

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*М.М.Каратаев, Г.М.Субанбаева, А.Н.Чен*

*Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации;*

*Высшая школа общественного здравоохранения г. Алматы*

**Введение.** Среди всех видов ресурсного обеспечения здравоохранения кадровые ресурсы играют важнейшую роль в функционировании и развитии отрасли, отличаясь наиболее высокой рентабельностью, так как затраты на подготовку кадров, их содержание и развитие, особенно при существующей низкой оплате труда несравнимы с тем социальным и экономическим эффектом, который получает общество в отношении сохранения человеческого и трудового потенциала. Кадры – единственный вид ресурсов, который со временем не только не теряет исходной стоимости, а приобретает более высокую ценность за счет накопления профессиональных навыков и знаний (О.П. Щепин, 2001; В.З. Кучеренко, Г.В. Пабкина, 2003; И.Н. Денисов, 2004; О.А. Манерова, 2004; О.В. Верховодова, 2005; М.М. Каратаев и соавт., 2006)

**Цель исследования:** изучения вопросов повышения квалификации специалистов и путей их совершенствования.

**Материалы и методы исследования.** Нами было проведено исследование об эффективности циклов обучения среди курсантов института переподготовки и повышения квалификации. Также нами разработана и апробирована методика расчёта реальной потребности в последипломной подготовке руководителей низового уровня здравоохранения.

Анкетированием охвачены 100 слушателей, обучавшихся на различных циклах.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ показал, что 62,8 % курсантов имели стаж более 10 лет работы, а 3,1 % – до 2 лет. Основными недостатками организации циклов повышения квалификации, по мнению слушателей, являлись недостаточная выраженность практической составляющей занятий, отсутствие возможностей использования полученных знаний и умений в профессиональной деятельности (7,7+2,7 на 100 опрошенных), недостаточное выделение и разъяснение преподавателями сложных случаев (35,1 + 3,1) и неудобство расписания (6,8+1,7); длительные перерывы между занятиями, размещение учебных баз в разных районах города, неравномерное распределение занятий в течение обучения.

Изучение мнения слушателей о видах занятий и формах получения знаний и опыта выявило, что наиболее результативными и эффективными оказались неформальные беседы курсантов (неформальное общение с коллегами – 86,4+ 2,3 на 100 опрошенных). На втором месте находятся практические занятия (71,2+3,0). Третье место разделяют семинарские занятия (23,7+2,8) и «круглые столы» по обмену опытом (20,3+2,7). Наименее результативными и эффективными в сравнении с перечисленными видами занятий, по мнению слушателей, были самостоятельная подготовка и лекции (соответственно 10,2+2,0 и 8,5+1,8 на 100 опрошенных,  $p < 0,05$ ).

Результаты проведённого анализа по ряду аспектов корреспондируются с пожеланиями слушателей по улучшению учёбы. Так респонденты считали необходимым шире применять активные методы обучения: увеличить длительность и частоту проведения круглых столов по обмену опытом, включать занятия по решению ситуационных задач по разбору сложных случаев, использовать деловые игры в процессе подготовки (89,3+3,6 на 100 опрошенных).

По мнению респондентов при формировании программ и планов их подготовки необходимо учитывать выполняемые ими функции, то есть осуществлять дифференцированную подготовку специалистов в зависимости от их функциональных обязанностей (68,1+5,4).

Среди пожеланий слушателей были выделены рекомендации для преподавателей: целесообразность применения ими различных наглядных материалов: таблиц, схем, графиков в виде

слайдов, учебных фильмов и других (37,2+5,5), что будет способствовать упрощению восприятия курсантами учебной информации.

Среди факторов, влияющих на уровень эффективности обучения, были:

- выраженность практической составляющей занятий, то есть возможность использования знаний в практической деятельности специалистов – сильная прямая связь ( $r_{xy} = +0,93$ );
- выделение и разъяснение преподавателями сложных случаев – сильная прямая связь ( $r_{xy} = +0,85$ );
- применение активных методов обучения - сильная прямая связь ( $r_{xy} = +0,91$ ).

Отмечена слабая связь эффективности подготовки от уровня педагогического мастерства преподавателей ( $r_{xy} = +0,26$ ,  $p > 0,05$ );

Сильной стороной дополнительного профессионального образования является прежде всего, плановый подход к организации подготовки специалистов с последующем контролем реализации намеченных объёмов обучения. Они формируются также из: наличия потребностей у специалистов в улучшении своих знаний; актуализации образовательными учреждениями учебных программ на вопросах, имеющих непосредственное отношение к профессиональной деятельности.

