

УДК 614.2 (571.6) «1990/2021»

В.Г. Дьяченко

Либеральные реформы в здравоохранении Дальнего Востока России спровоцировали кадровый кризис

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск
Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Резюме

Проведен анализ публикаций и оценка мнения студентов, выпускников профильных вузов и практикующих врачей о результатах либеральных реформ в здравоохранения Дальнего Востока России в 1990-2021 гг., которые свидетельствуют о сложной ситуации в отрасли, глубину которой усугубляет кадровый кризис в медицинских организациях региона. Пандемия COVID-19, переход на технологии Медицины 5П, тотальная медиализация, смена поколений практикующих врачей на фоне кадрового кризиса ставит перед управляющими структурами новые задачи по восстановлению кадрового потенциала отрасли. Основой стратегии восстановления кадрового потенциала как специалистов общего профиля, так и специалистов в области биоинформатики, геномной инженерии, молекулярной биологии должно стать тесное сотрудничество с профильными вузами региона.

Ключевые слова: провинциальное здравоохранение, либеральные реформы, кадровый кризис.

V.G. Dyachenko

Liberal reforms in healthcare in the Russian Far East have provoked a personnel crisis.

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The analysis of publications and evaluation of the opinion of students, graduates of specialized universities and practicing doctors on the results of liberal reforms in the healthcare of the Russian Far East in 1990-2021, which indicate a difficult situation in the industry, the depth of which is aggravated by the personnel crisis in medical organizations in the region. The COVID-19 pandemic, the transition to 5P medicine technologies, total medicalization, the change of generations of practicing doctors against the background of the personnel crisis poses new tasks for the management structures to restore the personnel potential of the industry. The basis of the strategy for restoring the personnel potential of both general

specialists and specialists in the field of bio-informatics, genetic engineering, and molecular biology should be close cooperation with specialized universities in the region.

Key words: provincial healthcare, liberal reforms, personnel crisis.

Введение

Динамика развития Дальнего Востока России в бывшем СССР показывала, что значительная часть дальневосточников чувствовала себя вполне комфортно за счет того, что социальное государство взяло на себя функции управления народным хозяйством, производством образовательных и медицинских услуг, обеспечением безопасности граждан и др., что сформировало относительную стабильность в обществе региона. Почти все ключевые показатели, которые измеряли благосостояние общества (уровень бедности, число лиц, умирающих в результате социальных конфликтов, ВВП на душу населения, ожидаемая продолжительность жизни, уровень грамотности, количество смертей, вызванных пандемиями и др.) убеждают в том, что уровень жизни большинства граждан СССР, как его центральных регионов, так и отдаленных провинций был вполне сопоставим с уровнем жизни граждан многих стран мира. Хотя, справедливости ради, управляющие структуры признавали отсталость СССР по отдельным параметрам развития человеческого капитала от

большинства экономически развитых стран мира [27,29].

Либеральная революция начала 1990-х годов, которая привела к разрушению СССР, реализовала стремление её инициаторов (М.С. Горбачев, Б.Н. Ельцин и др.) к полной свободе личности [9,11,50]. Они считали, что производитель и потребитель имеют полную свободу покупать и продавать товары и услуги по любой цене, на которую найдутся желающие ее купить. Каждый волен производить, продавать и покупать все, что в принципе может быть произведено и продано. Причем, теоретически либералы подразумевали, что доступ к любым сферам деятельности должен быть открыт для всех на одинаковых основаниях [8,9,35]. Либерализм в этот период положил начало процессу интеграции России как в европейские, так и мировые политические и экономические структуры, именно к этому стремились инициаторы либеральной революции [39,57,65].

Однако, даже её промежуточные результаты, в начале XXI века оценивались неоднозначно (43,46,47). Так, известный американский экономист Джеффри Д. Сакс, советник ведущего реформатора-либерала того времени А.Т. Гайдара, рассказывая о своей работе в России в 1991-1994 годах указывал на то, что запланированные либеральные реформы так и

Либеральные реформы в здравоохранении Дальнего Востока России спровоцировали...

не были осуществлены или проводились в крайне урезанном виде, в частности, не была достигнута стабилизация цен, что сопровождалось галопирующей инфляцией [41]. Причем, по его мнению, самое худшее произошло в 1995-1996 гг. «...В течение двух этих лет российская приватизация приобрела откровенно бесстыдный и криминальный характер. По сути, коррумпированная группа так называемых бизнесменов, которых впоследствии стали называть новыми российскими олигархами, сумела прибрать к своим рукам природные ресурсы стоимостью в десятки миллиардов долларов – главным образом месторождения нефти и газа» [63]. Тем не менее, отечественные либералы рассматривали эти процессы, как вполне естественную реакцию на распад СССР [9,10,50].

Конечным результатом реализуемых в России по рекомендациям Международного валютного фонда либеральных реформ стал вывоз из страны более триллиона долларов, перевод в иностранную юрисдикцию контроля над прибыльными предприятиями, подчинение финансового рынка интересам иностранных спекулянтов [17]. По мнению либералов-реформаторов, конец второго десятилетия XXI века в России ознаменовался «полной победой либеральной стратегии реформ государства и общества». В экономике главенствуют рыночные отноше-

ния [30], в образовании успешно реализуется «Болонский процесс» [24,25], в здравоохранении – стратегия «оптимизации» [23,47]. К сожалению, по оценкам многих отечественных и зарубежных экспертов, это «Пиррова победа» либералов, поскольку реальных достижений ни в экономике, ни в образовании и здравоохранении, даже на ежегодно проводимых «Гайдаровских форумах», отмечено не было [4,7,13,17]. В этой связи вывод о том, что сохранение существующей системы хозяйствования обрекает государство на внешнюю зависимость, общество – на деградацию, а население – на вымирание, вполне обоснован [13].

По мнению идеологов либеральных реформ отечественной медицины, из НИУ ВШЭ и Московской школы управления Сколково, главным вызовом новейшего времени для российской системы здравоохранения выступает необходимость решения масштабных задач повышения эффективности здравоохранения при сокращении размеров государственного финансирования [4,5,8,16,32,42,53]. Отсутствие взвешенной государственной политики реформирования здравоохранения и переход на рыночные рельсы с особой силой отразилось на населении провинций государства, таких, как Дальний Восток [18,20].

Между тем, современный мир, уже несколько десятилетий существует как сетевое сообщество, сконструировано вокруг персональных и организационных структур, которые поддерживаются цифровыми сетями и осуществляют коммуникацию посредством

Интернета и компьютерных сетей. Именно в этих условиях должна возрасти роль государства, как механизма отстаивания национального суверенитета и препятствию подчинению глобальной стратегии транснациональных корпораций (ТНК) [22]. По мнению бессменного руководителя Всемирного экономического форума Клауса Шваба, будущее мира за глобальными корпорациями, которые должны постепенно брать на себя все функции государств [54]. Для формирования глобальной стратегии развития в большинстве крупнейших ТНК «...созданы специальные разведывательные и контрразведывательные подразделения, использующие в своей деятельности формы и методы, что и государственные спецслужбы» [42]. По мнению либералов в современном мире никаких альтернатив развитию власти ТНК и МВФ, НАТО и ВТО не должно существовать, а всякий, кто высказывает иную точку зрения является убеждённым консерватором [21,59].

