специалистов оценивается порядка 10% ежегодно, особенно в сельских районах [31–33].

Анализ успешного зарубежного опыта по снижению ТК, особенно для привлечения врачей в сельские районы, показал эффективность таких мер, как дополнительные стипендии, гранты, льготное кредитование, бесплатное жилье, детские пособия, оплата стоимости обучения или его части, то есть, влияние на социальную составляющую кадровой политики.

В то же время, ряд стран используют административный ресурс, требуя от выпускников медицинских университетов отработать от 1 года до 10 лет в сельской местности. В Российской Федерации предлагается формирование комплекса мер поддержки медицинских работников на уровне субъектов, определяющих конкурентное предложение для специалистов, занятых в сельских и отдаленных районах [31]. И все же, к наиболее эффективным механизмам закрепления молодых специалистов в сфере здравоохранения относят не только социальную поддержку, но и в значительной мере целевое обучение [12; 34].

Из всех факторов, влияющих на ТК и формирующих миграционные настроения медицинских работников, отмеченных российскими авторами, можно выделить перечень наиболее важных и успешных мероприятий, проводимых в медицинских организациях России по обеспечению привлекательности условий труда для медицинских работников [4; 6; 9; 15]. Кроме мер социальной поддержки, к ним по степени значимости относят:

1. Стимулирование трудоустройства молодых специалистов в медицинские организации (в соответствии с законодательством).

2. Улучшение материального положения медицинских работников.

3. Развитие материально-технической базы медицинских организаций.

4. Увеличение времени работы сложного лечебно-диагностического оборудования, пользующегося повышенным спросом, а также лабораторий в региональных диагностических центрах и крупных медицинских организациях, что позволяет обеспечивать врачам из удаленных местностей своевременную профессиональную поддержку и возможность более эффективного оказания медицинской помощи.

5. Решение проблемы совместительства. Сокращение широко принятой практики совместительства является содержанием процесса перехода на эффективный контракт. Условия такого контракта должны обеспечивать более высокий уровень оплаты труда при работе на одну ставку не за количество отработанного времени на нескольких ставках, а за сложность выполняемых работ, расширение функциональных обязанностей, эффективное использование медицинской техники (результаты клинической деятельности). При сохранении действующей практики наращивания штатных должностей проблема не будет решена [35; 36].

6. Внутриорганизационная система карьерного роста: развитие карьеры каждого медицинского работника должно включать несколько этапов: информирование о возможностях карьерного роста; оценку пожеланий, личностных характеристик и исходного уровня профессиональной квалификации; планирование развития сотрудника; реализацию плана развития и оценку его результатов. От результатов комплексных оценок потенциала сотрудников зависят положение и перспективы их кадрового роста, включая возможность выбора при замещении вакантных руководящих должностей в матрице кадрового резерва [37].

7. Контроллинг персонала. Кадровые службы применяют различные методы внутреннего управ-

ления и контроля, включая автоматизированные программы учета полного рабочего времени, результативности сотрудников и др., являющиеся основой для разработки мероприятий по снижению потенциальной ТК [38].

8. Повышение приверженности медицинских работников организации. Среди мероприятий по выполнению этого пункта рекомендовано уделять внимание работе с человеческими ресурсами; привлекать медицинский персонал к организации процесса обеспечения и улучшения качества медицинской помощи; обеспечить возможность профессионального развития медицинского персонала, предполагающую в случае крупного медицинского учреждения организацию собственного учебного (образовательного) центра; использование материальных и нематериальных стимулов, направленных на повышение качества медицинской помощи и профессионально-квалификационного потенциала персонала; предоставление реальных условий для карьерного роста и прозрачность этого процесса.

Текущность медицинских кадров в Республике Беларусь, механизмы ее регуляции. Согласно официальным данным, обеспеченность медицинскими кадрами в Республике Беларусь одна из самых высоких в мире. На данный момент в государственной системе здравоохранения страны работают свыше 48 тысяч врачей и 112,5 тысяч среднего медицинского персонала. Показатель обеспеченности врачами-специалистами составляет 55,2 на 10 тысяч населения – это выше,

чем в среднем по ЕС (33,4 на 10 тысяч) и СНГ (38,1 на 10 тысяч). Такие высокие цифры сохраняются в стране в течение последних лет и по средним медицинским работникам: 120,7 на 10 тысяч населения (в ЕС – 86,8, в СНГ – 62,0) [39; 40].