Отсутствие уточнённого терминологического аппарата, типовых должностных инструкций, разделение должностей специалистов по принципам своего места работы, а не на основе различий и преобладания у них конкретных функций является ограничениями для дифференцированной последипломной подготовки.

Образовательным учреждениям целесообразно шире применять новации: в принципах обучения (модульность, вариантность сроков обучения в зависимости от исходного уровня подготовленности слушателей, обучение с профессиональным подбором претендентов на различные должности); в формах и методах обучения (введение заочной формы обучения, активные методы, дистанционное обучение, дифференцированный подход); в средствах обучения (использование компьютерных программ для решения задач); в методах контроля и управления образовательным процессом (распределённый контроль по модулям, использование тестирования и рейтингов, корректировка программ по результатам контроля).

Необходимо учитывать важность соблюдения методики и методологии преподавания: постановка целей, задач обучения, применение различных форм контроля знаний и другие. Так, применение сквозной формы контроля знаний и различных инноваций в формах обучения слушателей позволит не только проводить корректирование учебной программы в зависимости от степени усвоения ими теоретического материала, но и мотивировать курсантов к активному познавательному процессу.

1. При повышении квалификации последипломной подготовки:

- формировать группы слушателей в зависимости от выполняемых ими функциональных задач; для тематического усовершенствования планировать оптимальную численность групп – 8-10 человек;

2. При повышении эффективности обучения специалистов: значительно расширить использование в процессе обучения различных активных методов (деловые игры, ситуационные задачи, «круглые столы» по обмену опытом, проблемные дискуссии и др.); - шире привлекать к проведению занятий специалистов, имеющих практический опыт по излагаемому ими материалу; применять различные формы контроля знаний слушателей («входящие» и «исходящие» тестовые контроли, защита курсовых работ, письменные вопросы, собеседование и др.), включать в учебный план практические занятия по разбору сложных в методическом и клиническом плане случаев.

3. При повышении квалификации организаторов:

- учитывать следующие принципы структурирования очной части программы и учебного плана: расширение блока профильных тем; организация и проведение контроля качества медицинской помощи.

4. Финансово-экономические вопросы:

- стандартизация системы здравоохранения;

- организация лекарственного обеспечения.

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

Общеизвестно, что наиболее высокое качество организации медицинской помощи населению достигается там, где рост профессионального уровня специалистов идёт параллельно потребностям системы, службы или учреждения здравоохранения. Диспропорция этого процесса, как мы установили, приводит к следующим, наиболее типичным (в современном измерении) ситуациям:

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

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

3. Диспропорции в квалификационной подготовке специалистов и руководителей различных взаимодействующих служб.

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

С целью более дифференцированного подхода к планированию на низовых уровнях системы здравоохранения (область, район, служба, учреждение) нами разработана и внедрена методика расчёта реальной потребности в последипломной подготовке руководителей. Расчёт производится по следующей формуле:

$$N = \frac{(P_k + P_g + P_p) * 100}{(M - M_1)},$$

где N – потребность территории, службы, учреждения здравоохранения в подготовке руководителей (в процентах);

$P_k$  – число руководителей, нуждающихся в целевой подготовке;

$P_g$  – число руководителей, нуждающихся в должностной подготовке;

$P_p$  – число руководителей, нуждающихся в общей профессиональной подготовке (один раз в пять лет);

M – число руководителей на территории, в службе, учреждении здравоохранения;

$M_1$  – число врачей, составляющих «немобильный контингент».

Полученные по этой методике показатели, как свидетельствует практика, могут равняться коэффициенту (20%), быть выше (как правило) или ниже его.

Анализ полученных показателей и абсолютных чисел по территории (в разрезе областей) позволяет осуществить корректировку планов и перераспределение контингентов руководителей, направляемых на обучение.

Нами определено, что численность «немобильного контингента» (руководители предпенсионного, пенсионного возраста и др.) весьма вариабельна и нередко коррелирует с общими демографическими тенденциями на данной административной территории. Тенденция к преобладанию в отдельных медицинских коллективах специалистов пожилого возраста не всегда сви-

детельствует об их высоком профессиональном потенциале. Это определяет необходимость поиска доступных форм привлечения данной категории специалистов к повышению их квалификации. Решение этих вопросов мы видим в широком использовании выездных форм подготовки, в частности, на курсах информации и стажировки, прерывистых курсах, тематических семинарах и т.д.

