

М. А. Тайлашева

**Социально-экономические аспекты
последипломной подготовки врачей
в условиях рыночной экономики
(на примере Алтайского края)**

Актуальность данного вопроса обусловлена отсутствием расчетных данных о реальной потребности Алтайского края во врачебных кадрах, их последипломной подготовки и повышении квалификации в условиях рыночной экономики.

На уровне края (городов, районов) отсутствует система планирования подготовки специалистов на перспективу – при естественной смене поколений: уход на пенсию, миграционные процессы.

Существенное изменение роли регионов в обеспечении социально-экономического развития требует дополнительных исследований, отражающих специфику рынка труда в конкретном регионе и места на нем последипломной подготовки врачебных кадров, источников финансирования.

В последние годы происходят существенные изменения в системе последипломного образования, обусловленные принятой концепцией непрерывного медицинского образования, получившей конкретное выражение в приказах Минздравмедпрома России №286 и №33 [1, с. 122].

Врачебная специальность, как никакая другая, требует от человека постоянного совершенствования своих знаний и умений, и лозунг «Учиться всю жизнь» для врача – практическая реальность.

С 1 января 1995 г. введено в действие Положение о порядке допуска к осуществлению профессиональной медицинской деятельности. Так, к занятию профессиональной медицинской деятельностью допускаются лица, получившие высшее медицинское образование и специальное звание (квалификацию) в Российской Федерации, имеющие диплом и сертификат специалиста, а к занятию определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством

здравоохранения РФ, также и лицензию.

Сертификат специалиста – это документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам, который свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной медицинской деятельности по определенной специальности [1, с. 130].

Право на получение сертификата специалиста имеют лица, окончившие высшие медицинские заведения и прошедшие полный курс обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (докторантура, аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (первичная специализация, интернатура).

Сертификат специалиста выдают государственные медицинские образовательные и научно-исследовательские учреждения, осуществляющие последипломную подготовку врачей по государственным образовательным программам [1, с. 131]. Сертификат специалиста действует на всей территории Российской Федерации и подтверждается каждые пять лет после соответствующей подготовки в системе дополнительного профессионального образования.

На территории Алтайского края последипломное обучение врачей и выдачу сертификатов специалиста проводит факультет усовершенствования врачей Алтайского государственного медицинского университета.

Сертификация – единственная система управления качеством подготовки специалиста, определяющая его профессиональную компетентность. Система последипломной подготовки врачебных кадров

в условиях формирования и функционирования рыночных отношений – это рынок услуг, спрос на котором определяется потребностями рынка труда в медицинских работниках различных специальностей, имеющих соответствующую профессиональную подготовку; потребностями работодателей в медицинских кадрах, требуемой квалификации; а также потребностями самих врачей в послевузовском профессиональном и дополнительном образовании.

Систему последипломной подготовки и повышения квалификации врачей кадров можно представить так:

- послевузовское профессиональное образование (аспирантура по клиническим дисциплинам – 3-4 года подготовки, клиническая ординатура – 2-3 года обучения, докторантура по клиническим дисциплинам;

- дополнительное образование (первичная специализация – 5 месяцев по заочно-очной форме обучения; интернатура – один год обучения на клинических базах профильных кафедр АГМУ и по месту будущей работы специалиста; повышение квалификации (тематическое усовершенствование, сертификационные циклы) на заочно-очных, выездных, прерывистых, дистанционных (с промежуточной сдачей экзаменов) циклах с использованием современных информационных технологий – Интернет, электронная почта.

Структура последипломной подготовки в развитых странах такова: специализация или «продвинутое» медицинское образование с целью приобретения определенной медицинской специальности и продолженное медицинское образование (повышение профессиональной квалификации) врачей-специалистов [2, с. 6].

