

УДК 614.2

А.М. Туленков,
канд. мед. наук, начальник отдела,
ФКУ Научно-исследовательский институт
Федеральной службы исполнения наказаний
Российской Федерации

A.M. Tulenkov,
Candidate of Medical Sciences, Federal State Institution
Research Institute of the Russian Federal
Penitentiary Service

АНАЛИЗ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ УИС ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА

MEDICAL PERSONNEL RESOURCES OF HEALTH SERVICE OF PENAL CORRECTION SYSTEM IN VOLGA FEDERAL DISTRICT

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Туленков Алексей Михайлович, канд. мед. наук, начальник отдела, ФКУ Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации
Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, ул. Житная, д. 14
Тел.: +7 (341) 263-19-38
e-mail: filialniifsin@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 23.05.2017
Статья принята к печати: 30.06.2017

CONTACT INFORMATION:

Aleksej Tulenkov, Candidate of Medical Sciences, Federal State Institution Research Institute of the Russian Federal Penitentiary Service
Address: 14, Zhitnaja str., Moscow, 119991, Russia
Tel.: +7 (341) 263-19-38
e-mail: filialniifsin@mail.ru
The article received: May 23, 2017
The article approved for publication: June 30, 2017

Аннотация. В статье представлены результаты комплексного научного анализа врачебных кадровых ресурсов системы пенитенциарного здравоохранения Приволжского федерального округа за период 2006–2016 гг. Показаны численность, структура и обеспеченность заключенных лиц, содержащихся в местах лишения свободы, врачебными кадрами различных специальностей, изучена квалификационная характеристика врачей, выявлены региональные особенности изучаемых показателей. Результаты исследования показывают, что за исследуемый период в Приволжском федеральном округе обеспеченность врачами лиц, содержащихся в местах лишения свободы (на 10 тыс. человек), возросла с 78,6 до 109,3. Структура врачебных кадров свидетельствует о приоритетном направлении медицинского обеспечения непосредственно в пенитенциарных учреждениях по таким специальностям, как терапия, фтизиатрия и психиатрия. Получение медицинской помощи у врачей по другим специальностям, как правило, осуществляется в стационарном звене. Отмечаются негативные тенденции показателей укомплектованности (87,7%) и совместительства (0,95) врачебных кадров. Кроме того, существуют региональные проблемы укомплектованности и обеспеченности врачебными кадрами, а также повышения их квалификации.

Abstract. The article analyzes medical personnel resources of system of penitentiary health care of Volga federal district in 2006–2016. The article dwells upon the strength and structure of the healthcare including regional variations and peculiarities. The study revealed the increase in the number of medical personnel from 78.6 to 109.3 per 10 thousand inmates. The in-situ health care priorities are therapy, phthisiology and psychiatry. Other health care interventions are as a rule provided in hospital setting. The study found negative tendencies in understaffing (87.7%) and part-time employment, as well as regional problems with the personnel continuous training.

Ключевые слова. Пенитенциарная система, осужденные, врачебные кадры.

Keywords. Penal system, inmates, health care personnel.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Медицинские кадры являются наиболее ценным ресурсом системы здравоохранения, определяющим многие параметры эффективности ее деятельности [1; 2; 3].

Существенные изменения структуры пенитенциарного сектора здравоохранения, связанные с реформированием уголовно-исполнительной системы (УИС), определили объективную необходимость анализа состояния кадровых ресурсов и поиска оптимальных путей решения вопросов обеспечения ими учреждений медицинской службы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании данных ведомственной статистики проведен анализ численности и структуры врачебных кадров медицинской службы УИС Приволжского федерального округа, определена обеспеченность ими обслуживаемого контингента лиц, выявлена региональная дифференциация.

Основными методами исследования явились количественный, структурный и сравнительный анализы, математический метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

По состоянию на конец 2016 г. в медицинской службе УИС Приволжского федерального округа было предусмотрено 1 583,75 штатных врачебных должностей, что на 6,2% ниже показателя 2006 г. (1 688,0 должностей). Как показал анализ структуры врачебных кадров по типам медицинских учреждений, число штатных врачебных должностей в медицинских частях исправительных учреждений оставило 57,6% всех врачебных кадров медицинской службы УИС, а их численность за исследуемый период снизилась на 9,7% (с 1 010,0 в 2006 г. до 912,5 в 2016 г.). В туберкулезных больницах также отмечается снижение численности врачебных кадров на 4,3% (с 336,0 в 2006 г. до 321,5 в 2016 г.), а в многопрофильных больницах отмечается противоположная тенденция – рост на 2,3% (с 342,0 в 2006 г. до 349,75 в 2016 г.).