Министерством здравоохранения Республики Беларусь на видеоконференции ВОЗ «Кадровые ресурсы в здравоохранении» (Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь, 19.09.2023) по вопросу текущести медицинских кадров была представлена довольно оптимистическая картина. Естественный уровень текущести кадров в стране, сохраняющийся в пределах 1,7–9,8% численности персонала в год, считается нормальным (рис. 3.).

При этом, на сегодняшний день, текущность кадров характерна для всех регионов, отдельных ОЗ и, особенно, сельских районов. Наибольший недостаток врачей ощущался в г. Минске и Минской области, среднего медицинского персонала – в Гомельской и Гродненской областях [39; 40].

По регионам страны показатель обеспеченности медицинскими кадрами варьирует от 39,3 (Минская область) до 64,9 (г. Минск) на 10 тысяч населения. Конечно, это средние цифры, но они свидетельствуют о наличии дисбаланса в распределения кадровых ресурсов. Похожая картина имеет место по провизорам и фармацевтам.

Остается недостаточной укомплектованность врачами-специалистами и средними медицинскими работниками службы скорой медицинской помощи (особенно в Минской области) [40]. Следует отметить, что в каждом регионе имеются свои

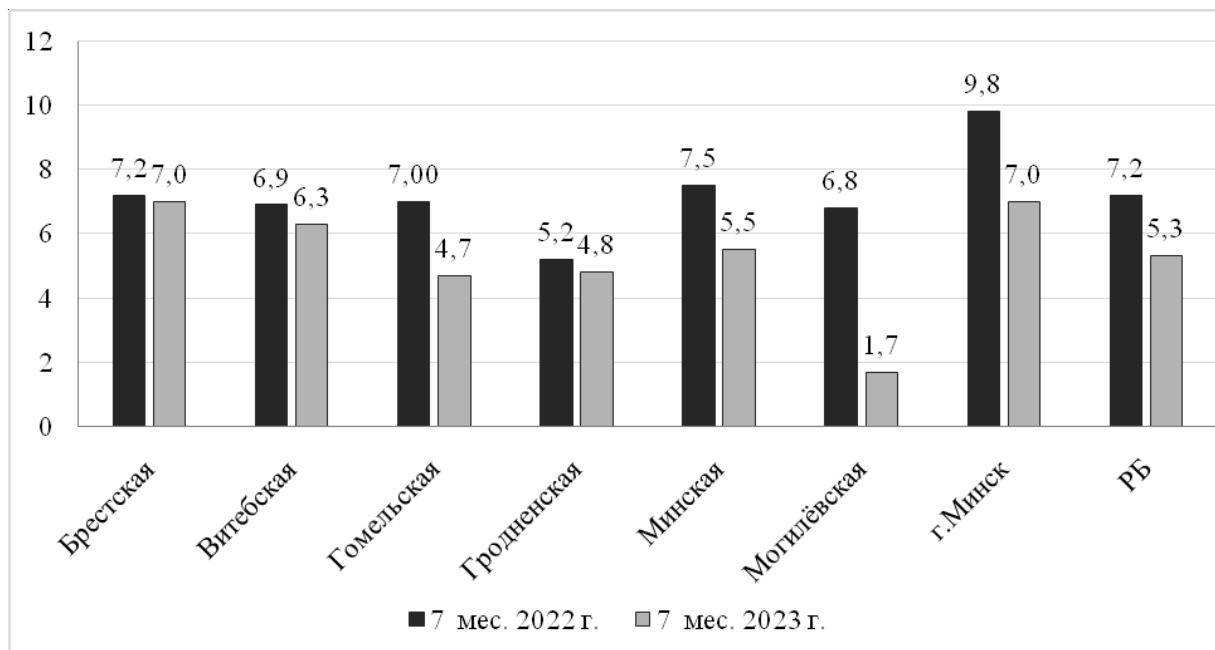


Рис. 3. Сравнение уровней текущести врачебных кадров по областям Беларуси за 7 месяцев 2022 и 2023 гг. (по данным Минздрава, в процентах)

особенности, и решаются кадровые вопросы на местах по-разному.

Общее решение проблемы ТК в здравоохранении включает необходимость совершенствования кадровой политики по всем ее направлениям.

