ГЛАВА 1. Опыт управления человеческими ресурсами и проблемы совершенствования подготовки кадров здравоохранения (аналитический обзор литературы)

Одной из первостепенных задач, стоящих перед здравоохранением, является повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи населению. Эффективность выполнения данной задачи определяется состоянием кадрового обеспечения системы здравоохранения [Шейман И.М., Шишкин С.В., Юрин А.В.].

Характерной чертой ситуации, сложившейся в здравоохранении на современном этапе, стал недостаток профессионально подготовленных, инициативных, не боящихся идти на оправданный риск, кадров, обладающих способностями перспективного видения проблем и способов их решения. Ограниченность знаний, их старение, особенно в области менеджмента, социальной психологии, экономики, юриспруденции превратили профессионально - личностное развитие кадров в ключевой фактор успеха деятельности и личностной состоятельности. Несмотря на принятую в 2002г. Концепцию реформирования системы здравоохранения Таджикистана (постановление Правительства Республики Таджикистан №94 от 23. 07. 2002), значимых прогрессивных перемен в подготовке, расстановке и эффективности деятельности трудовых ресурсов не произошло. В здравоохранении продолжает доминировать тенденция выдвижения на руководящие должности узкопрофильных специалистов, не всегда в полной мере владеющих системным аналитическим и стратегическим мышлением, организаторскими способностями.

Необходимость использования в работе новых технологий (стратегического, инновационного, финансового, корпоративного менеджмента, системы управления человеческими ресурсами, ориентированной на сотрудника, его новое восприятие своей социально-профессиональной роли) предъявляет высокие требования к профессиональному уровню медицинских кадров, подготовка которых

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

является сложным и длительным образовательным процессом, который необходимо начинать заблаговременно и осуществлять в соответствии с современными технологиями с учетом не столько ближайших перспектив, сколько с ориентацией на достижение долгосрочных целей. Решение задач развития здравоохранения должно быть направлено не только на оптимизацию использования имеющихся кадров, но и на создание действенного резерва, продвижение работников по службе в зависимости от результатов оценки их профессионального и личностного потенциала.

Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам, требующим больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов. В отличие от большинства ресурсов, ценность которых со временем снижается, ценность кадровых ресурсов с накоплением профессионализма и опыта увеличивается [5, 6]. На протяжении нескольких десятилетий общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения являлось неуклонное наращивание численности медицинских кадров. В то же время качественному уровню специалистов уделялось намного меньше внимания. Этому способствовало множество проблемных ситуаций в самой системе здравоохранения, а также внешних факторов, связанных со снижением уровня жизни народа, социально-экономической нестабильностью, проблемами с качеством подготовки специалистов и др. [3, 4, 15].

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Актуальными направлениями развития кадровых технологий в здравоохранении являются вопросы разработки кадровой политики, планирования и подбора кадров, обеспечение профессионального и карьерного роста, создание оптимальных условий труда и др. [2, 5, 8, 9].

1.1. Система подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров в Республике Таджикистан

Социально-экономические и политические изменения в республике, потребность в высококвалифицированных кадрах указывают на потребность подготовки медицинских и фармацевтических кадров для работы в реальных

социально-экономических условиях, меняющейся общественно-политической фармации. В этой связи в рамках Закона «Об образовании» Министерством здравоохранения Республики Таджикистана была разработана «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», одобренная постановлением Правительства Республики Таджикистан от 23 февраля 1996 года № 91, согласно которой подготовка кадров проводилась по многоуровневой системе и состояла из следующих этапов.

1. Оконченное высшее медицинское и фармацевтическое образование.
2. Повышение качества подготовки специалистов посредством соответствующего плана приема студентов, повышение квалификации профессорско- преподавательского состава, подготовка и внедрение новых учебных программ.
3. Создание необходимой материально-технической базы.
4. Подготовка врачей новой категории: врачей общей практики и специалистов других областей медицины (с 1996 года).

диссс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

На основании данной Концепции в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино, наряду с фармацевтическим и стоматологическим факультетами, был создан общемедицинский факультет. На данном факультете подготавливались врачи по многоуровневой системе.

Первый уровень: подготовка врачей без права врачебной деятельности со сроком обучения 5 лет.

Второй уровень: подготовка врачей в резидентуре при ТГМУ имени Абуали ибн Сино, в которой в зависимости от выбранной специальности будущие врачи обучались от 2 до 4 лет по специальностям: семейный врач, врач - терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, санитарный врач, эпидемиолог и др.

На фармацевтическом и стоматологическом факультетах обучение проводилось 4 года и после окончания резидентуры выдавался диплом

фармацевта и врача - стоматолога с правом на практическую деятельность.

В ежегодный план приёма абитуриентов внесены изменения - 600 человек в год, что направлено на повышение качества и предотвращение подготовки избыточного количества кадров. Преимущество отдавалось подготовке специалистов из отдаленных районов с целью сокращения географического дисбаланса и по специальностям.

Подготовка среднего медицинского персонала проводилась в 4 медицинских колледжах и 9 медицинских училищах республики. В медицинских колледжах подготовка шла по специальностям «Общемедицинское дело», «Акушерское дело», «Фармацевтическое дело», а в медицинских училищах «Сестринское дело», «Лабораторное дело», «Зуботехническое дело», «Гигиена, санитария, эпидемиология», «Медицинская техника и оборудование». Ежегодный выпуск составляет 2500 средних медицинских работников.

диcс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

В связи с тем, что система подготовки медицинских кадров не соответствовала рекомендациям ВОЗ, не была нацелена на принятие самостоятельных решений, и программа обучения переподготовки семейного среднего медицинского персонала основывалась на развитии технических навыков, возникла необходимость пересмотра Концепции.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан были утверждены «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан» (№423 от 01.09.04г.), а после пересмотра в 2008 году принята «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования Республики Таджикистан» (№512 от 31.10.08 г.).

Целью последнего документа является приведение медицинского и фармацевтического образования - структуры, содержания, сроков и качества подготовки - в соответствие с государственными и международными стандартами и потребностями в качественной медицинской помощи населению, обеспечивающим вхождение Республики Таджикистан в единое мировое образовательное пространство, возможность осуществления

международного сотрудничества в области подготовки и переподготовки кадров.