При этом уровень обеспеченности (на 10 000 обслуживаемого контингента) врачебными кадрами в 2016 г. составил 109,3, что на 39,1% выше показателя 2006 г. (78,6) и в 2,3 раза превышает уровень обеспеченности населения страны (48,5) [4], даже с учетом врачебных кадров государственных и муниципальных больничных учреждений, включая аспирантов, клинических ординаторов и интернов.

Столь высокий уровень обеспеченности врачебным персоналом в медицинских частях обусловлен необходимостью беспрепятственного доступа к амбулаторно-поликлинической, стационарной

и неотложной медицинской помощи в каждом исправительном учреждении на фоне существенного ограничения свободы передвижения обслуживаемого контингента накладывают необходимость развертывания штата, гипертрофированного с точки зрения нормативов общественного здравоохранения.

Также необходимо учесть, что кроме амбулаторного приема в обязанности врачей медицинских частей включается необходимость обеспечения круглосуточной неотложной медицинской помощи, осуществление стационарного лечения заболеваний сроком до 14 дней, обеспечение медицинской помощью производственных зон исправительных учреждений, что также способствует увеличению штата медицинских частей.

Как показал анализ полученных данных, на протяжении всего исследуемого периода изменение штатной численности врачей медицинской службы УИС Приволжского федерального округа как в абсолютных ($r=0,88$; $R^2=0,77$; $p < 0,005$), так и в относительных ($r=-0,99$; $R^2=0,98$; $p < 0,001$) значениях неуклонно следовало за динамикой изменения численности обслуживаемого контингента [5].

Так, до 2008 г., вместе с ростом численности лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, наблюдался рост и число врачебных должностей, сохранявшиеся по инерции вплоть до 2009 г. Последовавшее затем снижение численности обслуживаемого контингента определило дальнейшую тенденцию к ежегодному планомерному снижению и штата врачей. Некоторая стабилизация штатной численности врачей медицинских частей на фоне существенного снижения (–14,3%) численности осужденных в период 2011–2012 гг. объясняется проведением организационно-штатных мероприятий, связанных с созданием медико-санитарных частей ФСИН России.

Существенное снижение штатной численности врачей в период 2013–2014 гг. в основном связано с реализацией Указа Президента РФ от 20 апреля 2013 г. № 363 «Об установлении штатной численности работников уголовно-исполнительной системы», предполагающего снижение на 40 тыс. человек (с 265 031 до 225 276 единиц) к 1 января 2014 г. штатной численности сотрудников УИС, содержащихся за счет федерального бюджета. В результате, с одной стороны, это привело к сокращению ряда неэффективно функционирующих исправительных учреждений и, соответственно, медицинских частей в них, а с другой – приоритетному рассмотрению медицинского персонала в качестве цели для сокращения.

С учетом сложной экономической ситуации в стране и наличия общих тенденций к оптимизации существующего бюджета путем сокращения штатной численности сотрудников следует ожидать дальнейшего сокращения штатной численности врачей, объем которой сложно предугадать.

