

*Махмадиев А.К., Бажанова А.Е.*

## САЛАМАТТЫК САКТОО УЮМДАРЫНЫН ЖЕТЕКЧИЛЕРИНИН ДИПЛОМДОН КИЙИНКИ ОКУТУУГА БОЛГОН МУКТАЖДЫГЫН БААЛОО

*Махмадиев А.К., Бажанова А.Е.*

### ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*A.K. Makhmadiev, A.E. Bazhanova*

#### NEEDS ASSESSMENT IN POSTGRADUATE TRAINING OF HEALTHCARE MANAGERS

УДК: 002:372.8

*Бул макалада саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилеринин дипломдон кийинки окутуунун өзгөчөлүктөрү, саламаттык сактоонун жетекчилерин изилдөөнүн жыйынтыгы, алардын адистигин жогорулатууга болгон муктаждыгын баалоо жана ага таасир этүүчү себептер көрсөтүлгөн.*

**Негизги сөздөр:** *баалоо, адистер, жетекчилер, адистик деңгээли, квалификациялык даярдоо.*

*В данной работе даны особенности последипломной подготовки организаторов отрасли, результаты исследования руководителей здравоохранения, изучены факторы, влияющих на потребность в их обучении на курсах усовершенствования.*

**Ключевые слова:** *оценка, кадры, руководители, профессиональный уровень, квалификационная подготовка.*

*This work covers particular qualities of postgraduate training of the healthcare industry workers, the results of healthcare leaders' researches; it also studied the factors affecting demand and its assessment in the training courses on professional growth.*

**Key words:** *assessment, personnel, leaders, professional level, qualification training.*

#### **Актуальность исследования.**

Система последипломной подготовки руководителей здравоохранения имеет ряд особенностей, что в свою очередь, определяет сложность планирования и требует поиска путей совершенствования этого процесса.

Следует признать, что на современном этапе реформирования и формирования новых экономических отношений в нашей республике на первый план выступают проблемы улучшения доступности, равенства и повышения качества системы предоставления медицинских услуг за счет структурно-функциональных преобразований (Мамытов М.М., Каратаев М.М., 2004; Каратаев М.М. и соавт., 2006; Абдраимов Т.Д., Каратаев М.М., Аджибаев У.Х., 2007).

Можно выделить ряд особенностей последипломной подготовки руководителей здравоохранения: значительное число организаторов здравоохранения (их общая численность в стране уступает только терапевтам, хирургам, педиатрам и акушерам-гинекологам); значительное число должностей и уровней иерархии в органах и учреждениях здравоохранения, как по горизонтали, так и по вертикали; большая

сменяемость кадрового состава руководителей и их заместителей; производственные особенности – трудности оставить рабочее место на длительный срок (даже на 1 месяц); значительные трудности в организации систематической (ежегодной) информации о движении руководителей на местах и учета их последипломной подготовки; финансовые затруднения; зависимость обучения от системы оптимизации руководящих кадров (Комаров Ю.М., 2009; Сквирская Г.П., 2011; Morris J. et al., 2003).

Одной из наиболее актуальных задач совершенствования планирования последипломного образования руководителей здравоохранения, является научное обоснование и определение истинной потребности в обучении руководящих кадров здравоохранения. При этом важно учитывать: состояние прохождения ими постдипломной подготовки; ежегодную потребность в последипломной подготовке с учетом действующей пятилетней периодичности обучения; оптимальные варианты закрепления за каждой учебной базой определенных административных территорий и контингентов руководителей здравоохранения, подлежащих обучению; наиболее приемлемые и эффективные формы и методы постдипломного образования.

**Цель исследования.** Оценка потребности в последипломном обучении руководителей здравоохранения, установление факторов, влияющих на потребность, разработку научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию планирования подготовки специалистов этого профиля.

**Материалы и методы исследования.** По разработанной нами методике были исследованы 128 действующих руководителей здравоохранения Чуйской и Жалал-Абадской областей и г. Бишкек.

