

Заключение

В период происходящих глубоких социально-экономических преобразований в обществе, реформирования отрасли здравоохранения, особую актуальность приобретают решения проблем кадрового обеспечения отрасли, от чего в конечном итоге зависит качество и уровень оказания квалифицированной медицинской помощи, что в свою очередь требует значительных временных и ресурсных затрат. В то же время, проблемы кадрового обеспечения учреждений системы здравоохранения республики имеют ряд специфических особенностей, что диктует необходимость проведения системного анализа функционирующей системы здравоохранения для принятия правильных оперативных и стратегических решений, учитывающих быстро меняющиеся реалии, соответствующие современным требованиям.

Анализ зарубежного и отечественного опыта подготовки кадров системы здравоохранения свидетельствует об отсутствии единых подходов к проблеме подготовки кадров, и каждая страна в соответствии со сложившимися традициями и национальным менталитетом, и опытом, решают эту задачу и неизбежно сталкиваются с рядом проблем, обусловленных общественно-политическими и социально-экономическими преобразованиями, являющихся основным мотивом проведения реформ, так как меняется финансирование отрасли, усугубляется социальное неравенство, внедряются рыночные механизмы, что в конечном итоге сказывается на доступности к квалифицированной медицинской помощи.

В этом плане изучение и анализ опыта подготовки кадров здравоохранения с учетом региональных особенностей и менталитета позволит использовать его для совершенствования системы подготовки и формирования кадров, отвечающих современным реалиям, с новым мышлением, для работы в новых условиях, необходимости внедрения новых инновационных технологий, экономических методов управления, что и

побудило выбор цели исследований и решения поставленных задач.

Для проведения реформы в области кадрового потенциала необходимо тщательный анализ структуры и качества функционирующей системы человеческих ресурсов здравоохранения, что позволит выявить основные тенденции изменения численности и структуры кадров, региональные особенности формирования кадрового потенциала, вопросы профессионального отбора и роста медицинских кадров, что позволит разработать научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию системы подготовки кадров здравоохранения.

Проводимые в странах СНГ и в нашей республике реформы здравоохранения в первую очередь коснулись приведения медицинского и фармацевтического образования, сроков и качества в соответствие с государственными и мировыми стандартами и потребностями обеспечивающими вхождение республики в единую мировую, образовательную систему в области подготовки и переподготовки кадров.

В этом плане, проводится реорганизация системы подготовки будущих специалистов на соответствующих факультетах медицинского университета, медицинских колледжах и медицинских училищах с учетом реальных потребностей сектора и прироста населения, равномерной обеспеченности ими населения регионов.

Особое внимание уделяется последипломному образованию специалистов, курсам повышения квалификации и переподготовки специалистов с учетом спроса на них на рынке труда, внедрения в практику новейших технологий профилактики, лечения, реабилитации, что можно в целом характеризовать, как непрерывное медицинское образование. Для этого в республике функционирует Таджикский институт последипломного образования в сфере здравоохранения с филиалами в крупных регионах.

Анализ структуры медицинских кадров и обеспеченности ими системы здравоохранения республики показал, что в секторе здравоохранения в 2007 году работало 13392 врачей (18,6 на 10 тыс. населения), в 2013 году 16 589

врачей (20,3 на 10 тыс. населения) в 2015 году 17836 врачей (20,3 на 10 тыс. населения) и несмотря на проблемы оттока кадров, обеспеченность была низкая и в целом имела лишь незначительную тенденцию к росту, отмечалась диспропорция в обеспеченности кадрами как по регионам, так и по специальностям: рост числа врачей узких специальностей и уменьшение врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи на 8,8%.

Имеются проблемы и в сестринской службе: рост обеспеченности в городах, снижение в сельской местности ухудшение соотношения числа врачей и медсестер, тенденция уменьшения сестер общей практики.

Обеспеченность средним медицинским работниками в регионах несколько лучше, чем с врачами, что объясняется подготовкой среднего медперсонала в соответствии с потребностями практического здравоохранения непосредственно в административных регионах.

Отсутствие равного географического распределения кадровых ресурсов для республики является давней проблемой и мерь, положительно влияющие на равномерное распределение кадровых ресурсов требуют разработки новой политики. Это и повышения уровня заработной платы, улучшение условий жизни работников здравоохранения сельской местности. Серьезной проблемой для здравоохранения является трудовая миграция.