В январе 2024 г. Президентом Республики Беларусь подписан Указ №1 «О Концепции государственной кадровой политики Республики Беларусь». В обновленной Концепции определены цели государственной кадровой политики, ее задачи и принципы, а также основные понятия, в том числе, новое понятие – «кадровая безопасность» (состояние защищенности государства, отраслей экономики и сфер деятельности, регионов и организаций от внутренних и внешних рисков, вызовов и угроз, связанных с кадрами и их потенциалом).

Концепцией обеспечена преемственность по отношению к ранее принятым документам, учтены практика работы с кадрами, общемировые тенденции развития трудовых отношений, современные риски и угрозы кадровой безопасности страны.

Основные нормативные правовые акты, регламентирующие кадровую политику в отрасли здравоохранения, в различной степени включающие вопросы укомплектования медицинскими кадрами организаций здравоохранения и, соответственно, снижения ТК, отражены в таблице.

Несмотря на разработанный в целом механизм нормативно-правового регулирования численности и сохранения медицинских кадров в стране,

на сегодняшний день актуальна разработка комплекса конкретных мероприятий, способствующих решению постоянно возникающих многокомпонентных кадровых проблем. Научным обоснованием для этого в значительной мере становятся результаты социологических опросов медицинских работников, отражающих их удовлетворенность работой, планы и настроения по возможной смене работы, которые определяют направления деятельности кадровых служб и руководства ОЗ.

В частности, во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.03.2012 №301 «Об организации анкетирования увольняющихся из организаций здравоохранения врачей (провизоров) и утверждении анкеты», с целью выявления основных причин увольнения медицинских работников с высшим образованием ежемесячно проводится анкетирование всех увольняющихся работников по регионам и г. Минску.

В соответствии с этим приказом, результаты анкетирования обрабатываются в РНПЦ МТ и предоставляются в управление кадровой политики Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Анкета включает 28 общепринятых вопросов, аналогичных другим социологическим исследованиям, ответы на которые позволяют выявлять основные факторы, формирующие неудовлетворенность медицинских, фармацевтических работников и миграционные настроения.