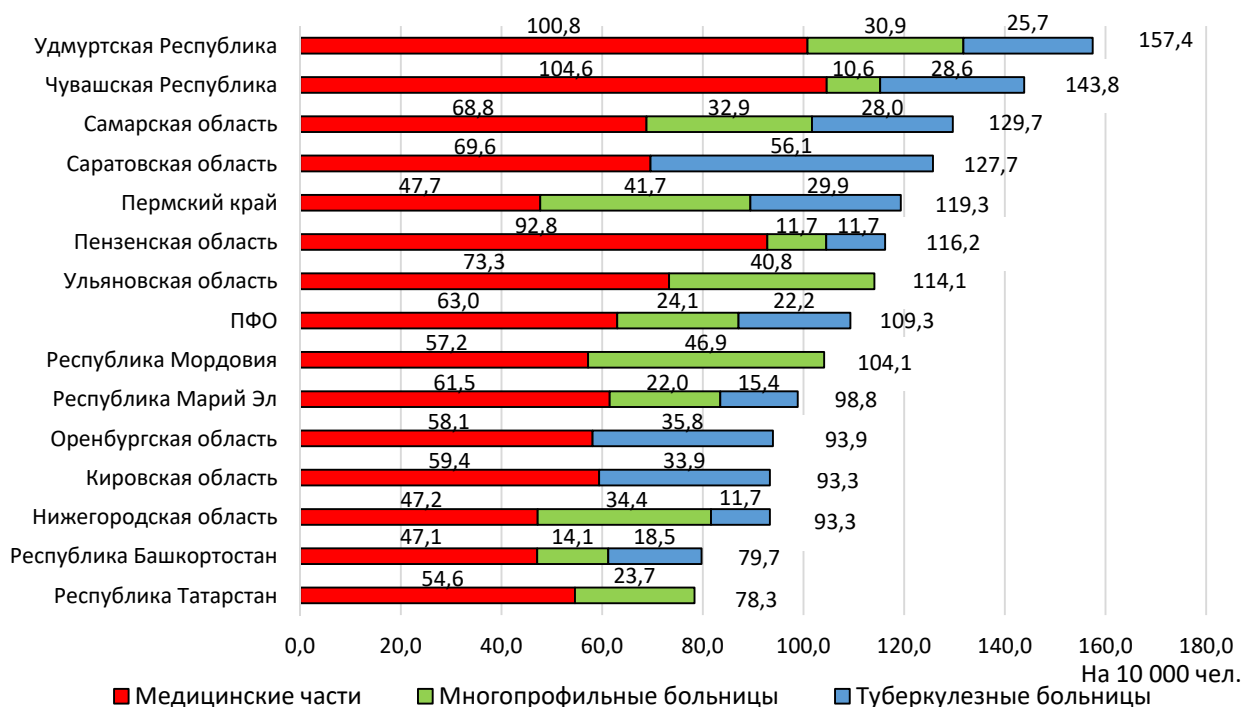


Рис. 1. Региональная структура обеспеченности (на 10 000 человек) врачами медицинской службы УИС Приволжского федерального округа в 2016 г.

Региональная структура обеспеченности врачами медицинской службы УИС Приволжского федерального округа в 2016 г. имеет значительные отличия (рис. 1).

Так, наибольший показатель обеспеченности на 10 000 обслуживаемого контингента отмечается в Удмуртской (157,4) и Чувашской республиках (143,8), при этом в этих же регионах отмечается наибольшая обеспеченность врачами в медицинских частях, представляющих собой звено первичной медицинской помощи, дислоцированных непосредственно в исправительных учреждениях (100,8 и 104,6 соответственно). Наименьшие значения уровня обеспеченности отмечаются в республиках Татарстан (78,3) и Башкортостан (79,7).

Значительное расхождение параметров обеспеченности может зависеть от ряда факторов, осуществить статистический учет которых представляется крайне проблематичным. В качестве примера можно рассмотреть влияние на показатель обеспеченности врачам персоналом как типа пенитенциарных учреждений, так и особенностей организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в том или ином регионе:

1. Наличие пенитенциарных учреждений с небольшим лимитом наполнения, ввиду указанных выше особенностей их деятельности, все равно потребует размещения в них полноценных медицинских частей, а значит, и повысит показатель обеспеченности врачам персоналом.

2. Особенности ведения хозяйственной деятельности исправительных учреждений некоторых регионов диктует необходимость географического размещения нескольких типов исправительных учреждений (например, исправительная колония и колония-поселение) в одном месте, что позволяет обслуживать их силами одной медицинской части, а это способствует уменьшению показателя обеспеченности врачам персоналом.

3. Некоторые специализированные больницы и лечебные исправительные учреждения (психиатрические, наркологические, женские и др.) могут обслуживать несколько регионов, что уменьшает показатель обеспеченности врачам персоналом в обслуживаемых ими регионах и увеличивает данный показатель в регионе дислокации данной больницы.

4. В ряде случаев, полное или частичное обслуживание лиц, содержащихся в исправительных учреждениях, осуществляется в ближайшей государственной или муниципальной организации здравоохранения, что ведет к снижению численности врачам персоналом в лечебных учреждениях данного региона.