Отечественное здравоохранение уже в течении трех десятилетий испытывает на себе давление стратегии глобализации, а современный этап развития здравоохранения мира, когда Россия ведет активную политику интеграции в эти процессы через ВОЗ и другие международные организации, система производства медицинских и фармацевтических

услуг страны превращается в привлекательную территорию для прихода иностранных ТНК. Однако, с другой стороны, в современных условиях глобализации, создается платформа для формирования отечественных ТНК, выход которых на медицинские и фармацевтические рынки стран-партнеров проходит параллельно с процессами реструктуризации мировой системы здравоохранения и углублением международных интеграционных процессов [45,56], чего не следует исключать при формировании стратегии реформ отечественного здравоохранения.

Приоритетной задачей реформы здравоохранения России, было объявлено улучшение доступности, качества и безопасности медицинских услуг, что в значительной мере зависит от уровня развития кадров, особенно врачей [32]. А эффективность профессиональной деятельности любого врача определяется уровнем компетенций и профессиональных мотиваций, социально-экономическими условиями жизни и уровнем удовлетворенности реализуемых технологий, которые являются неотъемлемой частью их социальной роли в обществе [1,28,60]. Эти элементы профессиональной и социальной роли врача не следует рассматривать в отрыве от изменений, происходящих в государстве [62,66]. К таким изменениям следует отнести достаточно масштабные исторические и социально-экономические перемены, связанные со сменой господствующей в современной России социально-культурной парадигмы: приход к власти либе-

ралов, реализация рыночных механизмов во всех сферах производства товаров и услуг, отход от плановой экономики и др. [8,39].

С тех пор, как пандемия COVID-19 вмешалась в устоявшуюся конфигурацию взаимоотношений между государствами и разрушила существующий сценарий управления мировой экономикой, роль транснациональных корпораций только возросла [64]. Параллельно, в условиях автоматизации производственных процессов и массового внедрения промышленных роботов поменялась ситуация во многих медицинских и фармацевтических организациях. Наблюдается рост цифровизации производства медицинских услуг, инноваций в генетике и синтетической биологии, что открыло пути для новаторских разработок в области отечественной медицины. Это позволяет надеяться на то, что новейшие биотехнологические методы с использованием платформ РНК и ДНК станут основой для разработки новых биоинженерных методов диагностики и лечения распространенных заболеваний [54,55].

Таким образом, внедрение цифровых и биотехнологий, искусственного интеллекта, медицинских роботов позволят сократить время на коммуникации, ускорить все процессы производства медицинских услуг, однако это напрямую зависит от вектора развития человеческо-

го капитала России. Не человека вообще, а человека, обладающего компетенциями в области инновационных технологий, умеющего исследовать, внедрять новое и совершенствовать достижения науки и практики предыдущих поколений. В связи с этим можно признать, что основными факторами производства в грядущей экономике становятся не столько инфраструктура производства продукции, а человеческий и информационный капиталы [64]. Причем кадры, подготовленные для инновационного сектора отечественной медицины, должны обладать особыми качествами, поскольку им придется функционировать на «стыке» науки и практики, государства и бизнеса, с учетом социально-экономических особенностей региона.

Инновационное развитие современной медицины определяет последовательное расширение спектра требований, предъявляемых к качеству медицинских кадров: от выпускников вузов и колледжей сегодня ожидается не только усвоение знаний, умений, навыков по специальности, но и готовность к выполнению инновационных задач, активному участию в разработке и внедрении современных медицинских технологий в практическую деятельность. При этом кадровое планирование для достижения высокоэффективного, системного и непрерывного функционирования медицинских организаций (МО), должно учитывать объемы и движение кадровых потоков по годам, специализацию и категорию специалистов, темпы развития отрасли, технологиче-

ские и научные достижения и оценку указанных аспектов во взаимосвязи с практикой [19,25]. Не менее важными составляющими являются прогнозирование перспективной потребности в кадрах и выработка требований к компетентности будущих специалистов [31,32]. Принимая во внимание, что указанная задача выполняется работодателями – руководителями медицинских организаций, важное значение приобретает экспертная оценка кадровых процессов, происходящих в здравоохранении Дальневосточного федерального округа (ДФО), что невозможно без изучения динамики профессиональных мотиваций и трансформации их социального статуса.

Целью настоящей публикации является оценка процессов, происходящая в здравоохранении Дальнего Востока России, которые требуют радикальных изменений вектора профессиональной подготовки кадров для отрасли.

Материалы и методы

Материалом исследования являлся анализ публикаций, касающихся результатов либеральных реформ и кадровой ситуации в здравоохранении ДФО, а также изучение мотивационных основ студентов, молодых специалистов и врачей в рамках реализации социологических опросов фокус-групп, полустандартизированного индивидуального и коллек-

тивного интервью [51,58]. Объект исследования – итоги либеральных реформ в системе охраны здоровья населения и проблемы кадров в медицинских организациях ДФО.

Обсуждение результатов

Суммарные Отрасль здравоохранения России и её провинций, таких, как Дальний Восток, с катастрофической скоростью приближается к «критической точке» результатов реформ, когда реальное количество медицинских организаций, практикующих врачей, фельдшеров и медицинских сестер не сможет в полной мере обеспечить предоставление населению уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи, гарантированной государством. Ещё 31 октября 2019 года, до дебюта пандемии КОВИД-19, на выездном заседании Госсовета РФ в Калининградской области при обсуждении проблем отечественного здравоохранения, были подвергнуты жесткой критике итоги его реформирования за последнее десятилетие [14]. Причем отрицательные итоги реформ были очевидны для большинства медицинских работников ещё до их обсуждения на Госсовете: неудовлетворительные показатели здоровья граждан РФ, особенно трудоспособного населения, связанные в первую очередь со снижением доступности, качества и безопасности медицинских услуг; низкие, не соответствующие трудозатратам должностные оклады медицинских работников и массовый их отток из

отрасли; рост потребительского экстремизма и числа проверок контролирующих органов.

Эти результаты были достигнуты на фоне разрушения планового характера организации медицинской помощи гражданам по мере реализации принципа рынка: «деньги следуют за пациентом». Кроме того, по данным Счетной палаты РФ, уровень износа основных фондов многих медицинских организаций констатирован, как запредельный. Обветшали и находятся в непригодном для производства медицинских услуг состоянии, 14% зданий, в которых оказывается медицинская помощь, в 30% зданий нет водопровода, в 51% – горячего водоснабжения, в 41% – отопления, в 35% – канализации. Около 90% детских поликлиник расположено в непригодных помещениях, где нельзя разместить современное энергоемкое оборудование [40]. Свой вклад в перечень последствий либеральных реформ отрасли внесли: снижение уровня подготовки медицинских кадров, как результат недофинансирования вузов и колледжей, перенос производства значительной части медицинских услуг в медицинские организации частного сектора по мере снижения авторитета среди потребителей медицинских услуг в государственном секторе, а также очевидная для производителей и потребителей медицинских услуг, но не замечаемая

управляющими структурами государства, деструктивная политика системы обязательного медицинского страхования [20,48].

Очередным шагом по преодолению кризисных явлений в системе охраны здоровья граждан должен стать Указ Президента РФ № 474 от 21 июля, где сформулирована цель – «сохранение населения, здоровье и благополучие людей». Правительством РФ был сформирован единый план по ее достижению до 2024 г. и на период до 2030 г. На основе анализа текущей ситуации в здравоохранении страны экспертным и профессиональным сообществом были сформулированы 12 неотложных задач с индикаторами и механизмами их реализации. В тоже время без преувеличения следует указать на то, что, начиная с середины марта 2020 года реализация этого плана затормозилась, а неотложной задачей для системы здравоохранения РФ стала борьба с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID – 19 и минимизации ее последствий. Потребовалась мобилизация всех сил и средств.

