

Бажанова А.Е., Махмадиев А.К.

САЛАМАТТЫК САКТОО УЮМДАРЫНЫН ЖЕТЕКЧИЛЕРИНИН ОЮН ТАЛДАП БИЛҮҮ

Бажанова А.Е., Махмадиев А.К.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Е. Bazhanova, А.К. Makhmadiev

STUDY OF OPINIONS OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS LEADERS

УДК: 614.2+681.7

Бул макалада саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилер курамына талдоо жүргүзүлгөн, саламаттык сактоону башкаруу жана экономика кафедрасында адистигин үзүлтүксүз жогорулатууда билим берүүнүн деңгээлин жакшыртуу боюнча окуп жаткан курсанттардын оюн билүү менен бирдикте саламаттык сактоонун проблемалары чагылдырылган.

Негизги сөздөр: сапат, жаңы технологиялар, пландаштыруу, мониторинг, окуу ыкмалары.

В данной статье приведен анализ состава руководителей лечебно-профилактических организаций, курсантов цикла непрерывного повышения квалификации кафедры управления и экономики здравоохранения Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, изучены их мнения по улучшению образовательной деятельности, отражены проблемы здравоохранения.

Ключевые слова: качество, новые технологии, планирование, мониторинг, методы обучения.

This article is an analysis of the composition of heads of medical and preventive treatment institutions, students cycle of continuous improvement of professional skill of the Department of Health Management and Economics of the Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Professional Training, studied their views on the improvement of educational activities, reflects healthcare problems.

Key words: quality, new technologies, planning, monitoring, teaching methods.

Актуальность исследования. В настоящее время система здравоохранения, показатели и нормативы медико-социального обеспечения все еще не стабильны. Не отработана четкая стратегия развития здравоохранения на ближайшие и отдаленные сроки.

Оценка качества медицинской помощи является одним из самых важных и трудных вопросов в здравоохранении (Белов Л.А., 2009; Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2011; Щепин О.П. и соавт., 2011; Павлов В.В., Вакулич Е.А., 2012; Светличная Т.Г. и соавт., 2012). Параллельные тенденции профессионального менеджмента и поддержки качества в больнице начали сближаться, не в последнюю очередь ввиду того, что реальное улучшение качества часто требует перевода средств из одной области в другую. Внедрение новых технологий предполагает повышенные требования к профессиональной компетенции медицинского персонала,

требует реорганизации рабочих процессов деятельности для приведения их в соответствие новым методам лечения (Кучеренко В.З., Мартынич С.А., Глухова Е.А., 2010; Калининская А.А., Ковалев В.А., 2012; Поляков И.В., Максимов А.В., 2012; Линденбратен А.Л., 2013; Каратаев М.М., 2016; Eckerman S., Coelli T., 2012).

Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства, т.к. потери общественного здоровья приводят к очень большому экономическому ущербу.

Цель работы. Изучить состав и анализировать мнения руководителей лечебно-профилактических организаций о повышении квалификации по организации здравоохранения.

Материалы и методы исследования.

Для изучения социально-профессионального и психологического статуса руководителей здравоохранения анонимному опросу было подвергнуто 225 слушателей, обучавшихся на кафедре управления и экономики здравоохранения Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации на краткосрочных курсах, в 2014-2015 годах.

В работе использованы социально-гигиенические методы исследования.

Результаты и обсуждение

Показано, что из общего числа слушателей (225) – 56,8% приехали на обучение из городов; 43,2% – из сельской местности (таблица 1).

Таблица 1

Распределение слушателей по месту жительства и профилю ЛПО в 2014-2015 годах

Профиль организации	Город	Село
	В %	В %
Амбулаторно-поликлинические организации	47,0	52,5
Стационары	20,3	47,5
Специализированные организации	5,6	
Органы управления	21,1	
Учебные и научные организации	6,0	
Всего	100,0	100,0

Как видно из табл.1 из общего числа слушателей, приехавших на обучение из городов страны 47,0 % представляли амбулаторно-поликлинические организации; 20,3% – стационарные; 5,6% – специализированные; 21,1% органы управления, и только 6,0 % – учебные и научные организации.

Сельскую местность почти поровну (52,5% и 47,5%) представляли руководители амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций.

Установлено, что среди обучающихся, представлявших городскую местность 43,5% было первых руководителей ЛПО; 22,0% – руководителей, заместителей, специалистов органов управления и финансирования ; 15,7% – заместителей руководителя ЛПО; 9,7% – преподавателей и научных работников; 5,6% – руководителей подразделений ЛПО и только 3,5% – другие категории.

Из числа обучающихся из сельской местности 53,3% – было первых руководителей ЛПО; 27,0% – их заместителей; и 19,9% – руководителей подразделений сельских ЛПО, их которых половину составили руководители групп семейных врачей.