На рис. 4. приведено общее число уволившихся врачей по г. Минску за период 2018–

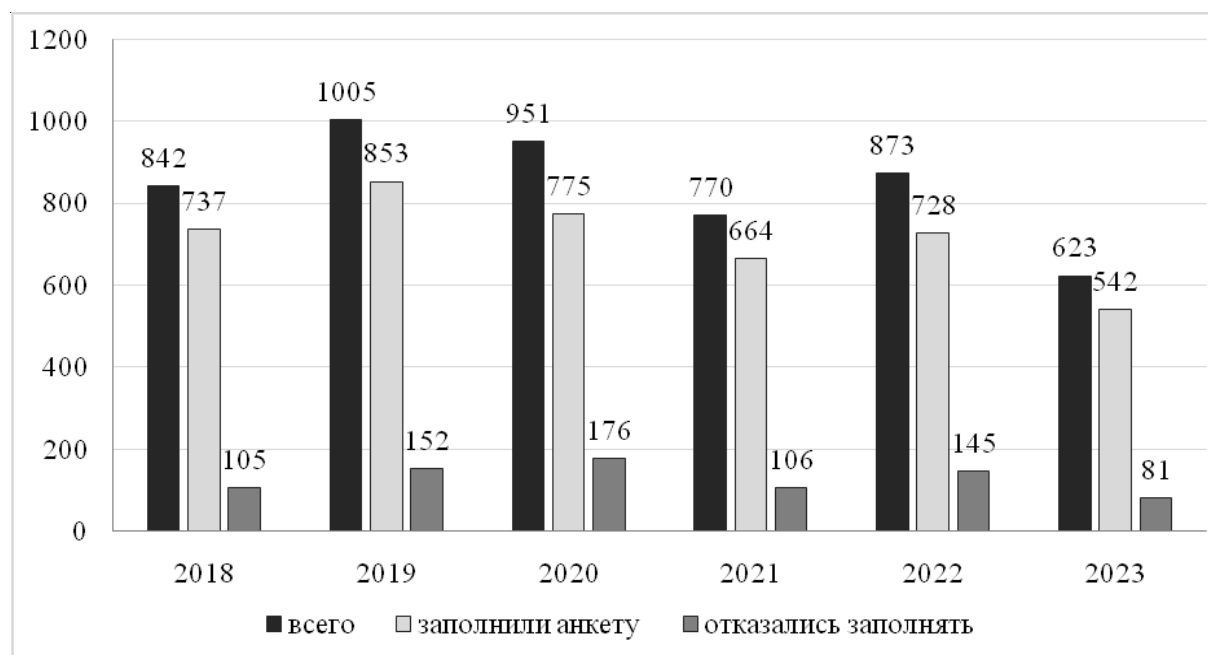


Рис. 4. Общее количество уволившихся из организаций здравоохранения г. Минска за период 2018–2023 гг. врачей (провизоров)

**Основные нормативные и локальные правовые акты,
регламентирующие кадровую политику отрасли здравоохранения
Республики Беларусь и включающие вопросы текучести и сохранения кадров**

| № п/п | Вид правового акта | Дата, номер правового акта | Название правового акта |
|-------|--|----------------------------|---|
| 1. | Указ Президента Республики Беларусь | 03.01.2024 №1 | Об утверждении концепции Государственной кадровой политики Республики Беларусь |
| 2. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 30.05.2022 №48 | О примерных штатных нормативах численности медицинских и иных работников, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях |
| 3. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 21.04.2022 №36 | О допуске к занятию должностей медицинских, фармацевтических работников лиц, получивших образование за рубежом |
| 4. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 28.10.2021 №114 | О примерных штатных нормативах численности работников организаций государственной системы здравоохранения, финансируемых из бюджета |
| 5. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 31.05.2021 №72 | О требованиях к занятию должностей служащих медицинских, фармацевтических работников |
| 6. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 27.05.2021 №61 | О номенклатуре должностей служащих медицинских, фармацевтических работников и профилях медицинских, фармацевтических специальностей |
| 7. | Постановление Совета Министров Республики Беларусь | 19.01.2021 №28 | О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы |
| 8. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 03.12.2012 №185 | Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений) |
| 9. | Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 21.12.2007 №184 | О нормативах кадрового обеспечения должностями врачей-специалистов в государственных учреждениях здравоохранения |
| 10. | Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 14.12.2023 №1848 | О реализации кадровой политики в системе здравоохранения (утверждена Стратегия развития кадровой политики в системе здравоохранения Республики Беларусь) |
| 11. | Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь | 01.11.2024 №1442 | О совершенствовании работы в системе здравоохранения по управлению текучестью кадров (утверждены Методические рекомендации по совершенствованию управления текучестью кадров в государственных организациях здравоохранения на среднесрочную перспективу) |

2023 гг., на рис. 5 – рейтинг причин увольнения врачей по г. Минску (в процентах; средние величины).

Проведенный в РНПЦ МТ ретроспективный анализ причин увольнения врачей за последние 6 лет показал, что основными практически во все годы остаются: смена места жительства и/или смена места работы и размер заработной платы, не соответствующей (по мнению респондентов) объему выполняемой работы. Все остальные проблемы составляли суммарно около 30% и практически ежегодно воспроизводились.

Анализ ответов анкеты показал, что на сегодняшний день целесообразен пересмотр приказа, включающий изменения некоторых вопросов анкеты и изучение причин увольнения средних медицинских работников.

Подытоживая, следует отметить, что основными факторами, влияющими на текучесть медицинских кадров в Республике Беларусь, как и в большинстве других стран, являются обеспечение гарантий стабильной занятости, комфортные и без-

опасные условия труда и режим рабочего времени, прозрачная оплата труда по ее результату и доступность профессионального развития.

Более детальный анализ мнений медицинских работников по выявлению всех причин, способствующих формированию миграционных настроений, будет представлен по результатам республиканского социологического опроса, проведенного в 2023 г. среди работников государственных организаций здравоохранения, в нашей следующей публикации.