Между тем, система охраны здоровья россиян оказалась не готова к испытанию пандемией, поскольку, по инициативе трёх министров здравоохранения РФ (М.Ю. Зурабова, Т.А. Голиковой и В.И. Скворцовой) в стране сформировался устойчивый дефицит числа МО, а также коек, квалифицированных медицинских кадров, медицинского оборудования, средств индивидуальной защиты, дезинфектантов, финансовых ресурсов и т.п. [20,48].

Либеральная трансформация отрасли привела к тому, что за последние 15 лет в России по данным Росстата количество больниц было сокращено с 9847 до 5065, число станций скорой медицинской помощи – с 3266 до 2113, а обеспеченность больничными койками на 10 000 населения снизилась с 112 до 81.

Однако наибольший урон был нанесен провинциальному здравоохранению, его инфраструктура под предлогом оптимизации потеряла около 40% производственных мощностей. К 2021 году для жителей 8866 поселений, где проживают до 100 человек из-за отсутствия МО первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) медицинская помощь стала недоступной, в 43 тысячах поселений, где проживают до тысячи человек сформировался дефицит 865 фельдшерско-акушерских пунктов, а в населенных пунктах, где проживает до 10 тыс. человек, сформировался дефицит 169 сельских врачебных амбулаторий. Причем, по мнению руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранением Г.Э. Улумбековой в России обеспеченность врачами на 14% ниже, чем в Германии в расчете на тысячу населения. Значительный дефицит медработников сложился в первичной помощи, где врачей в 1,5 раза меньше необходимого, средних медицинских работников в 1,8, а фельдшеров — в 1,9 раза [48]. Но это в

России в целом, а в большинстве сельских поселений, процессы дезинтеграции системы охраны здоровья граждан значительно интенсивнее [48,49].

Либеральная трансформация Российского государства к началу четвертого десятилетия реформ привели к кризисным явлениям в плане формирования человеческого потенциала большинства провинций, в частности его Дальнего Востока [2,15]. Причем основными причинами кризисных явлений стали углубляющиеся проблемы доступности качественного образования и здравоохранения. Но если проблемы доступности образования, так или иначе решаются за счет введения ЕГЭ, расширения сети частных репетиторских организаций, внедрения инновационных технологий в образовании, онлайн-курсов, VR, AR, симуляционных образовательных комплексов и т.п. [6,36], то попытки решать проблемы качества, доступности и безопасности медицинских услуг в отдаленных провинциях России за счет внедрения цифровых сервисов на основе ЕГИСЗ, телемедицины, реализации технологий персонализированной медицины 5П и др., пока не дают ожидаемых результатов [3,38,47,48,49,55,61].

Прошло более четверти века с момента громких заявлений о том, что будущее России определяется «...опережающим развитием её Дальневосточных провинций». Однако, разработки и реализации инновационных моделей развития народного хозяйства субъектов РФ ДФО, которые позволили бы повысить уро-

Либеральные реформы в здравоохранении Дальнего Востока России спровоцировали...

вень социально-экономического положения региона и его человеческого потенциала, так и не произошло. За годы либеральных реформ регион за счет миграций и снижения рождаемости и роста смертности населения потерял более 2 млн. населения. В тоже время, для достижения цели стабилизации и роста численности населения ДФО, основной упор, по мнению либералов-реформаторов, необходимо сделать на переселении жителей бывших республик СССР из Средней Азии. Что же относительно попыток разработки проектов привлечения в регион граждан РФ, используя богатый отечественный опыт досоциалистической и

социалистической экономики [44], то до их реализации пока ещё далеко. И на вопрос, почему дальневосточники в третьем-пятом поколении и их дети покидают малую родину, ответ достаточно прост – они не хотят умирать на девять-десять лет раньше жителей других регионов России [26]. Ведь только по официальным статистическим данным 2018 года, средний москвич доживет до 73 лет, а москвичка – до 80 лет, что несравнимо с аналогичными показателями для дальневосточников – 64 года (мужчины) и 74 года (женщины) соответственно. Причем рост показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, так или иначе связан с уровнем финансирования здравоохранения региона (Рис. 1).

Средневзвешенный рост ОПЖ в ЮЖНЫХ регионах ДФО: для достижения 76,1 года необходимо увеличение государственного финансирования здравоохранения на 10% ежегодно

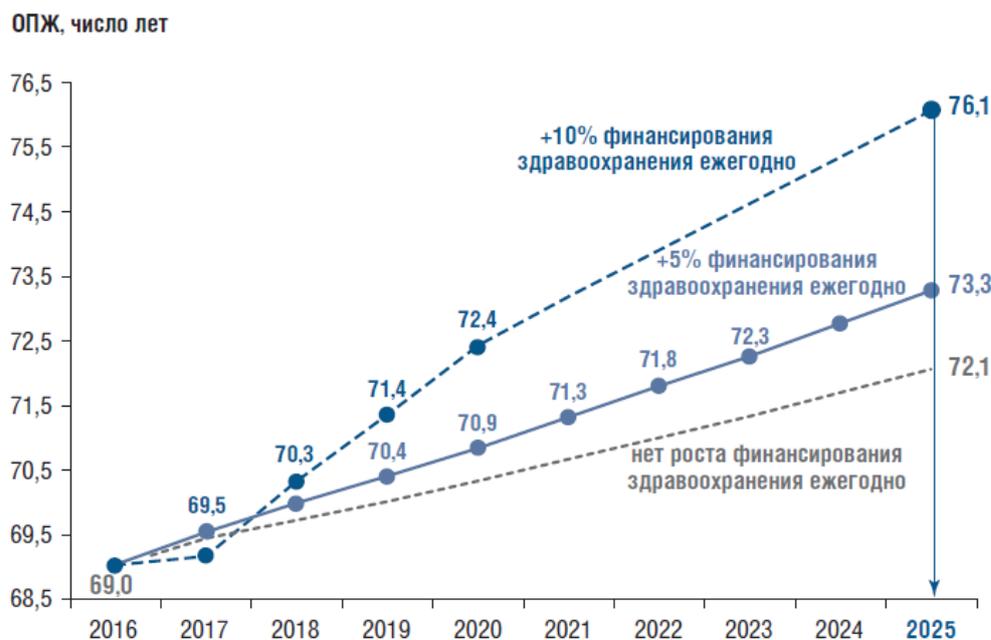


Рис. 1. Связь роста ожидаемой продолжительности жизни в южных регионах ДФО с уровнем финансирования здравоохранения (Приведено по Улумбекова Г.Э. ОРГЗДРАВ: Вестник ВШОУЗ. 2017. - №3 - (9))

Причем процессы дезинтеграции провинциального здравоохранения дополнялись не только длительным недофинансированием системы производства медицинских услуг, но и отсутствием алгоритмов поведения персонала МО в критических ситуациях, разрывом координации управления между центром и регионами, а также МО разной ведомственной подчиненности и др. [18,43,52]. Текущий уровень государственных расходов на здравоохранение в России (3,2% ВВП в 2018 г., 3,5% в 2019 г.) значительно отставал от средних показателей по странам ЕС (7,2% ВВП) и ОЭСР (6,5% ВВП). В результате, по данным Всемирного банка по «Индексу выживаемости» современная Россия занимает 122 место – 0,78, такой же индекс – в Афганистане, Судане, Папуа-Новая Гвинея [16]. Авторы доклада всемирного банка «На пути к новому общественному договору» поставили современную Россию в тройку лидеров по неравенству регионов внутри страны. РФ имеет самый высокий уровень регионального неравенства среди крупных стран с развивающейся экономикой, таких как Бразилия, Китай и Индия. Сегодня к беднейшим регионам России эксперты относят ДФО, где за годы

реформ сформировались устойчивые процессы депопуляции на фоне, нарастающей социальной эксклюзии [20,21,33]. Эти процессы стимулируют снижение уровня человеческого капитала региона.