Основные задачи новой Концепции:

- совершенствование в соответствии с требованиями Всемирной федерации медицинского образования трех последовательных этапов системы медицинского образования, которые неразрывно связаны между собой, так как каждый следующий этап основывается на предыдущем и обеспечивает новый, более высокий уровень подготовки врачей высшего и последипломного медицинского образования, непрерывное профессиональное образование;
- поэтапное внедрение новой формы организации учебного процесса в медицинских учебных заведениях, кредитно-модульной европейской системы накопления и перевода кредитов, основанной на объединении модульных технологий обучения и зачетных кредитов оценки;
- совершенствование государственных стандартов медицинского и фармацевтического образования и разработка новых учебных планов и программ в соответствии с требованиями Всемирной федерации медицинского образования;
- изменение системы оценки качества и уровня профессиональной компетенции, допуска к профессиональной деятельности на всех этапах обучения;
- подготовка специалистов с современным мышлением путем дальнейшего углубления гуманизации медицинского и фармацевтического образования;
- внедрение аккредитации медицинских образовательных учреждений с привлечением международных экспертов;
- повышение конкурентоспособности выпускников медицинских образовательных учреждений на европейском и мировом рынках труда;
- достижение оптимального соотношения подготовки медицинских и

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

фармацевтических специалистов с высшим и средним образованием;

- формирование высокого научного и научно-педагогического потенциала кадров здравоохранения.

Подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием осуществляется в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино, Таджикском институте последипломной подготовки медицинских кадров (ИПОвСЗРТ), Республиканском учебно-клиническом центре семейной медицины, а специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием - в 4 медицинских колледжах (табл. 1) и в 10 медицинских училищах (табл. 2) республики.

Таблица 1

Перечень специальностей и квалификаций среднего медицинского образования, получаемых в медицинских колледжах Республики Таджикистан

диссрф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Код профиля	Специальность	Сроки обуч.	Квалификация
2-790102	Общемедицинское дело	4 года	Семейная медицинская сестра (брат) (медицинская сестра общей практики)
2-790101	Акушерское дело	4 года	Акушерка
2-790133	Зуботехническое дело	3 года	Зубной техник
2-790108	Фармацевтическое дело	3 года	Помощник фармацевта
2-800151	Медицинская техника и оборудование	3 года	Медицинский техник
2-790133	Гигиена, санитария, эпидемиология	3 года	Помощник санитарного врача, врача гигиениста и эпидемиолога
2-790104	Лабораторное дело	3 года	Лаборант
2-790131	Сестринское дело	3 года	Медицинская сестра

Таблица 2

Перечень специальностей и квалификаций среднего медицинского

образования, получаемых в медицинских училищах Республики Таджикистан

Код профиля	Специальность	Срок обучения	Квалификация
2-790131	Сестринское дело	4/3 года *	Медицинская сестра
2-790104	Лабораторное дело	4/3 года	Лаборант
2-790133	Гигиена, санитария, эпидемиология	4/3 года	Помощник санитарного врача, врача гигиениста и эпидемиолога

*Первая цифра - срок обучения на базе общего основного образования; вторая - на базе общего среднего образования.

В ТГМУ имени Абуали ибн Сино функционируют факультеты: медицинский, стоматологический, фармацевтический и общественного здравоохранения. Подготовка специалистов на названных факультетах осуществляется по следующим ступеням:

-начальная, базовая степень высшего медицинского и фармацевтического образования, подтверждаемая присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую аттестацию, квалификации (степени) «Бакалавр», со сроком обучения 5 лет на медицинском факультете и 4 года - на стоматологическом и фармацевтическом факультетах;

-высшее медицинское и фармацевтическое образование, подтверждаемое присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию, квалификации «Специалист» (врач), со сроком обучения 6 лет на факультетах медицинского и общественного здравоохранения (без права самостоятельной врачебной практики) и 5 лет - на стоматологическом и фармацевтическом факультетах.

Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, план приема в ТГМУ на 2010 год составил 904 человек (388 на бюджетной и 516 на договорной основе). В медицинские колледжи Республики Таджикистан план приема составил 1 645 (Республиканский

диссс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

медицинский колледж - 665, в г. Худжанд - 360, в г. Курган-Тюбе - 300, в г. Куляб - 320), в медицинские училища - 1 310 (училище Вахдата - 255, Явана - 90, Канибадама - 120, Пенджикента - 90, Истаравшана - 90, Рашта - 90, Дангары - 90, Турсунзаде - 95, Хорога - 90, Гиссара - 300).

Количество обучающихся в ТГМУ составляет 5 016 человек, в медицинских колледжах - 8 779 человек и в медицинских училищах - 7 375 студентов. Количество выпускников ТГМУ имени Абуали ибн Сино составляет 852, РМК - 2 047 и МУ - 1 168 (данные 2010 года) человек. Количество ежегодно выпускаемых медицинских кадров с учётом реформы сектора здравоохранения и прироста населения не может покрыть потребности страны и требует увеличения ежегодного плана приёма абитуриентов в медицинские учебные заведения.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

С целью устранения неравномерного обеспечения медицинских учреждений городов и районов республики врачами, согласно постановлению Правительства Республики Таджикистан от 31 января 2006 года, № 58 «О приеме студентов в высшие учебные заведения республики в соответствии с квотой Президента Республики Таджикистан на 2006-2010 гг.» из регионов с низкой обеспеченностью медицинскими кадрами (ниже 10,0 на 10 тысяч населения) предусматривается поступление в ТГМУ по Президентской квоте. Квота оговаривается и согласуется с местными органами власти. На сегодняшний день в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино по квоте обучаются 370 человек и 345 студентов по квоте приняты в 2014 учебном году.