Проведенный нами анализ путей трудоустройства медицинских кадров показал, что в прошлом медицинские работники устраивались на работу по распределению. В связи с отменой распределения в 1993 году места работы для врача стал его собственной проблемой. Средних медицинских работников хотя и распределяют, но большинство из них часто меняют места работы. Анкетный опрос 754 руководителей медицинских учреждений, 1258 врачей и 2578 медицинских сестер, 356 студентов медицинского университета показал, что чаще всего медицинские работники устраивались на работу по знакомству (41,9%), выпускники по распределению, врачи часто меняли места работы (49,8%), медицинские сестры в 67,3% случаев.

Наиболее распространенным способом отбора претендентов на врачебную должность в основном является собеседование (69,3%) лишь в небольшом проценте случаев тестирование (6,3%). Собеседование наиболее часто проводит главный врач или будущий руководитель, или сотрудник кадровой службы. При приеме на работу среднего медперсонала чаще собеседование проводит сотрудник отдела кадров (21,4%) и главные врачи (28,7%). Значимую роль в отборе кандидатов играет будущий руководитель. Заведующими отделениями считают обязательным в отборе кандидатов участие главного врача.

Анализ показал на недостаточное привлечение при приеме на работу кадровой службы, хотя она вместе с руководством делит ответственность за развитие и эффективное использование персонала. В отборе кандидатов на должность принимают специалисты разного профиля. Кадровая служба в реальных экономических условиях остается недоиспользованной и малоэффективной.

Спрос медицинских работников медицинских учреждений показал, что 73,5% сотрудников считают, что вопросами приема на работу должны заниматься руководители (главные врачи, заведующие отделениями) и специалисты отдела кадров. 63,7% опрошенных считают необходимым проведение тестирования.

Большинство опрошенных считают, что круг решаемых вопросов специалистами отдела кадров недостаточен и необходимо расширение их полномочий.

Проведенный анализ процесса формирования кадрового потенциала на этапах привлечения, отбора, набора кадров, планирование их профессионального роста и карьеры имеет ряд особенностей, оказывающих существенное влияние на формирование качества персонала.

Это недостаточное привлечение при приеме на работу специалистов отдела кадров в процессе отбора, интеграции и координации кадровых ресурсов;

-в новых экономических условиях отдел кадров остаётся недоиспользованной структурой;

- разнообразие специалистов участвующих в отборе, приеме на работу.

Отделами кадров недостаточно проводится работа по планированию профессионального роста и развития медицинских кадров, что является важнейшим условием деятельности медицинского учреждения.

Профессиональное обучение должно ориентироваться, прежде всего, на решение задач сегодняшнего дня и будущие потребности организации.

Традиционными методами определения состояния и потребностей является аттестация кадров, изучение профессиональной характеристики медицинских кадров, подготовка индивидуального плана развития направленное на повышение их профессионального уровня.

Профессиональная характеристика медицинских кадров включает информацию, подлежащую количественной оценке: наличие сертификата специалиста, квалификационной категории. А также информацию по качественной оценке - мотивации медицинских работников к профессиональному росту.

Как показали результаты настоящих исследований 83,9% медицинских работников имеют диплом (сертификат) специалиста, документ подтверждающий соответствие теоретических знаний и практических навыков и умений при котором может вести самостоятельную работу.

У врачей показатель наличие сертификата специалиста выше, чем у средних медицинских работника (у врачей 90,2%; у средних медицинских работников 55,7%). У врачей больниц, этот показатель выше, чем у врачей первичного звена. Частота прохождения специализации в последние годы выше, чем в предыдущие годы. Одним из механизмов контроля качества подготовки специалиста является аттестация преследующая цель стимуляции роста квалификации кадров. На момент исследования всего 60,7% врачей имеют квалификационную категорию, в том числе вторую-9,8%, первую 30,9%, высшую 18,5%, причем этот показатель выше у врачей больниц, чем у

врачей ПМСП.

Число аттестованных средних медицинских работников выше, чем у врачей.