5. Во многих исправительных учреждениях, на территории которых располагаются ведомственные больницы (многопрофильные, туберкулезные), численность врачам персоналом медицинских частей, как правило, сведена к минимуму, а осуществление амбулаторного приема частично или

полностью возлагается на врачебный персонал этой больницы.

6. Необходимо помнить и о менее значимых факторах, в частности, возможности изменять штатную структуру в пределах выделенного лимита должностей непосредственно руководством медико-санитарной части территориального органа ФСИН России, исходя из текущих потребностей.

Представляет интерес структура штата врачебного персонала по различным специальностям. При этом целесообразно структуру врачебных кадров медицинских частей и больниц рассмотреть отдельно, так как они представляют отдельные звенья медицинской службы уголовно-исполнительной системы.

Так, врачебный персонал медицинских частей исправительных учреждений, представляющий управление медицинской частью (ОЗиЗ), в 2016 г. составил 19,5%, при этом 90,2% врачебного персонала данной группы – аттестованные сотрудники (табл. 1).

Врачебный персонал, осуществляющий непосредственно амбулаторный прием, составил 66,2%. Наибольший долевым вклад в структуру врачебных кадров данной группы внесли врачи таких специальностей, как терапевты (23,6%), психиатры (включая психиатров-наркологов 15,8%) и фтизиатры (8,8%).

Врачебный персонал диагностических и вспомогательных специальностей в совокупности составляет 14,4%, а доля аттестованного персонала в данной группе составила всего 10,4%. Наибольший

вклад в структуру врачебных кадров данной группы внесли врачи-рентгенологи (8,8%) и врачи-лаборанты (1,8%).

Следует отметить, что за исследуемый период численность штатных врачебных должностей по первой пятёрке специальностей, имеющих наибольшую долю в структуре численности врачебного персонала, имела тенденцию к снижению, с достижением наименьших значений по врачам-терапевтам (–4,0%), а наибольших – по врачам-фтизиатрам (–17,6%).

Обеспеченность врачами отдельных специальностей следует общей тенденции к росту, обусловленному снижением численности обслуживаемого контингента. Единственной специальностью, по которой наблюдается снижение как общей численности (–37,5%), так и обеспеченности (–6,6%), являются врачи-офтальмологи.

Необходимо отметить появление в штатной структуре медицинских частей исправительных учреждений врачей по специальности «Врач общей практики», что обусловлено общей тенденцией в системе здравоохранения, предполагающей через внедрение врачей общей практики предоставление более широкого спектра медицинской помощи по сравнению с терапевтом, и даже частичное сокращение врачей по некоторым узким специальностям на этапе оказания первичной медицинской помощи.

Вместе с тем массового внедрения врачей по специальности «Врач общей практики» и замены

Таблица 1

Динамика обеспеченности врачами по отдельным специальностям в медицинских частях Приволжского федерального округа в 2016 г.

Наименование специальности	Численность врачей		Обеспеченность	
	Абс.	Темп прироста, %*	На 10 тыс. чел.	Темп прироста, %*
Терапевт	216,25	–4,0	14,9	+43,5
ОЗиЗ	178,5	–14,8	12,3	+27,3
Психиатр	96,25	–10,0	6,6	+34,4
Фтизиатр	80,75	–17,6	5,6	+23,1
Психиатр-нарколог	48,25	–16,1	3,3	+25,4
Дерматовенеролог	21,0	–20,0	1,4	+19,5
Акушер-гинеколог	20,0	0	13,5**	+32,9
Инфекционист	13,25	–7,0	0,9	+38,9
Хирург	11,5	–19,3	0,8	+20,6
Врач общей практики	7,5	+100,0	0,5	+100,0
Травматолог-ортопед	4,75	+280,0	0,3	+467,8
Невролог	3,75	+7,1	0,3	+60,1
Офтальмолог	3,25	+62,5	0,2	+142,8
Отоларинголог	1,25	–37,5	0,1	–6,6
Педиатр	1,5	–62,4	37,9**	+50,4
Кардиолог	0,5	+100,0	0,04	+100,0

Примечание: * Темп прироста (убыли) в 2016 г. по сравнению с 2006 г.

