

А.Н. Косинец, С.Н. Занько, А.В. Цецохо

Высшее медицинское образование и кадровая политика здравоохранения: проблемы, концепции, решения

Вопросы высшего медицинского образования, проблемы врачебных кадров постоянно находятся в центре внимания ученых многих стран. Такой интерес объясняется усиливающимся влиянием здравоохранения на современное общество, возрастающим значением первичной медицинской помощи, необходимостью управления трудовыми ресурсами. Образование, будучи социальным институтом, охватывает все слои общества. Профессия врача была и остается динамичной не только в силу своей специфики, но и самой природы человека. В настоящее время меняется структура заболеваемости населения, изменяется продолжительность жизни, увеличивается доля лиц старше 65 лет, снижается уровень рождаемости.

Несмотря на различные условия, в которых происходит развитие и функционирование службы здравоохранения, существует ряд общих проблем и вопросов, требующих обобщения и обсуждения. В большинстве регионов современные проблемы развития кадров здравоохранения связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля и с чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах [1].

В различных странах использовались попытки регуляции распределения кадров различными путями. Некоторые страны отреагировали на избыток врачей ограничением иммиграции медицинского персонала (Канада, Великобритания), сокращением длительности рабочего дня (Дания), ограничением приема в медицинские учебные заведения (Египет, Франция), сокращением финансирования образования (Германия, Мексика). Во Франции сертификаты о специализации выдаются лишь по 22 основным специальностям, в Германии – по 16, в Швеции – по 28, в Дании – по 22, в Италии – по 20, в Швейцарии – по 17, в Бельгии – по 22, в США – по 49, в Великобритании – по 24 и в Израиле – по 26 специальностям. Таким образом, во многих странах число официально признанных специальностей колеблется от 20 до 28 [2].

На протяжении последних 30 лет в большинстве промышленно развитых стран происходило усиление роли административных работников, экономистов и плановиков в сфере медицинского обслуживания. Например, во многих странах клиниками обычно руководят профессиональные администраторы, не имеющие медицинского образования. По мере того, как системы здравоохранения многих стран переходят к децентрализованному управлению медицин-

скими учреждениями, потребность в подготовленных руководителях возрастает [3].

Современная политика развития кадров здравоохранения строится во многих странах на несении совместной ответственности как государства, так и общества, включая профессиональные медицинские ассоциации. Правительство старается регулировать, определять, удовлетворять реальные потребности в кадрах здравоохранения, а также поддерживать, направлять и контролировать мероприятия в области обучения и подготовки кадров и результативного использования их обществом. Политика направляется на удовлетворение потребности в квалифицированных и опытных медицинских кадрах в соответствии с развитием медицинской науки и технологии. Развитие кадров здравоохранения базируется на принципах равного распределения и развития возможностей обеспечения работой [4]. Процесс управления развитием кадровых ресурсов основывается на понимании необходимости межсекторального сотрудничества, привлечения населения для формулирования соответствующей политики и планов, относящихся к персоналу здравоохранения.

Все чаще принимается такой подход к планированию кадров здравоохранения, который основан на соответствии развития кадров здравоохранения национальным потребностям и ресурсам, экономическим реалиям общества, на региональных плановых показателях. Планы развития кадров здравоохранения должны учитывать социально-экономические, демографические, культурные факторы и этнические особенности населения.

Серьезной проблемой, которая определяет ряд нерешенных вопросов в организации здравоохранения является низкая грамотность медиков в экономических вопросах. Особенно остро нехватка экономического образования ощущается на качестве подготовки руководителей и организаторов здравоохранения. Врач-дилетант в экономике, не имеющий адекватной современным условиям своей профессиональной деятельности экономической подготовки, обречен на неполное, поверхностное, обыденное восприятие многих явлений хозяйственной жизни. Сложностью и неоднозначностью отличаются экономические отношения, когда хозяйствующему субъекту приходится вступать в многообразные деловые контакты с государством и различными органами государственной власти, производителями и поставщиками средств медицинской деятельности или их арендодателями, кредитно-финансовыми, банковскими структурами, конкурентами, общественными организациями и фондами, наконец, с потребителями услуг – пациентами.

Врач-экономист имеет возможность проявить себя и на более высоком уровне – уровне экономического научно-теоретического мышления. Процессы функционирования человеческого организма и общества во многом сходны, что позволяет рассматривать их с применением метода аналогии.

Экономика здравоохранения стала самостоятельной наукой именно во второй половине XX века. Этому способствовало действие ряда причин [5].