Согласно пунктам 9.7. Решения Коллегии Минздрава Республики Таджикистан от 18 января 2007 г, №1-2 «Об итогах деятельности Минздрава РТ в 2006 году и задачах на 2007 г.», Ученого совета ТГМУ имени Абуали ибн Сино от 26.06.2008 г., №11, согласия Министерства образования Республики Таджикистан от 25.07.2008 г., №05/1-971, с целью устранения неравномерного обеспечения медицинских учреждений городов и районов республики врачами вынесено решение: абитуриентам из районов, где

количество врачей на 10 тысяч населения ниже 7, при сдаче вступительных экзаменов установить льготу с коэффициентом 1.3; в районах, где эти показатели составляют 7,1 - 10,0 установить льготу с коэффициентом 1,2; в районах, где эти показатели свыше 10,1 - 12,0, установить льготу с коэффициентом свыше 1,1. Внедрение таких коэффициентов даёт преимущество при поступлении абитуриентам из районов с низкой обеспеченностью медицинскими кадрами.

По поручению Президента Республики Таджикистан, Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2009 года, №600, в соответствии со статьей 17 Конституционного Закона Республики Таджикистан «О Правительстве Республики Таджикистан», статьей 4 Закона Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения», с целью планирования подготовки медицинских кадров с учетом конкретных специальностей отрасли здравоохранения и для обеспечения отрасли здравоохранения высококвалифицированными кадрами утверждена «Программа подготовки медицинских кадров на 2010 - 2020 годы».

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

С целью достижения изменений, которые бы позволили подготовленным кадрам обеспечить выполнение функций, основанных на принципах политики «Здоровье для всех», общественного здравоохранения, а также медико-санитарной помощи, с особым акцентом на укрепление ПМСП и качества медицинской помощи были пересмотрены программы преддипломной и последипломной подготовки медицинских кадров.

С 2003-2004 годов в ТГМУ имени Абуали ибн Сино функционирует факультет общественного здравоохранения, на котором подготавливаются специалисты (организаторы, менеджеры здравоохранения, эпидемиологи и др.). С 2008 года возобновлена интернатура в Институте последипломного образования работников системы здравоохранения Республики Таджикистан.

Разработаны Государственные образовательные стандарты по специальностям фармация, стоматология, лечебное дело.

Совершенствование Планов и Учебных программ университета

проводилось на основании «Положения о бакалавриате, специалисте и магистратуре», утвержденного постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30.12.2007 г., № 650 и на основании приказа ректора университета от 22. 02.2008 г. № 13.

Повышение квалификации преподавателей и их усовершенствование являются одним из важнейших вопросов университета. Ежегодно составляется план прохождения курсов усовершенствования преподавателями, согласно которому они направляются в Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Устройство на работу молодых специалистов в соответствии с распределением на места работы является одним из наиболее важных и наболевших вопросов системы здравоохранения Таджикистана. Сравнительный анализ показал, что число молодых специалистов, окончивших ТГМУ имени Абуали ибн Сино и поступивших на работу в соответствии с распределением, год от года растет. Если в 2009 году эта цифра составляла 35,1%, в 2006 – 39,4%, в 2011 – 41,5 %, то в 2013г. она возросла до 51%. Для улучшения показателей числа поступивших на работу по распределению молодых специалистов из отдаленных районов республики до мест работы администрация университета приняла решение не выдавать диплом до того момента, пока молодой специалист не устроится по месту работы по направлению и не предоставит подтверждение, но несмотря на это, общие показатели числа поступивших на работу по распределению в республике до сих пор низкие, и эта проблема требует дальнейшего изучения.

диссс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Только эффективное руководство, достаточные вложения в развитие человеческих ресурсов, благоприятные условия жизни на селе могут обеспечить более сбалансированное распределение рабочей силы в системе здравоохранения.

Каждые 5 лет медицинские кадры с высшим и средним медицинским

образованием обязаны проходить курсы усовершенствования на базе Института последипломной подготовки в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, так как он является основной базой последипломного образования и переподготовки специалистов системы здравоохранения или в его филиалах (в Согдийской и Хатлонской областях). Затем, согласно «Правилам о порядке проведения аттестации медицинских и фармацевтических кадров Республики Таджикистан», от 22.11.2007 г. №560, в соответствии со статьёй 13 Закона Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения», в целях повышения уровня знаний, навыков медицинских и фармацевтических кадров, улучшения качества медицинской помощи населению они должны пройти аттестацию. На соответствие занимаемой должности врачи и средний медицинский персонал должны пройти после 3 лет работы по специальности; на вторую категорию - через 7 лет врачебной работы, а средний медицинский персонал - через 5 лет; на первую категорию может претендовать врач, имеющий вторую категорию со стажем 10 лет и средний медицинский персонал со стажем 7 лет; на высшую категорию врач, имеющий первую категорию, со стажем 15 лет и средний медицинский персонал со стажем 10 лет. Между категориями должен быть интервал в 5 лет. Специалист со званием кандидата медицинских наук может претендовать на первую категорию автоматически. Доктора наук, доценты могут получить высшую категорию автоматически.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

В состав аккредитационной комиссии (АК) входят заместители министра здравоохранения Республики Таджикистан, начальники Управлений, главные нештатные специалисты МЗ РТ и другие специалисты по необходимости. На 1 января 2013 года категорийность врачей по республике составляла 49,3%, а среднего медицинского персонала - 23,8% (данные Республиканского центра медицинской статистики и информации).

Правительством Республики Таджикистан для решения имеющихся проблем обеспеченности медицинских учреждений высококвалифицированными кадрами приняты следующие постановления:

«О создании Межведомственной комиссии по приему граждан Республики Таджикистан в высшие учебные заведения зарубежных государств» от 24 апреля 2004г. №152; Указ Президента Республики Таджикистан от 15 июля 2005г. №1574 «Об учреждении Специального фонда Президента Республики Таджикистан по подготовке специалистов в зарубежных государствах «Об утверждении Положения о подготовке научных и научно-педагогических кадров в Республике Таджикистан».

В связи с быстрым развитием медицинской науки основополагающим фактором поддержания высокого уровня стандартов любой медицинской службы и программы является повышение квалификации медицинского персонала без отрыва от производства. Повышение квалификации в процессе профессиональной деятельности - это важная часть планирования деятельности медицинской службы, призванной обеспечить высокий профессиональный уровень персонала. Так активизируются имеющиеся знания, новая информация вводится в научный и практический обиход, меняется облик лечебного учреждения. Введение в практику новой лечебной программы или методики сопровождается соответствующей ориентацией медицинского персонала, осуществляемой в рамках непрерывного процесса повышения квалификации без отрыва от работы. Под непрерывным обучением подразумевается широкий ряд мероприятий - от повышения профессиональной квалификации до специализированных курсов.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

В обеспечении непрерывного образования также должны быть заинтересованы государственные инстанции, профессиональные организации, объединения медицинских работников, неправительственные организации, действующие в области охраны здоровья, а также медицинская общественность. Мероприятия в этой области являются частью программы деятельности каждого медицинского учреждения и должны быть учтены при планировании бюджета. Повышение квалификации проходят специалисты всех уровней.