** Обеспеченность на 10 000 соответствующего контингента (женщин, несовершеннолетних).

ими как врачей узких специальностей, так и врачей-терапевтов в медицинских частях не наблюдается, что связано с рядом факторов. В частности, наиболее значимым, на наш взгляд, являются более повышенные требования как к оснащению, так и к планированию кабинетов врачей общей практики. С одной стороны, это ведет к трудностям при лицензировании данного вида медицинской деятельности, так как требуются значительные

средства для приведения имеющегося оснащения и набора помещений в соответствие с требованиями. С другой стороны, отсутствие возможности полноценно развернуть и оснастить необходимый набор кабинетов врачей общей практики ведет к сужению спектра оказываемой ими медицинской помощи и, соответственно, отсутствию какого-либо преимущества перед возможностями врачей-терапевтов.

Таблица 2

Динамика обеспеченности врачами по отдельным специальностям в больницах Приволжского федерального округа в 2016 г.

Наименование специальности	Численность врачей больниц				Обеспеченность, всего	
	Многопрофильные		Туберкулезные			
	Абс.	Темп прироста, %*	Абс.	Темп прироста, %*	На 10 тыс. чел.	Темп прироста, %*
Хирург	42,5	-21,30	17,0	-27,66	4,0	+12,08
Терапевт	42,0	-27,90	21,0	+23,53	4,3	+22,22
ОЗиЗ	33,0	-2,94	34,0	-5,56	4,6	+39,72
Анестезиолог-реаниматолог	24,0	+11,63	11,0	+4,76	2,4	+59,67
Фтизиатр	17,5	-32,69	105,0	-19,85	8,3	+13,90
Психиатр	15,5	+3,33	4,0	0,00	1,3	+49,82
Инфекционист	11,5	+12,20	11,5	+109,09	1,6	+113,18
Невролог	12,0	+20,00	3,5	+27,27	1,1	+77,47
Дерматовенеролог	9,0	-18,18	5,0	+33,33	1,0	+38,56
Офтальмолог	6,0	-25,00	4,0	-33,33	0,7	+4,27
Отоларинголог	6,0	-27,27	4,0	-11,11	0,7	+14,49
Психиатр-нарколог	2,5	+66,67	1,0	0,00	0,2	+104,37

Примечание: * Темп прироста (убыли) в 2016 г. по сравнению с 2006 г.

Руководящий состав составляет 9,4% в структуре многопрофильных и 10,4% в структуре туберкулезных больниц (табл. 2).

На фоне изменения численности и обеспеченности врачебным персоналом представляет собой интерес изменение показателя укомплектованности штатов с учетом занятых должностей, а также коэффициента совместительства врачей, которые в целом имеют отрицательную динамику (табл. 3).

Так, за исследуемый период показатель укомплектованности с учетом занятых ставок по всем врачебным должностям снизился с 93,2% в 2006 г. до 87,7% в 2016 г., а коэффициент совместительства снизился с 1,03 в 2006 г. до 0,95 в 2016 г.

В региональном разрезе укомплектованность с учетом занятых ставок по всем врачебным должностям в большинстве регионов также снизилась. Единственный регион, в котором отмечается рост укомплектованности штатов по сравнению с 2006 г., – Удмуртская Республика (+1,9%), а в Республике Марий Эл он остался на прежнем уровне.

Информационное наполнение существующих ведомственных форм не позволяет провести анализ укомплектованности по отдельным специальностям

не только в масштабах УИС, но и даже в разрезе отдельных регионов. Проведенный выборочный анализ позволяет утверждать о наличии наибольшего дефицита врачебных кадров среди врачей-психиатров (включая психиатров-наркологов) – около 20,0%, врачей-фтизиатров – около 13,0% и врачей-терапевтов – около 8,0%.

Во многих регионах укомплектованность врачебными кадрами достигается за счет внешнего и внутреннего совместительства. Так, в 2016 г. по всем врачебным должностям коэффициент совместительства врачей составил 0,95, что ниже показателя 2006 г. (1,03) (табл. 3). При этом проведенный анализ коэффициента совместительства показал наличие существенных региональных особенностей. В частности, можно выделить регионы с высоким показателем коэффициента совместительства в медицинских частях, которые, на фоне низкой укомплектованности, могут свидетельствовать о высокой нагрузке на врачебный персонал: Нижегородская область (1,42), Республика Чувашия (1,38) и Татарстан (1,35). При этом обращает внимание, что в данных регионах высокий показатель коэффициента совместительства был высок на протяжении всего изучаемого периода.