Обнаружено, что интерес к новым программам обучения в КГМИП и ПК, надежда на получение новых знаний и умений, позволяющих оперативно реагировать на постоянно меняющиеся условия функционирования здравоохранения, была больше у первых руководителей органов управления, финансирования и ЛПО.

Однако, по-прежнему, в процесс обучения новым технологиям управления здравоохранением, мало вовлекаются заместители руководителей, руководители структурных подразделений. Это, в очередной раз, подтверждает укоренившийся разрыв между этими звеньями управления в медицинских организациях и, свидетельствует о незаинтересованности первых руководителей в подготовке резерва.

Эти предположения косвенно подтверждаются при анализе возраста обучающихся слушателей. Так, среди слушателей, приехавших на обучение из городов страны 45,9% составили лица, в возрасте 50-59 лет; 36,7% - в возрасте 40-49 лет; 13,2% - в возрасте 30-39 лет; и только 4,2% - в возрасте от 25 до 29 лет. Почти такая же тенденция была выявлена при анализе возрастного состава руководителей сельских ЛПО: почти половину из них (49,2%) составили лица, в возрасте 50-59 лет; 40,2% - в возрасте 40-49 лет; 10,6% - 30-39 лет.

Обнаружилось, что среди руководителей городских амбулаторно-поликлинических учреждений, женщин было 84,8% , а мужчин - 15,2%. Из числа, приехавших на обучение руководителей сельских ЛПО, женщин – руководителей амбулаторно-поликлинических учреждений было 63,3%, а мужчин - 36,7%. Среди руководителей стационарных учреждений, наоборот, было 72,2% мужчин в городских ЛПО и 65,1% в сельских.

В числе слушателей, представлявших руководителей специализированных организаций здравоохранения, было 63,6% - женщин и 36,4% - мужчин. Среди «городских руководителей» преобладают педиатры (36,8%), а среди «сельских» – хирурги (48,4%). На втором ранговом месте стояли соответственно хирурги (29,3%) и педиатры (27,8%). Третье место и в городе и на селе занимали терапевты - соответственно 19,5% и 18,8%. Четвертое место досталось врачам прочих специальностей (10,9% и 5,0%); а пятое - акушерам-гинекологам (3,5% и 0%).

Оказалось, что в городах наибольшее число руководителей имеют общий стаж работы 25 и более лет (37,2%); несколько меньше (32,1%) среди них лиц, проработавших в здравоохранении от 21 до 24 лет; еще меньше - (16,8%) лиц, проработавших от 16 до 20 лет. Только каждый 11-й из них имел общий стаж работы от 11 до 15 лет; каждый 23-й - от 6 до 10 лет; каждый сотый - до 5 лет. Среди «сельских» слушателей, лиц, с общим стажем работы до 10 лет, вообще не было; со стажем работы от 11 до 15 лет было 12,3%; от 16 до 20 лет - 36,9%; от 21 до 24 лет - 26,2%; от 25 лет и больше - 24,6%.

Наибольший удельный вес (45,9%), в общей структуре руководителей в городах, составили лица, проработавшие в качестве руководителей от 11 до 15 лет; 28,4% руководителей проработали в своей должности от 6 до 10 лет; 22,3% - до 5 лет; и только 3,4% руководителей – от 16 до 20 лет. На селе наибольшее число слушателей (43,5%) работают руководителями - от 6 до 10 лет; 34,4% - до 5 лет; 16,4% - от 11 до 15 лет; и 5,7% - более 16 лет.

В процессе анонимного опроса было интересно изучить мнение респондентов о том, какие проблемы здравоохранения их больше всего волнуют.

Большая часть респондентов представителей города 1 место отвели вопросу несоответствия нормативных актов реальным условиям финансирования здравоохранения. Второе ранговое место 63,4% респондентов отвели проблеме отсутствия реальной хозяйственной самостоятельности ЛПО; третье место 71,3% слушателей отдали вопросу внедрения института врача общей практики в больших городах.

В отличие от «городских» респондентов, «сельские» (82,3%) первое место выделили проблеме размера заработной платы; второе (76,3%) - отсутствию ресурсного обеспечения; третье (69,3%) - разрушению этапности в медицинском обслуживании сельских жителей.

Было интересно узнать, по каким дисциплинам слушатели хотели бы пополнить свои знания на курсах. Изучение ответов на этот вопрос показало, что 63,5% «городских» руководителей и 53,4% «сельских» на 1 ранговое место поставили вопросы финансирования, законодательства и управления. Они же, 2 место отвели вопросам экономики и планирования в здравоохранении; третье – информационным системам, гигиене окружающей среды, статистике, эпидемиологии и укреплению здоровья.