Обращает внимание, что более 5 лет не подтверждали квалификационную категорию 29,8% врачей. Средние медицинские работники в подавляющем большинстве подтверждали квалификационную категорию в течение последних 5 лет ($92,7 \pm 0,5\%$).

Врачей первичного звена имеющие и своевременно подтвердившие квалификационную категорию больше, чем врачей больниц, что объясняется зависимостью их от наличия квалификационной категории.

Анализ стремления медицинских работников к повышению профессионального уровня, профессиональному росту и развитию показал, что 62,1% врачей испытывают потребность в повышении профессионального уровня, лишь 37,9% не испытывают необходимости. Из них 82,0% недавно прошли курсы УСО. Не считают необходимым в повышении профессионального уровня 42,3% врачей ПМСП и 31,8% врачей больниц. Среди средних медицинских работников 62,3% медсестер ПМСП и 52,8% медицинских сестер больниц не испытывают необходимости повышения профессионального уровня в своей профессии в стажерских группах свыше 5 лет.

Не нуждаются в постоянном повышении профессионального уровня врачи ПМСП со стажем 6-10 и свыше 20 лет.

Четко определяется возрастная группа, вступление в которую свидетельствует об отсутствии потребности в профессиональном росте: врачи ПМСП - 41-50 лет; средние медицинские работники 31-40 лет; Не желают повышать свой профессиональный уровень медсестры учреждений ПМСП. Чем они старше, тем выше их показатель.

Прослеживается связь отсутствия потребности в постоянном повышении профессионального уровня с наличием квалификационной категории, что можно диктовать как констатацию факта достаточности повышения своего профессионального уровня, так отсутствием серьезной

мотивационной необходимости (влияние на уровень заработной платы, карьерный рост и др.).

Так, обращает на себя внимание, что врачи, не имеющие квалификационную категорию, не ощущали в этом необходимости.

По всей вероятности это связано с тем, что 100% врачей больниц и 97,2% врачи учреждений ПМСП оценили курсы повышения квалификации чисто теоретическими, медицинские сестры реже. При этом считают, что получили новые знания только 54,3% врачей ПМСП и 49,6% врачей больниц.

Для средних медицинских работников повышение квалификации является в основном теоретическими, а 7,8% считали прохождение повышения квалификации формальным для получения квалификационной категории.

Одним из механизмов государственного контроля уровня знаний и качественного развития кадрового потенциала является аттестация медицинских кадров с присвоением квалификационной категории.

Обращает на себя внимание тот факт, что практически каждый третий медработник не ответил на вопрос, когда последний раз проходил усовершенствование и аттестацию. Среди средних медицинских работников это число составляет 45, ±10%. Это свидетельствует о том, что сроки получения сертификата у них не соблюдаются, а также о том, что сертификат они получили по другой специальности, более по ней не работают и сертификат не подтверждают.

Число аттестованных в целом среди врачебного персонала меньше, чем среди медицинских сестер (среди врачей меньше, чем среди медицинских сестер (60,7±1,3 и 71,8±0,8 соответственно, $p < 0,01$). Чаще аттестованные встречаются среди врачей больниц (87,8%), реже - среди врачей ПМСП (57,9%).

Среди врачей в целом на момент проведения исследования не был аттестован каждый третий (39,3±1,3%). Среди врачей ПМСП квалификационной категории не имеет (42,1±1,4%), а из врачей больниц

аттестацию не проходили $12,2 \pm 2,5\%$ (табл. 18).

Не прошли аттестацию на момент исследования $28,2 \pm 0,7\%$ медицинских сестер, а именно: $30,2\%$ медсестер учреждений ПМСП и $19,1\%$ медсестер больниц.

Среди врачей аттестованные по второй категории отмечается в $9,8\%$, первой - $30,9\%$ и высшей - $18,5\%$ случаев соответственно. При этом только в $82,9\%$ случаях квалификационная категория получена по той специальности, по которой врачи работают в настоящее время, а у $17,1\%$ работающих врачей - по совмещаемой или специальности прежней работы.

В то же время среди врачей больниц число аттестованных, естественно выше, что достоверно различается с числом аттестованных врачей ПМСП ($p < 0,01$). На должностях врачей больниц количество имеющих высшую категорию выше ($p < 0,01$). Однако следует отметить, что и среди врачей больниц частота лиц, имеющих квалификационную категорию по специальности настоящей работы составит всего $81,9 \pm 1,4\%$.