Основной формой первичной специализации врача в последипломный период медицинского образования можно считать интернатуру. В тех странах, где она является обязательным условием для получения права на самостоятельную медицинскую практику, врачи за время обучения в ней последовательно проходят стажировку по основным клиническим

специальностям. Например, во Франции в зависимости от специальности срок обучения в интернатуре – 3-5 лет, затем работа на врачебной должности, аттестация и присвоение квалификационной категории. Специализация в различных странах занимает 5-7 лет [2, с. 8]. В России углубленная специализация в интернатуре проводится в течение года после окончания медицинского вуза. Врач обучается с учетом будущей работы по типовым учебным планам и программам непосредственно на клинических базах кафедр или по месту будущей работы.

Система повышения профессиональной квалификации (непрерывное усовершенствование) – неотъемлемая часть медицинского образования в целом. В большинстве стран усовершенствование медицинских специалистов организовано в форме курсов различной продолжительности, практикуются обязательные программы усовершенствования для врачей с определенной периодичностью [2, с. 10].

В нашей стране периодичность повышения квалификации – не реже одного раза в пять лет. Этот норматив представляет собой усредненную величину продолжительности морального старения знаний. Однако в некоторых странах усовершенствование продолжает оставаться добровольным, и ответственность за участие в тех или иных формах непрерывного образования возложена на самих медицинских работников.

Если специализация проводится с целью приобретения определенной специальности и получения сертификата специалиста, дающего право на ведение самостоятельной медицинской деятельности, то конечная цель непрерывного усовершенствования заключается в улучшении качества профилактической и лечебной помощи, предоставляемой населению персоналом здравоохранения. Поэтому определение задач любой программы в этой области должно основываться на систематическом изучении соответствующих систем предоставления

медико-санитарной помощи и потребностей служб здравоохранения и населения.

Главная цель подготовки врачебных кадров – ее ориентация на потребности населения в медицинской помощи по различным направлениям с учетом уровня заболеваемости и обеспечение эффективной занятости врачей. Структура системы последипломной подготовки и повышения квалификации врачебных кадров должна соответствовать задачам регионального рынка труда для количественного и качественного сбалансирования спроса и предложения на врачебные кадры и их подготовку.

Определение потребности в специалистах проводится во многих странах мира. При этом за рубежом проявляется стремление установить эту потребность на далекую перспективу. Желание определить потребность в медицинских специалистах на столь отдаленный период обуславливается прежде всего тем, что на основе решения этого вопроса решается другой важный вопрос – о дальнейшем развитии их подготовки.

В настоящее время для определения плановой потребности во врачах – специалистах определенного профиля – используются следующие методы:

1) социологический (анкетный опрос), предусматривающий изучение мнения врачей-специалистов о наиболее целесообразных сроках, периодичности последипломного обучения, трудности (социальные, финансовые) в его осуществлении;

2) статистический, предусматривающий получение и анализ учетно-отчетных данных в области последипломной подготовки;

3) индивидуальной экспертной оценки, учитывающий численность врачей:

а) достигших пенсионного возраста;
б) не прошедших последипломную подготовку по объективным причинам;
в) окончивших интернатуру по конкретной специальности;

4) штатно-нормативный, регламентированный приказом Министерства здравоохранения СССР № 820, с учетом

специфики (специализации) лечебно-профилактических учреждений (стационар, поликлиника, профилакторий, санаторий и пр.).

Механизм определения потребности в последипломной подготовке врачей рассмотрен нами на примере конкретной специальности врача-физиотерапевта.

Штатные нормативы медицинского персонала физиотерапевтических отделений определяются приказами Министерства здравоохранения РФ. Согласно этим приказам штат врачей-физиотерапевтов физиотерапевтических отделений больниц выявляется из расчета на общее количество стационарных коек с учетом специализированных отделений по некоторым клиническим профилям. При этом имеются определенные различия в установлении штатных единиц врачей-физиотерапевтов для больниц в зависимости от численности жителей в населенном пункте (городе, поселке) и от ее назначения (обслуживание детей или взрослых).