Таблица 3

Укомплектованность врачебным персоналом и уровень их совместительства в медицинских частях и больницах Приволжского федерального округа в 2016 г., %

Годы	Медицинские части		Больницы				Всего	
			Многопрофильные		Туберкулезные			
	Укомплектованность, %	Коэффициент совместительства	Укомплектованность, %	Коэффициент совместительства	Укомплектованность, %	Коэффициент совместительства	Укомплектованность, %	Коэффициент совместительства
2006	95,1	1,02	91,8	1,03	95,0	1,03	93,2	1,03
2007	93,1	1,02	93,2	1,02	93,9	0,99	93,2	1,02
2008	94,2	1,03	94,4	1,01	96,1	0,98	95,3	1,01
2009	95,1	1,04	96,6	1,11	97,5	1,01	95,8	1,05
2010	93,8	1,03	95,6	1,07	96,9	0,99	94,8	1,03
2011	93,4	0,99	94,9	1,05	92,6	1,02	93,6	1,01
2012	90,1	0,97	93,2	0,98	89,3	0,96	90,6	0,97
2013	89,7	0,98	90,4	0,99	90,2	1,02	90,0	0,99
2014	86,5	0,94	89,5	1,02	86,8	0,98	87,3	0,97
2015	85,3	0,91	91,2	1,07	91,7	1,00	87,9	0,96
2016	85,1	0,91	90,8	1,06	91,6	1,00	87,7	0,95

Вторую группу представляют все остальные регионы, имеющие коэффициент совместительства ниже единицы, который был максимально приближен к единице в Пензенской области (0,98) и достиг наименьших показателей в Ульяновской области (0,76) и Республике Мордовия (0,81). Практически во всех перечисленных регионах, по сравнению с 2006 г., отмечается снижение значений коэффициента совместительства, единственным исключением является Республика Марий Эл – рост с 0,79 в 2006 г. до 0,84 в 2016 г.

Проведенный анализ причин как изменения показателей укомплектованности и коэффициента совместительства, так и их региональных отличий позволил выделить наиболее значимые факторы. В частности, можно утверждать, что изменения уровня укомплектованности ($r=0,92$; $R^2=0,86$; $p<0,001$) и коэффициента совместительства ($r=0,93$; $R^2=0,87$; $p<0,001$) неуклонно следуют за изменением численности обслуживаемого контингента и связанным с этим изменением численности штатных врачебных должностей.

Дополнительные данные, полученные при опросе врачей, показали, что проводимое в последние годы сокращение врачебного штата медицинских частей сделало работу врача в пенитенциарной системе непривлекательной ввиду ее нестабильности – «в любой момент могут сократить», что является наиболее часто указываемой причиной (43,4%), особенно у аттестованных сотрудников (56,4%). Другой отмеченной респондентами причиной является снижение привлекательности для прихода

молодых специалистов за счет уменьшения числа аттестованных должностей (21,6%). Она рассматривается как инструмент социальной защищенности (более ранний выход на пенсию, относительно более высокий уровень оплаты труда и др.).

Среди других факторов, влияющих на укомплектованность, респондентами отмечено отсутствие у аттестованных сотрудников права на подработку в других муниципальных и государственных медицинских учреждениях (17,0%). В результате даже врач без большого опыта работы за счет совмещения в гражданском секторе здравоохранения имеет возможность заработать в 1,3–1,5 раза больше, чем в медицинских частях УИС.

Данную тенденцию усугубляет и проводимая оптимизация уровня заработной платы, приведшая к снижению разницы между средней заработной платой врачей пенитенциарной системы и врачей муниципальных и государственных организаций здравоохранения. Это послужило, с точки зрения респондентов, с одной стороны, низкой привлекательности работы в медицинских частях для выпускающихся из вузов молодых специалистов (12,4%), а с другой, уходу аттестованных сотрудников, имеющих пенсионную выслугу, в систему муниципального здравоохранения (11,7%).

Снижение показателя коэффициента совместительства на фоне уменьшения укомплектованности врачебным штатом, отмечаемое в большинстве регионов, свидетельствует о попытках компенсировать отток кадров путем привлечения внешних со-вместителей для работы на неполную ставку.