Число аттестованных кадров со средним образованием выше, чем врачей: $71,8 \pm 0,8\%$ против $60,7 \pm 1,3\%$ соответственно ($p < 0,01$). Это, возможно, связано с утверждением Программы развития сестринского дела в Республике Таджикистан с 2006 года и мероприятия по ее реализации. При этом медицинские сестры имеют первую квалификационную категорию - $42,8 \pm 0,9\%$, реже вторую - $4,4 \pm 0,4\%$, в то же время высшая категория отмечается у $24,5 \pm 0,8\%$. По сравнению с врачами у медицинских сестер чаще отмечается не только общее число аттестованных, но и имеющих первую и высшую категорию, среди врачей выше число имеющих вторую квалификационную категорию.

Анализируя сроки прохождения аттестации, необходимо отметить, что $29,8 \pm 1,6\%$ врачей проходили аттестацию более 5 лет назад, при этом врачей учреждений ПМСП, нуждающихся в подтверждении квалификационной категории, значительно выше, чем таковых среди врачей больниц ($p < 0,05$).

Аттестацию более 5 лет назад прошли и $5,8 \pm 0,5\%$ медицинских сестер

в целом, этот показатель наиболее высок среди медицинских сестер учреждений ПМСП - $16,3 \pm 2,8\%$.

Особого внимания заслуживает проблема последипломного образования кадрового потенциала здравоохранения. Внедрение инновационных технологий, достижений медицинской и фармацевтической науки в практическое здравоохранение возможно лишь путем непрерывного до и последипломного образования медицинских кадров. От уровня их знаний и практических навыков в конечном итоге зависит качество оказываемой медицинской помощи. Для принятия решений по оптимизации последипломного образования в республике, нами проведена оценка уровня базовых знаний врачей.

С этой целью нами проведено тестирование клинических ординаторов первого года обучения, врачей-интернов хирургических (837 человек) и терапевтических (148 человек) специальностей по специально разработанным дневным тестам.

Результаты тестирования показали низкий уровень знаний как врачей хирургического, так и терапевтического профиля, соответственно 92,4-96,8% и 99,2-95,0%, что свидетельствует о слабой подготовке врачей на додипломном уровне.

Оценка уровня знаний врачей, уже работающих в практическом здравоохранении обратившихся в Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан для прохождения циклов тематического усовершенствования (2013-2014 гг.).

Результаты тестирования показали неудовлетворительный уровень знаний у 95,1%-98,2% врачей. Подобная картина отмечена и у 883 медицинских работников среднего звена (у 98,4% неудовлетворительный уровень знаний).

Оценка уровня знаний после прохождения циклов тематического усовершенствования выявили хорошие результаты.

Анализ состояния последипломного образования в республике

показали, что последипломное образование проводится в ряде учреждений в Институте последипломного образования в сфере здравоохранения, в ТГМУ имени Абуали ибн Сино и ряде ведущих медицинских учреждений. Несмотря на то, что ежегодно число медицинских работников прошедших курсы усовершенствования из регионов увеличивается, фактически лишь 23,0% врачей и 13,9% медсестер от общего числа нуждающихся в последипломном образовании реально проходили эти циклы, значительное число не проходили УСО за последние 5 лет.

Результатом деятельности кадровой службы является также управление карьерой работников, начинающийся с найма на работу и реализации планов по карьерному росту.

В исследованных учреждениях отсутствуют системы управления карьерным ростом сотрудников, 2,1% врачей и 1,2% средних медицинских работников не планируют свой профессиональный рост и основной причиной называют отсутствие перспектив занять более высокую должность, в зрелом возрасте и лишь 9,7% врачей считают, что достигли определенного профессионального уровня. Еще одной ведущей причиной нежелания планировать профессиональный рост это отсутствие возможности занять более высокую должность в учреждении. Планирует профессиональный рост 57,6% врачей и 38,9% средних медицинских работников.

Ведущим фактором в немаловажной степени определяющим количественную и качественную характеристику кадрового потенциала здравоохранения и следовательно, качество медицинской помощи населению в реальных социально-экономических условиях является фактор финансовой мотивации медицинских работников.