В самостоятельных учреждениях амбулаторно-поликлинического типа или входящих в состав городских больниц и медико-санитарных частей должности врача-физиотерапевта устанавливаются в зависимости от количества в штате врачей, ведущих амбулаторный прием как в самой поликлинике, так и в прикрепленных к ней амбулаторно-поликлинических отделениях, где врача-физиотерапевта нет.

В физиотерапевтической службе края (система Министерства здравоохранения РФ) 1 января 1998 г. работало 112 врачей. Фактическая обеспеченность физиотерапевтами на это время составила 0,4 врача на 10 тысяч жителей [3, с. 101].

Удельный вес аттестованных врачей-физиотерапевтов	
Физиотерапевты, всего	112 чел. (100%)
Аттестовано, всего	52 чел. (50%)
Высшая категория	9 чел. (8%)
Первая категория	33 чел. (29%)
Вторая категория	10 чел. (9%)

Аттестована половина всех врачей-физиотерапевтов края, однако государ-

ственный сертификат врача-специалиста физиотерапевта имеют только 64% прошедших аттестацию.

В настоящее время физиотерапевты есть во всех городах и 9 районах края. В 1997 г. появились врачи-физиотерапевты в Новоалтайске и Благовещенском районе. Основная масса врачей-физиотерапевтов работает в городах края (90%). По сравнению с 1995 г. в некоторых районах не стало физиотерапевтов (Крутихинский, Кулундинский, Родинский), в 10 районах работали совместители на 0,5 ставки (Алейский, Баевский, Краснощековский, Первомайский, Романовский, Топчихинский, Троицкий, Шипуновский и др.) [3, с. 108]. Сельское население Алтайского края (46% всех жителей) не может быть охвачено квалифицированной и специализированной физиотерапевтической помощью из-за отсутствия в штатных расписаниях центральных районных больниц данных должностей.

Предварительные результаты проведенного нами исследования с использованием штатно-нормативного метода свидетельствуют о том, что потребность во врачах-физиотерапевтах в Алтайском крае составляет 0,6 на 10 тысяч жителей, или 176 врачей-физиотерапевтов. Как было отмечено выше, работают 112 врачей-физиотерапевтов, а фактическая обеспеченность составила 0,4 специалиста на 10 тысяч жителей. Наибольшая диспропорция в обеспечении физиотерапевтами наблюдается в городской и сельской местностях. Так, на селе работают 8 врачей-физиотерапевтов, в городах – 104. Результаты предварительного исследования показали, что реальная потребность во врачах-физиотерапевтах в сельской местности – не менее 46 человек.

Сложившаяся диспропорция обусловлена отсутствием разработанной нормативной базы по подготовке специалистов-физиотерапевтов для сельского здравоохранения. Аналогичная ситуация просматривается в специализациях лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), акушерско-гинекологической, неврологической, травматологической, геронтологической службах, детских ЛПУ, где

обеспеченность врачами-физиотерапевтами составляет 25% реальной потребности. Это приводит к снижению качества медицинского обслуживания и экономическим потерям, связанным с удорожанием медицинского обслуживания (за счет применения дорогостоящих медикаментозных способов лечения и реабилитации). Так, при полном удовлетворении реальной потребности в физиотерапевтической помощи стоимость одного койкодня уменьшится на 12-15% при одновременном сокращении средней продолжительности пребывания больного в стационаре и числа посещений в поликлинике, а затраты на медикаментозное обеспечение – до 21-26%.

Данные о потребности санаторно-курортных учреждений во врачах-физиотерапевтах отсутствуют. Согласно положению о сертификации необходимость в подготовке врачей-физиотерапевтов для санаторно-курортных учреждений составляет 100%. По предварительному исследованию, реальная потребность во врачах-физиотерапевтах для санаторно-курортных учреждений составляет 20 специалистов на 1000 санаторно-курортных коек.

Фактически последипломное обучение на 1 января 1998 г. прошли лишь 68% нуждающихся в подготовке.