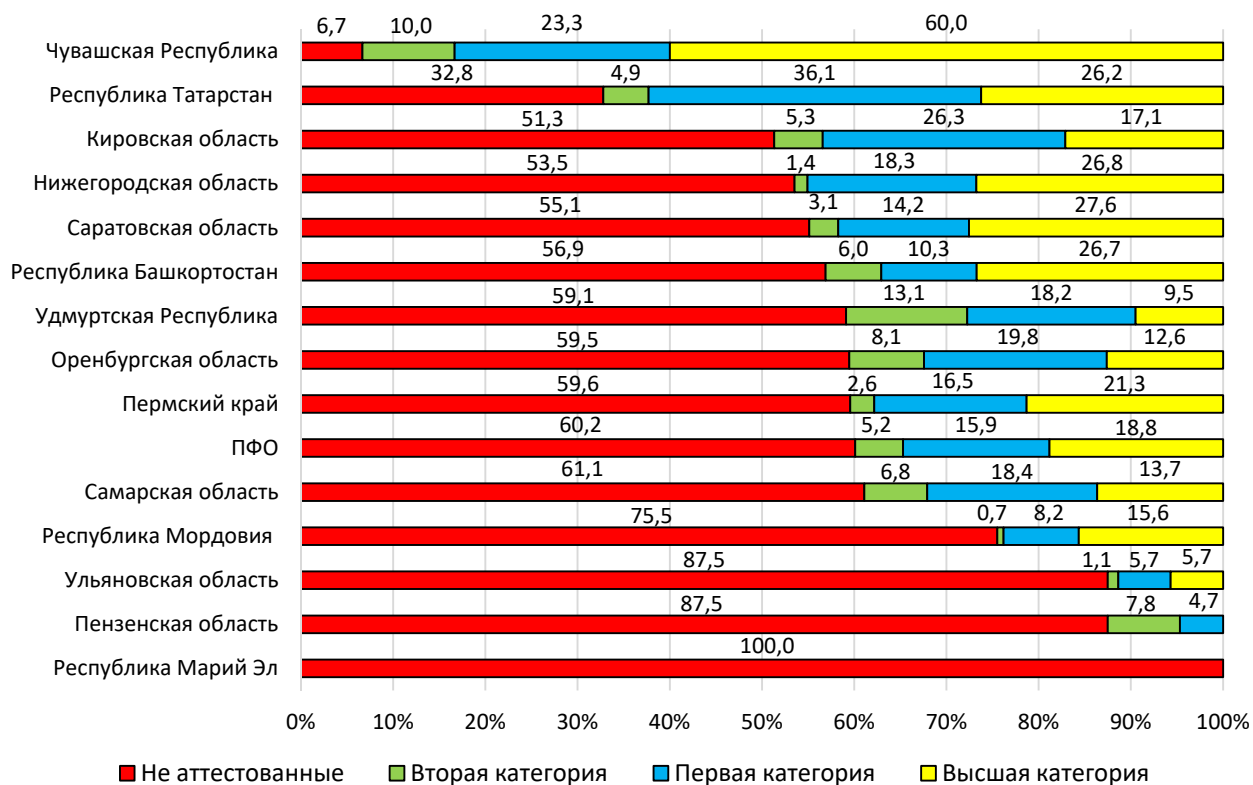


Рис. 2. Региональные особенности долевого распределения врачебных кадров по уровню квалификации в 2016 г., %

Характеристика кадров медицинской службы УИС требует и оценки квалификационных характеристик врачебного персонала [6]. Так, за исследуемый период существенно улучшилась ситуация со своевременностью прохождения врачебным персоналом курсов повышения квалификации. В частности, удельный вес врачей, не прошедших в установленные сроки (5 лет) курсы повышения квалификации, снизился с 7,8% в 2006 г. до 1,0% в 2016 г.

Кроме того, проведенный анализ показателей аттестации, оцениваемый долей врачей, имеющих квалификационные категории, показал, что уровень квалификации врачей и его структура за исследуемый период существенно изменились. Так, за 2016 г. доля врачей, имеющих квалификационную категорию, составила 39,8%, что практически аналогично показателю 2006 г. (39,9%). При этом за исследуемый период значительно вырос удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию (с 9,7% в 2006 г. до 18,8% в 2016 г.), в основном за счет снижения доли специалистов, имеющих вторую (с 7,8% в 2006 г. до 5,2% в 2016 г.) и первую (с 22,4% в 2006 г. до 15,8% в 2016 г.) квалификационные категории.