Заключение. Анализ литературы показал, что к наиболее успешным технологиям, приемам и мероприятиям, формирующим базовый инструментарий кадровой политики в организациях здравоохранения во многих странах по вопросу снижения ТК, следует отнести: совершенствование кадровых организационных технологий, оказывающих влияние на текучесть медицинских кадров (наем, оценка компетентности, адаптация, развитие, мотивация и стимулирование персонала); постоянный анализ статистики движения персонала;

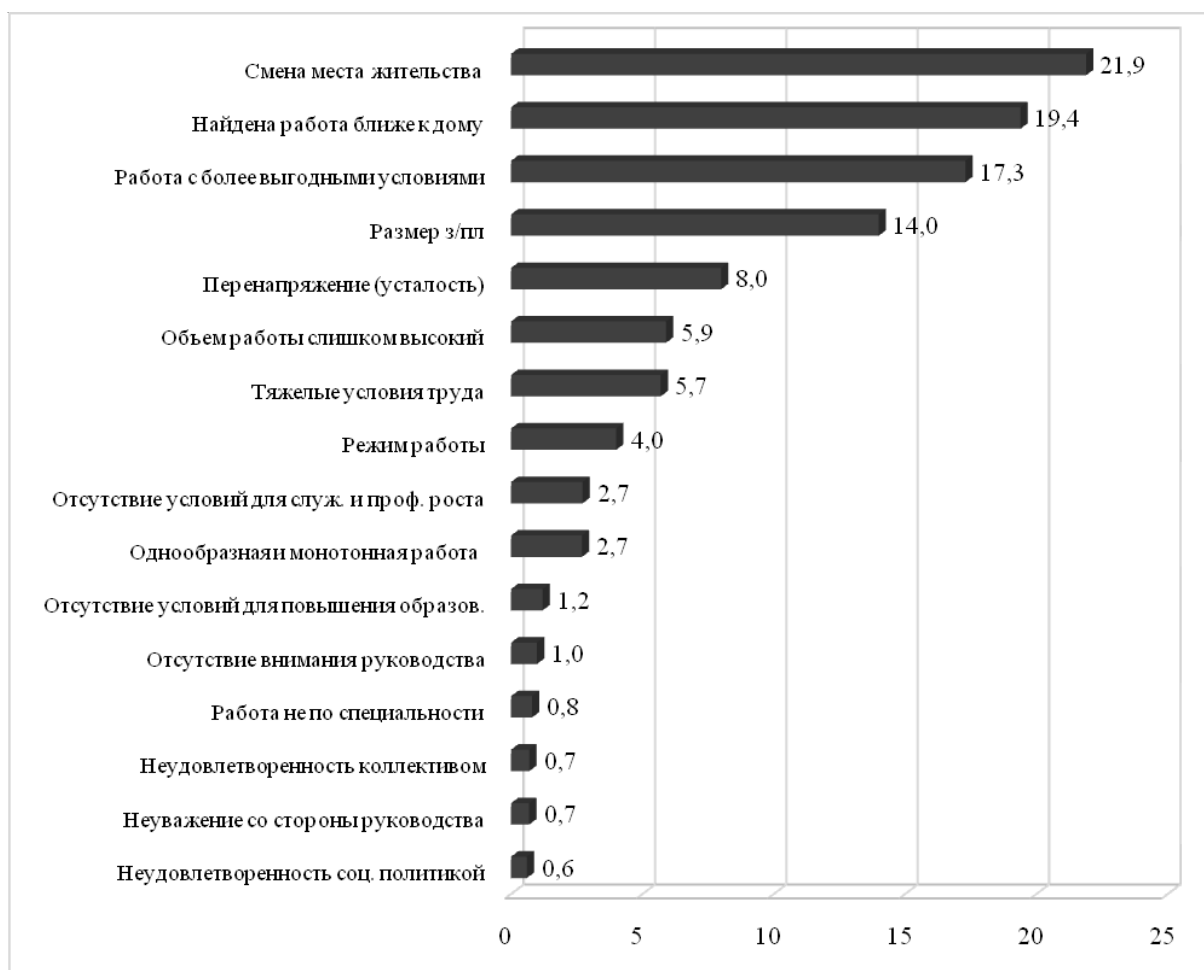


Рис. 5. Рейтинг причин увольнения медицинских работников за 2018–2023 гг. по данным анкетирования по г. Минску (в процентах; средние величины)

анкетирование удовлетворенности персонала и увольняющихся сотрудников.

На основании изученной нормативной правовой базы, регламентирующей вопросы ТК, доступной литературы, в том числе, результатов собственных социологических исследований, выделены основные проблемы, влияющие на текучесть медицинских кадров в нашей стране.

Именно на основе подобной информации в каждой организации должен разрабатываться комплекс конкретных организационных решений, способствующих максимально эффективному использованию персонала и его удержанию.