Сравнительный анализ уровня среднемесячной заработной платы медицинских работников ряда стран СНГ по данным Межгосударственного статистического комитета СНГ в пересчёте в доллары США по курсам национальных валют, установленными национальными банками стран Содружества показывает, что республика занимает одно из последних мест в

рейтинге.

И хотя согласно данным интернет-сайтов с вакансиями, в 2012 году доходы врачей и медицинских сестер, как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях выросли на 10-20% по сравнению с 2011 годом.

Оклады специалистов – медиков зачастую ниже прожиточного минимума, а общий доход врача зависит от наличия доплаты за особые условия труда, стимулирующих выплат, от выслуги лет, квалификации, наличия ночных дежурств и общей нагрузки.

Одной из важных проблем, влияющих на снижение уровня кадрового потенциала сектора здравоохранения является миграция. Значительное количество, особенно молодых людей, покидают страну для того чтобы найти лучшую жизнь и экономическую основу для себя и членов своих семей. Далее работники сектора здравоохранения сталкиваются с ситуацией наличия крайне низкой заработной платы, являющейся основным мотивом в поисках работы за границей. Многие врачи и медсестры покидают страну на несколько месяцев в год для получения заработков для проживания и затем возвращаются, либо вновь присоединяются к работе в секторе здравоохранения, либо выбывают из рядов работников здравоохранения (ВОЗ, 2010г.).

Миграция работников здравоохранения является одной из важных проблем кадрового потенциала, которую необходимо тщательно оценить и контролировать. В среднесрочной перспективе Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан необходимо разработать механизм контроля над перемещением кадровых ресурсов.

Таким образом, проведенный анализ состояния и процесса формирования кадрового потенциала позволил выявить ряд проблем и сделать нижеследующие выводы:

а). Дисбаланс в комбинации персонала и навыков, которые они представляют, в свете меняющейся философии оказания медицинской

помощи (с учетом акцента на первичную медико-санитарную помощь);

б) Низкий уровень государственного контроля планирования и развития кадрового потенциала;

в) Диспропорция в географическом распределении персонала с некоторыми санкционированными и заполненными должностями неукomплектованными, особенно в сельских районах;

г) Неравенство между различными видами медицинского персонала и их знания и навыков и, следовательно, по типу и качеству услуг, которые ими могут быть предоставлены;

д) Миграция квалифицированных кадров (особенно врачей) и отсутствие механизма контроля над их передвижением;

е) Отсутствует планирование кадровых ресурсов в качестве официального или регулярного процесса, что свидетельствует об отсутствии квалифицированных кадровых ресурсов, персонала в аппарате МЗ СЗН РТ;

ж) Низкий уровень заработной платы и отсутствие механизмов поощрения хорошей работы;

з) Несостыкующий контроль и управление при помощи устаревших процедур управления кадровыми ресурсами и методиками;

и) Ограниченное и неконтролируемое повышение квалификации и карьерное развитие персонала;

к) Нехватка квалифицированных управленческих кадров;

л) Информационные системы ориентированы главным образом на реактивное администрирование, нежели активное управление, хотя есть продвижение в изменении этого положения;

м) Низкий уровень личной и организационной продуктивности и эффективности для некоторых категорий сотрудников, имеющих небольшие стимулы для улучшения;

н) Недостаточность соответствующих учебных материалов, учебного оборудования и инфраструктуры в медицинских учебных заведениях.

Отсутствие университетских и институтских клиник, у студентов и курсантов недостаточно клинических навыков;

о) Текущая базовая подготовка требует расширения возможностей и укрепления в плане помещений, учебных материалов и обучения персонала для удовлетворения потребностей в области развития.

С этими общими проблемами, и их причинами связаны иные вопросы, связанные с реализацией более эффективного управления и использования кадрового потенциала.