В условиях продолжающихся либеральных реформ в отечественном здравоохранении, переноса тяжести нагрузки медицинского персонала на борьбу с пандемией COVID-19, роста напряженности взаимоотношений между представителями медицинских профессий и обществом, как бы нам не хотелось сохранить романтические представления о профессии врача, фельдшера, медицинской сестры, как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность рынка показывает, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т.п.) в системе рыночных координат новой экономической модели современной России [21].

По нашему мнению, каждый регион России должен рассчитывать, прежде всего, на свой собственный природный, трудовой и интеллектуальный потенциал [37,40]. Поэтому, в условиях перманентного кризиса провинци-

альной медицины, ещё многие десятилетия самой сложной проблемой для управляющих структур останется кадровая политика отрасли [18,19,20]. Выбор профессии врача должен основываться на информационной и организационно-практической деятельности семьи, образовательных учреждений и общественных организаций. Именно такой комплексный подход позволит сформировать модель действенной помощи молодежи в выборе профессии с учетом индивидуальных интересов личности и потребностей рынка труда.

Социологический опрос 2250 абитуриентов Дальневосточного государственного университета (ДВГМУ) показал, что при выборе профессии приоритетным мотивом является «Желание помогать/лечить людей» ($87,84 \pm 2,69\%$), второе место занимает «Интерес к специальности» ($56,08 \pm 4,08\%$), третье место занимают «Склонность (призвание) к профессии» ($47,30 \pm 4,10\%$) и «Востребованность профессии обществом» ($47,30 \pm 4,10\%$). Что же относительно мотива «Высокооплачиваемая работа», то на него сослались $12,16 \pm 2,69\%$ респондентов [20].

Путь к профессии врача тернист и долог. Модернизация высшего профессионального образования в медицине опирается на компетентность. В качестве осново-

полагающей единицы компетентности выступает системная качественная характеристика «готовность к действию». Компетентностный подход детерминируется развитием мыслительной активности, самосовершенствованием, развитием умений и навыков, формированием готовности к самооценке, саморазвитию, сотрудничеству, самостоятельной деятельности и умению принимать решения [21,31]. Современное медицинское образование должно формировать у будущего врача профессиональную гибкость и универсальность за счет внедрения междисциплинарных учебных программ, находящихся на стыке нескольких дисциплин [36]. Благодаря таким программам студенты получают комплексные компетенции, совмещенные с инновационной медициной, информационными технологиями, генной инженерией, социологией, гендерными науками и др. [32,55].

Подготовка врача предусматривает формирование его личности в рамках исполнения принятых профессиональных этических и деонтологических норм. Поэтому в условиях рыночной экономики важным является формирование внутренних мотиваций будущего профессионала, которые помогали бы ему противостоять в своей деятельности чисто коммерческим соблазнам. Сила влияния последних весьма значительна, особенно в переживаемый нами период повсеместной коммерциализации медицины. Целью медицинского образования должно стать формирование жёстко мотивированной позиции будуще-

го врача в виде следования профессиональному долгу и нравственным категориям профессии [21,52].

Однако студенческая среда современного медицинского вуза неоднородна. Например, структура источников финансирования профессиональной подготовки будущих студентов стоматологического и лечебного факультетов ДВГМУ принципиально различается. Так значительная часть студентов стоматологического факультета (84,21%) обучается за счёт средств спонсоров – как правило, обеспеченных родителей (платное обучение по контракту), а на лечебном факультете картина обратная, более **трёх четвертей** студентов обучается за счёт средств федерального бюджета. Анализ их мнения относительно выбора профессии во время обучения в вузе, также показывает различия. Так для сту-

дентов стоматологического факультета ведущим мотивом, повлиявшим на профессиональный выбор, является «Желание помогать/лечить людей» (18,0%) в сочетании с мотивом «Престижная профессия» (18,85%), затем следуют «Высокооплачиваемая профессия» (14,43%) и «Интерес к специальности» (14,77%). А для студентов лечебного факультета главными мотивами являются «Желание помогать/лечить людей» в сочетании с «Интересной специальностью» (22,72 и 22,58% соответственно). Следующие места среди мотивов, определивших выбор профессии студентов лечебного факультета, заняли «Склонность (призвание) к профессии» (13,74±1,29%) и «Престижная профессия» (12,62±1,24%) [20]. Различие мотиваций студентов стоматологического и лечебного факультетов ДВГМУ демонстрируется на Рис. 2.