Мероприятия по повышению квалификации медицинского персонала

не только улучшают знания и практические навыки специалистов-медиков, но и повышают уровень их самооценки, стремление к совершенствованию.

1.2. Подготовка медицинских кадров в Российской Федерации

Подготовка медицинских кадров в Российской Федерации имеет ряд отличительных особенностей, сложившихся в процессе совершенствования подходов к организации образовательного процесса в учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

Обучение по программам медицинского образования начинается в профильных образовательных учреждениях после получения основного общего образования (9 классов общеобразовательного учреждения), либо среднего общего образования (11 классов общеобразовательного учреждения).

диcс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Система подготовки медицинских работников, направленная на освоение основных профессиональных образовательных программ среднего профессионального образования, а также высшего образования, осуществляется на основе федеральных государственных образовательных стандартов, утверждаемых Министерством образования и науки Российской Федерации.

Федеральные государственные образовательные стандарты представляют собой унифицированный структурированный документ, содержащий разделы, определяющие область применения, характеристику специальности, характеристику профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу, требования к структуре, условиям реализации и результатам освоения программы.

Для получения среднего профессионального образования в учреждениях медицинского профиля (колледжи, училища) выпускники общеобразовательных учреждений должны освоить учебную программу, предполагающую исключительно очную форму обучения в течение 2 лет и

10 месяцев (для выпускников, имеющих основное общее образование) и 3 лет и 10 месяцев (для выпускников, имеющих среднее общее образование).

Обучение предполагает подготовку по таким направлениям как клиническая медицина (со специализацией по лечебному [171] и акушерскому [172] делу, лабораторной диагностике [173], медицинской оптике [174], ортопедической [175] и профилактической [176] стоматологии), профилактической медицине (со специализацией по медико-профилактическому делу [177]), фармации [178] и сестринскому делу (со специализацией по сестринскому делу [179], медицинскому массажу (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) [180] и уходу за больными (младшие медицинские сестры) [181]). По завершению обучения выпускникам выдается диплом и сертификат специалиста.

Выпускники, освоившие программу среднего общего образования, либо среднего профессионального образования, имеют возможность для дальнейшего обучения в образовательных учреждениях высшего профессионального образования.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Подготовка специалистов в образовательных учреждениях высшего профессионального образования осуществляется по нескольким направлениям:

1. Бакалавриат (специалисты по сестринскому делу) [182]. Обучение осуществляется в очной форме в течение 4 лет, по завершению которого выдается сертификат специалиста.

2. Специалитет (специалисты по фундаментальной медицине (медицинской биохимии [183], биофизике [184] и кибернетике [185]), клинической медицине (лечебное дело [186], педиатрия [187], стоматология [18]), профилактической медицине (медико-профилактическое дело [189]) и фармации [190]). Обучение проводится исключительно в очной форме для клинических специальностей, фундаментальной медицины и наукам о здоровье и профилактической медицине в течение 6 лет. При подготовке по направлению «фармация» срок освоения основной образовательной

программы составляет 5 лет (очная форма обучения) и предусматривает подготовку по очно-заочной (вечерней) и заочной формам обучения, а также сочетание различных форм обучения с увеличением сроков освоения основной образовательной программы на один год по сравнению со сроками обучения по очной форме на основании решения ученого совета высшего учебного заведения. По завершению обучения выдается диплом с присвоением квалификации (например, врач по специальности «Лечебное дело» или врач по специальности «Медико-профилактическое дело»).

3. Магистратура (специалисты в области общественного здравоохранения [191]). Обучение осуществляется в очной форме в течение 2 лет, либо в очно-заочной форме обучения вне зависимости от применяемых образовательных технологий с увеличением срока освоения образовательной программы не менее чем на 2 месяца и не более чем на полгода по сравнению со сроком получения образования по очной форме обучения. Освоение программы магистратуры возможно после специалитета в высшем учебном заведении как медицинского, так и немедицинского профиля. По завершению обучения выдается сертификат специалиста и свидетельство об аккредитации.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

4. Ординатура (специалисты в области клинической медицины (по 77 специальностям [192]), профилактической медицины (по 14 специальностям [193]), фармации (по 3 специальностям [194])). Длительность обучения составляет 2 года и осуществляется исключительно в очной форме. По завершению обучения выдается сертификат специалиста и свидетельство об аккредитации;

5. Аспирантура (специалисты по фундаментальной медицине [195], клинической медицине [196], медико-профилактическому делу [197], фармации [198]). Подготовка кадров высшей квалификации в аспирантуре осуществляется в очной форме в течение 3 лет, либо в заочной форме обучения, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, с увеличением сроков освоения образовательной программы не менее чем на 6

месяцев и не более чем на 1 год (по усмотрению организации) по сравнению со сроком получения образования в очной форме обучения.

По завершению обучения в образовательном учреждении среднего или высшего профессионального образования медицинские работники имеют право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации. Правовые основания для осуществления медицинской и фармацевтической деятельности закреплены в статье 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

За период с 2012 по 2015 годы в Российской Федерации были обновлены все образовательные программы в рамках новых федеральных государственных образовательных стандартов. Программы обучения расширены современными фундаментальными биомедицинскими и клиническими блоками, существенное развитие получила практическая подготовка как в симуляционно-тренинговых центрах, созданных в каждом высшем учебном заведении, так и при непосредственном контакте обучающихся с пациентами.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

В целях увеличения образовательного потенциала высших учебных заведений и повышения эффективности корпоративной системы подготовки в 2015 году все медицинские ВУЗы Минздрава России были объединены в 13 научно-образовательных кластеров с применением перекрестных образовательных технологий и средств контроля, общих электронной медицинской библиотеки (с доступом к лучшим лекциям, материалам, разборам клинических случаев), научно-исследовательских баз.