**Методы исследования.** Статистический, социологический и экспертной оценки.

#### **Результаты и обсуждение**

Среди опрошенных руководителей г. Бишкек руководители мужского пола составили 32,5%, женского – 67,5%; в Чуйской области – 60,5% и 39,5% и в Жалал-Абадской области, соответственно, 64,0% и 36,0%. Среди заместителей руководителей в г. Бишкек мужчин было 19,4%, женщин 80,6%; в Чуйской области – 40,8% мужчин и 59,2% женщин и в Жалал-Абадской области – 53,0% и 47,0%, соответственно. Одновременно опрошено 47,8%

мужчин, работающих в качестве заведующего отделением в организациях здравоохранения г. Бишкек, женщин – 52,2%.

Приблизительно такое же соотношение сложилось среди заведующих отделениями Чуйской и Жалал-Абадской областей: мужчин 42,5% , женщин – 57,5% и мужчин 47,5% , женщин – 52,5% соответственно.

Показано, что лица в возрасте 30-39 лет, работающие в должности руководителя составляли наименьшую долю. Так, в г. Бишкек их было лишь 5,0%, в Чуйской области 9,4% , В Жалал-Абадской – 4,0%. Остальная часть первых руководителей распределилась приблизительно одинаково в возрастных группах от 40 до 49 лет и 50-59 лет. В возрасте 40-49 лет в г. Бишкек руководителей было 42,5% , 50-59 лет – 52,5% ; в Чуйской области – по 45,3% ; и в Жалал-Абадской области – 44,0% и 52,0% соответственно.

Среди заместителей главного врача доля руководителей в возрасте 30-39 лет в г. Бишкек составила 22,5%; в Чуйской области – 25,4% (81) и в Жалал-Абадской – 24,4%. В возрастной группе 40-49 лет доля заместителей руководителя приблизительно соответствовала доле руководителей и составила в г. Бишкек 44,9% ; в Чуйской области – 42,6% и в Жалал-Абадской – 47,0% . Естественно, что удельный вес заместителей главного врача в возрастной группе от 50 до 59 лет, по сравнению с аналогичным показателем в группе первых руководителей уменьшился. Так, их доля в г. Бишкек составила 32,6%, в Чуйской области – 32,0% и в Жалал-Абадской – 28,6% .

Несколько «моложе», в целом, по сравнению с руководителями и их заместителями, были опрошенные заведующие отделениями. В г. Бишкек лица в возрасте от 30 до 39 лет составили 16,9% , в Чуйской области 19,2%, в Жалал-Абадской – 18,8%. В возрастной группе от 40 до 49 лет в г. Бишкек заведующих отделениями было 53,5%, в Чуйской области – 54,1% и в Жалал-Абадской – 53,8% . И, наконец, в возрастной группе от 50 до 59 лет г. Бишкек представляли 29,6% заведующих отделениями, Чуйскую область – 26,9%, Жалал-Абадскую – 27,4% соответственно.

Полученные результаты в целом, свидетельствуют о значительном построении корпуса руководителей здравоохранения в стране, причем характерно, что чем выше должность, тем старше возраст руководителя. Однако, по-видимому, процесс обновления руководящих кадров здравоохранения происходит все-таки очень медленно. В переходном периоде перед отраслью здравоохранения стоят принципиально новые задачи, реализация которых сдерживается отсутствием притока в корпус руководителей молодых свежих сил, способных к восприятию рыночных ценностей, обладающие лидерскими качествами и современными технологиями управления эффективными и целенаправленными изменениями в динамично

развивающейся системе здравоохранения.

В связи с этим возрастает значение вовлечения в процесс обучения управлению здравоохранением молодых, инициативных врачей с последующим их выдвижением на руководящие должности на приоритетных направлениях реформы здравоохранения.

Исследования показали, что среди руководителей г. Бишкек 75,0% было врачей, окончивших лечебный факультет и 25,0% – педиатрический. В Чуйской области руководителей со специальностью «лечебное дело» было чуть меньше – 70,9%, а со специальностью – «педиатрия» - чуть больше – 27,9%. Приблизительно такое же соотношение выявлено при изучении базового медицинского образования у руководителей Жалал-Абадской области.