Во-первых, экономисты справедливо характеризуют завершающееся двадцатое столетие как век развития сферы услуг [6]. Дело заключается в том, что никогда еще за всю свою многотысячелетнюю историю человечество не наблюдало такого положения, когда большая часть экономически активного населения, составляющего трудовой потенциал государства (речь идет, конечно, о странах с достаточно развитой экономикой) начала действовать не в сфере производства материальных благ, а в сфере производства разнообразнейших услуг хозяйственного и личного назначения, материализованных (имеющих материальный носитель) и чистых (существующих только в форме определенного эффекта). Быстрый рост объема и развитие отраслевой структуры сферы услуг привели к адекватному увеличению к ней внимания со сто-

роны экономистов, хотя ранее услуги рассматривались как периферийный, второстепенный объект экономического исследования [7].

Во-вторых, сфера услуг в целом и здравоохранение в частности как одна из важнейших ее отраслей зарекомендовали себя в качестве необычайно ресурсоемкого вида деятельности. Современная медицина способна привлечь очень большое количество различных ресурсов — материальных, трудовых, финансовых. При этом предельных величин наращивания ресурсов здравоохранение, очевидно, нигде еще не достигало. Каждая решенная задача здесь поистине порождает десять нерешенных задач ресурсообеспечения. Таким образом, одновременно отчетливо проявила себя и проблема производственных (услугопроизводящих) возможностей здравоохранения, которая заключается в том, чтобы, обладая объективно ограниченными ресурсами и имея задачей удовлетворение совершенно безграничных потребностей, добиться оптимальных параметров обеспечения различных социальных групп населения эффективной медицинской помощью [8].

В-третьих, как на микроэкономическом уровне (индивидуум, предприятие), так и на макроэкономическом (народное хозяйство в целом) была осознана целесообразность и практическая выгода инвестирования необходимых финансовых средств в здравоохранение. Из отрасли производственной сферы потребления материальных благ медицина превратилась в отрасль, производящую экономически значимые услуги охраны и укрепления здоровья трудового потенциала, всех членов общества [9].

Необходимость постоянной профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов в условиях постоянно меняющихся требований общества к здравоохранению и особенностей рынка медицинских услуг и медицинских технологий привела к появлению концепции непрерывного медицинского образования. Попытки создания системы непрерывного образования предприняты в ряде европейских стран, в 8 странах американского континента, в 5 — Юго-Восточной Азии. В большинстве же стран мероприятия по непрерывному обучению носят спорадический характер, доступны не всем категориям врачей, не отвечают потребностям здравоохранения [10].

До настоящего времени программы непрерывного образования меньше всего были рассчитаны на врачей первичной медико-санитарной сети. Однако сегодня именно непрерывное обучение специалистов первичного звена имеет первостепенное значение. При этом учебный процесс должен быть организован по возможности без отрыва от работы с использованием самоуправляемого обучения и самообучения.

Непрерывное образование — процесс, призванный помочь медицинским работникам адаптироваться к изменениям, происходящим в медицинской науке и практике, а также в управлении здравоохранением. Исходя из этого, необходимо строить непрерывное усовершенствование на государственном уровне, при этом важно учитывать также конкретные нужды здравоохранения и общества, что особенно существенно в период реформ [11].

При реализации концепции непрерывного медицинского образования возникают две проблемы: во-первых, необходимо создать программу обучения, которую можно было бы использовать как в центрах, занимающихся переподготовкой врачей, так и на базе больниц, клиник, а также при самообучении; во-вторых, режим работы всех этих центров и клиник должен быть удобен для обучающихся.

При создании программы следует определить предмет, место, сроки и методы обучения специалистов для подготовки учебных материалов; оценить эффективность программы. Для успешной организации процесса обучения нужно сформулировать долгосрочные цели обучения, определить текущие его

задачи хотя бы на 1 год, создать механизм оценки проводимой работы, решить ряд административных и финансовых вопросов.

Хотя многие новые и эффективные стратегии и технологии обучения были разработаны в основном для постдипломного образования, они едва ли используются в рамках непрерывного обучения, главным образом потому, что большинство преподавателей не имело возможности пройти должную подготовку, в том числе и управленческую, поскольку преподавательская деятельность по сути идентична управленческой [12]. Необходимо создать национальную систему обучения преподавателей принципам планирования эффективных учебных систем и управления ими. В ведущих медицинских учебных центрах большинства стран мира такое обучение проводится, причем особое внимание уделяется организации учебного процесса с использованием технических средств (компьютеров, тренажеров и т. д.), а также всевозможных моделей обучения, учитывающих мотивационные и психологические аспекты.