Изложенная в статье теоретическая основа современного понимания проблемы текучести медицинских кадров, актуальная для многих стран, обосновывает проведение полномасштабных социологических исследований по дифференцированию причин ТК во всех регионах страны и разработку на их основе научно обоснованных рекомендаций по ее снижению.

Литература

1. Бухарестская декларация о кадрах медико-социальных работников. Региональное совещание высокого уровня «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать», Бухарест, Румыния, 22–23 марта 2023 г. / Европ. регион. бюро, Всемирная орг. здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2023. – Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366520/Bucharest-decl-2023-rus.pdf?sequence=1>. – Дата доступа 16.11.2023.
2. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs / World Health Org. – Geneva: WHO, 2017. – 116 p.
3. Карпова, О.Б. Актуальные вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении в России и в мире / О.Б.Карпова, А.А.Загоруйченко // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2022. – Т.66, №3. – С.181–187. DOI: 10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187.
4. Макаров, С.В. Анализ движения среднего медицинского персонала Иркутской области [Электронный ресурс] / С.В.Макаров, Г.М.Гайдаров // Соц. аспекты здоровья населения. – 2021. – №4 (67). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1291/27/lang,ru_ – Дата доступа 16.11.2023.
5. Голланд, Дж. Методика профессионального самоопределения [Электронный ресурс] / Дж.Голланд. – Режим доступа: <https://www.profguide.ru/test/art-id-13.html>. – Дата доступа: 03.01.2018.
6. Одинцева, А.В. Экономический контекст проблемы текучести кадров в медицине [Электронный ресурс] / А.В.Одинцева // Научные высказывания. – 2021. – №6 (6). – С.23–25. – Режим доступа: <https://nvjournal.ru/article/66-ekonomicheskij-kontekst-problemi-tekuchesti-kad>. – Дата доступа: 05.10.2023.
7. The importance of human resources management in health care: a global context / S.M.Kabene, C.Orchard, J.M.Howard [et al.] // Hum. Resour. for Health. – 2006. – Vol.4. – DOI: 10.1186/1478-4491-4-20.
8. Дейнекина, Г. HR-метрики текучести на испытательном сроке [Электронный ресурс] / Г.Дейнекина. – Режим доступа: <https://hr-portal.ru/article/hr-metriki-tekuchesti-na-ispytatelnom-sroke>. – Дата доступа: 19.04.2021.
9. Целютина, Т.В. Исследование текучести кадров как необходимая составляющая эффективного управления текучестью кадров / Т.В.Целютина, Ю.П.Литвин // Научный журн. «Дискурс». – 2019. – №1. – С.183–194.
10. Долженко, Р.А. Инновации в системе управления персоналом организации / Р.А.Долженко // Вестник Алтайского государственного аграрного ун-та. – 2013. – №1 (99). – С.149–153.
11. Долгова, С. Как сделать анализ текучести кадров [Электронный ресурс] / С.Долгова. – Режим доступа: <http://vip.1kadry.ru/#/document/130/50602/bssphr>. – Дата доступа: 27.11.2017.
12. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С.В.Макаров, Г.М.Гайдаров, Т.И.Алексеевская, Н.С.Апханова, Н.Ю.Алексеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т.29, №5. – С.1207–1213. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-29-5-1207-1213.
13. Грихно, В.В. Влияние системы наставничества на текучесть кадров в организации [Электронный ресурс] / В.В.Грихно // Междисциплинарный студенческий научный вестник. – 2021. – №5. – Режим доступа: <https://stud-messenger.ru/journal/issue-20/article-278/>. – Дата доступа: 22.10.2023.
14. Ильина, М.В. Развитие системы наставничества как элемент процесса адаптации персонала / М.В.Ильина, М.В.Симонова // Российская наука: актуальные исследования и разработки: сб. научных статей V Всероссийской науч.-практ. конф., Самара, 13 апр. 2018 г.: в 2-х ч. / Самарский государственный экономический ун-т; редколлегия: Г.Р.Хасаев, С.И.Ашмарина, Д.В.Чернова [и др.]. – Самара, 2018. – Ч.2. – С.29–36.
15. Данилова, Н.В. Условия и учет факторов влияния на уровень обеспеченности населения медицинскими работниками / Н.В.Данилова // Менеджмент в здравоохранении. – 2015. – №2. – С.20–27.
16. Репринцева, Е.В. Об организационно-экономических аспектах использования трудовых ресурсов в системе здравоохранения [Электронный ресурс] / Е.В.Репринцева, Н.М.Сергеева // Инновации: электрон. науч. журнал. – 2017. – №4. – Режим доступа: <https://www.innov.ru/science/economy/ob-organizatsionno-ekonomicheskikh>. – Дата доступа: 01.09.2023.
17. Волнухин, А.В. Факторы, определяющие приверженность медицинского персонала негосударственной поликлинике / А.В.Волнухин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион.