Региональные показатели квалификационного уровня врачебных кадров имели существенные различия (рис. 2).

Как видно из представленных данных, Чувашская Республика является регионом с наибольшим

числом врачей, имеющих ту или иную квалификационную категорию (93,3%), кроме того, в данном регионе наибольший показатель долевого вклада в структуру уровня квалификации вносят врачи, имеющие высшую квалификационную категорию (60,0%).

Наименее благополучная ситуация по уровню квалификации врачебного состава наблюдается в медицинской службе Республики Марий Эл, не имеющей в своем составе аттестованных на квалификационную категорию врачей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показатели деятельности пенитенциарного сектора здравоохранения во многом зависят от эффективности использования кадрового ресурса, рациональной организации их труда. Результаты проведенных исследований отражают наличие ряда проблем, которые могут негативно сказаться на результативности медицинской службы УИС. В частности, отмечается существенное снижение показателей укомплектованности и совместительства врачебными кадрами, в первую очередь медицинских частей исправительных учреждений.

Существенный разрыв региональных показателей, с одной стороны, объясняется ведомственными особенностями организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы

и, с другой – недостатками в определении потребности и планировании кадрового обеспечения.

Структура врачебных кадров свидетельствует о приоритетном направлении медицинского обеспечения непосредственно в пенитенциарных учреждениях по таким специальностям, как терапия, фтизиатрия и психиатрия. Получение медицинской помощи у врачей по остальным специальностям, как правило, осуществляется в стационарном звене.

Исходя из результатов проведенного анализа стратегическое планирование развития медицинской службы УИС потребует:

- внедрения системы планирования потребности в кадровых ресурсах на основании определения потребности во врачебных кадрах с учетом проводимых организационно-штатных мероприятий и существующих региональных особенностей организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы;

- организацию мониторинга и систематического анализа кадрового состава учреждений пенитенциарной системы здравоохранения с целью осуществления контроля за рациональным использованием врачебных кадров;

- разработки мер по привлечению молодых специалистов и их закрепление на местах;

- оптимального планирования мероприятий по повышению профессионального уровня;

- разработки эффективной системы экономического стимулирования и социальных гарантий для специалистов.

Список литературы

1. Шепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2013; 6: 24–28.
[Schepin V.O. The provision of Russian population with basic health care personnel resource. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine.* 2013; 6: 24–28 (in Russian).]

2. Плутницкий А.Н. Совершенствование кадрового обеспечения муниципальных больничных учреждений. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2013; 1: 38–42.
[Plutnitskiy A.N. The improvement of manpower support of municipal hospitals. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine.* 2013; 1: 38–42 (in Russian).]
3. Тимербулатов В.М. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: роль и место медицинских кадров в его реализации. *Медицинский вестник Башкортостана.* 2006; 1: 9–12.
[Timerbulatov V.M. Summary national priority project “Health”: the role and status of medical staff for its realization. *Medical bulletin of Bashkortostan.* 2006; 1: 9–12 (in Russian).]
4. Здравоохранение в России. 2015: стат. сб. Росстат. М.; 2015: 174.
[Health care in Russia. 2015: Statistical collection. Federal state statistics service. Moscow; 2015: 174 (in Russian).]
5. Туленков А.М., Дюжева Е.В., Романов К.А. Медико-демографическая ситуация в пенитенциарных учреждениях Приволжского федерального округа в период реформирования уголовно-исполнительной системы. *Казанский медицинский журнал.* 2016; 97(1): 124–130. DOI: 10.17750/КМЖ2016-124.
[Tulenkov A.M., Dyuzheva E.V., Romanov K.A. Medico-demographic situation in prisons of Volga federal district in the period of the penal system reforming. *Kazan. Med. J.* 2016; 97(1): 124–130. DOI:10.17750/КМЖ2016-124 (in Russian).]
6. Бурьшкова Н.Н., Кораблев В.Н. Анализ литературы по аттестации и деловой оценке медицинских кадров в России и за рубежом. *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России.* 2012; 1: 1–21.
[Buryshkova N.N., Korablev V.N. Analysis of literature on certification and business assessment of medical personnel in Russia and abroad. *Messenger of public health and health care of the Far East of Russia.* 2012; 1: 1–21 (in Russian).]