Проведённый анализ также показывает, что в настоящее время отсутствуют данные о масштабах функционирования кадровых ресурсов практикующихся в частном секторе отсутствует механизм по управлению передвижением в рамках медицинской службы, а также между государственным и частным секторами;

- отсутствуют данные о масштабах миграции медицинских работников на практику за рубежом;

- отсутствуют механизмы по планированию и разработке политики кадровых ресурсов, специалистов и вспомогательного персонала;

- не разработаны механизмы по обеспечению стимулов для повышения индивидуальной эффективности;

- уровень подготовки по многим видам кадрового персонала не соответствует степени необходимости квалификации в рамках системы здравоохранения;

- штатное расписание основывается на институциональных кадровых нормах, которые не связаны с фактической нагрузкой. Это ведет к снижению уровню эффективности и не привлечению большого числа сотрудников;

- наем и отсутствие запланированных целей не соответствует потребностям и приводит к увеличению диспропорций в профессиональной структуре;

- в большинстве учреждений условия для эффективного

функционирования кадрового потенциала не созданы;

- подготовка персонала высокого уровня не базируется на потребности в этих сотрудниках в будущем с точки зрения задач сектора здравоохранения;

- информационная система по кадровым ресурсам не является достаточной для поддержки планирования усовершенствования и управления.

Отсутствует практика принятия оперативного решения вышеописанных проблем, или более общих вопросов. Все они требуют времени, политически императивного, твердого руководства и ресурсов для достижения желаемых изменений в направлении более эффективного и действенного медицинского обслуживания. Эти вопросы и их решение следует рассматривать как набор проектов по развитию с конкретными целями при наличии точных временных рамок. Разработка Концепции развития кадровых ресурсов будет являться первым шагом в создании основы для будущих начинаний.

Для решения этих вопросов, службе здравоохранения необходимо более активно участвовать в развитии кадровых ресурсов. Для достижения целей МЗ СЗН РТ необходимо разработка и интеграция систем, политики и практик по найму, содержанию и развитию кадрового потенциала. В частности, это будет подразумевать согласованные и последовательные усилия по разработке функций планирования кадровой политики системы здравоохранения, политики подготовки кадров, и сбор данных о кадровых ресурсах, управления и рабочих отношений кадровой политики системы здравоохранения. Все это потребует выделения ресурсов и поддержки руководства, за пределами того, что существует в настоящее время.

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в краткосрочной и среднесрочной перспективе должно сосредоточиться на:

- создании процесса по развитию кадрового потенциала, внедрение и укрепление планирования Кадровой политики системы здравоохранения,

контроль и регулирование трудовых и институциональных показателей, увеличение задач и направленности по профессиональной подготовке персонала, а также пересмотр кадровой политики и практики в целях поощрения индивидуальных и организационных достижений;

- укрепление своих услуг и объектов в количестве, возможностях и наборе навыков;

- введение большей гибкости в организационное штатное расписание с учетом объема работы, а не простого базирования на характеристики учреждения;

- обеспечение управляемого развертывания персонала и карьерного развития;

- изменение пакета заработной платы и компенсаций с целью повышения производительности и обязательств;

- совершенствование потенциала МЗ СЗН ИТ в управлении процессом перемещения сотрудников в рамках государственного и частного секторов, а также миграции сотрудников;

- расширение возможностей в области подготовки кадров для семейных врачей и среднего профессионального уровня сотрудников и улучшение соответствия между будущими потребностями для всех сотрудников и уровень профессиональной подготовки;

- укрепление планирования кадровой политики системы здравоохранения и управленческого потенциала в рамках системы здравоохранения с целью улучшения развертывания и использования медицинского персонала, а также

- разработку информационной системы кадровой политики системы здравоохранения, которая может поддерживать потребности руководителей на региональном и центральном уровнях.

Это не простое (как и в прошлом) расширение объектов и наращивание кадрового потенциала. Это решение само по себе не является

жизнеспособным в РТ, или даже в большинстве других стран. Но, скорее, это необходимость согласованных действий для мобилизации новых ресурсов в рамках и вне МЗ СЗН РТ; координация использования имеющихся ресурсов и повышение эффективности и результативности использования этих ресурсов.

Для этого потребуются новые ориентиры, навыки и организационные функции в рамках МЗ СЗН РТ. Эти изменения необходимы для создания потенциала в решении комплекса новых и более сложных требований, сопровождающие усилия по улучшению показателей здравоохранения в децентрализованной системе здравоохранения.

дисс.рф
8(904)111-11-11
diss@mail.ru