Между тем, из ответов респондентов стало ясно, что в сознании руководителей постепенно формируется понимание важности экономики, планирования и информационных систем для повышения эффективности управления.

В то же время руководители, по-прежнему, не придают должного значения вопросам мониторинга, оценке изменений в системе здравоохранения; влиянию окружающей среды и образа жизни на здоровье людей и эффективность здравоохранения.

78,6% «городских» респондентов и 57,4% «сельских» в своих ответах чаще всего упоминали о законодательных основах бесплатной медицинской помощи и сооплаты. На второе место 73,4% и 85,2% респондентов поставили законодательные основы общеврачебной практики; на третьем (66,7% и 52,5%) - законодательные основы прав и обязанностей потребителей медицинских услуг. И, наконец, четвертым и по степени приоритетности 81,3% и 81,1% респондентов отметили законодательные основы социальной защиты медицинских работников.

Учитывая, что планирование, в его новом содержании, является неотъемлемой частью управления здравоохранением, мы изучили, какие его разделы больше всего интересуют слушателей. Подавляющее число «городских» респондентов и 3/4 «сельских» бизнес-планирование поставили на 1 ранговое место.

Около 2/3 «городских» и более половины «сельских» респондентов отметили оперативное планирование, как второй по приоритетности раздел. На третьем месте у тех и других респондентов оказались вопросы планирования видов, объемов и качества медицинской помощи. Такие ответы респондентов в целом свидетельствуют о возросшем уровне «управленческой культуры» руководителей.

На вопрос: «Какова, на Ваш взгляд, должна быть длительность обучения?» среди обеих групп слушателей приоритет был отдан 2-х недельному сроку обучения. Почти одинаково слушатели отнесли как к сокращению сроков обучения до 1 недели, так и к удлинению до 3 недель. Негативное отношение к месячному сроку обучения высказало подавляющее число слушателей.

Представляло особый интерес выяснить, каким методам обучения слушатели отдают предпочтение. Из всех предложенных в анкете методов обучения 75,6% «городских» и 62,5% «сельских» респондентов отдали предпочтение сочетанию лекций, семинаров и практических занятий в соотношении 1:1:1.

Желающих обучаться в малых группах с применением деловых и ролевых игр среди респондентов оказалось меньше: 42,3% - представителей городского здравоохранения и 36,5% - сельского.

Одновременно обе группы респондентов проявили больший интерес (82,7% и 62,3%) к дискуссиям в целевых группах, визуальному и компьютерному обучению.

Далее, было интересно узнать, как слушатели оценивают профессиональный уровень отдельных преподавателей. Показано, что 86,7% респондентов оценили профессиональные качества профессоров кафедры на 5 баллов, 13,3% - на 4. Почти столько же респондентов поставили доцентам «отлично» и «хорошо», а 2,3% - «удовлетворительно». При оценке профессионального уровня привлеченных преподавателей, 66,3% респондентов поставили оценку «отлично», 22,3% - «хорошо», 11,4% - «удовлетворительно».

Одним из важнейших элементов обучения является качество организации учебного процесса, его методического обеспечения. На вопрос: «Как Вы оцениваете организацию учебного процесса?», 60,3% респондентов ответили - «отлично»; 25,2% - «хорошо» и 14,5% - «удовлетворительно».

На другой вопрос: «Реализовались ли Ваши ожидания от обучения?» 69,3% руководителей ответили «да», 30,7% - «нет».

При ответе на вопрос: «Какими методами, на Ваш взгляд, должны оцениваться Ваши знания и умения?» подавляющее большинство слушателей (92,7%) отдали предпочтение защите курсового проекта с последующей общей дискуссией на наиболее актуальные темы практического здравоохранения.

И, наконец, на последний вопрос: «Какие знания и умения Вами будут применены в совершенствовании управления в Вашем учреждении?», 73,9% респондентов отметили знания и умения в области управления финансами и бизнес-планирования; 82,3% - медико-организационных, законодательных и финансовых механизмов внедрения института врача общей практики и 91,3% - знания и умения в организации платных медицинских услуг.

Таким образом, углубленное изучение мнения руководителей органов и учреждений здравоохранения, обучавшихся на краткосрочных курсах, позволило увидеть ближе их потребности в обучении, с одной стороны, и наметить пути совершенствования обучения менеджменту в здравоохранении, - с другой.

Разработку программ обучения специалистов управления и руководителей здравоохранения следует рассматривать как динамичный развивающийся процесс, при котором аналитическая информация об обучении, используется для оценки и дальнейшего совершенствования программы.

Представленная на рисунке 2 «спираль образования», широко используется для иллюстрации этого процесса. Важнейшим качеством программ обучения руководителей здравоохранения является обеспечение их соответствия потребностям общества и отрасли здравоохранения.

Для разработки качественных программ необходимо, чтобы в их формировании и создании принимал участие широкий круг заинтересованных сторон. Понятно, что решение этой задачи невозможно только усилиями образовательной структуры.

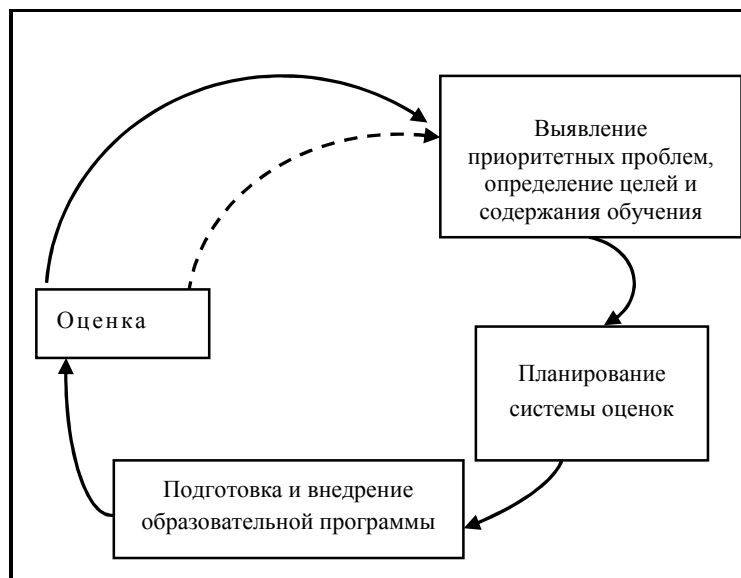


Рисунок 1. Спираль образования

Показано, что при разработке программ обучения руководителей здравоохранения в них, должны быть предусмотрены следующие структурные элементы:

– **Учебные цели.** В каждом курсе или программе обучения следует четко сформулировать их цели и назначение.

– **Квалификационные требования.** В условиях для обучения должен быть указан требуемый уровень базовых знаний, умений и навыков, предъявляемых к обучающимся.

– **Подходы и методы обучения.** Подробно должны быть изложены методические подходы и оптимальные приемы для достижения установленных целей обучения.

– **Содержание и план обучения.** Содержание программы и календарный план ее реализации должен разрабатываться с учетом рационального распределения времени, отведенного для каждой дисциплины, включенной в программу.

– **Оценка.** Существенными элементами разработки программ являются оценка обучающихся, учебного процесса и преподавателей.

– **Средства.** Для достижения конечного результата должны быть использованы доступные и эффективные технологии и технические средства обучения.

Литература:

1. Белов, Л.А. Пути повышения качества медицинской помощи / Л.А.Белов // Здравоохранение. - 2009.- №1.- с. 62-64.
2. Калининская, А.А., Ковалев В.А. Организационные основы государственного регулирования и управления качеством медицинской продукции / А.А.Калининская,

В.А.Ковалев // Здравоохранение РФ. - 2012. - №3. - с.6-11.

3. Каратаев М.М. Стратегия развития общественного здравоохранения в Кыргызстане// Журнал «Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.- Бишкек.- 2016.- №5.- с. 14-22
4. Кучеренко, В.З. Разработка системы менеджмента качества в медицинских научных организациях / В.З.Кучеренко, С.А. Мартынич, Е.А. Глухова // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2010. - №51. - 29-37.
5. Линденбратен, А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки /А.Л. Линденбратен // Бюллетень НИИ общественного здоровья. - 2013. - Вып. 2. - с. 20-23. 267
6. Максимова, Т.М. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи / Т.М.Максимова, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - №3. - с. 8-10.
7. Павлов, В.В. Опыт проведения самооценки медицинского учреждения в рамках конкурса качества / В.В.Павлов, Е.А. Вакулич // Здравоохранение. Модернизация. Качество. Результат: Сборник статей. – Самара, 2012. - с. 5-12.
8. Поляков, И.В. Проблемы внедрения системы управления качеством в отечественном здравоохранении / И.В.Поляков, А.В.Максимов // Научно-техническая конференция ГМА им. адм. С.О. Макарова: Тезисы докладов. ч. 1. – СПб., 2012. - с. 171-172.
9. Щепин, О.П., Петручук О.Е., Коротких Р.Ф. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О.П.Щепин, О.Е. Петручук, Р.Ф.Коротких // Бюллетень НИИОЗ. - 2011.- №2.- с.3-7.
10. Eckerman, S. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice / S.Eckerman, T.Coelli // Soc. Sci. Med. - 2012. - Nov. 3. - P. 274-281.

Рецензент: д.м.н., профессор Бокчубаев Э.Т.