Пересмотрены программы обучения в ординатур, предусматривающие модульный принцип с поэтапным погружением обучающихся в профессиональную деятельность, а также внедрены новые стандартизированные подходы к оценке качества подготовки медицинских работников.

С 2016 года реализуется принципиально новая система допуска к

профессиональной деятельности – аккредитация специалистов, в основе которой заложены профессиональные стандарты с набором требований к специалисту (знаний, навыков, компетенций), позволяющие осуществлять трудовую деятельность и отражать траекторию его дальнейшего профессионального роста и развития.

Положение об аккредитации специалистов утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. №334н, а порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2016 г. № 352н.

Решение вопроса о допуске специалиста к осуществлению медицинской деятельности принимается профессиональным медицинским сообществом на основе комплексных процедур, соответствующих международной системе допуска к врачеванию OSCE, включающей медицинский единый государственный экзамен, подтверждение практических навыков и умений, способность решать ситуационные задачи.

В 2016 году аккредитацию пройдут выпускники ВУЗов по специальностям «Стоматология» и «Фармация», а с 2017 года начнется аккредитация выпускников по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки». Поэтапный переход к аккредитации всех медицинских работников планируется завершить до конца 2025 года.

Приведение уровня подготовки медицинских работников к единым требованиям осуществляется через разработанную систему непрерывного медицинского образования, обеспечивающей доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ, где предоставлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, в том числе, симуляционных тренингов, стажировок, циклов повышения квалификации. Частью системы непрерывного медицинского образования является и внедряемый с 2015 года «образовательный

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

сертификат». Полный охват всех медицинских работников системой непрерывного медицинского образования планируется к 2021 году.

1.3. Подготовка медицинских кадров в зарубежных странах

Для обзора организации медицинского образования за рубежом и определения его преимуществ и недостатков следует обратиться к организации данного вопроса в экономически развитых странах [289, 305, 306, 308, 312, 315, 319, 322, 325, 330, 334, 336, 346]. В монографии М.А. Пальцева, И.Н.Денисова и В.П. Мелешко (1998г.) приводятся характеристики подготовки врачей в США, Японии и англоязычных странах [163].

Так, например, в США после окончания медицинского колледжа и сдачи экзаменов выпускникам выдается сертификат об окончании колледжа. Сертификат не дает права его обладателю заниматься самостоятельной медицинской практикой. Для получения лицензии на самостоятельную работу все выпускники обязаны пройти обучение в интернатуре и резидентуре.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Интернатура (Internship) в США - первый этап в последипломном медицинском образовании, следующий непосредственно за окончанием обучения в медицинской школе. Она представляет собой практику по избранной специальности выпускников школ в ЛПУ под руководством и контролем опытных высококвалифицированных врачей. Перед поступлением в интернатуру выпускники обязаны сдать квалификационный экзамен, дающий право на медицинскую практику под контролем на период обучения. Эти экзамены проводят специальные комиссии, организуемые по просьбе медицинских школ Национальной коллегией медицинских экзаменаторов.

Вопросами координации и организации подготовки интернов и резидентов в США занимается Комитет связи по последипломному медицинскому образованию. Он составляет и регулярно корректирует программы квалифицированных экзаменов, учебные программы и планы

интернатуры и резидентуры. Координация и контроль осуществляется им через 23 территориальных комитета, контролирующих последипломное образование.

В США до 1975 г. существовало два типа интернатуры: прямая (Categorical Internship) и чередующаяся (Flexible Internship), прежде называвшаяся ротационной (Rotating Internship). В прямой интернатуре осуществляется специализация по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии. Она проводится на базе лечебных учреждений, для которых Комитетом связи по последипломному медицинскому образованию дано разрешение на обучение в резидентуре по соответствующей специальности. Продолжительность обучения один год. В чередующейся интернатуре осуществляется подготовка по двум или более специальностям с обязательным обучением по терапии в течение четырех месяцев. Цель этой интернатуры- разносторонняя клиническая подготовка для дальнейшей самостоятельной работы в качестве общепрактикующего или семейного врача.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

По окончании интернатуры врачи-интерны обязаны сдать квалификационный экзамен, удостоверяющий их профессиональную компетенцию, после чего они получают диплом врача, степень доктора медицины (MD-Doctor of Medicine) и полную лицензию на право самостоятельной врачебной практики в качестве общепрактикующего врача. Лицензии выдает Федеральный орган по выдаче лицензий - Национальная коллегия медицинских экзаменаторов (в штатах Делавэр, Техас и Флорида лицензии выдают местные медицинские отделы).

Право подготовки интернов имеют около 900 лечебных учреждений США. В конце 70-х годов Американская медицинская ассоциация одобрила предложенную медицинскими школами интеграцию интернатуры с резидентурой. Образовательно-профессиональные программы интернатуры стали составной частью общей программы резидентуры, и интернатура, как таковая, была исключена из программ специализации врачей. Однако, до сих

пор термин «интернатура» еще используется некоторыми медицинскими школами в отчетах о первом годе резидентуры.

Резидентура - второй этап последипломного медицинского образования и предназначена для подготовки квалифицированных врачей по конкретной специальности. Резидентура организуется в университетских учебных медицинских центрах и на клинических базах высших медицинских школ. Общий срок обучения (от 3 до 5 лет) устанавливается Комитетом связи по последипломному медицинскому образованию в зависимости от специальности, избранной резидентом. Реальная длительность подготовки в резидентуре, как правило, больше. В ряде случаев врачи после окончания резидентуры еще 1-2 года работают по избранной специальности, прежде чем смогут сдать экзамен с целью получения специальной лицензии.

дисс.рф

Экзамен принимают врачи-специалисты из неправительственных организаций-советов по соответствующим специальностям. Они назначаются коллегиумом штатов по этим же специальностям, объединяемых Американской коллегией по медицинской специализации. Экзамены по специальности платные.