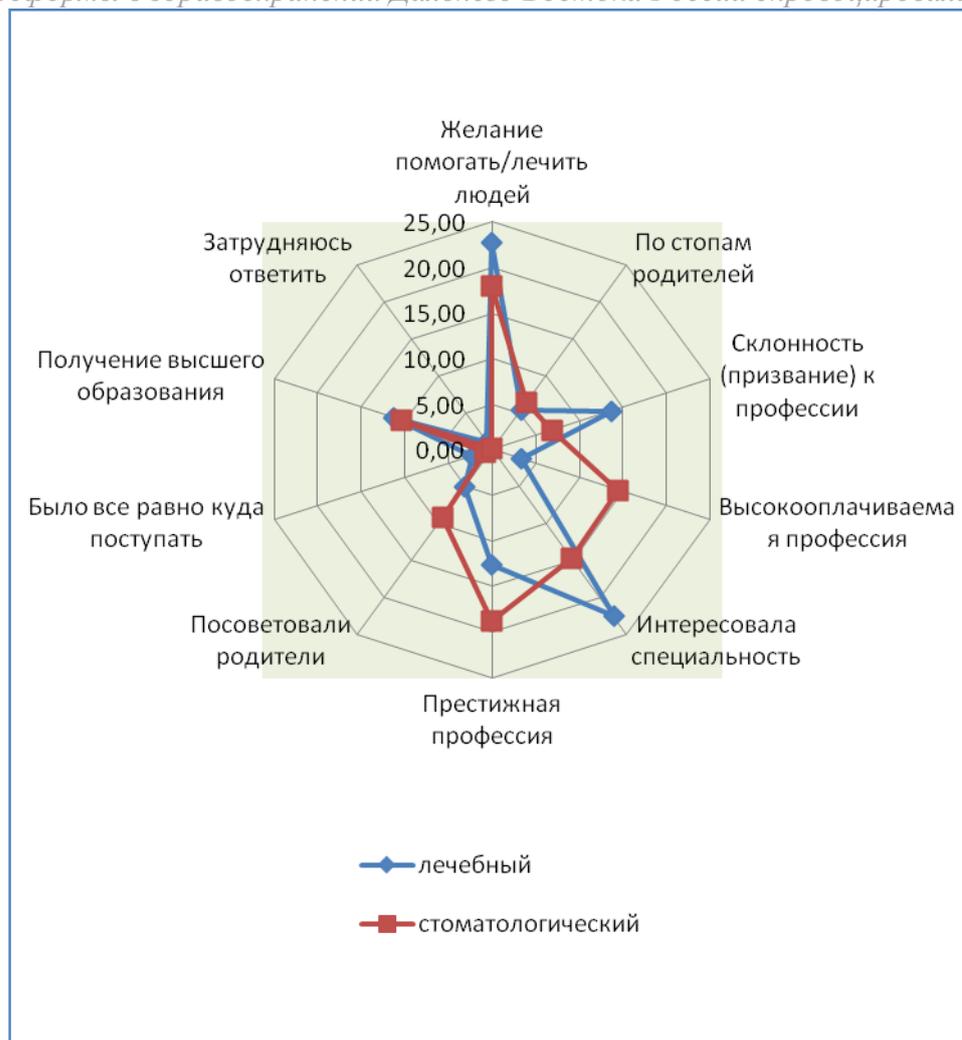


Рис. 2. Мотивы повлиявшие на выбор профессии студентов лечебного и стоматологического факультетов ДВГМУ (% от числа опрошенных во время обучения)

В рамках программы исследования, проведен анализ мнений руководителей медицинских организаций ДФО, относительно готовности выпускников ДВГМУ к исполнению должностных обязанностей на конкретных рабочих местах. Результаты опроса показали, что 87,5% респондентов указывают на несоответствие уровня практической подготовки и уровня профессиональных компетенций молодых специалистов требованиям, предъявляемым к ним работодателями. Ведь

большинство работодателей требуют от выпускников вузов не только обладания теоретическими знаниями, но и соответствующими навыками и компетенциями, которые необходимо транслировать на конкретный период трудовой деятельности.

Результаты опроса студентов выпускных курсов и клинических ординаторов ДВГМУ относительно уровня готовности к самостоятельной трудовой деятельности – неоднозначны. Только 32,6% респондентов считают себя достаточно подготовленными в профессио-

нальном плане к самостоятельной трудовой деятельности, затрудняются оценить свой профессиональный уровень 28,6% респондентов, и абсолютно не готовыми к самостоятельной трудовой деятельности считают себя 35,4% молодых специалистов. По их мнению, это связано с необходимостью внесения принципиальных изменений в систему подготовки медицинских кадров по программам обучения в высшей школе в рамках федерального образовательного стандарта третьего поколения (ФГОС-3). Так думают 51,69±3,8% опрошенных. Направлениями подготовки, которые смогли бы существенно повысить уровень освоения профессиональных компетенций и получения соответствующих практических навыков, они считают увеличение количества часов на овладение ими и получение возможности формировать профессиональные компетенции в клиниках под руководством практикующих врачей (восстановление интернатуры). Ведущими факторами, снижающими успешность освоения образовательного стандарта третьего поколения, будущие медицинские работники назвали организацию учебного процесса 39,89±3,7% и большую умственную нагрузку 30,34±3,5%.

При оценке выпускниками ДВГМУ своего будущего социального статуса, который отражал совокупность прав и обязанностей, социальные ожидания,

нормы поведения и особенности функционирования системы производства медицинских услуг, нами было выделено четыре основных профессиональных контекста мотиваций.

1. *Экономический (58,5%), который определялся эффективностью экономического стимулирования, уровнем и принципом оплаты труда в сочетании с дополнительной зарплатой (официальной и теневой), а также стратегией повышения уровня зарплаты как показателем успешности деятельности специалиста.*
2. *Профессионально-должностной (27,5%): в виде формирования успешной профессиональной карьеры, уровня притязаний в сочетании с трудовой мобильностью и удовлетворенностью своим квалификационно-должностным положением.*
3. *Престижностный (9,1%), который определялся уровнем оплаты труда, доступностью повышения квалификации, занимаемой должностью в сочетании с опытом врачебной деятельности и мнением коллег-профессионалов, доступностью имущественных благ и привилегий.*
4. *Социально-психологический (4,9%) в виде адаптации в коллективе медицинской организации в сочетании с профессиональным ростом, формирования авторитета в глазах коллег и пациентов, наличия*

коммуникативных каналов, а также число наград и поощрений.

Не вызывает удивления, что в условиях реализации принципов рыночной экономики в здравоохранении, во взаимоотношениях производителя (врача) и потребителя (пациента) формируется тенденция преимущества экономических норм над этическими. В то же время следует уточнить, что это отнюдь не новое явление в истории их взаимоотношений. Вызывает беспокойство, что профессиональная компетентность в среде будущих врачей перестала быть ведущим контекстом мотиваций, оказывающих влияние на социальный статус врача. По мнению

руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранения Г.Э. Улумбековой 25% выпускников медицинских вузов в РФ уходит из профессии, что усилит кадровый кризис. По её мнению, «...Кадровый дефицит в отрасли составляет 170 тыс., или 30% врачей» [49].

В течении 10 последних лет мы исследовали динамику профессиональных и личных планов будущих врачей и пришли к не утешительному выводу. В структуре направлений планирования своего будущего у будущих врачей преобладают: работа в коммерческих медицинских организациях (32,7%) и желание покинуть ДФО (27,1%) (Табл. 1).

№ п/п		2010 г.	2015 г.	2020 г.
1.	Работать в коммерческих медицинских организациях	27,4	31,2	32,7
2.	Работать в региональных (краевых, областных) и федеральных МО ДФО врачом по узкой специализации	22,7	25,4	24,3
3.	Покинуть Дальний Восток России и переехать на постоянное место жительства в её центральные регионы и работать врачом	20,1	25,3	27,1
4.	Вернуться по месту постоянного жительства в ДФО и работать врачом в соответствии с сертификатом	12,4	8,6	7,8
5.	Заниматься научной деятельностью после обучения в аспирантуре (ординатуре)	8,1	3,3	2,1
6.	Уехать на постоянное место жительства за рубеж и работать врачом	4,6	2,3	0,9
7.	Не планирую работать врачом	2,7	1,8	1,2
8.	Затрудняюсь ответить	1,5	1,8	4,6
9.	Не планирую работать вообще	0,4	0,3	0,3

Таблица 1 Структура направлений планирования своей деятельности после окончания обучения выпускниками ДВГМУ (%)

Таким образом, анализ профессиональных предпочтений выпускников ДВГМУ с 2010 по 2020 гг. указывал на то, что первое место в них занимало тру-

доустройство в коммерческих медицинских организациях с тенденцией к росту (с 27,41 до 32,7%), на второе место в рейтинге предпочтений переместились респонденты, которые

планировали покинуть регион и работать по избранной специальности в центральных регионах России или столичных городах (Москва и Санкт-Петербург) с тенденцией к росту (с 20,1 до 27,1%). На третье место переместилась группа выпускников ДВГМУ планирующих работать в региональных (краевых, областных) и федеральных МО ДФО врачом по узкой специализации – 24,3% в 2020 г. Число выпускников ДВГМУ (в том числе и лица, обучающиеся по целевому набору), которые строили планы трудоустройства по месту постоянного жительства в поселениях ДФО по избранной специальности за исследуемый период уменьшилось с 12,4 до 7,8%. Группа выпускников, которые планируют продолжить образование и заниматься научной деятельностью за этот период уменьшилась с 8,1 до 2,1%. Аналогичная динамика профессиональных планов сформировалась среди выпускников ДВГМУ, связанные с отъездом на постоянное место жительства за рубеж с 4,6 до 0,9%. Исходя из приведенных данных социологического опроса будущих врачей, их профессиональные планы, несмотря на проводимую управляющими структурами отрасли программу реформ медицинского образования и ПМСП, не соответствуют прогнозам и ожиданиям экспертов, аналитиков и руководителей МО ДФО [17,19]. Мы полагаем, что одной из

причин этого явления стало ухудшение отношения общества к медицинским работникам.