Заместителей руководителей с «лечебным» базовым медицинским образованием было больше всего в г. Бишкек 81,6%, меньше – 75,4% в Чуйской области и почти столько же – 73,5% в Жалал-Абадской. В обратной зависимости обнаружился удельный вес заместителей руководителей, имеющих педиатрическое образование – 25,6%, 24,5% и 18,4% соответственно.

Среди заведующих отделениями г. Бишкек врачей, окончивших лечебный факультет, было 76,8% , Чуйской области 72,6%, Жалал-Абадской области – 70,0%. При изучении распределения респондентов по базовой клинической специальности обнаружено, что среди руководителей г. Бишкек наибольший удельный вес занимали хирурги (28,7%); второе место – терапевты (27,5%); третье – педиатры (25,0%); четвертое – акушеры-гинекологи (12,5%) и последнее – врачи других специальностей (6,3%).

В Чуйской области на первом месте были также хирурги (30,2%); втором – педиатры (27,8%); третьем – терапевты (26,7%); четвертом – врачи других специальностей (10,5%) и на последнем – акушеры-гинекологи (4,7%). В Жалал-Абадской области, также как и в предыдущих регионах, на первом месте были хирурги (40,0%); на втором – педиатры (24,0%); на третьем – терапевты (16,0%); на четвертом – врачи других специальностей (12,0%) и на последнем – акушеры-гинекологи (8,0%).

Среди заместителей руководителя в г. Бишкек больше всего было терапевтов (31,6%) и хирургов (29,6%); почти в полтора раза меньше педиатров (18,4%), а акушеров-гинекологов и врачей других специальностей было поровну – 10,2% от общего числа опрошенных респондентов.

В Чуйской области на первом ранговом месте стояли хирурги (32,0%); на втором – педиатры (24,6%); на третьем – терапевты (22,9%); на четвертом – врачи других специальностей (16,4%) и на пятом – акушеры-гинекологи (4,1%). Почти в таких же соотношениях и те же ранговые места

занимали респонденты Жалал-Абадской области: хирурги (32,7%); педиатры (26,5%); терапевты (20,4%); врачи других специальностей (16,3%); акушеры-гинекологи (4,1%).

Одновременно, среди опрошенных заведующих отделениями во всех регионах было больше всего хирургов (31,0%; 31,5% и 32,5% соответственно); чуть меньше педиатров (23,5%; 27,4% и 30,0%); на третьем месте стояли терапевты (22,5%; 19,9% и 18,7%); на четвертом – в г. Бишкек – акушеры-гинекологи (14,1%), а в Чуйской и Жалал-Абадской областях врачи других специальностей соответственно 18,5% и 16,3%; и на последнем – в г. Бишкек – врачи других специальностей (9,2%), а в Чуйской и Жалал-Абадской областях врачи акушеры-гинекологи (2,7% и 2,5% соответственно).

Наименьший удельный вес среди опрошенных всех категорий руководителей составили врачи с общим стажем работы от 5 до 10 лет. В г. Бишкек их было 4,7%, в Чуйской области 6,2% и в Жалал-Абадской – 2,6%.

Основную долю руководителей составили лица с общим стажем работы 25 и больше лет: в г. Бишкек их было 57,5%; в Чуйской области – 48,8% и в Жалал-Абадской – 60,0%. С наибольшим стажем работы заместителей руководителя было в г. Бишкек (48,0%), в Чуйской и Жалал-Абадской областях они распределились в диапазоне от 21-24 лет, 25 лет и больше составив суммарно соответственно 59,0% и 75,5%.

Приблизительно такой же удельный вес в общей стажевой структуре занимали заведующие отделениями, которых было со стажем работы от 21 и более лет в г. Бишкек 66,2%, в Чуйской области – 62,3% и в Жалал-Абадской – 61,2%. Со стажем работы в качестве руководителя до 5 лет в г. Бишкек руководителей было 27,5%; в Чуйской области – 30,2%, а в Жалал-Абадской – 28,0%; заместителей руководителя, соответственно 32,6%; 32,8% и 40,8%; заведующих отделениями – 38,0%; 40,4% и 40,0%.