8(904)111-11-11

Подготовка каждого врача - резидента проводится по индивидуальной учебной программе, которая строится с учетом личных пожеланий и способностей резидента и имеющихся возможностей для обучения. После интеграции интернатуры и резидентуры подготовкой по специальности руководит высококвалифицированный специалист-наставник. Директор университетской программы специализации отвечает за организацию подготовки всех штатных интернов и резидентов.

diss@mail.ru

В общей сложности период профессиональной подготовки врача-специалиста с учетом додипломного и последипломного медицинского образования занимает не менее 12-14 лет в зависимости от избранной специальности.

Наиболее популярна в США специализация в резидентуре для подготовки врачей первичной медицинской помощи (51% всех программ)

[163].

Высшая медицинская школа Японии также имеет свои особенности. Японский эксперт О. Такаши утверждает: «Ничто в действительности не внесло такого большого вклада в превращение Японии в страну с гигантским экономическим потенциалом и высокоразвитой технологией производства, как система образования. Японское правительство уделяет образованию такое же первостепенное внимание, как промышленности и обороне. В противоположность Европе и, особенно, Англии, где сначала строились заводы и фабрики, а затем учебные заведения, в Японии шел обратный процесс. В этой стране система образования является важнейшей составной частью локомотива, движущего все японские общество» [79, 346].

После завершения обучения в университете или колледже выпускники сдают государственные экзамены. Лица, успешно сдавшие экзамены, в течение 2-х лет проходят клиническую подготовку под руководством врача-наставника. Подготовка 80% выпускников проводится на клинических базах того университета, который они заканчивали, а 20% - в 266 городских больницах, определяемых Министерством образования, науки и культуры Японии (Монбушо) в качестве клинических баз.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

В Японии учреждены две ученые степени для врачей. После окончания медицинского факультета университета или университетского колледжа врачи получают степень Игаку-ши (доктор медицины). Для получения степени Игаку-хакуши (доктор медицинских наук) врач после окончания университета должен быть принят в аспирантуру, пройти четырехлетнее обучение в докторантуре, сдать около 50 зачетов, написать и подать к защите диссертацию. Эту степень можно получить без аспирантуры, представив и защитив диссертацию на ее соискание [38,79, 163].

Становление признанного частнопрактикующего врача в Японии после прохождения всех этапов подготовки достигается к 35-40, а иногда к 50 годам.

В англоязычных странах подготовка врача осуществляется в

следующей последовательности: обучение в полной общеобразовательной школе (12 лет), учеба в колледже (2-4 года), подготовка в медицинской школе при университете (4 года), дальнейшая специализация в избранной области медицины (5-7 лет). По окончании полного курса обучения медицине (на него уходит от 23 до 27 лет) врачи проходят аттестацию в соответствующих профессиональных ассоциациях, остаются врачами общей практики и преимущественно работают в муниципальных и государственных медицинских учреждениях (больницах и госпиталях). Периодически все врачи проходят переаттестацию с целью повышения квалификации, что положительным образом отражается на их материальном положении, способствует самоутверждению в кругу профессионалов. Специалистами в среднем становятся к 32-35 годам [163].

Таким образом, в мире не существует унифицированного подхода к решению проблемы подготовки врачебных кадров. Каждая страна исходит из собственных возможностей, потребностей и сложившихся традиций. Общее, что объединяет всех - это обязательное прохождение обучения в интернатуре для получения разрешения на самостоятельную работу, ориентация на выпуск врачей общего профиля с последующей специализацией.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Современные социально-экономические условия Республики Таджикистан, реализуемая концепция реформ здравоохранения и постоянно растущие требования к качеству медицинской помощи населению предполагают изыскание новых современных методов и форм управления здравоохранением. В связи с этим представляется интересным исторический опыт внедрения эффективных демократических основ управления здравоохранением в 20-х годах 20 века, когда была создана система первого в мире министерства здравоохранения - Наркомздрав РСФСР.

Исполнительные функции Наркомздрава состояли в наблюдении и контроле за применением законодательных норм и принятием их к немедленному исполнению. Наркомздраву были переданы организация и

руководство центральными медико-санитарными учреждениями (МСУ) на местах. Это позволяло эффективно решать медицинские задачи, объединять МСУ и согласовывать данный вид деятельности с местными Совдепами, а также проводить финансовый контроль и финансовое содействие в этой области на различных уровнях. Содействие и согласование предполагало двустороннее участие в выработке коллективных решений «низа» и «верха», а финансовый контроль выдвигал обязательное для исполнения одностороннее решение только «сверху».

Анализируя метод объединения и управления здравоохранением 20-х годов, первый Нарком Н.А.Семашко отметил одну важную особенность в механизме управления - мотивацию проводимых мероприятий в виде «Интересы народа - превыше всего». В мотивационном механизме управления отводилась огромная роль морально-этическому аспекту. Примером морали и этики он считал в первую очередь отношения между Наркомздравом и Совнаркомом, которые строились на принципах уважения и взаимного доверия. Контроль за деятельностью Наркомздрава Совнарком осуществлял только по приоритетным направлениям: борьбе с эпидемиями и медицинскому обслуживанию армии. По другим направлениям Совнаркому представлял краткий письменный отчет о проделанной работе. Принцип не приказа, а показа того, что деятельность Наркомздрава направлена на удовлетворение нужд человека, делал работу руководителей и сотрудников понятной народу с позиций общечеловеческой морали.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Широко использовался и принцип материальной заинтересованности, например привлечение зубных врачей на государственную службу, обслуживающую рабочих фабрично-заводских предприятий. В 1921 году зубные врачи и зубные техники, обслуживающие рабочих, были приравнены к рабочим ударных производств с соответствующими привилегиями.

Одним из важных принципов деятельности Наркомздрава и его подразделений стала гласность. Коллективные решения не были единственной приметой гласности. Гласность также обеспечивалась

освещением всех обсуждаемых вопросов и проблем в массовой печати и через периодические медицинские издания.

Как видно, система управления здравоохранением Российской Федерации в 20-х годах 20 века представляет собой уникальное явление, в котором разумно сочетались демократические методы управления отраслью с авторитарными методами приказа и команды. В свою очередь, приказные методы являлись плодом коллективных решений и максимально использовались для объединения медико-санитарного и лечебного дела, поощряя и развивая тем самым творческую инициативу личности, без чего невозможен был беспрецедентный дальнейший расцвет отечественной медицины и интеграция медицинских специальностей и наук.