- Медицинские науки. – 2017. – №1. – С.110–118.
18. Основные положения концепции А.Файоля [Электронный ресурс] // Life Prog: официальный сайт. – Режим доступа: https://life-prog.ru/2_30887_osnovnie-polozeniya-kontseptsii-afayolya.html. – Дата доступа: 14.09.2021.
 19. Dickter, D.N. Temporal tempering: An event history analysis of the process of voluntary turnover / D.N.Dickter, M.Roznowski, & D.A.Harrison // Journal of Applied Psychology. – 1996. – Vol.81, No.6. – P.705–716. DOI: 10.1037/0021-9010.81.6.705.
 20. Слепцова, Е.В. Проблемы кадровой обеспеченности организаций здравоохранения / Е.В.Слепцова, В.О.Гапеева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2019. – Т.3, №2. – С.104–107.
 21. Wiskow, C. Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную среду / C.Wiskow, T.Albrecht, C.dePietro; Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2010. – 45 с.
 22. Коленикова, О.А. Факторы потенциальной текучести врачебного персонала / О.А.Коленикова // Здоровье мегаполиса. – 2020. – №1. – С.59–67.
 23. Ключко, М.В. К вопросу экономической эффективности инструментов снижения текучести персонала в медицинских организациях. Эффективное управление персоналом медицинской организации в плане снижения текучести кадров [Электронный ресурс] / М.В.Ключко // Рос. эконом. интернет-журнал. – 2022. – №4. – Режим доступа: <https://www.erej.ru/upload/iblock/ce8/wjk2xhrjywtzt2kzqiez0d162phevu7z.pdf>. – Дата доступа: 05.10.2023.
 24. Ермакова, С.Э. Семь навыков высокоэффективных руководителей – лидеров в системе здравоохранения в период коронакризиса [Электронный ресурс] / С.Э.Ермакова // Российский эконом. интернет-журнал. – 2021. – №2. – Режим доступа: <https://www.e-rej.ru/upload/iblock/334/334edebcb1ab27809e9ed98d030657ed.pdf>. – Дата доступа: 15.05.2021.
 25. Система управления качеством медицинской помощи в медицинской организации / Д.В.Мелик-Гусейнов, В.Эмануэль, Л.А.Ходырева, П.С.Турзин, А.Эмануэль // Медицинский алфавит. Серия «Обозрение». – 2019. – Т.1, №15 (390). – С.53–56.
 26. Завьялов, М.Ф. Концепция МОТ «достойный труд» и возможности ее внедрения в России (по докладу комиссии Дж.Стиглица) [Электронный ресурс] / М.Ф.Завьялов. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsiya-mot-dostoynyy-trud-i-vozmozhnosti-ee-vnedreniya-v-rossii-po-dokladu-komissii-dzh-stiglitsa>. – Дата доступа: 07.06.2024.
 27. Индикаторы достойного труда (перечень показателей, рекомендуемых Международной организацией труда) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/fwJulbK4/ind-dtr07_2021.xlsx. – Дата доступа: 07.10.2021.
 28. Проблемы кадровой обеспеченности в аспекте доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Л.В.Руголь, И.М.Сон, А.В.Гажева, Ю.В.Михайлова, М.Н.Бантьева // Профилактическая медицина. – 2019. – Т.22, №1. – С.49–56. DOI: 10.17116/profmed20192201149.
 29. Аджиев, М.Э. Основные проблемы системы менеджмента качества медицинской организации / М.Э.Аджиев // Молодой ученый. – 2013. – №12. – С.561–562.
 30. Короткова, М.Н. Политика государства в сфере здравоохранения: проблема дефицита кадров / М.Н.Короткова // Политика и общество. – 2016. – №7. – С.1008–1017.
 31. Виноградова, Е.С. Анализ обеспеченности здравоохранения Архангельской области медицинскими кадрами / Е.С.Виноградова, А.С.Королькова // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – №6. – С.54–59.
 32. Никулина, Ю.Н. Актуальные аспекты кадрового обеспечения учреждений здравоохранения [Электронный ресурс] / Ю.Н.Никулина. – Режим доступа: <https://interactive-plus.ru/e-articles/230/Action230-79856.pdf>. – Дата доступа: 03.08.2023.
 33. Численность врачей высшей и первой категорий в России сократилась за год на 3,7 тыс. [Электронный ресурс] // Медвестник. – 2022. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Chislennost-vrachei-vysshei-i-pervoi-kategorii-v-Rossii-sokratilas-za-god-na-3-7-tys.html>. – Дата доступа: 08.12.2022.
 34. Литвин, Ю.П. Управление текучестью кадров организации на основе реализации системного подхода [Электронный ресурс] / Ю.П.Литвин. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-tekuchestyu-kadrov-organizatsii-na-osnove-realizatsii-sistemnogo-podhoda>. – Дата доступа: 10.07.2024.
 35. Макаров, С.В. Кадровая политика в здравоохранении: социальный аспект / С.В.Макаров, Г.М.Гайдаров. – Иркутск: Иркут. гос. мед. ун-т, 2022. – 192 с.
 36. Косенко, А.А. Разработка системы стимулирования медицинского персонала к повышению доступности и качества медицинской помощи / А.А.Косенко, И.Ю.Стволинский // Заместитель главного врача. – 2014. – №4. – С. 86–92.
 37. Казначеева, С.Н. Некоторые особенности управления текучестью персонала в кадровом менеджменте [Электронный ресурс] / С.Н.Казначеева // Вестник Мининского ун-та. – 2015. – №4. – Режим доступа: <https://www.minin-vestnik.ru/jour/article/view/98/0>. – Дата доступа: 16.11.2023.
 38. Рыбалкина, З.М. Регулирование текучести кадров на основе контроллинга персонала: региональные особенности / З.М.Рыбалкина, О.В.Холькина // Региональная экономика: теория и практика. – 2017. – Т.15, №3. – С.482–495.
 39. Кравец, Е. Как в медицине лечат «кадровый голод» и поощряют врачей оставаться в малых горо-

дах [Электронный ресурс] / Е.Кравец. – Режим доступа: <https://zviazda.by/ru/news/20190808/1565282044-kak-v-medicine-lechat-kadrovyy-golod-i-pooshchryayut-vrachev-ostavatsya-v-> Дата доступа: 05.09.2023.

40. Отток кадров – в пределах нормы: Минздрав рассказал о числе медиков в стране [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sputnik.by/20221005/minzdrav-rasskazal-skolko-vrachev-rabotaet-v-sisteme-zdravookhraneniya-1067595579.html>. – Дата доступа: 16.10.2023.

MEDICAL STAFF TURNOVER MANAGEMENT ABROAD AND IN THE REPUBLIC OF BELARUS. REPORT 1

A.V.Semyonov, T.V.Dudina, M.G.Vasilevskaya

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Analysis of literature on issues of medical staff turnover abroad and in the Republic of Belarus, its types, indicators and methods of assessing of this process, as well as main objective factors affecting medical staff provision is presented in the article. Description is given of main models for staff turnover formation and methods for its assessing, adopted in foreign management, and the Russian Federation experience in staff turnover management in healthcare. Analysis of medical staff turnover in the

Republic of Belarus in recent years, mechanisms of its regulation and main issues contributing to its growth in healthcare institutions of the Republic of Belarus are presented.

Keywords: healthcare institutions; medical staff; medical staff turnover; medical staff availability; staff turnover management.

Сведения об авторах:

Семёнов Александр Владимирович, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по научной работе; тел.: (+37517) 3115063; e-mail: semenov@rnpomt.by.

Дудина Татьяна Васильевна, канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией аналитики данных в здравоохранении; тел.: (+37517) 3115055; e-mail: dudina@rnpomt.by.

Василевская Марина Геннадьевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория аналитики данных в здравоохранении, научный сотрудник; тел.: (+37517) 3115055; e-mail: vasilevskaya@rnpomt.by.

Поступила 08.08.2024 г.