Либеральное государство должно осознавать, что, приравняв врачей к обслуживающему персоналу – производителям медицинских услуг, оно усиливает тотальную медиализацию общественной жизни (использование медицинского языка, интерпретация рисков в терминах здоровья и др.). А между тем, проблемой медиализации является неконтролируемое проникновение в массовое сознание медицинской формы мышления и роста зависимости от медицины всей повседневной жизни и деятельности людей, что формирует доминирование коммерческих интересов во взаимоотношениях врачей и пациентов. Причем это доминирование стало усиленно проникать в среду молодых врачей [21], что существенно изменило их профессиональные мотивации. В условиях либеральных реформ и оптимизации отечественной медицины реальные возможности обеспечения граждан видами и объемами медицинских услуг по программе государственных гарантий стали стремительно сужаться, увеличивая число больных и заболевших среди самых незащищенных слоев общества. Первоначальная озабоченность управляющих структур масштабами медиализации сменилась осознанием того, что в дело оказались вовлечены слишком многочисленные силы – не только врачи, но и политики, бизнес, масс медиа и бесчисленные люди, не осознающие до конца, кто они – пациенты или потребители медицинских услуг [21,34].

Врачи – это довольно сложная и далеко неоднородная профессиональная группа. Первые положения о профессиональных группах были сформулированы в классических работах М. Вебера, Э. Дюркгейма, Т. Парсонса. В русле неовеберовской традиции социологии профессий предложены три параметра трансформации профессионального статуса врачей: экономический, социальный и властный ресурсы [20]. Анализ мотивационных основ деятельности практикующих врачей в территориях ДФО при проведении индивидуальных и коллективных интервью показывает, что в настоящее время кадры медицинских организаций представлены двумя основными группами врачей.

Первая группа – выпускники медицинских вузов СССР, 1970–1990 гг., которые работали, а многие еще продолжают работать в рамках норм нравственности – той «критической массы» морально-этической культуры прежнего общества, которая определяла тогда и продолжает определять сегодня человеческие качества врача (внутренние мотивации): честь, совесть, нравственную надежность и порядочность [20,21,31]. Эта группа врачей с течением времени в кадровой структуре медицинских организаций ДФО перестает играть определяющую роль.

Вторая группа – выпускники медицинских вузов современной России, 2000–2010-х годов, у которых начинают преобладать экономические (внешние) мотивации. Это происходит в условиях снижения надежды на экономический рост, политическую стабильность, соблюдение социальных гарантий государства для жителей ДФО, в том числе и в части оказания населению доступной и качественной медицинской помощи [17,26,32,43,47]. Они теряют веру в вероятность наступления позитивных сдвигов в провинциальной медицине в обозримом будущем, что подкрепляет мотивацию многих из них к уходу из профессии, трудоустройству в коммерческие клиники, миграции в мегаполисы центральных регионов России или за рубеж [18,19,20].

Современное производство медицинских услуг, основанное на внедрении инновационных технологий, требует высокого уровня подготовки кадров, начиная со средней школы, кончая вузовским и послевузовским образованием [17,25,32,36]. В современном дискурсе о профессиональном образовании речь идет уже не столько об овладении знаниями, сколько о приобретении умений, и более того, приобретении не отдельных навыков, а групп навыков или компетенций. Для медицинских профессий характерно органическое соотношений навыков, личных качеств и профессиональных компетенций:

✓ *профессиональные навыки, которые можно довести до автоматизма и*

Либеральные реформы в здравоохранении Дальнего Востока России спровоцировали...

которые можно измерить, например, при помощи экзамена;

- ✓ *категории личных качеств, которые приобретаются в процессе социализации человека и овладении профессиональным опытом, позволяют ему быть успешным независимо от специфики его основной деятельности;*
- ✓ *«пакет» профессиональных компетенций, необходимых медицинским работникам, как рядовым членам современного сетевого цифрового общества.*

Рынок труда в здравоохранении ДФО ещё вчера формировал новые запросы на уровень профессиональной подготовки медицинских специалистов. По нашему мнению, правильным ответом на эти запросы может быть только укрепление фундаментальности образования для профессиональной подготовки специалиста, способного непрерывно развиваться, компетентного как в технических, так и гуманитарных науках, обладающего различными междисциплинарными знаниями и осваивающего междисциплинарные методы исследования. Пропорции соотношения различного рода компетенций специалиста определяются несколькими факторами – от выбора будущей профессии и запросов общественного развития, до отдельных социокультурных, хозяйственных осо-

бенностей региона, в производственную сферу которого готовится молодой специалист.

Сегодня мы убеждены в том, что на подготовку квалифицированного врача, чтобы он самостоятельно смог работать в МО первичной медико-санитарной помощи в сложных условиях сельских или отдаленных поселениях Дальнего Востока и Крайнего Севера, в условиях относительной изоляции от медицинских организаций второго и третьего уровней, потребуется не менее 10 лет. А на подготовку фельдшера или медицинской сестры – не менее 6 лет. Таким образом, решить проблемы укомплектованности медицинских организаций региона физическими лицами врачей и среднего медицинского персонала за короткий промежуток времени просто нереально. Даже предпринятое Минздравом РФ начинание в виде «ускоренной подготовки» всего за 6 лет врача общей практики (участкового врача) без практической подготовки в интернатуре (в рамках реализации ФГОС 3-го поколения), вряд ли станет определяющим моментом стабилизации кадровой ситуации в отрасли.

Пандемия COVID-19 и перспективы перехода на технологии Медицины 5П внесли коррективы в планы подготовки молодых специалистов для отрасли. С марта 2020 года в ДФО был реализован экстренный перенос обучения в вузах в дистанционный формат с применением дистанционных образовательных технологий в целях снижения рисков распространения инфекции. На начало 2022 года несколько

сотен ординаторов, аспирантов и выпускников ДВГМУ продолжали работать непосредственно на врачебных должностях: врач-стажер и врач-терапевт участковый. Более тысячи человек проходили практическую подготовку на клинических базах медицинских вузов ДФО, принимая непосредственное участие в лечебных и профилактических мероприятиях, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции. В качестве основных методов обучения использовалась технология «Обучение в сотрудничестве», в том числе установочные лекции, семинары, практические занятия, тесты, электронные учебники, контрольные задания и консультации преподавателей, которые доступны в цифровом виде 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. В то же время медицинские вузы региона были вынуждены приостановить включение принципов Медицины 5П в программы подготовки будущих врачей с параллельным снижением индивидуализации их обучения у постели больного при руководящей роли преподавателя на этот затянувшийся до настоящего времени период. Большинство преподавателей отметили снижение уровня профессиональных компетенций обучающихся. Двухлетний опыт реализации дистанционного формата подготовки врачей свидетельствуют не только о необходимости сочетания традиционного и дистанционного

обучения, но и об актуальности дальнейшего развития цифровой образовательной среды в медицинских вузах региона, совершенствовании инструментов подготовки выпускников, а также о потребности в педагогическом проектировании современного процесса дистанционного обучения, что требует глубинного изменения ценностно-смыслового содержания подготовки кадров для МО Дальнего Востока.

В условиях борьбы с пандемией COVID-19 значительная социальная и нравственная ответственность легла на плечи медицинских работников, однако их положение в обществе, система оплаты труда продолжает не соответствовать ни уровню квалификационных требований, ни интенсивности психических и физических нагрузок на рабочих местах, ни социальной значимости профессии. Это ведет к продолжающемуся оттоку кадров из медицинских организаций региона и снижению уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению.

Заключение

Кадровые ресурсы региональной системы здравоохранения является наиболее значимым и ценным ее компонентом, хотя имеет место хроническая недостаточность инвестиций в их обучение и подготовку, что усугубляет кадровый кризис в медицинских организациях Дальнего Востока и Крайнего Севера. Нерешенные проблемы распределения молодых специалистов после окончания медицинских вузов, обучавшихся за счет средств феде-

Либеральные реформы в здравоохранении Дальнего Востока России спровоцировали...

рального бюджета, а также рост мобильности трудовых ресурсов стимулирует нарастание кадровых проблем отрасли.

Продолжающаяся смена поколений персонала медицинских организаций ДФО ставит новые задачи перед профильными вузами и медицинскими организациями, что позволит связать обучение с реальным производством медицинских услуг и будет способствовать созданию комплекса «образование – производство – реальная клиническая практика». Пандемия COVID-19, переход на технологии Медицины 5П, тотальная медикализация общественных отношений ставит перед управляющими структурами задачи переоценки глубины кадрового кризиса в отечественной медицине и ускорение принятия решений по восстановлению её кадрового потенциала.

Большинство руководителей медицинских организаций ДФО ожидают дальнейший рост глубины кадрового кризиса в ближайшие 5-10 лет. Основной мерой по предотвращению кадрового голода и дисбаланса профессиональных мотиваций медицинских работников они видят в росте инвестиций в привлечение кадров и более тесном сотрудничестве с вузами, что, даже в среднесрочной перспективе позволит снизить уровень дефицита в специалистах, как общего профиля, так и в области биоинформатики, генной инженерии, молекулярной биоло-

гии. Углубление сотрудничества региональных властей с вузами ДФО в перспективе может сгладить остроту кадрового кризиса, приблизит решение этических, социальных и юридических проблем медицинских работников и восстановит равновесие между предложением и спросом на рынке кадровых ресурсов системы здравоохранения региона.

Список литературы

1. Абрамов В.Н. Профессиональный комплекс в социальной структуре общества (по Парсонсу) // СОЦИС. 2005. - № 1(249). - С.54-66.
2. Аганбегян А.Г. Развитие Дальнего Востока: национальная программа в контексте национальных проектов // Пространственная экономика. 2019. Т. 15. № 3. С. 165–187. <https://doi.org/10.14530/se.2019.3.165-181>
3. Аксенова Е.И. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 44 с.
4. Афанасьев С. Как закрывался Гайдаровский форум после отставки Медведева — Реальное время. 2020. URL: <https://realnoevremya.ru/articles/163225-kak-zakryvalsya-gaydarovskiy-forum-posle-otstavki-medvedeva>

5. Бардаль А.Б., Грицко М.А., Хван И.С., Халикова С.С. Качество жизни в Дальневосточном макрорегионе: интегральная оценка // Регионалистика. 2019. Т. 6. № 5. С. 62–78. <https://doi.org/10.14530/reg.2019.5.6>
6. Блинова Т.Н., Федотов А.В. Высшее образование на Дальнем Востоке: позиция рынка и потребности развития региона // Высшее образование в России. 2019. №7.
7. Бутрин Д. Заграница здесь бессильна. [Газета «Коммерсантъ» №6/ II](#) от 18.01.2021, стр. 2.
8. Воробьев П.А. [Либерализм и социализм в здравоохранении \(размышления к Манифесту\)](#). Вестник МГНОТ №5 (144) Май 2014. URL: http://www.mgnot.ru/arhive/vestnik_144_2014_05.
9. Гайдар Е.Т. Богатые и бедные. Становление и кризис системы социальной защиты в современном мире. Статья первая - Вестник Европы, № 10, 2004.
10. Гайдар Е.Т. Гибель империи. Уроки для современной России. – М.: РОССПЭН, 2006. – 440 с.
11. Гайдар Е.Т., Pohl К.О. – Russian reform /International money/ Gaidar Y.T., Pohl К.О. – Cambridge (Mass.); L.: MIT press, 1995. - VII , 146 p., diagr. – (The Lionel Robbins lectures). Ind.: p.141-146. Экономическая политика и экономические реформы в России, 1992-1994.
12. Глазьев С.Ю. Битва за лидерство в XXI веке. Россия-США-Китай. Семь вариантов обозримого будущего. – М.: Книжный мир, 2017. – 352 с.
13. Глазьев С.Ю. Культ Золотого тельца и Россия. Общественно-политический журнал «Изборский клуб» №7–8(73–74), 2019 год. С. 6-23.
14. Горшков А. Реформа медицины отбросила РФ на 85 лет назад. ПРОЗА.РУ. 2019. URL: <https://proza.ru/2019/11/03/1605>
15. Грицко М.А. Человеческий потенциал «нового» Дальнего Востока // Регионалистика. 2020. Т. 7. № 1. С. 5–19. <https://doi.org/10.14530/reg.2020.1.5>.
16. Дробышев В. Путинская оптимизация российской медицины в цифрах. 25 октября 2018. URL.: <https://vitalidrobishev.livejournal.com/7014762.html>
17. Дьяченко В.Г. О некоторых итогах реформ здравоохранения и медицинского образования в Российской провинции. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2019. - № 1 (34) - Режим доступа. - URL.: <http://www.fesmu.ru/voz/20191/2019102.aspx>

18. Дьяченко В.Г. с соавт. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ / [В. Г. Дьяченко Пригорнев В.Б., Солохина Л.В., Дьяченко С.В., Ратманов П.Э и др.]; ред. В. Г. Дьяченко; Дальневост. гос. мед. ун-т. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2013. - 688 с.
19. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. Хабаровск: Изд-во ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. — 420 с.
20. Дьяченко Т.В., Литвинцева С.А., Дьяченко В.Г. Системный кризис провинциальной медицины : монография / Т.В. Дьяченко, С.А. Литвинцева, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во Дальневосточ. гос. мед. ун-та, 2021. – 452 с.
21. Дьяченко, С.В. Пациент, врач и рынок : монография / С. В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко ; Минздрав России, Дальневосточный государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. - Хабаровск: Издательство ДВГМУ, 2018. - 489 с.
22. Евсюков А.А. Транснациональные корпорации в мировой политике и угрозы национальной безопасности // Социально-политические науки. 2016. №3.
23. Комаров Ю.М. О рациональной системе организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ 2018; (1): 39-46.
24. Кудрин А. (2015) Свободные искусства и науки в системе российского университетского образования // Вопросы образования/Educational Studies Moscow. № 4. С. 62–70. doi:10.17323/1814-9545-2015-4-62-71.
25. Куренной В.А. Философия либерального образования: принципы. Вопросы образования/Educational Studies Moscow. 2020. № 1. DOI: [10.17323/1814-9545-2020-2-8-36](https://doi.org/10.17323/1814-9545-2020-2-8-36)
26. Кучма О. Шесть банальных причин: куда и почему люди уезжают из Приморья. Владивосток. Новости на VL.RU. 2019. Февраль. URL: <https://www.newsvl.ru/vlad/2019/02/21/178328/#ixzz72qYQGGPI>
27. Лисицын Ю. П. Концепция «человеческого капитала» : медико-экономический аспект / Ю. П. Лисицын // Экономика здравоохранения. -1998.-№2 (26). - С. 6-10.
28. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Социология профессий. История, методология и практика исследований // Социологические исследования. -2009.-№8-С.36-46
29. Мау В. Человеческий капитал: вызовы для России // Вопросы экономики. 2012. №7. с. 114-132.