Восстановление здравоохранения в стране после войны требовало значительного числа хорошо подготовленных руководящих кадров. Поэтому в Центральном институте усовершенствования врачей стало планироваться, а с 1947 г. осуществлялось проведение специальных курсов для руководящих кадров.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

На основании проверенного комплексного исследования [Алексеев В.А., 1970] и изучения опыта подготовки врачей - организаторов здравоохранения в СССР и странах мира в качестве главного вывода отмечено, что ведущее место во всей системе подготовки организаторов здравоохранения, как и в подготовке врачей других специальностей, занимает первичная специализация. В работе организатора здравоохранения это имеет гораздо большее знание, чем в других специальностях.

В ТГМУ имени Абуали ибн Сино и ИПОвСЗРТ накоплен опыт проведения в основном заочно-очной формы последипломного образования врачей [Зарипов С.З., 2000]. Экономическая эффективность данного метода обусловлена: а) возможностью увеличения контингента обучающихся без существенного расширения материально-технической базы института и штата преподавателей; б) сокращением периода очного обучения за счет вынесения части программы для самостоятельного изучения; в) отбором

более однородного контингента курсантов и др.

С 1976 г. в системе последипломного образования врачей был осуществлен переход на преподавание по унифицированной программе, что предопределило экономический эффект как от снижения затрат на издание печатной продукции, так и от перехода на более прогрессивную форму обучения. Были разработаны профессионально-должностные требования (ПДТ) к руководителям и специалистам здравоохранения, которые определили круг знаний и навыков для врача определенной специальности и должности на основании последних достижений науки и практики. Использование ПДТ в процессе преподавания, в квалиметрии способствовало повышению уровня и объема знаний курсантов, более полному отражению современных данных о достижениях отечественной и зарубежной медицинской науки, а так же передового опыта. Таким образом, использование ПДТ явилось фактором, повлиявшем на уровень эффективности системы последипломного образования врачей.

диссс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Таким образом, проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует об отсутствии единых подходов к проблеме подготовки кадров здравоохранения, и каждая страна в соответствии со сложившимся национальным менталитетом, традициями и опытом, решая эту задачу, сталкивается с рядом проблем, обусловленных стремительными общественно-политическими и социально-экономическими преобразованиями. Усиливаются миграционные процессы, усугубляется социальное неравенство, меняется финансирование отрасли и, следовательно, доступность к квалифицированной медицинской помощи. Изложенное побуждает страны к проведению реформ в системе здравоохранения.

В данной работе представлены результаты анализа состояния системы подготовки и формирования кадрового потенциала здравоохранения Республики Таджикистан на современном этапе, которые позволят выявить недостатки в кадровой проблеме, разработать и рекомендовать научно-обоснованные рекомендации по оптимизации системы подготовки и развития

кадровых ресурсов в социально-экономических условиях.

1.1. Система оплаты труда врачей в разных странах

В здравоохранении Республики Таджикистан (как и в других поссоветских странах) система оплаты труда медицинского персонала строится на основе использования тарифной сетки, предусматривающей оплату за отработанное время с учетом уровня квалификации труда. На размер оплаты не влияют такие факторы как результаты труда, объем выполненной работы, качественные показатели труда, сложность проводимых вмешательств (38, 48, 49, 93, 94, 105).

Недостатки используемой системы состоят в том, что оплата труда не играет стимулирующей роли, не способствует заинтересованности работника в его совершенствовании, в повышении качества, в освоении и внедрении новых технологий. Положительным моментом является то, что зарплата медперсонала определяется количественными факторами и не нацелена на рост объемных показателей, что нежелательно для здравоохранения. При хорошем финансовом обеспечении медицинских учреждений и обеспечении достойного уровня оплаты труда действующая система оправдана для непроизводственных бюджетных отраслей, так как обеспечивает гарантированный размер вознаграждения и не исключает использование дополнительных механизмов стимулирования труда. Сложное финансирование поставило здравоохранение в тяжелые условия. Материальное обеспечение медицинских работников не смогло гарантировать даже минимального прожиточного уровня. Тарифная сетка стала восприниматься гарантией нищенского существования, обезлички работника и превратилась в существенный тормоз не только развития, но и работы учреждения.

В Российской Федерации отмечается в основном такая же системы расчета оплаты труда. Несостоятельность действующей системы оплаты труда в РФ стала наиболее очевидной после введения ОМС, потребовавшего

диссрф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

разработки новых подходов к финансированию здравоохранения. Система финансирования по результатам и фактическому объему выполненной учреждениями работы пришла в противоречие с формой оплаты труда и потребовала разработки новых подходов (75, 77, 85, 100, 106, 108, 111).

В зарубежных странах порядок оплаты труда и величины гонораров врачей являются основным предметом переговоров медицинских ассоциаций со страховыми компаниями. Контрактные условия между этими организациями включают шкалу гонораров и цены по этой шкале. Упомянутые переговорные соглашения используются как в странах, где страховые фонда платят врачу непосредственно, так и в странах, где оплата труда врачей проводится тремя способами:

- непосредственно страховыми кассами (Голландия, Швейцария);
- страховые компании возмещают расходы больного после оплаты им медицинских услуг;
- расчет производится через посредника; в Германии это страховое агентство, представляющее интересы врачей всей провинции, которому и направляются счета врачей (12, 155, 162, 167, 172).

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Возмещение расходов самим пациентом позволяет сохранить видимость приватного характера финансовых отношений врача с больным. Больной платит врачу и получает возмещение из страхового фонда (176).

Врачи предпочитают такой способ оплаты, поскольку он позволяет каждому врачу выставить счет согласно своей оценке выполненной работы. Такая система оплаты не удовлетворяет пациентов и страховые компании, так как пациенту приходится платить вторично уже после оплаты страхового полиса. Правительство и страховые фонды заинтересованы в том, чтобы все врачи подчинились условиям контрактов и шкале гонораров, которые составляют суть системы страхования. Медицинские ассоциации в настоящее время стараются воздействовать на врачей, требуя выполнения договорных условий и снижения переплат.