Нами изучен вопрос о структуре финансирования последипломной подготовки врачей реабилитационных специальностей. Основным источником является бюджетное финансирование – 80%. Для специалистов, работающих в санаторно-курортных учреждениях, удельный вес этого источника составляет 10%, 90% – за счет средств санаторно-курортных учреждений.

По данным бюро аккредитации и лицензирования медицинской деятельности (согласно выданным лицензиям на осуществление медицинской деятельности в области физиотерапии и реабилитации), ежегодно необходимо подготовить до 20 специалистов, работающих в медицинских организациях частной, общественной и смешанной форм собственности, а также в качестве частных предпринимателей.

Предварительные данные показывают, что для более точной оценки в последип-

ломной подготовке необходимо провести экспертную оценку. С этой целью использованы анкеты курсантов, находящихся на обучении (циклы общего, тематического усовершенствования, специализации) на кафедрах факультета усовершенствования врачей (ФУВ) АГМУ. Это позволит нам более детально определить профиль, периодичность, состав, структуру, источники финансирования и сформировать реальную заявку от конкретных медицинских учреждений различных организационно-правовых и форм собственности [4, с. 170].

Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие предварительные выводы:

- реальная потребность во врачах-физиотерапевтах в системе Минздрава РФ - 0,6 на 10 тысяч жителей, или 176 физиотерапевтов, фактическая обеспеченность - 0,4, или 112 человек;

- наблюдается диспропорция в обеспеченности врачами-физиотерапевтами городского и сельского населения (0,8 и 0,1 соответственно). Если фактическая обеспеченность врачами-физиотерапевтами городского населения соответствует реальной потребности, то обеспеченность сельского населения этими специалистами ниже реальной потребности в них;

- существующие сегодня нормативы определения потребности в подготовке кадров не соответствуют реальным требованиям (с учетом состояния здоровья населения).

Анализ статистических данных за последние 10 лет последипломной подготовки врачей-физиотерапевтов показал, что потребность в их подготовке составляет

81,7, фактически охвачено специализацией и повышением квалификации 35,7 на 100 врачей данной специальности;

- система последипломной подготовки не учитывает реальные возможности достаточного финансирования всего объема повышения квалификации врачей-физиотерапевтов (проведение хозяйственных циклов).

Анализ экономической эффективности различных форм и методов последипломной подготовки врачей (интернатура, первичная специализация, общее усовершенствование, тематическое усовершенствование, сертификационные циклы) показал:

- а) для первичной специализации наиболее приемлемой является стационарная форма обучения в интернатуре на клинических базах соответствующих кафедр медицинских университетов;

- б) общее усовершенствование, тематическое усовершенствование, предусматривающее обучение 1 раз в 5 лет, целесообразнее проводить по заочно-очной форме с предцикловой подготовкой.

Предварительные исследования показали, что применение заочно-очной формы подготовки позволяет снизить стоимость обучения одного врача на 30%;

- в) для тематического усовершенствования с проведением сертификационных экзаменов (после прохождения обучения в интернатуре) наиболее эффективным является сочетание заочно-очной и выездной формы последипломной подготовки. Результаты исследования показали, что при проведении выездных циклов (для групп более 10 человек) стоимость обучения одного врача снижается на 70%.

Литература

1. Медики: сертификация, аттестация, оплата труда / Под ред. Н.И. Полетаева. М., 1995. Вып. 19.
2. Арсенова С.П. Высшая медицинская школа за рубежом / Под общ. ред. А.И. Галагана. М., 1993. Вып. 5.
3. Здравоохранение Алтайского края: Стат.

бюллетень / Госкомстат России. Барнаул, 1997.

4. Современные проблемы организации и эффективности последипломного обучения врачей / Под ред. Ю.Н. Касаткина. М., 1981.

5. Попов Г.А. Проблемы врачебных кадров. Планирование и прогнозирование потребности во врачах-специалистах и их подготовки. М., 1974.