30. Мау В., Улюкаев А. Контуры новой экономической политики. Ведомости // 26.01.2015.
31. Мельникова Н.А. Научное обоснование системы обеспечения медицинскими кадрами здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях (на примере Хабаровского края): Автореф. дис. канд. мед. наук. – Хабаровск, 2004. – 28 с.
32. Мещерякова Т.В., Герасимова О.В. Смена поколений, или проблема формирования ценностного сознания будущего врача // Вестник ТГПУ. 2013. №11 (139).
33. Минакир П.А., Прокапало О.М. Экономика Дальнего Востока России: состояние и перспективы // Регионалистика. 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekonomika-dalnego-vostoka-rossii-sostoyanie-i-perspektivy> (дата обращения: 08.02.2022).
34. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. №2 (60). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/medikalizatsiya-kak-sotsialnyy-fenomen> (дата обращения: 12.02.2022).
35. Пеннингтон, Марк. Классический либерализм и будущее социально-экономической политики / Марк Пеннингтон. – Л.: Мысль, 2014. — 456 с.
36. Петрова Н. П., Бондарева Г. А. Цифровизация и цифровые технологии в образовании // МНКО. 2019. №5 (78). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovizatsiya-i-tsifrovye-tehnologii-v-obrazovanii> (дата обращения: 04.02.2022).
37. Послание Президента Российской Федерации от 16.05.2003 г. // URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/36352>
38. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. N 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/> (дата обращения 14.08.2021)
39. Протасова, С. С. Эволюция русского либерализма / С. С. Протасова. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 1 (239). — С. 142-144. — URL: <https://moluch.ru/archive/239/55324/> (дата обращения: 02.02.2022).
40. Реформа системы охраны здоровья граждан РФ: основные положения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. №3 (21).
41. Сакс Джеффри Д. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени. Перевод с англ. Эдельмана. Изд. Института Гайдара. Москва. 2011. 423 с.
42. Самофалов В. Глобальный вызов транснациональных корпораций. / Информационное агентство

- IntegrumTechno, 2016, 30 июля. URL: 2030 года» // URL:
http://old.rusmet.ru/press.php?act=press_show_publication&publication_id=433&print_ver=1 (Дата обращения 21.07.2016)
43. Соколов А. Деньги не лечат: к чему ведет реформа здравоохранения [Электронный ресурс] // Ведомости. 15 окт. 2020. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0875>
44. Текутьева, Л., Белкин, В., Сон, О., Яценко, А. (2016). Биоэкономика: развитие биотехнологической отрасли в АПК Дальневосточного Федерального округа России. Creative Economy. 10. 1373. 10.18334/ce.10.12.37099.
45. Тетерюк А.С. Особенности стратегии и тактики воздействия транснациональных корпораций на принятие отраслевых государственных решений в современной России (на примере фармацевтической отрасли). Автореф. дисс. к.п.н. МГИМО МИД. Москва 2020. 29 с. URL: <https://mgimo.ru/upload/2020/09/teteruk-diss.pdf>
46. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до
47. Улумбекова Г.Э. Здоровье населения и здравоохранение Дальневосточного федерального округа: как достичь 76 лет к 2025 г // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. - №3 - (9).
48. Улумбекова Г.Э. Предложения по реформе здравоохранения РФ после завершения пика пандемии COVID-19 // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. №2 (20).
49. Улумбекова, Г.Э. Остаться в профессии. Долговечен ли энтузиазм российских докторов? // Мед. газета. – 2015. – № 78. – С. 4
50. Фадеев А.В. Тень Чубайса над ЖКХ. М.: Алгоритм. 2003. 80 с.
51. Феннето Э. Интервью и опросник: формы, процедуры, результаты / Э. Феннето. — СПб.: Питер, 2004. — 160 с.
52. Чернышев В.М., Воевода М.И., Мингазов И.Ф. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России // Сибирский научный медицинский журнал. 2019. № 6. С. 107–115.
53. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Мингазов И.Ф. Последствия реформирования здравоохранения в РФ (1990-2020 гг.). проблемы и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. №2 (24).

54. Шваб К. Четвертая промышленная революция / К. Шваб — «Эксмо», 2016 — (Top Business Awards). URL: http://ncrao.rsvpu.ru/sites/default/files/library/k._shvab_chetvertaya_promyshlennaya_revolyuuciya_2016.pdf
55. Щербо С. Н., Щербо Д. С. Лабораторная диагностика как основа медицины 5п // Вестник РГМУ. 2019. №1.
56. Chatterjee, A. Innovative Pharma Contracts: When Do Value-Based Arrangements Work? / A. Chatterjee, C. Dougan, B. J. Tevelow, A. Zamani. // McKinsey & Company. — 2017. — October 19.
57. Gaidar Y. [Russia: A Long View](#) / Пер. с рус. L. : MIT Press, 2012
58. Krueger R.A. Developing Questions for Focus Groups: Focus Group Kit. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. Vol. 3.
59. Kuznetsov A., Chetverikova A. Russian multinationals continue their outward expansion in spite of the global crisis // Columbia University Academic Commons, 2009. URL: http://ccsi.columbia.edu/files/2013/10/Russia_2009.pdf (accessed: 06.02.2022).
60. Montgomery K. Professional dominance and the threat of corporatization // Current Res. Occupy. Profes. 1992. - Vol. 7 - P.221-240.
61. Nabipour I, Assadi M. Precision medicine, an approach for development of the future medicine technologies. ISMJ. 2016; (19): 167–84.
62. Parsons T. Sociology of health and illness and related topics. / Action Theory and the Human Condition., New York, The Free Press. 1978. - pi 1-82.
63. Sachs Jeffrey David. The Collapse of Russia's Economy. [PBS](#), 15 June 2000. http://www.pbs.org/wgbh/commandingheights/shared/minitext/int_jeffreysachs.html#16 (по состоянию на 25.04.2015)
64. Schwab Klaus, Malleret Thierry. COVID-19: The Great Reset. — Forum Publishing, 2020.
65. Timberlake C.E. Introduction: The concept of liberalism in Russia // Essays on Russian liberalism / Ed. by C.E. Timberlake. Columbia: Univ. of Missouri press, 1972. P. 1–17.
1. Woodall A. Closing the gap between professional teaching and practice. Applying ethical principles is sometimes difficult for students. BMJ, 2001 Jul 7. -Vol. 323(7303).-P.47-48.