Однако основной удельный вес в общей стажевой структуре занимали управленцы со стажем работы в качестве руководителя 5-10 лет. Среди руководителей г. Бишкек таких было 65,0%; заместителей руководителя – 59,2%; заведующих отделениями – 54,9%. Почти такой же удельный вес занимали руководители Чуйской (66,3%, 57,4% и 55,5% соответственно) и Жалал-Абадской области (64,0%, 55,1% и 57,5% соответственно).

Таким образом, проведенные социологические исследования действующих руководителей здравоохранения подтвердили данные, полученные при анкетировании слушателей кафедры управления и экономики здравоохранения КГМИП и ПК. Они свидетельствуют о том, что темпы обновления корпуса руководителей здравоохранения в Кыргызстане пока еще не соответствуют целям и задачам углубления реформ в здравоохранении.

Сложившееся еще в советском здравоохранении механическое использование показателя ежегодного 20% охвата руководителей последипломной подготовкой, формализует процесс планирования, прежде всего потому, что при этом не учитываются многие факторы, влияющие на формирование реальной потребности в их подготовке.

Таким образом можно отметить, что наиболее высокое качество организации медицинской помощи населению достигается там, где рост профессионального уровня руководителей идет параллельно потребностям системы, службы или учреждения здравоохранения. Десинхронизация этого процесса, как мы установили, приводит к следующим, наиболее типичным (во временном измерении) ситуациям:

1. Потребность территории, службы, учреждения здравоохранения в профессиональной последипломной подготовке руководителей опережает существующий уровень их квалификации. Это, как правило, обусловлено постановкой новых задач, уровнем организации медицинской помощи формированием планов внедрения научных достижений в медицинскую практику, высокими темпами развития материально-технической и медико-технологической базы здравоохранения.

2. Профессиональный уровень подготовки руководителей выше потребностей территории, службы, учреждения здравоохранения, что связано с дефектами в организации медицинской помощи, нередко отсутствием необходимой базы, недостаточной технической вооруженностью, а также демографическими процессами в кадровом составе руководителей. В этих условиях знания руководителей не могут быть эффективно использованы в лечебно-профилактическом обслуживании населения. Разумеется, что такие ситуации требуют организационных решений.

3. Диспропорции в квалификационной подготовке руководителей различных взаимодействующих служб.

Было установлено, что при планировании последипломного обучения руководителей необходимо исходить из потребностей территории, службы, учреждения здравоохранения в следующих аспектах последипломной подготовки: должностной, целевой, общепрофессиональной.

#### Литература:

1. Абдраимов Т.Д., Каратаев М.М., Аджигаев У.Х. Оценка качества медицинской помощи населению Кыргызской Республики// Проблемы управления здравоохранением, Москва.- 2007.- №5.- С. 8-11
2. Каратаев М.М., Мамбетов М.А., Аджигаев У.Х. О ходе реализации реформирования системы здравоохранения в Кыргызской Республике// Проблемы управления здравоохранением, Москва. - 2006.- № 4. – С. 10-12
3. Комаров Ю.М. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения / Ю.М.Комаров // Здравоохранение.-

2009. - №10. - с. 35-45.
4. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана// Журнал Экономика здравоохранения, Москва.- 2004. - № 2.- С. 5-15
  5. Сквирская Г.П. Актуальные проблемы ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ: пути решения / Г.П.Сквирская // Здравоохранение. - 2011.- №6. - с. 24-34.
  6. Morris J.A. Surgical adverse events, risk management, and mal practice outcome: morbidity and mortality review is not enough / J.A.Morris, X.Carrilo, J.M.Jenkins // Ann. Surg. - 2003. - vol. 237. - p. 841-852.

**Рецензент: д.м.н., профессор Султанмуратов М.Т.**

---