Результаты исследований показали, что организация планирования и управления процессом последипломной подготовки руководителей должна предполагать наличие информации о задачах, которые решаются на конкретной территории, службе, учреждении, о уровне медицинской помощи и её адекватности потребностям населения, а также о состоянии этих проблем уровню квалификационной подготовки руководителей. Наличие только такой системной информации является реальной основой для оптимизации этих процессов.

Выявлено, что текущему и перспективному планированию последипломной подготовки руководящих кадров должен предшествовать подготовительный период, основным содержанием которого являются анализ фактического уровня знаний и качества выполнения работы каждым руководителем, а также определение целей (по принципу «дерева целей») применительно к каждой территории, к каждой службе и учреждению здравоохранения. Такие целевые установки формирует территориальный орган здравоохранения.

Современный руководитель в системе здравоохранения должен иметь не только, и, может быть не столько, комплекс медицинских знаний, умений и навыков, но и быть эрудированным в таких областях знаний, как теория и практика управления, макро- и микроэкономика, планирование; юриспруденция, социология, психология, экология, информатика и т.д. Анализ и оценка круга профессий, имеющих отношение к управлению здравоохранением, показал, что разработка учебных программ для каждой из этих профессий является очень сложной задачей. Для формирования унифицированных учебных программ обучения специалистов в области управления здравоохранением, важно знать, какими путями они приходят к этой деятельности.

**Выводы.** Таким образом, необходимо формировать группы слушателей в зависимости от исходного уровня знаний и выполняемых ими функциональных задач;

- для тематического усовершенствования врачей планировать оптимальную численность групп 8-10 человек;
- для повышения эффективности обучения специалистов значительно расширить использование в процессе обучения различных активных методов: деловые игры, ситуационные задачи, «круглые столы» по обмену опытом, проблемные дискуссии и другие;
- шире привлекать к проведению занятий специалистов, имеющих практический опыт по излагаемому им материалу;
- применять различные формы контроля знаний слушателей: «исходный», «заключительный» тестовые контролли, защита курсовых работ, собеседование и другие;
- включать в учебный план практические занятия по разбору сложных в методическом и клиническом плане случаев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Верховодова О.В. Пути совершенствования обучения специалистов, проводящих контроль качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2005. - №2. – С.22-24
2. Денисов И.Н. Болонский процесс: структурные изменения в медицинском образовании России // Экономика здравоохранения.- М., 2004.-№9. – С.5-8
3. Каратаев М.М. и соавт. Анализ эффективности управления ресурсами здравоохранения в условиях реформирования отрасли // Экономика здравоохранения. – М., 2006. - № 3-4. – С. 60-65
4. Кучеренко В.З., Дробкина М.В. Опыт преподавания основ медицинского маркетинга руководителям органов и учреждений здравоохранения // Актуальные вопросы подготовки и переподготовки специалистов системы ОМС в условиях реформирования здравоохранения М., ФОМС,2003.

– С.28-32

5. Манерова О.А. Об основных направлениях кадровой политики в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением.- 2004.- № 6. – С. 29-33

### ХУЛОСА

#### Масъалаҳои мубрами тайёрии пасаздипломии мутахассисон дар Ҷумҳурии Қирғизистон

*М.М. Каратаев, Г.М. Субанбаева, А.Н. Чен*

Дар замони ҳозира дар соҳаи тандурустӣ сарвар бояд маҷмуи донишҳои тиббиро аз худ намуда бошад, маҳорату малакаи баланд дошта бошад, инчунин дар амалия ва назарияи идоракунӣ, макро ва микроэкономика, банақшагирӣ, ҳуқуқ, ҷомеашиносӣ, психология, экология, информатика ва ғайра маълумот дошта бошад. Барои таҳияи барномаҳои яқсони таълимии омӯзиши мутахассисони соҳаи идоракунии тандурустӣ муҳим будонанд, ки онҳо бо қадом роҳу васила ба ин намуди фаъолият оғоз менамоянд.

### SUMMARY

#### ACTUAL QUESTIONS OF POSTGRATUATED EDUCATION OF SPECIALISTS AT REPUBLIC OF KYRGYZSTAN

*M.M. Karataev, G.M. Subanbaeva, A.N. Chen*

Contemporary manager in system of medical care must to have complex of medical knowledge, ability and practice, to be erudite in such fields of knowledge as theory and practice of administration, macro- and microeconomics, planning, jurisprudence, sociology, psychology, ecology, informatics and so on. For forming unified study programs of training of specialists in the field of management of medical care it is important to know that the use what ways come to this activity.