Оценивать непрерывное медицинское образование необходимо в двух аспектах – учебный процесс и результат обучения. Для этого из всего многообразия известных методов следует отобрать наиболее соответствующие образовательным задачам. Обычно легче оценить, способен ли медицинский работник решить поставленную задачу, чем выявить, что гораздо более важно, применяет ли он полученные знания, навыки, понятия на практике.

Поскольку конечная цель непрерывного медицинского образования – постоянное улучшение качества профилактической и лечебной помощи, а задачи любой подобной программы базируются на систематическом изучении моделей медико-санитарного обслуживания и потребностей служб здравоохранения и общества, важность непосредственного участия в этом процессе руководителей здравоохранения различного уровня очевидна.

В современных условиях кадровая политика направлена на обеспечение быстрой эволюции сестринской профессии, связанной с расширением функций среднего медицинского персонала. В связи с этим требуются глубокие научные исследования в области кадрового обеспечения здравоохранения, результаты которых могли бы лечь в основу процесса принятия решений. Как правило, при планировании медицинских кадров основной акцент продолжают делать на количественные потребности, когда учитывается лишь узкая профессия. Недостаточна координация между кадровой службой, системой подготовки и переподготовки кадров, а также практическим здравоохранением.

Для реализации стратегии развития кадров в здравоохранении можно предложить 2 блока программных мероприятий. Первый – развитие системы управления кадрами, в том числе в области информации, эффективное использование медицинских кадров, включая их непрерывное обучение, развитие кадровой службы в здравоохранении; второй – подготовка кадров здравоохранения, которая включает в себя развитие и совершенствование системы высшего и среднего специального медицинского образования и обеспечение выпуска необходимых учебных материалов и наглядных пособий, а также проведение научных исследований в кадровой политике.

Основные мероприятия, связанные с подготовкой кадров в здравоохранении, осуществляются на основе принципов стратегии и политики развития здравоохранения и включают в себя следующие:

1. Совершенствование управления подготовкой медицинских кадров.
2. Развитие и совершенствование сети медицинских образовательных учреждений.
3. Совершенствование учебно-педагогического процесса.
4. Разработка и создание эффективных учебных программ.
5. Совершенствование подготовки организаторов здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Сохин А.А.** Система подготовки врачебных кадров в Великобритании // Сов. здравоохран., 1989. № 12. С. 54-58.
2. **Rivo M.L., Kindig G.A.** A report on the Physician Work Force in the United States // NEJM, 1996. Vol. 334, N14. P. 892.
3. **Вартамян Ф.Е., Орлов Д.А., Матвеев Ю.А.** Современные тенденции подготовки медицинских кадров в западно-европейских странах // Сов. здравоохран., 1989. № 8. С. 63-68.
4. **Глезер Г.А.** Монреальский институт клинических исследований и Ньюфаундлендский университет // Клини. Медицина, 1990. № 2. С. 129-138.
5. **Сорокина Т.С.** История медицины в Британской системе медицинского образования // Пробл. соц. гиг. и ист. медицины, 1994. № 2. С. 55-57.
6. **Сонел В.** Association of American Medical College and American workforce planning and graduate medical education reform policies // JAMA, 1994. Vol.272, N9. P. 712.
7. **Катан Г.Л., Петриковский Б.М.** Подготовка неврологов в США // Журн. неврол. и психиатр, 1996. № 1. С. 83-84.
8. **Петриковский Б.М.** Подготовка акушер-гинекологов в США // Вести. Рос. ассоц. акуш.-гинеко., 1997. № 1. С. 103-104.
9. **Покровский М.М.** Подготовка ортодонт в США // Новости стоматологии, 1996. № 2-3. С. 71-73.
10. **Спиженко Ю.П.** О концепции развития высшего медицинского образования в Украине // Врачебное дело, 1991. № 7. С. 3-5.
11. **Денисов И.Н., Мелешко В.П.** Медицинские кадры России // Пробл. соц. гиг. и ист. медицины, 1996. № 2. С. 30-33.
12. **Вартамян Ф., Мкртчян С.** Последипломное образование врачей в США // Врач, 1997. № 2. С. 41-42.

S U M M A R Y

A number of problems associated with new relationships in society and in the sphere of care of public health create not always correct and adequate correlation in the medical staff in connection with the various changes concerning the politics of personnel.

Therefore, this article is an attempt to analyze such situation in different countries and regions including the postsoviet space.

Поступила в редакцию 1.04.1999