Американская Медикер - одна из немногих общественных программ

страхования здоровья с правом выбора врача. Врач, занятый в этой программе, исполняет регламент цен на услуги, которые имеет в виде отдельной брошюры. Однако льготы не привлекают многих больных, а также врачей, меньшая часть которых вовлечена в работу только по этой программе.

До 1986г. половина бельгийских врачей имела право использовать прямую оплату больных. Прямые связи избавляет больных от больших страховых издержек. Одновременно создают неудобства, связанные с отсутствием какого-либо контроля. Врач может составить фиктивный счет или увеличить объем помощи. Таким образом, прямая плата, долго считавшаяся мировой страховой практикой как лучший способ оплаты труда, способствует росту цен на медицинские услуги. В 1966 г. бельгийское правительство и больничные фонды провели реформу в системе страхования и исключили прямую оплату счетов врачей.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Таким образом, наиболее целесообразными во всех странах признаны; подушевая оплата, оплата за услугу, должностной оклад, а также оплата за случай (177).

При подушевой оплате каждый застрахованный находится в списке врача общей практики. Страховой фонд платит врачу фиксированный ежегодный счет за каждого подписчика независимо от требуемой помощи. Система оплаты за услуги предусматривает представление суммарного счета за оказанные виды помощи после окончания лечения и оплату их страховым фондом. Врачи обычно предпочитают пользоваться этой формой расчетов, так как легко подсчитывается сумма гонорара. Страховые фонды это тоже устраивает, так как конкретизируется процесс расчетов (178).

Подушевая оплата преимущественно применяется при первичной помощи, в то время как специалисты оплачиваются за услуги.

Должностные оклады связаны с отношениями найма или контрактными связями с учреждениями. Оплата за случай производится за оказание медицинской помощи пациенту в зависимости от диагноза согласно

классификатору заболеваний. Наибольшее распространение такие виды платежей получили в гинекологии. В США они иногда применяются в госпиталях, однако чаще используется система должностных окладов.

Из приведенных материалов следует, что наиболее предпочтительной в большинстве стран является гонорарная система оплаты труда врачей, для чего используется шкала вознаграждений.

Схема вознаграждений выражается в виде шкалы относительных ценностей, показывая вес каждой процедуры, например, 10, 15, 21 и т.п. Базовая финансовая единица (фактор конверсии), например, 18 Ф или 9, 2 Ф умножается на "вес" каждой процедуры. Врач заполняет счет согласно схеме вознаграждения, включая в него или только код процедуры, "вес" (как во Франции), или, как во многих других странах, и то, и другое. В нескольких странах, где схема перепечатывается ежегодно (как в Голландии), врач может пользоваться как кодом, тех и стоимостью процедуры.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru

Шкала вознаграждений остается неизменной в течение многих лет, однако конверсионный фактор обычно повышается ежегодно в результате переговоров медицинской ассоциации со страховым фондом. Страховые компании пытаются сохранить прежний статус, медицинские ассоциации, отстаивая интересы врачей, угрожают административной забастовкой. Чтобы избежать беспорядка, обе стороны обычно приходят к согласию.

В странах с регулируемым страхованием здоровья закон о страховании определяет деятельность врача, а также набор документов о льготах, представляемых пациентам, о способах возмещения расходов больного. К ним относятся:

- перечень услуг, отказ в оказании которых может явиться предметом судебного иска,

- право предъявить счет страховому фонду со стороны любого практика, обслуживающего пациента помимо основного врача, например, акушерки;

- право страхового фонда выплачивать гонорар врачу или возмещать расходы больному, если врач отказывается вступить в соглашение;

- право врача выставить счет по своему усмотрению всем категориям больных, не оговоренных законом или регламентирующими документами;

- порядок разрешения споров между страховыми фондами и медицинскими ассоциациями, а также в случае конфликтов между пациентами и врачами по форме оплаты за медицинскую помощь; по вопросам оплаты дополнительных счетов, не предусмотренных договором; а также при односторонних мерах, принимаемых правительством или страховыми фондами без согласования с организациями врачей.

Законодательные акты всегда включают разделы, закрепляющие права врачей и пациентов:

- правительство не вмешивается в клиническую практику врачей;

- каждый застрахованный имеет право на свободный выбор лечащего врача;

дисс.рф

- каждый дипломированный врач имеет право участвовать в системе страхования;

8(904)111-11-11

врач не может быть принужден работать в системе страхования, он имеет право на частную практику.

diss@mail.ru

Законы и регулирующие правила обычно функционируют длительное время, за исключением США, где Палата представителей в 1980-1990-е гг. ежегодно пересматривала регламентирующие разделы (списки "А" и "В") программы Медикер, тщетно пытаясь удовлетворить заинтересованные стороны.

Каждая страна с регулируемым страхованием здоровья имеет определенную сложившуюся систему переговоров для решения административных и финансовых деталей. Переговоры ведут медицинская ассоциация и страховой фонд, а правительство законодательно вводит ограничение цен. Обычно две стороны подписывают контракт на 5 лет. В нем подробно перечисляются детали отношений между врачом и страховым фондом, а именно: процедура привлечения врача в систему страхования, экспертиза счетов, порядок оплаты, организация контроля за работой,

порядок образования переговорных комитетов и т.п.

Переговорные комитеты формируются из представителей медицинской ассоциации и страхового фонда. Все члены комитета - врачи, но с каждой стороны могут быть статистики, владеющие данными относительно цен на услуги. В некоторых странах переговоры регулируются правительством. Комитет для переговоров контролирует перечень используемых процедур и методик в соответствии с требованиями к лечению больных, исключая устаревшие или снижая их цену. Для рутинной работы комитет собирается каждые несколько месяцев в году. Когда объединенным комитетом рассматривается шкала оплат по какой-либо специальности, ассоциацию представляют ведущие специалисты этой области медицины совместно со статистиками.

В Германии переговоры между страховыми фондами и ассоциацией врачей организуются министерством труда один-два раза в год в форме конференции, на которой рассматриваются данные о финансовом состоянии страховых фондов и тенденциях в оплате услуг врачей.

Конференция формирует рекомендации, куда вносят поправки провинциальные переговорные комитеты. В случае возникновения спора вопрос передается в арбитраж, который действует на основании решений конференции.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru