

A 14.00.17
7 612

ՀՀ ԱՆ Ս.Խ.ԱՎԳՂԱԼԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ԱՐՄԵՆ ԳԵՎՈՐԳԻ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՈՒՍՈՒՐՄՆԵՐԻ
ՊԼԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԳԻՏԱԿԱՆ ՀԻՍՔԵՐԸ
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ
(ԿՈՏԱՅՔԻ ՄԱՐԶԻ ՕՐԻՆԱԿՈՎ)**

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում»

մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

Ս Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Ր

ԵՐԵՎԱՆ - 2009

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИМЕНИ С.Х.АВДАЛБЕКЯНА МЗ РА

ТОРОСЯН АРСЕН ГЕВОРКОВИЧ

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И
УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ КОТАЙКСКОГО МАРЗА)**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности

14.00.17 «Общественное здоровье и организация здравоохранения»

ЕРЕВАН – 2009

Ատենախոսության բեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Ս.Խ. Ավդաբեկյանի անվ. ԱԱԻ-ի գիտական խորհրդի նիստում:

Գիտական ղեկավար՝ Բ. Գ. Պ., պրոֆեսոր Դ. Հ. Դումանյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ. Գ. Պ., պրոֆեսոր Ռ. Վ. Նիկողոսյան
Բ. Գ. Պ. Ա. Մ. Զուշկյան
Առաջատար կազմակերպություն՝ Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական
բժշկական համալսարան

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է « 22 » դեկտեմբերի 2009թ., ժամը 14⁰⁰-ին ՀՀ ԱՆ
ԱԱԻ-ում գործող ԲՈՀ-ի 045 մասնագիտական խորհրդի նիստում (0051, Երևան, Կոմիտասի պող. 49/4):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է « 18 » նոյեմբերի 2009թ.:

Մասնագիտական խորհրդի գիտական
քարտուղար, Բ. Գ. Պ. *Ավագյան* Հ. Վ. ԵՐԱՍՏՈՐՅԱՆ

Тема диссертации утверждена на ученом совете НИЗ им. Авдалбекяна МЗ РА.

Научный руководитель: ծ. մ. ո., профессор Думанян Д. Г.
Официальные оппоненты: ծ. մ. ո., профессор Никогосян Р. В.
ծ. մ. ո. Кушкян А. М.
Ведущая организация: Ереванский государственный медицинский
университет им. М. Герац

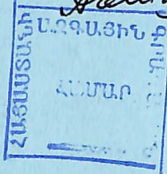
Защита диссертации состоится « 22 » декабря 2009г. в 14⁰⁰ часов на заседании Специализированного совета
ВАК 045 при НИЗ МЗ РА (0051, Ереван, пр. Комитаса 49/4).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИЗ МЗ РА.

Автореферат разослан « 18 » ноября 2009г.

Ученый секретарь Специализированного
совета, д. м. н.

ЕГИАЗАРЯН А. В.



4605-2009

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ) это все те люди, которые в основном вовлечены в такую деятельность, целью которой является укрепление здоровья. Две трети последних – врачи и медсестры, а остальные – руководители здравоохранения и вспомогательный персонал (World Health Report, 2006).

Здравоохранение это специфическая сфера, где высокое качество услуг имеет жизненную важность. И если качество медицинской помощи должно быть одним из значимых результатов реформ здравоохранения, то реформаторы должны уделять реальное внимание на то, какое место отводится медицинским кадрам. Реформы нуждаются в полноценном и детальном анализе, необходимость которого в первую очередь обуславливается тем, что это даст возможность оценить, насколько реформы смогли решить те задачи, которые были поставлены перед ними, а также сделать рекомендации для их дальнейшей корректировки и эффективного планирования.

До середины 90-х система здравоохранения Армении характеризовалась большим числом медработников, особенно врачей. В переходный период (с обретением Арменией независимости в 1991г.) предполагалось, что необходимо сократить число врачей и медсестер. Это в основном приписывалось влиянию международных институтов, которые работали с новыми правительствами, чтобы решить проблемы реорганизации и общественных затрат. Они действовали согласно убеждениям, что одни и те же услуги должны преподноситься меньшим числом персонала, уменьшая бюджетные требования.

Как считают авторы проведенных серьезных исследований в ряде стран Восточной Европы и в ряде стран СНГ, несмотря на озабоченность правительств, и международных финансовых институтов, не сократились ни уровень обеспечения персоналом, ни число усовершенствовавшихся. В одних случаях это показывает, что планирующие не были достаточно последовательны в вопросах сокращения (Белоруссия), в других случаях это отражает трудности реализации реформ (Afford C., 2001).

Светличная Т.Г. (2008) считает, что реформа здравоохранения подразумевает соответствующие изменения в организации производства и предоставления медицинских услуг населению. Преобразования должны быть направлены на достижение высоких конечных результатов деятельности системы здравоохранения путем повышения эффективности использования ресурсов. Это обуславливает необходимость, прежде всего определенных перемен в сфере трудовых ресурсов.

В Концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, принятой Минздравом РФ в 2002г., указано на ряд нерешенных проблем в сфере кадрового обеспечения отрасли. Среди основных направлений кадровой политики в здравоохранении 1-е место занимает совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов.

Научное обоснование структурированной потребности здравоохранения региона во врачебных кадрах рассматривается как одна из основ стратегического планирования образовательной деятельности ВГМА им. Н. Н. Бурденко.

Понятие структурированности включает в себя изучение прогнозов потребностей практического здравоохранения отдельных районов или населенных пунктов регионов во врачах по основным специальностям.

Исходной информацией являются данные мониторинга демографических, санитарно-эпидемиологических показателей, наличных ресурсов врачебных кадров и вакансий в регионе. Информация структурируется по территориальным уровням: от врачебных участков до региона в целом. По медико-социальным уровням рассматриваются отдельные возрастные, нозологические и профессиональные группы.

Разработана оригинальная специализированная программа прогнозирования динамики демографических и санитарно-эпидемиологических показателей на заданный период на основе автоматизированного расчета и выбора оптимальной регрессионной модели.

Полученные прогнозные данные наряду с материалами мониторинга кадровых ресурсов и вакансий являются основой для разработки стратегических планов подготовки специалистов в регионе. Для информационной поддержки принятия решения разрабатывается программный комплекс, включающий в себя систему искусственного интеллекта и геоинформационную систему (Есауленко И.Э., Семенов С.Н., 2005)

В действительности, число персонала в новых децентрализованных системах, скорее всего, определялось местным развитием, а не национальными планами. В более богатых районах местные власти смогли создать большое число рабочей силы, а руководители серьезных учреждений успешно препятствовали сокращению числа сотрудников.

Согласно вышеуказанным авторам (Afford C., 2001), частный сектор приобрел значительное (и иногда отрицательное) влияние в Армении и Грузии, где непосредственно после независимости открытие частных медицинских и медсестринских учебных заведений почти невозможно было контролировать и регулировать. Они дали большое число выпускников, сводя на нет усилия правительства, сократить прием в медицинские учебные заведения, и показывая, что, несмотря на формально низкий уровень оплаты, медицина является прибыльной отраслью.

Вместе с этим, сравнение числа врачей и медсестер – выпускников Армении, с теми же показателями Западной и Восточной Европы, показало, что есть экономически более развитые страны, чем Армения, где эти числа более высокие (European health for all databases, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark). Следовательно, однозначное суждение о том, что сокращение числа выпускников приведет к повышению эффективности системы здравоохранения не совсем верно.

В Армении, как и в других странах Центральной и Восточной Европы, центральную роль в планировании и реформах КРЗ имели и до сих пор имеют международные донор-организации. Некоторые авторы считают, что рекомендации этих организаций по реформам здравоохранения часто не совпадают с принципами и политикой, которые они продвигают, и в свою очередь, приводят к нарушению таких базовых принципов, как социальная солидарность, равенство и доступность.

Исследования, проведенные в Армении, свидетельствуют о наличии серьезных проблем в отношении кадровых ресурсов. Так, М. Кыракосян в своей книге «Մարդկային ռեսուրսների վիճակը Հայաստանում և վերականգնողական վարքի հարավից հարցեր» (2001) пишет: «Сегодняшнее состояние людских ресурсов – результат принятых крупных и малых решений (не всегда правильных) в разные периоды и на разных уровнях, разными людьми и учреждениями. Как следствие, менеджеры здравоохранения сегодня противостоят следующим проблемам, требующим решения:

- Наличие чрезмерно большого числа сотрудников на некоторых рабочих местах, тогда как, в других их не хватает. Большое количество медработников, получивших соответствующее специальное образование, не обеспечены или частично обеспечены работой.
- Наличие медработников без соответствующего или неудовлетворительного специального образования.
- Плохое функциональное распределение рабочей силы, которые в конечном итоге, системе здравоохранения придает исключительно городское клиническое (больничное) направление.
- Плохое географическое распределение рабочей силы. В крупных (промышленных) городах соотношение медработник/население намного выше по сравнению с малыми и сельскими населенными пунктами.
- Политические причины, которые заставляют принять на работу и содержать больше работников, чем позволяют истинные возможности».

Исследования последних лет позволили выявить ряд проблем, присущих кадровой политике и управлению кадровыми ресурсами в области здравоохранения Республики Армения.

Это диктует необходимость проведения целенаправленных комплексных исследований с целью разработки научных основ планирования, подготовки, распределения и закрепления медицинских кадров в различных марзах РА для обеспечения доступности и надлежащего качества оказываемой медицинской помощи гражданам республики по всей территории (Хачатрян Т.С., 2009).

Острая нехватка соответствующих данных стала дополнительной преградой для переустройства предоставления услуг и подготовки персонала с целью обеспечения здравоохранных нужд (O'Brien-Pallas L., et al., 2001). В некоторых странах, например в Армении, в Грузии и в Киргизии произошел полный спад централизованного сбора данных и информационных систем, и сейчас они нуждаются в достоверных данных о численности населения (Դավթիս Կարճ-Մարտի, և Կարճեր, 2007).

С точки зрения политики и управления кадровыми ресурсами акцент должен быть сделан на следующих основных позициях:

1. Начало трудовой деятельности: подготовка кадровых ресурсов путем обеспечения качества образования и посредством осуществления стратегических инвестиций в образование; разработка эффективных и этических методов найма.
2. Работа в составе кадровых ресурсов: повышение квалификации работника за счет более грамотного управления кадровыми ресурсами, как в государственном, так и в частном секторах.
3. Завершение трудовой деятельности: решение вопросов миграции и естественной убыли в целях снижения ненужной траты людских ресурсов.

Цель исследования

Разработка организационных и методологических подходов к прогнозу потребности и обеспечения врачебными кадрами, их планирования и расстановки.

Задачи исследования

1. Представить общую картину распределения кадровых (врачебных) ресурсов по стране с учетом демографических показателей, заболеваемости, смертности, обеспеченности лечебно-профилактическими учреждениями и врачебными кадрами, подготовке и непрерывному профессиональному развитию последних.

2. Выяснить мнение руководителей и организаторов здравоохранения различного уровня по вопросам нормативно-правовых механизмов, базе знаний по КРЗ, дефициту базовых данных, соответствию между целями стратегии подготовки кадров и политики здравоохранения.
3. Изучить взаимодействия между политикой в отношении КРЗ, здравоохранения и эффективности использования КРЗ и их непрерывного профессионального развития.
4. Представить полное статистическое обеспечение (на примере одного марза) для последующего внедрения модели потребности КРЗ.
5. Разработка последовательности в ходе (процессе) применения модели потребности КРЗ.

Научная новизна работы

Впервые в стране проведенный ситуационный анализ послужит базой для формирования общей стратегии и тактики рационального использования кадровых ресурсов в здравоохранении, разработки методов планирования и использования их, а также совершенствования системы непрерывного профессионального развития.

Практическая значимость

Представленные статистические данные базового года являются основой для прогнозирования потребностей во врачебных кадрах в последующие целевые годы (как при краткосрочном, так и долгосрочном прогнозировании).

Внедрение в практику

Начата разработка персонифицированного регистра КРЗ с охватом 3-х марзов (Ширак, Лори, Тавуш).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 6 научных работ.

Апробация работы

Диссертационная работа апробирована и рекомендована к защите на объединенном заседании кафедр социальной гигиены, управления и организации здравоохранения, политики и законодательства здравоохранения, экономики и финансирования здравоохранения 17 сентября 2009г. (протокол №1).

Основные положения диссертации представлены и доложены на Международном втором медицинском конгрессе Армении 28-30 июня, 2007г., г. Ереван.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 115 страницах компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав, включающих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений. Работа иллюстрирована 36 таблицами и 5 рисунками. Библиографический указатель содержит 13 отечественных, 45 русскоязычных и 60 англоязычных источника.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования

Выбор материала определен необходимостью изучения:

- демографических показателей;
- заболеваемости, смертности и обеспеченности населения лечебно-профилактическими учреждениями и врачебными кадрами;

- подготовки врачебных кадров, в том числе специализации и непрерывного профессионального развития;
- мнения руководителей и организаторов здравоохранения о ситуации с кадровыми (врачебными) ресурсами здравоохранения.

1. Официальные материалы:

- Национальной статистической службы РА, в том числе данные Переписи населения Армении (2001г.) (для оценки демографической ситуации).
- Первичные материалы информационно-аналитического центра МЗ РА (для оценки заболеваемости, смертности и обеспеченности населения ЛПУ и кадрами).
- Первичные материалы Национального института здравоохранения МЗ РА и Ереванского государственного медицинского университета МО РА (для оценки подготовки специалистов).
- Первичные материалы о медико-географическом распределении населения, заболеваемости и смертности, а также обеспеченности населения ЛПУ и врачебными кадрами, их подготовке и непрерывном профессиональном развитии из соответствующих учреждений Котайкского марза.

Общие показатели Котайкского марза:

1. Расположение: марз расположен в непосредственной близости от Еревана и это единственный марз, не имеющий внешних границ, что позволяет его считать «эпидемиологически наиболее защищенным» от пограничных инфекционных заболеваний.
2. Климатогеографические условия. Высота над уровнем моря 1740м, т.е. занимает среднюю позицию между наиболее высокими (3500м и выше) и наиболее низкими (390м). Водоснабжение осуществляется за счет родниковых вод высокого питьевого качества, при этом отсутствует загрязненность вод промышленными и прочими отходами. Климат умеренно сухой, в высоких частях – горный холодный. Минимальная температура равна -40°C , максимальная 38°C . Зима продолжительная с устойчивым снежным покровом, лето прохладное, мягкое. В состав марза входят 7 городов и 62 села (Айриян А.П., 1998).
3. Численность постоянного населения – 277 802 чел., что приближается к среднему числу постоянного населения по марзам. Городское население составляет 27,3%, сельское 72,7% (в течение лет разница достоверно не отличается). Плотность населения $\approx 130,43$ чел./км² (средняя по стране 108,00 чел./км²).
4. Население в возрасте 60 лет и старше составляет 12,4% (по Армении 14,2%), в возрасте 0-9 лет – 16,5% (по Армении 14,1%), иначе говоря, марз относительно «молодой» на фоне общего старения населения страны.

2. Опросные карты, адаптированные нами на основании рекомендаций ВОЗ «A guide to rapid assessment of human resources for health» (World Health Organization, 2004, Geneva)»

Опрос охватывает следующие разделы: политика, управление, рынок труда, образование, мониторинг и оценка.

Методы исследования

В работе использованы методы опроса, эпидемиологического анализа, статистических исследований.

Опрос проводился при непосредственном контакте с респондентом и носил характер экспертной оценки. Нами учтено желание некоторых респондентов остаться анонимными, в связи с чем, в работе приводятся сводные данные в виде таблиц.

Опрос проведен в течение одного месяца.

Эпидемиологический анализ проведен в динамике и охватывает 2002-2007 гг.

При изучении заболеваемости и смертности использовалась МКБ десятого пересмотра (МКБ-Х, Ереван, 2002).

Всего опрошено 40 руководителей и организаторов здравоохранения, в том числе:

- национального уровня – 6;
- регионального уровня – 10;
- независимые эксперты – 11;
- эксперты по подготовке врачебных кадров – 7;
- руководители крупных медицинских центров Еревана – 6.

Выбор респондентов (за исключением независимых экспертов) обоснован их непосредственной связью с политикой и управлением КРЗ. Независимые эксперты – специалисты в области организации и управления здравоохранением.

Полученные результаты и их обсуждение

Имеются, по меньшей мере, четыре основных метода, позволяющих реально оценить потребности здравоохранения в необходимых врачебных кадрах:

Метод, учитывающий соотношение население/кадры;

Метод, основанный на учете потребностей здравоохранения;

Метод, основанный на определении спроса услуг;

Метод, основанный на определении целевых услуг.

Любой из выше приведенных подходов к оценке потребностей в кадровых ресурсах требует проведение ситуационного анализа в стране с учетом как демографических, так и здравоохранительных характеристик, в том числе заболеваемости, смертности, обеспеченности лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими кадрами.

Численность постоянного населения Армении за 6 лет увеличилась на 10 000 человек и, начиная с 2004г. имеет стабильно положительную динамику. Однако природный рост населения не отличается подобной стабильностью, что по всей вероятности связано с более высокой смертностью в определенные годы, при «отстающей» рождаемости. При оценке роста населения страны, очевидно, следует учитывать факт старения населения, что означает изменение демографической ситуации, новые растущие ожидания постаревшего населения от здравоохранения вообще и доступности медицинской помощи, в частности, что непосредственно связано с использованием трудовых ресурсов.

Для метода, учитывающего соотношение население/кадры достаточно указанные выше данные сопоставить с числом растущих кадров и далее спрогнозировать потребность (I подход). Однако на наш взгляд, при определении потребности в медицинских кадрах необходимо учесть заболеваемость (II и IV подход). Исходя из этого, мы изучили общую заболеваемость в стране. Общая заболеваемость в стране увеличилась с 28721,4 в 2002г. до 35361,5 в 2007г. на 100 000

населения, в том числе заболевания системы кровообращения – с 4522,8 до 5134,9; дыхательной – с 6101,9 до 7277,2; эндокринной – с 2086,9 до 2360,3 систем, новообразования – с 1191,5 до 1388,3.

Увеличилась и смертность: с 795,6 в 2002г. до 831,5 в 2007г. (на 100 000 населения). Основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения (418,5) и онкологические заболевания (161,8), увеличилась смертность от болезней органов дыхания (с 45,5 до 58,6) и пищеварения (с 31,4 до 43,3).

В условиях новых экономических и правовых взаимоотношений в системе государство-население-медицина необходим анализ деятельности структуры здравоохранения, его отдельных служб и учреждений, т.к. уровень обеспеченности страны в целом и медицинской организации, в частности медицинскими кадрами во многом определяет и степень выявления той или иной патологии у населения.

Европейская база данных «Здоровье для всех» (2009) содержит сведения о том, что средняя обеспеченность врачами в Европейском регионе составляет 33,9 на 10 000 населения (2006г.), т.е. обеспеченность врачами в Армении близка средневропейскому, однако их распределение далеко не равномерно по стране: число врачей на 10 000 населения в Ереване составляет 74,5 (2007г.), в то время как в марзах от 14,3 до 20,3, т.е. превышает в 3,5-5 раз.

При этом отмечены различия между Ереваном и марзами в обеспеченности коечным фондом – 40,6 на 10 000 населения в Ереване (самый высокий показатель) и 12,9 в Армавире (самый низкий показатель). Госпитальная помощь осуществляется в основном узкими специалистами, однако в марзах имеется дефицит и специалистов широкого профиля. Наибольший дефицит врачей отличается в Гегаркуникском (116), несколько меньше в Ширакском и Сюникском (по 50) марзах. Парадоксальным можно считать дефицит врачей в Ереване (11). Последнее свидетельствует о серьезном дисбалансе, что является следствием недостаточного планирования подготовки и расстановки кадров.

Представленная общая картина по всей республике, на наш взгляд, недостаточна для разработки стратегии планирования кадровых (врачебных) ресурсов. Необходимо более подробное изучение ситуации в каждом марзе, так как власти многих марзов по различным мотивам склонны держать избыточную сеть медицинских учреждений. Это в свою очередь ведет к неукомплектованию этих учреждений медицинскими кадрами, соответствующими современным требованиям. Вместе с этим иногда принимаются решения, не вполне соответствующие региональной стратегии развития здравоохранения. В первую очередь это относится к таким направлениям, как распределение (и перераспределение) кадровых ресурсов, их соответствующей подготовки (или переподготовки).

Контекст управления в секторе здравоохранения значительно отличается во всем мире: между более или менее развитыми странами, между городскими и сельскими или отдаленными районами, между государственным и частным сектором, но в любом случае во всех случаях должны быть соответствующие управленческие рычаги. К таковым, на наш взгляд, можно отнести наличие национальных планов или стратегий развития кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), образования и использования кадров, а также рычаги для поддержки эффективности здравоохранения, в том числе расстановка кадров, обеспечивающая равноправие населения в получении медицинской помощи, соответствующая оплата труда, вознаграждение и т.д.

К числу наиболее распространенных проблем, относящихся к управлению кадровыми ресурсами в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире (2006)» отнесены:

- несовершенство нормативно-правовых механизмов;
- слабая база знаний по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения;
- неудовлетворительная рабочая среда;
- несоответствие между целями стратегий подготовки кадров и целями политики здравоохранения;
- дефицит фактических данных для формирования политики и принятия решений.

Такая постановка вопроса послужила основанием для следующего этапа нашей работы.

Первая серия вопросов касалась политики кадровых ресурсов, их планирования. Ответы всех опрошенных представлены в сводной таблице 1.

Таблица 1

Оценка и политика, регулирование, планирование

	Вопрос	Да (1)	Нет (2)	Затрудняюсь ответить (3)	Планируется	При необходимости представьте ссылку на соответствующие е директивные документы
1	Есть ли в Армении национальная программа и/или стратегия по кадровым ресурсам здравоохранения?	8	19	10	3	
2	Имеет ли в МЗ РА отдел по планированию КРЗ или отдел аналогичный этому?	22	10	8		
3	Есть ли в Армении механизм планирования и оценки здравоохранения?	18	8	11	3	имеются некоторые механизмы
4	Соответствуют ли программы планирования КРЗ с имеющимися средствами?	2	24	14		
5	Есть ли в Армении система лицензирования медицинского персонала?	5	33	2		раньше было
6	Есть ли в Армении профессиональные или другие неправительственные организации КРЗ (объединения, общества)?	27	6	5	2	

Оценивая результаты опроса, мы обратили внимание на следующее:

Первое: Руководители национального уровня знают, что стратегического документа по КРЗ (1 вопрос) нет, исходя из чего, следует, что положительные ответы остальных респондентов только предположительные.

Второе: ответы «да», не подкреплены ссылками на соответствующие документы, подтверждающие наличие (или отсутствие) плановой политики. С этой точки зрения ответы «нет» и «затрудняюсь ответить», на наш взгляд, более правомочны.

Третье: казалось бы, на 5-й вопрос (лицензирование) должен был последовать однозначный отрицательный ответ во всех группах, лицензирование медперсонала заморожено с 2002г., тем не менее, кроме руководителей национального и регионального уровня в других группах опрошенных на этот счет мнение другое, что остается необъяснимым фактом. Можно лишь предполагать, что респонденты имели ввиду лицензирование медучреждений, которое осуществляется на основе наличия у врачей сертификатов о прохождении ими циклов усовершенствования. Однако вопрос поставлен достаточно четко.

Четвертое: значительное число ответов «затрудняюсь ответить», особенно среди руководителей национального и регионального уровней. Ситуация требует особого внимания, т.к. именно эти две группы должны наиболее активно участвовать в разработке политики в отношении развития здравоохранения вообще и ее основы – кадровой политики, в частности.

Второй блок вопросов охватывал управление КРЗ (табл. 2).

Оценивая результаты опроса блока, касающегося управления кадрами, мы отметили:

Первое: Руководители национального уровня твердо убеждены, что система поощрения действует, однако комментарии свидетельствуют о ее неполноценности, что подтверждается мнением остальных групп респондентов. Заработная плата (а не командировочные) должна быть «соизмерима с их обязанностями и справедлива по сравнению с заработной платой других работников, выполняющих ту же работу» (World Health Report, 2006).

Таблица 2

Управление кадровыми ресурсами здравоохранения

	Вопрос	Да (1)	Нет (2)	Затрудняюсь ответить (3)	Планируется	При необходимости представьте ссылку на соответствующие директивные документы
1	Есть ли в Армении механизмы платного и/или неплатного поощрения, с тем, чтобы медицинские работники захотели работать в отдаленных селах или со специфической группой больных?	22	13	2	3	• Есть, но не работают • Действует поощрительный механизм (зарплата до \$1000, который, к сожалению, относится только к длительным командировкам, но не к постоянной зарплате).
2	Есть ли в Армении государственная программа по устройству медработников на работу?	6	27	6	1	Частично осуществляется управлением кадрами МЗ РА
3	Есть ли в Армении значительный дисбаланс распределения КРЗ между медучреждениями разного типа и уровня?	35	2	3		Имеется значительный дефицит узких специалистов в марзах
4	Есть ли в Армении слон населения, медицинское обслуживание которых недостаточно?	33	5	2		Госпитальное лечение социально необеспеченных и некоторых других (?) групп
5	Является ли международная миграция значительной проблемой для КРЗ Армении?	22	10	8		
6	Является ли жизненный уровень медработников достаточным, чтобы быть привлекательным, предотвратить их увольнение и мотивировать их?	4	31	5		

В реальности некоторые семейные врачи получают зарплату около 1000\$ США без командировочных. Здесь мы можем привести пример недавно внедренной системы – сертификатов для родов, которые позволили некоторым (популярным) акушер-гинекологам получать официальную зарплату около 1000\$ США и больше, но можем подчеркнуть, что это редкий случай.

Второе: Подавляющее большинство респондентов подчеркивает наличие дисбаланса распределения КРЗ, в основном за счет нехватки узких специалистов в марзах, что является на наш взгляд результатом отсутствия государственной программы об устройстве специалистов на соответствующую их образованию работу. В данном случае мы делаем упор на специалистов, подготовленных по госзаказу или ходатайству марзов. «Если общественный (государственный) сектор преимущественный работодатель... Если государство должно платить за большую часть персонала здравоохранения, то оно и должно решать, сколько работников надо подготовить. В противном случае оно будет вынуждено «платить» за излишек или за последствия нехватки рабочей силы» – пишет в своей книге М.Кирикасян (Հիմնական Մ., 2001).

Третье: Ответы на 4-й вопрос свидетельствуют о нарушении равенства всех людей в получении медицинской помощи, провозглашенной в документе «Здоровье для всех в 21 веке», что является следствием отсутствия соответствующей кадровой политики.

Следующий блок вопросов касается рынка трудовых ресурсов (табл. 3).

Таблица 3

Рынок трудовых ресурсов

	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить	Планируется	При необходимости представьте ссылку на соответствующие директивные документы
1	Есть ли безработица среди медработников?	31	4	5		Имеет место «скопление» безработных в столице
2	Есть ли в Армении проблема медработников «призраков»?	6	11	23		
3	Является ли официальная зарплата медработников достаточной для нормального обеспечения жизнедеятельности?	3	34	3		Гинекологи, семейные врачи
4	Работают ли медработники по понедельно столько, сколько определено по закону и трудовым договорам?	23	9	8		
5	Есть ли у медработников профессиональные ассоциации?	35	2	3		• В основном да • Не по всем специальностям
6	Вовлечены ли эти профессиональные структуры в процесс разработки политики и планирования здравоохранения?	9	15	13	3	• Привлечение незначительное • Желательно более тесное сотрудничество • Частично • Да, отдельные наиболее активные

Оценивая ответы респондентов на вопросы этого блока, следует:

Во-первых. Отмечается активность в отношении комментариев, хотя они и не подкреплены официальными данными. Так, нет четких данных о численности безработных, в частности, врачей в зависимости от региона или специальности, не учтены случаи вынужденного перехода врача на другую (неврачебную) деятельность и т.д.

Второе. Достаточность зарплаты у гинекологов и семейных врачей это единичный случай, поэтому мы придаем серьезное значение ответам респондентов во всех группах о недостаточности официальной зарплаты.

Таблица 4

Образование, подготовка и усовершенствование КРЗ

	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить	Планируется	При необходимости представьте ссылку на соответствующие директивные документы
1	Есть ли в Армении стратегический документ по образованию, подготовке и усовершенствованию КРЗ?	21	9	10		• Разработан в 2004г., но следует обновить • Находится в состоянии разработки • Имеется постановление правительства №330 • Включен в стратегию развития 2008-2013
2	Есть ли механизмы для обратной связи предложений (количественного и качественного) и спросом системы здравоохранения?	8	19	12	1	
3	Есть ли в Армении такие образовательные учреждения, которые способны обеспечить подготовку специалистов в стране по основным специальностям?	38		2		Требуется
4	Есть ли в стране система аккредитации медицинских образовательных учреждений?	11	15	13	1	• Система неполноценна
5	Есть ли достаточное количество преподавателей для всех категорий КРЗ?	23	3	14		• Пенсионный возраст
6	Покрывает ли ежегодное количество выпускников спрос по основным категориям?	25	5	10		• В целом да, но по некоторым специальностям
7	Есть ли стратегия по обеспечению непрерывного образования?	24	6	6	4	• Не очень четкая и требует пересмотра • Постановление правительства №330 • Включено в стратегию развития здравоохранения 2008-2013гг.
8	Пытаются ли отделы планирования КРЗ определить свои исследовательские цели?	6	10	23	1	
9	Используются ли результаты исследований по КРЗ для разработки политики и планирования?	9	12	18	1	

Во многих странах к сектору здравоохранения, не получавшему достаточного финансирования, предъявляют новые неотложные требования, связанные например, с пандемиями, постарением населения, ростом хронических неинфекционных болезней и т.д. Дополнительное финансирование должно поступить как в результате инициатив на национальном уровне, так и в результате международной помощи. На национальном уровне страны могут применить три варианта: выделение большей доли расходов на здравоохранение, повышение

эффективности расходов на здравоохранение и выявление дополнительных источников поступления.

Следующий блок вопросов касался подготовки кадров, их усовершенствования и науки (табл. 4).

При оценке ответов на вопросы этого блока, прежде всего, следует отметить, что подавляющее большинство респондентов (38 из 40) ответили положительно на второй вопрос, иначе говоря, дефицит кадров в марзах не зависит от подготовки в медицинских вузах страны.

Слабая информированность проявилась со стороны респондентов в отношении стратегического документа, определяющего образование, до- и последиппломное, а также непрерывное профессиональное развитие (речь идет о постановлении правительства №330 1994 года). В целом отмечен большой разброс в ответах, хотя и положительных в сумме больше в (150 – да, 57 – нет, 67 – затрудняюсь ответить).

Что же касается научных исследований в отношении КРЗ, то здесь преобладают ответы «нет» и «затрудняюсь ответить» при отсутствии комментариев. При этом на последний вопрос руководители национального уровня однозначно ответили «нет».

Таблица 5

Мониторинг и оценка

	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить	Планируется	При необходимости представьте ссылку на соответствующие директивные документы
1	Имеется ли информационная система по КРЗ на национальном уровне?	17	10	12	1	• Определенная система разработана, но требует значительного улучшения • Далеко не полноценная
2	Является ли информация о КРЗ репрезентативной?	9	8	22	1	
3	Включает ли информация о КРЗ частный сектор?	11	7	21	1	• Частично
4	Есть ли проблема дефицита или профицита КРЗ?	35	2	3		• Имеет место дисбаланс: в городах – избыток, в деревнях – недостаток
5	Имеются ли нормы обеспеченности медперсоналом, такие как, соотношение врач/медстра на одного врача?	16	19	5		• Частично устаревшие
6	Есть ли учреждение, которое собирает информацию о КРЗ?	23	4	13		• В целом это осуществляется информационно-аналитическим центром • Частично Недостаточно
7	Проводит ли МЗ РА исследования относительно КРЗ или медицинскую перепись?	7	16	16	4	• Частично и иногда в 2002г. (ՀԱԲԾ) в соответствии с программой проведено в Лорийском марзе

Политики должны обеспечить наличие механизмов контроля качества. Аккредитация учебных заведений (и иногда в некоторых местах аттестация работающих в них преподавателей) является средством оценки эффективности работы и необходимости в улучшении качества подготовки. Аккредитация, проводимая правительственными органами или организациями, требует от учебных заведений, чтобы они показали, насколько хорошо они достигают цели обучения.

Обучение специалистов имеет чрезвычайно важное значение для того, чтобы выполнить стоящие перед ними крупные задачи в области здравоохранения, такие как «Цели тысячелетия», профилактика и лечение хронических болезней, и реагирование на чрезвычайные ситуации. Политики должны сконцентрироваться на расширении потенциала для подготовки и обучения будущих трудовых ресурсов. Квалифицированные трудовые ресурсы здравоохранения, способные к «обучению на протяжении всей жизни» и знающие, как найти и применить новую информацию и новые навыки (World Health Report, 2006).

И последний блок вопросов касался мониторинга и оценки (табл. 5).

При оценке ответов респондентов обращают на себя внимание в первую очередь сомнения в отношении наличия информационной системы о КРЗ, о чем свидетельствуют два положительных ответа от руководителей национального уровня (именно МЗ ответственно за создание подобной системы). Еще более категоричны ответы в отношении ее репрезентативности (один положительный ответ от представителя МЗ). Респонденты в своих комментариях очень осторожно упоминают о системе. Как считает один респондент, серьезное исследование в отношении КРЗ проводилось однократно в 2000г. в рамках Программы социальных реформ Армении в Лорийском марзе.

Второе: В стране с 1996г. функционирует информационно-аналитический центр МЗ, где наряду с данными о состоянии здоровья, анализируются и другие здравоохранные сведения, как-то обеспеченность населения ЛПУ, медицинскими кадрами, выпуск врачей и медсестер государственными учебными заведениями. Ежегодно выпускается сборник «Անվտանգության և առողջապահության», который ложится на стол всем руководителям и организаторам здравоохранения. Возникает вопрос – как могли появиться ответы «нет» (4) и «затрудняюсь ответить» (13). Ведущим, по всей видимости, является отсутствие национального плана КРЗ, остальные ответы (как положительные, так и отрицательные) представляются нам его результатом.

Для разработки национального плана необходимо использование модели потребности в кадрах, в программу которой должны быть введены определенные показатели.

ВОЗ рекомендует в качестве основных показателей:

- общее число и плотность распределения работников здравоохранения (на 10 000 населения);
- отношение врачей к медсестрам или другим работникам здравоохранения;
- географическое распределение и социально-демографический состав работников здравоохранения;
- институциональное распределение работников здравоохранения (число и характеристика ЛПУ);
- уровень безработицы и частота случаев двойной занятости работников здравоохранения;

Дополнительные показатели, представляющие интерес, особенно те из них, которые относятся к притоку и формированию трудовых ресурсов и к учебным заведениям в области

здравоохранения, включают: число поступивших в медицинские учебные заведения и закончивших их; международные и межрегиональные миграционные потоки; выход на пенсию и случаи смерти среди работников здравоохранения; и число учебных заведений по виду программ подготовки.

Приведенный выше список является лишь ориентировочным; страны могут включать другие показатели и взаимосвязи, которые соответствуют их конкретным потребностям и обстоятельствам. Для использования модели потребности в медицинских кадрах необходимо введение демографических показателей, а также показателей общей и первичной заболеваемости.

Поскольку в конечном итоге каждый марз начал создавать свою замкнутую систему здравоохранения, мы попытались на примере одного, а именно Котайкского марза провести ситуационный анализ, который может стать своего рода моделью для изучения, анализа и полной информации по всей стране.

За указанный период численность населения Котайкского марза увеличилась с 272,4 (тыс.) до 277,8 (тыс), т.е. на 0,32%.

При оценке демографической ситуации мы отметили: лица до 18 лет составляют 24,6% от общей численности населения, при этом соотношение девочки/мальчики равно 0,9/1. Лица старше 18 лет составляют 75,4%. Соотношение женщины/мужчины равно 1/0,7. Поскольку речь идет о постоянном населении, такие показатели, как факторы миграции без изменения гражданства, призыв в ряды Армии и т.д. после 18 лет среди мужского населения не играют ведущей роли в его убыли. Возможно, следует думать о естественной убыли. Естественный прирост населения Котайкского марза превышает средний показатель по стране практически во все исследуемые годы.

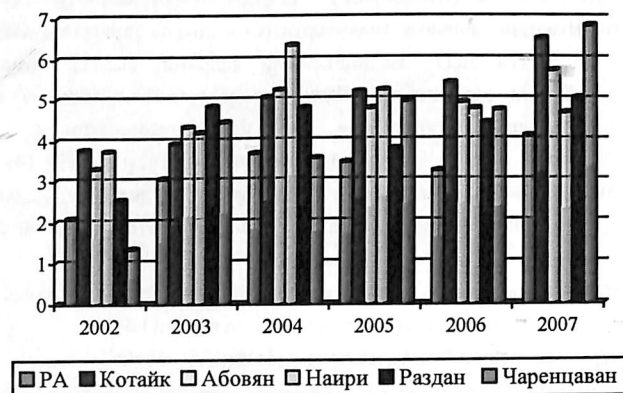


Рис. 1. Естественный прирост населения Котайкского марза по городам

Рождаемость выше средней по стране, смертность ниже. Вместе с этим отмечается довольно высокая смертность детей до одного года, особенно в г.Раздан. Последняя почти во все годы превышает смертность по стране. За последние 3 года (2005-2007гг.) несколько возросла перинатальная смертность с 0,2 до 0,8 (на 100 000 населения).

Хотя темпы прироста населения меняются медленно, они все равно меняются! В то время, как для краткосрочного прогностического периода намечается одна и та же величина темпов прироста, то для долгосрочного периода (10 и более лет), вероятно, следует допустить различные темпы для каждой его третьей части. Очень важно принимать во внимание изменение темпов прироста населения, поскольку численность населения является единственной наиболее важной переменной величиной, влияющей на потребность в кадрах в системе здравоохранения. Если темпы прироста населения низки и вряд ли будут меняться, то вероятно, следует пользоваться официальными данными государственного департамента по переписи населения (Госкомстата) по нескольким годам каждых трех третей.

Любая модель расчета потребностей предполагает самую подробную информацию в отношении базового года.

Базовым годом является самый ближайший из прошлых лет, по которому имеется наиболее полный перечень необходимых данных; и он должен быть одним и тем же для всех прогнозируемых профессиональных категорий. Может случиться так, что мы не будем располагать некоторыми данными базового года, необходимыми для работы модели прогноза. В этом случае данные предыдущих годов могут быть экстраполированы на базовый год; иными словами, может быть произведена ориентировочная фиксация прошлых данных для базового года. Один и тот же базовый год должен быть использован как для модели обеспечения, так и для модели потребности. Базовым годом нашего исследования является 2007г.

Таблица 6

Естественный прирост населения по Котайкскому марзу
(по данным национальной статистической службы РА)

	число родившихся живыми на 1000 населения			число умерших на 1000 населения			в том числе дети до 1 года			естественный прирост		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
РА	10,04	11,15	11,67	7,96	8,10	7,99	13,98	11,96	11,55	2,08	3,04	3,68
Котайк	10,21	11,23	12,29	6,44	7,31	7,23	9,07	11,55	4,48	3,77	3,92	5,06
Абовян	10,04	11,51	12,21	6,75	7,18	6,97	12,39	10,43	9,38	3,29	4,33	5,24
Наири	9,91	11,53	12,43	6,19	7,34	6,09	13,75	6,16	12,45	3,73	4,19	6,34
Раздан	9,93	11,79	12,00	7,40	6,96	7,20	15,16	11,59	12,88	2,53	4,84	4,80
Чаренцаван	9,40	12,15	11,05	8,07	7,69	7,49	11,25	10,00	3,66	1,33	4,45	3,56
	число родившихся живыми на 1000 населения			число умерших на 1000 населения			в том числе дети до 1 года			естественный прирост		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
РА	11,66	11,69	12,43	8,20	8,45	8,32	12,27	13,90	10,88	3,46	3,24	4,11
Котайк	12,88	13,03	14,52	7,68	7,62	8,03	9,18	13,08	11,78	5,20	5,41	6,49
Абовян	12,08	12,46	13,64	7,30	7,53	7,93	8,12	13,78	13,66	4,78	4,92	5,71
Наири	12,02	12,31	12,86	6,77	7,54	8,19	6,87	9,59	10,54	5,24	4,77	4,67
Раздан	11,03	11,80	12,69	7,23	7,38	7,65	6,85	17,09	19,82	3,80	4,43	5,04
Чаренцаван	11,99	12,39	14,60	7,03	7,65	7,78	10,17	16,34	11,05	4,96	4,74	6,81

В соответствии с алгоритмом исследования изучена развернутая характеристика медицинских учреждений и имеющихся в их структуре подразделений (поликлинического, стационарного, лечебно-вспомогательного, лечебно-диагностического). Всего в марзе 6 типов

учреждений, оказывающих госпитальную медицинскую помощь, в том числе самостоятельных больниц 4, объединенных больниц – 8, центров здоровья – 2, роддома с женскими консультациями – 4, диспансеры со стационарами – 2. Обеспеченность населения койками выше, чем в среднем по стране (47,9 против 40,6 на 100 000 населения).

Амбулаторно-поликлиническую помощь населению оказывают: самостоятельные поликлиники для взрослых -2, амбулатории – 3 городские и 60 сельских, диспансеры – 2, амбулаторно-поликлинические отделения в объединенных больницах – 14, медицинские амбулаторно-поликлинические учреждения – 88, ФАП – 58. Среднее число посещений приближается к среднему по республике 2,8 против 3,0.

Уровень обеспеченности территории в целом и медицинской организации в частности во многом определяет и степень выявления той или иной патологии у населения. Поэтому следующим этапом исследования явился анализ общей и первичной заболеваемости в марзе основными патологиями.

Общая заболеваемость увеличилась с 2380,41 (на 10 000 населения) в 2002г. до 3345,5 в 2007г.

На сердечнососудистые и онкологические заболевания, диабет, а также заболевания дыхательной и пищеварительной систем приходится основное бремя нарушения здоровья. Так, сердечно-сосудистая заболеваемость увеличилась с 257,0 до 362,5; онкологическая – с 91,7 до 107,8; диабет – с 76,6 до 112,6; дыхательной системы – с 731,1 до 877,7; пищеварительной – с 272,7 до 300,5. Увеличилось и смертность от разных причин с 59,5 в 2002г. до 68,1 в 2007 году, ведущими причинами являются те же заболевания. Однако, если первые три характерны и для всего мира, и для Европейского региона, последние два показателя более характерны для развивающихся и слабо развитых стран. В большинстве случаев эти болезни ассоциируются с наиболее распространенными факторами риска, связанными с образом жизни и социально-экономическими условиями, недостатком выявления и профилактики, что в свою очередь свидетельствует об издержках в оказании своевременного медицинского вмешательства, прогнозирования потребностей.

Одним из показателей для установления нормативов является обращаемость населения в ЛПУ с учетом различных причин.

Таблица 7

*Динамика врачебного персонала**

		2003	2004	2005	2006	2007
Всего врачей	абс.ч.	436	446	468	486	477
	отн.ч.	16,0	16,3	17,0	17,6	17,2
из них						
старше 60 лет	абс.ч.	59	58	59	62	57
	%%	13,53	13,00	12,61	12,76	11,95
Мужчины	абс.ч.	107	109	126	122	110
	%%	32,72	31,87	30,51	30,20	27,85
Женщины	абс.ч.	220	233	287	282	285
	%%	67,28	68,13	69,49	69,80	72,15

* Четких данных из ЛПУ за 2002г. получить не удалось

Число обращений среди взрослых с 2002г. по 2007г. увеличилось на 72,0%, среди детей на 63,7%. При этом по Z00-Z13 (диагностика и обследование) в 3 раза среди взрослых, в 5,1 раза среди детей, Z20-Z29 (инфекционные болезни и опасность заражения) – в 10,9 раза среди взрослых, 2,3 раза среди детей, Z30-Z39 (репродуктивное здоровье) – 2,5 раза и 23 раза, Z40-Z54 (спец. вмешательства) – 6,2 раза и 9,3 раза, Z70-Z76 – в 7 раз и 3,8 раза соответственно.

Увеличение числа обращений диктует и определенную кадровую политику. Обращаемость преобразуется в количество и виды необходимых услуг, а они в свою очередь превращаются в численность необходимого персонала, оказывающего эти услуги, т.е. должна иметь место определенная динамика медперсонала, в частности врачей. Однако согласно данным, полученным по первичным материалам ЛПУ марза, подобной динамики не наблюдается (табл. 7).

Укомплектованность врачами широкого профиля соответствует принятым нормативам (Решение Правительства РА №420-Н, 2006): один педиатр в среднем обслуживает 599,7 детей, вместе с семейными врачами – 261,2 детей, терапевт обслуживает 3698 взрослых (цифра превышает норматив), но совместно с семейным врачом – 1674,8 взрослых.

При расчете нормативов и дальнейшем определении потребности во врачебных кадрах, очевидно, недостаточно корректен подход – население/врачи. Так, нагрузка педиатров с семейными врачами из расчета на детское население принципиально не меняется, но следует учесть увеличение заболеваемости среди детей и подростков, отмеченные нами. С 2002г. заболеваемость среди детей 0-14 лет увеличилась с 4625,0 до 7186,0 в 2007г. среди подростков – с 699,3 до 1122,0 (на 100 000 населения).

Вместе с этим, отмечается дефицит как узких специалистов, в том числе эндокринологов, фтизиатров, невропатологов, оториноларингологов, патологоанатомов, так и широкого профиля врачей скорой помощи (всего 35).

Дефицит отмечается и в крупных МЦ Котайкского марза, обслуживающих постоянно 79 350 человек, а также оказывающих узкоспециализированную помощь больным из всех районов марза, в том числе анестезиолог-реаниматолог, детский хирург, невропатолог и др. – всего 22.

В настоящей работе, исходя из поставленных задач, мы не касались качества оказания медицинской помощи, однако согласно ВОЗ в числе важнейших приоритетных мероприятий следует отметить повышение уровня профессиональной подготовки медицинских кадров. В связи с этим ведение регистра медицинских кадров позволит определять не только потребность во врачах, но и необходимые объемы, и сроки осуществления профессиональной подготовки и усовершенствования в государственных образовательных учреждениях.

Отсутствие регистра привело к произвольному планированию подготовки врачебных кадров по государственному заказу без учета потребностей того или иного марза. Так, для Котайкского марза были подготовлены по госзаказу только специалисты по сонографии для МЦ Чаренцавана, Наири и Абовяна (2004, 2005, 2006гг.), по неврологии для Нор Аджнкой поликлиники (2004г.) и офтальмологии для Наирйской поликлиники (2007г.). Подготовка по госзаказу и на основании ходатайств марза предполагает в дальнейшем работу на соответствующих местах, однако, как правило, результат не достигается – дипломированные специалисты либо остаются в Ереване, либо выезжают в ближнее и дальнее зарубежье.

«Замораживание» лицензирования (с 2002г.) привело к резкому снижению показателей непрерывного профессионального развития. Так из 459 врачей Котайкского марза (по состоянию на 2002г.) усовершенствование в течение 5 лет (2002-2007гг.) прошли 93 (20,6%) – специалиста, из

них со стажем более 30 лет 19 (20,4%), более 20 лет – 16 (17,2%), более 10 лет – 20 (21,5%). Из 93 человек 37 врачей (39,7%) прошли полные 7-недельные циклы по специальности (175 кредитов), остальные предпочли 1- или 2-недельные кредитные циклы, но при этом только 11 человек (11,8%) набрали необходимое число кредитов, тогда как согласно существующему положению врач в течение 5 лет должен набрать 175 кредитов. Различалась активность и в зависимости от специальности. Так, циклы по педиатрии и неонатологии различной продолжительности прошли 21 специалиста (22,5%), по акушерству и гинекологии – 30 (32,2%), по фтизиатрии – 10 (10,7%), тогда как по терапии, неврологии и эндокринологии по 3 (3,2%), по инфекционным болезням и онкологии по 2 (2,1%), травматологии и ортопедии – 1 (0,9%). На это следует обратить внимание в свете наших данных о заболеваемости и смертности.

Одно из ведущих направлений является оптимизация подготовки врачей кадров. Однако наряду с задачами сугубо образовательного характера реализация кадровой политики требует комплексного подхода и разработки структурированного перспективного плана подготовки и использования врачей кадров.

Понятие структурированности включает в себя изучение прогнозов потребностей практического здравоохранения отдельных районов или населенных пунктов регионов во врачах по основным специальностям. Исходной информацией являются данные мониторинга демографических, санитарно-эпидемиологических показателей, наличных ресурсов врачей кадров и вакансий в регионе. Информация структурируется по территориальным уровням: от врачей участков до региона в целом. По медико-социальным уровням рассматриваются отдельные возрастные, нозологические и профессиональные группы.

Модель прогноза потребностей позволяет, в частности, плановикам и руководителям конструировать альтернативные варианты будущего. В настоящее время отсутствие нормативов в республике по использованию узких специалистов (к примеру, эндокринолог/число эндокринологических больных) объему оказываемых услуг, аккредитации ЛПУ с установлением объема разрешаемой деятельности, персонифицированного регистра и т.д. не позволили нам представить окончательный результат внедрения модели. Мы представляем последовательность шагов, которые должны быть проделаны для определения потребности в целевом году.

1. Описание базового года (в нашем случае 2007г.)

- а) население базового года и прироста населения
- б) лечебно-профилактические учреждения и их обеспеченность врачами.

Дефицит медицинских кадров отдельных специальностей в медицинской организации определяется показателем укомплектованности штатных должностей (число занятых ставок, деленное на число ставок, имеющихся в учреждении, и умноженное на 100 (в процентах)), точнее, доля незанятых должностей в штатном расписании (в процентах) и определяет величину дефицита кадров. Большие значения последнего показателя отражают неблагоприятную ситуацию с оказанием того или иного вида помощи населению, прикрепленному к данному учреждению. Однако показатель укомплектованности должностей, рассчитанный по сводному отчету, утрачивает свою информативность по причине «усреднения» данных о недостающих специалистах в разных учреждениях одной территории.

- в) соотношение населения на одно лечебно-профилактическое учреждение.

Увеличение числа обращений диктует и определенную кадровую политику. Обращаемость преобразуется в количество и виды необходимых услуг, а они в свою очередь превращаются в численность необходимого персонала, оказывающего эти услуги.

- г) общая заболеваемость населения и диагноз, установленный впервые.

Даже если показатели заболеваемости явно не будут использоваться в модели, заболеваемость должна приниматься в расчет. Мы должны постараться осуществлять корреляцию количества и качества оказываемых медицинских услуг с показателями последующей заболеваемости и смертности. Необходимо подсчитать количество и типы услуг, которые могут быть оказаны врачами, а также полученные в итоге показатели пользования этими услугами (в среднем на душу населения). Когда эти количества возрастут, можно думать о потенциальном улучшении статуса здоровья, но пока еще сложно говорить о том, каким будет воздействие данного улучшения (т.е. увеличения количества и/или видов оказываемых услуг) на показатели заболеваемости и смертности.

- д) число выпускников медвузов.

- е) число подготовленных специалистов (по госзаказу и по ходатайствам марзов и ЛПУ) по профессиональному признаку.

2. Целевой год

После описания базового года следующей задачей является модификация базового варианта распределения медучреждений и кадров, чтобы они соответствовали предполагаемым нуждам населения целевого года – приросту населения, заболеваемости, обращаемости:

- а) предполагаемый прирост населения;
- б) население целевого года на 1 ЛПУ;
- в) прогнозируемое число ЛПУ по типам;
- г) предполагаемые для Целевого года нормативы по каждому типу ЛПУ;
- д) предполагаемый выпуск медвузов;
- е) предполагаемый выпуск специалистов по госзаказу;
- ж) потребность во врачах;
- з) потребность в медицинском персонале;
- и) прогнозируемая обеспеченность врачами;
- к) избыток или дефицит врачей в целевом году.

По существу, первой задачей является: деление числа всего сектора здравоохранения на число основных типов медицинских учреждений, где в действительности работает весь экономически активный персонал здравоохранения.

После описания базового года следующей задачей является модификация базового варианта распределения медучреждений, чтобы они соответствовали предполагаемым нуждам населения целевого года. Приросту населения, по крайней мере, должен соответствовать рост числа некоторых типов клинических медучреждений. Для того, чтобы знать какие изменения произвести, необходимо задать себе вопрос: *соответствуют ли существующие типы клинических и неклинических учреждений, численность, продуктивность и их другие характеристики потребностям населения в настоящее время?*

Типичными проблемами, которые могут повлиять на тот или другой фрагмент сектора здравоохранения в базовом году, являются: дисбаланс между городской и сельской службами здравоохранения; низкая продуктивность служб; низкое качество служб; несбалансированность

между профилактическими и лечебными службами; неадекватная структура составляющего персонала или неэффективная плотность штатного персонала; некоторые медучреждения или службы слишком велики или малы по отношению к обслуживаемому населению, либо в плане функциональной эффективности работают в режиме перегрузки или недогрузки по сравнению с их плановыми мощностями; доступность для населения некоторых медучреждений низка в связи с неблагоприятным географическим положением.

Оценивая представленную нами информацию, следует отметить следующие основные положения:

- модель прогноза потребности основана на определяемых пользователем нормах обеспеченности населения различными типами медучреждений – от национальных больниц третьего уровня до сельских медпунктов, а в медучреждениях – обеспеченности соответствующими медицинскими кадрами;
- мы предполагаем, что очень трудно планировать отдельно медуслуги, отвечающие нуждам каждой возрастной группы населения, поскольку это потребует разделения рабочего времени медработников и услуг, оказываемых ими соответствующим возрастным группам. Однако, если окажется значительное увеличение возрастной медианы населения нашей страны в течение прогнозируемого периода, то следует учитывать данный фактор при определении целей, касающихся медучреждений и штатных нормативов.
- определение целевых услуг, предоставляемых в разных учреждениях с учетом аспекта «город-село», например, большие и маленькие города, поселки, сельские населенные пункты с высокой и низкой плотностью населения, делает модель сложной, особенно для стран, где не было четкой информации относительно медицинских услуг, оказываемых пациентам из сельской местности или городов. Однако, эту важную переменную величину следует в определенной степени учитывать при расчете приблизительного соотношения пациентов-горожан, обслуживаемых каждым типом лечебного учреждения, а по разнице – пациентов-сельских жителей.

Модель прогноза потребности основана на одной из разновидностей метода определения целевых услуг. Для большинства стран-членов ВОЗ использование данного метода является предпочтительным, ибо имеет ряд важных преимуществ, а именно (Холл Т., 2001):

- нуждается в значительно меньшем количестве детализированных данных, чем метод, основанный на определении спроса услуг, хотя и использует элементы его там, где это возможно.
- более подходит к системам здравоохранения большинства развивающихся стран, к их организации и принимаемым решениям.
- дает более полную картину функционирования системы здравоохранения, по сравнению с методом, учитывающим соотношение население/кадры.

ВЫВОДЫ

1. Опрос, проведенный среди руководителей и организаторов здравоохранения различного уровня, выявил характерные проблемы, относящиеся к политике и управлению кадровыми (врачебными) ресурсами, в числе которых ведущее место занимает несовершенство нормативно-правовых механизмов: отсутствие программы или стратегии планирования КРЗ,

несоответствие планирования КРЗ имеющимся средствам, неполноценность системы аккредитации медицинских образовательных учреждений.

2. Большое число ответов «затрудняюсь ответить», а также отсутствие четких комментариев и ссылок на соответствующие документы со стороны респондентов свидетельствуют о недостаточной информированности руководителей и организаторов здравоохранения различного уровня и слабой базе знаний по вопросам использования, финансирования, механизмов планирования кадровых ресурсов здравоохранения.
3. Неполноценность государственной программы по трудоустройству медработников на фоне отсутствия дефицита врачей, приводит к дисбалансу в их распределении, как по регионам страны, так и по профессиональной принадлежности. Так, число врачей в Ереване (на 10 000 человек) в 3 и более раз превышает их число в регионах. Вакантные места по республике в подавляющем большинстве относятся к специальностям терапевтического профиля. При выделении госзаказа на подготовку специалистов не учитывается потребность в определенных специалистах для определенных регионов.
4. Ситуационный анализ по Котайкскому марзу, проведенный в динамике за 2002-2007гг. показал: увеличение численности населения (на 10 000), рост заболеваемости на основании нозологий (на 965,1 на 100 000) и обращаемости за медицинской помощью по определенным позициям (на 30697,6) не повлекли за собой пересмотр кадровых ресурсов – число врачей на 10 000 населения по данным ЛПУ марза остается на прежнем уровне.
5. Широкая приватизация, а также представленная марзам широкая самостоятельность в отношении КРЗ зачастую становятся основой дисбаланса как в различных ЛПУ, так и внутри них, большого числа вакантных мест и высокого коэффициента совместительства.
6. Отсутствие внимания в отношении непрерывного профессионального развития врачей со стороны лиц, ответственных за обеспечение населения квалифицированной медицинской помощью, чему, безусловно, способствовало «замораживание» лицензирования с 2002г.
7. Внедрение модели определения потребности во врачебных кадрах в одном марзе, где полностью проведен ситуационный анализ, может стать началом новой политики в планировании кадровых ресурсов и разработке национальной стратегии в русле «Десятилетний план тысячелетия» КРЗ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Настоящее исследование может послужить основой для разработки стратегии развития кадровых (врачебных) ресурсов здравоохранения. На наш взгляд, для этого целесообразно:

1. Провести подготовку специалистов: содержание подготовки должно быть многосторонним и охватывать навыки в таких областях опыта, как поиск и сбор данных о трудовых ресурсах здоровья, ведение баз данных, анализ и отчетность. В связи с чем, рекомендуем предусмотреть в программах подготовки руководителей и организаторов здравоохранения соответствующих модулей.
2. Создать соответствующую структуру, обеспечивающую научные исследования и анализ движения кадров.
3. В основные функции структуры предлагаем внести следующие позиции:
 - Проведение широкого опроса среди руководителей и организаторов здравоохранения различного уровня, касающийся политики, управления, мониторинга и оценки, взяв за основу предлагаемый опросник.

- Проведение научных исследований в отношении КРЗ, (врачей, медсестер и парамедиков) и обеспечить их проведение соответствующим финансированием.
 - Обеспечение регулярного поступления информации относительно развития и движения кадровых ресурсов.
 - Создание базы данных о КРЗ, с включением персональных данных о каждом медработнике, а также сведения о специальности и ее изменении, непрерывном профессиональном развитии, движении, карьерном росте. База данных о КРЗ имеет смысл вести в том случае, если они используются для получения информации и фактов в поддержку политических решений.
 - Разработка основных показателей, которые будут простыми для применения, но достаточно всеобъемлющими, для использования в модели определения потребности здравоохранения в кадровых ресурсах.
4. Рекомендуем руководителям здравоохранения марзов ежегодно составлять рабочий план по развитию и распределению кадровых ресурсов здравоохранения.
 5. Министерству здравоохранения поручить соответствующим структурам разработку нормативов нагрузки узких специалистов из расчета заболеваемости и обращаемости.
 6. Министерству здравоохранения поручить Ереванскому государственному медицинскому университету и Национальному институту здравоохранения разработку стандартов дипломного и последипломного образования.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Torosyan A, Dumanyan D., Human Resources for Health Policy in Armenia: Review // Abstract Book, 2nd International Medical Congress of Armenia, Yerevan 2007, p. 84
2. Torosyan A, Romaniuk P, Krajewski-Siuda K, Armenian health care system: recent changes and challenges // Journal of Public Health (Publisher Springer Berlin / Heidelberg), Volume 16, Number 3, June 2008, pp. 183-190
3. Думанян Д.Г., Егиазарян А.В., Торосян А.Г., Статистические показатели как основа оценки потребности в медицинских кадровых ресурсах в Армении // Медицинские новости Грузии. No 7-8 (172-173) 2009: С. 106-11.
4. Торосян А.Г., Вопросы планирования, подготовки и использования медицинских кадров (на примере Котайкского марза) // Медицинская наука Армении НАН РА – Ереван. 2009. т. XLIX, № 3, С.144-150
5. Торосян А.Г., Оценка нынешнего состояния кадровых (врачебных) ресурсов в Армении руководителями и организаторами здравоохранения. Сообщение II, образование, научные исследования, мониторинг // Сборник материалов VIII национального научно-медицинского конгресса “Здоровье Человека”. – Ереван. 2009. – С. 137-139.
6. Торосян А.Г., Оценка нынешнего состояния кадровых (врачебных) ресурсов в Армении руководителями и организаторами здравоохранения. Сообщение I, политика, управление, ресурсы // Сборник материалов VIII национального научно-медицинского конгресса “Здоровье Человека”. – Ереван. 2009. – С. 133-137.

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Ներկայացվել են ընդհանուր հիվանդացության աճը համրապետությունում, այդ թվում սիրտ-անոթային, նորագոյացությունների և էնդոկրին հիվանդությունների մասով, ինչպես նաև մահացության աճը հիմնականում վերոնշյալ հիվանդություններից, բժշկական կադրերի անհավասարաչափ բաշխումը համրապետությունում (Երևանում 74.5 բժիշկ 10 000 բնակչի հաշվով, իսկ մարզերում 3-5 անգամ պակաս), մեծ թվով թափուր աշխատատեղերի առկայությունը (որոշ մարզերում 100-ից ավելի), պետական պատվերի շրջանակներում մասնագետների պատրաստման պլանավորման թերությունները՝ առանց հաշվի առնելու մարզային առողջապահության պահանջները:

Առողջապահության կազմակերպման և կառավարման մասնագետների մասնակցությամբ իրականացված հարցման միջոցով վեր են հանվել կադրային ռեսուրսների կառավարմանը վերաբերող ամենատարածված հիմնախնդիրները: Դրանց թվին են դասվում ազգային պլանի կամ պլանավորման ռազմավարության բացակայությունը, կադրերի պատրաստման և աշխատանքի նշանակման հիմնախնդիրները, շարունակական մասնագիտական զարգացումը ապահովող նորմատիվ-իրական մեխանիզմների անկատարությունը (բժիշկների լիցենզավորման կասեցումը 2002թ-ից), բուժաշխատողների բաշխման անհավասարակշռությունը և բուժաշխատողներին աշխատանքի տեղավորման պետական ծրագրի բացակայությունը:

Հայտնաբերվել է համրապետությունում կադրային (բժշկական) ռեսուրսների կառավարման հարցերի վերաբերյալ թույլ գիտելիքային պաշարի առկայությունը, ինչպես նաև մի շարք փաստացի տվյալների բերի լինելը, որոնք անհրաժեշտ են քաղաքականության ձևավորման և որոշումների ընդունման համար, և միանշանակորեն, գիտական հետազոտությունների բացակայությունը, որոնք վերաբերվում են կադրային ռեսուրսների պլանավորմանը՝ հիմնվելով իրավիճակային վերլուծության վրա: Առողջապահության կադրային ռեսուրսների ազգային պլանի մշակման համար նպատակահարմար է կադրերի պահանջարկի մոդելի օգտագործումը, որի ծրագրի մեջ պետք է ներմուծվեն հստակ ցուցանիշներ:

Կոտայքի մարզի օրինակով ներկայացվել է ամբողջական տեղեկատվական ապահովվածությունը, որն անհրաժեշտ է պահանջարկի որոշման ալգորիթմի մշակման համար: Որպես բազային տարի ընտրվել է 2007թ.: Դիմամիկայի մեջ որոշվել են ժողովրդագրական փոփոխությունները, այդ թվում բնակչության բնական աճը, հիվանդացության և մահացության աճը, բնակչության դիմելիության կտրուկ աճը տարատեսակ բժշկական ծառայությունների համար՝ զուգակցված բժիշկների թվաքանակի աննշան դրական դիմամիկայով:

Ուսումնասիրվել է տարբեր մասնագիտությունների գծով կադրերի նդությունը, հայտնաբերվել է, որ չի պահպանվում բնակչություն/բժիշկ հարաբերակցության նորմատիվը. 10000 բնակչի հաշվով առկա են 19.6 բժիշկներ, ինչը 1.7 անգամ պակաս է միջին եվրոպական ցուցանիշից և 3.8 անգամ՝ Երևանի ցուցանիշից: Թափուր հաստիքներ հայտնաբերվել են ինչպես նեղ մասնագետների մասով, այնպես էլ ընդհանուր պրոֆիլի բժիշկների մասով, այդ թվում մարզի խոշոր բժշկական կենտրոններում:

Մանրամասնորեն ուսումնասիրվել է Կոտայքի մարզի բժշկական կադրերի շարունակական մասնագիտական զարգացման իրավիճակը, որպես ամենատարածված գործընթացներից մեկը: Առաջարկվում է բուժաշխատողների անձնավորված մասնագիտական ռեզիստորի ստեղծում, անհրաժեշտ նորմատիվների մշակում, ինչը թույլ կտա սկսել ԱԿՈ-ի պահանջարկի մոդելի ներդրումը՝ նախապատվությունը տալով նպատակային ծառայությունների որոշման մեթոդին: Առաջարկվել է բազային տարվա տվյալների հիման վրա տեղեկատվական ապահովվածության քայլերի հաջորդականությունը՝ նպատակային տարում պահանջարկը որոշելու համար:

15.05.2014

