

Слайд 1

Здравствуйте, уважаемые члены комиссии!

Тема моей диссертационной работы – **«Научное обоснование основных направлений оптимизации кадрового потенциала здравоохранения республики Таджикистан».**

Слайд 2

Современная ситуация в здравоохранении Республики Таджикистан предполагает проведение глубоких преобразований, в т.ч. в области управления кадровым потенциалом отрасли, ориентированным, прежде всего, на совершенствование кадровых ресурсов, чьи знания, профессиональные навыки и мотивация являются основной определяющей итоговые результаты деятельности сектора здравоохранения и успех проводимых реформ (актуальность).

В связи с чем и была сформулирована **цель данной работы**. На основании анализа состояния кадрового потенциала системы здравоохранения Республики Таджикистан выявить основные проблемы и недостатки формирования кадров, оценить степень влияния медико-социальных, организационных факторов на уровень его профессиональной подготовленности и квалификации, разработать и рекомендовать научно-обоснованные направления по оптимизации системы формирования, сохранения и развития кадровых ресурсов.

Слайд 3

Для достижения цели исследования решались следующие основные задачи:

1. Провести анализ отечественного и зарубежного опыта управления человеческими ресурсами и способов решения проблем подготовки и развития кадровых ресурсов.
2. Оценить тенденции изменения численности и структуры медицинских кадров и обеспеченность ими населения Республики Таджикистан.
3. Изучить особенности формирования кадрового потенциала системы здравоохранения, выявить основные проблемы профессионального роста и развития медицинских кадров.
4. Выявить проблемы качества и профессионального развития медицинских кадров.
5. Определить факторы, определяющие мотивацию врача и приоритетные направления совершенствования профессионального роста в современных социально-экономических условиях.
6. Разработать научно-обоснованные рекомендации по устранению недостатков последипломного образования медицинских кадров Республики Таджикистан.

Слайд 4

Произведенный нами анализ отечественного и зарубежного опыта подготовки и развития кадровых ресурсов здравоохранения, способов решения проблем их подготовки, свидетельствует об отсутствии единого подхода в решении вопросов

подготовки и управления кадровым потенциалом. В каждой стране, отдельных регионах, проблемы кадрового обеспечения, подготовки, развития и управления находят решение в соответствии со сложившимися традициями и особенностями регионов.

Слайд 5

В данной таблице даны результаты анализа тенденций изменения численности и структуры врачей здравоохранения Республики Таджикистан за период проведения реформы здравоохранения (2007-2015 годы), в котором учтены изменения, пересмотрен перечень врачебных специальностей.

Можно отметить, что обеспеченность врачебными кадрами в целом по Республике Таджикистан за последние годы имела тенденцию к росту, но по регионам республики отмечалась диспропорция этого роста более чем вдвое.

Также нами был отмечен дисбаланс в подготовке кадров по специальностям: рост численности врачей-специалистов «узкого» профиля и уменьшение врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи (на 8,8%) и др. Дисбаланс в обеспеченности кадрами в регионах, разнонаправленность имеющихся тенденций не могут обеспечить равную доступность и качество медицинской помощи для всех категорий населения.

Слайд 6

На рисунке представлена диаграмма «Динамика изменения числа врачей в Республике Таджикистан (1991-2013гг.).

Так, одной из важных проблем, влияющих на снижение уровня кадрового потенциала сектора здравоохранения, является миграция. Значительное количество, особенно молодых людей, покидают страну для того, чтобы найти экономическую основу для себя и членов своих семей. Работники сектора здравоохранения имеют крайне низкую заработную плату, являющейся основным мотивом поиска работы за границей.

Слайд 7

Динамика численности медицинских работников в Таджикистане и других странах изображена в виде таблицы на слайде презентации. Таджикистан имеет наихудшие баллы с точки зрения всех отобранных показателей. Низкий уровень соотношения врачей и медсестер, а также высокий уровень младенческой смертности и низкая продолжительность жизни могли бы быть хорошим свидетельством влияния уровня кадровых ресурсов на показатели здравоохранения.

Таким образом, анализ структуры медицинских кадров, обеспеченности ими сектора здравоохранения республики за последние годы показал, что обеспеченность кадрами остается практически неизменной и намного отстает от показателей в Европейском регионе и СНГ (соответственно 20,3 на 10 тыс.население и 34,0 и 37,7 на 10 тыс. население).

Имеется значительный географический дисбаланс распределения кадров диспропорция в структуре распределения врачей разных специальностей - дефицит

терапевтов, врачей первичного звена, педиатров, врачей узких специальностей. Это первостепенные проблемы, которые требуют безотлагательных решений.

Слайд 8

Подготовка медицинских кадров, обеспечение ими медицинских учреждений здравоохранения являются начальными этапами формирования качества кадрового потенциала здравоохранения. Формирование структуры медицинских кадров учреждения включает ряд этапов.

Так как речь в данной работе идет о формировании качества кадрового потенциала здравоохранения, то нами в ряду этапов управления персоналом были рассмотрены позиции, которые оказали существенное влияние на формирование качественного потенциала медицинских кадров, независимо от типа учреждения и уровня его финансирования. Основные позиции будут рассмотрены нами далее.

В первую очередь изучены пути устройства на работу в медицинское учреждение, так как на сегодняшний день поиск места работы для врача стал его собственной задачей.

Для анализа основных тенденций формирования кадрового потенциала медицинских учреждений нами проведено анкетирование среди руководителей учреждений здравоохранения районов, врачей ЛПУ, медицинских сестер, студентов.

Анализ механизма поиска нового места работы показал, что медицинские работники со средним образованием чаще, чем врачи, искали место работы по знакомству. Врачи чаще выбирают механизм поиска места работы по знакомству и по распределению, а медицинский персонал со средним образованием - по знакомству и по объявлению, при этом ответы среднего медперсонала сильно различаются у медицинских сестер медучреждений, акушерок и фельдшеров.

Слайд 9

По результатам наших исследований, в целом по всем категориям медицинского персонала собеседование является ведущим методом отбора кандидата – $91,8 \pm 1,8\%$.

Значимую роль в отборе кадров играет непосредственный будущий руководитель учреждения, участвующий в исследованиях в $11,8 \pm 1,0\%$ случаев отбора при собеседовании. Чаще участие в собеседовании принимает непосредственный руководитель среднего медицинского персонала, чем врачебного.

Таким образом, проведенный нами анализ процесса формирования кадрового потенциала - этапы привлечения, набора и отбора медицинских кадров - в ЛПУ РТ имеют ряд особенностей, на наш взгляд, оказывающих существенное влияние на формирование качества персонала, а именно:

- недостаточное привлечение при приеме на работу специалистов отдела кадров;
- состояние управления кадрами, которое делит с руководством и кадровой службой ответственность за развитие и эффективное использование персонала;
- отсутствует система целевого отбора кандидатов на должность, проявляющаяся в разнообразии специалистов, участвующих в отборе, а также при

приеме в учреждение специалистов на основании только собеседования, а иногда и без него.

Вышеизложенные аспекты следует отразить при разработке рекомендаций по оптимизации системы подготовки управленческих кадров здравоохранения.

Слайд 10

Среди врачей в целом на момент проведения исследования не был аттестован каждый третий ($39,3 \pm 1,3\%$). Среди врачей ПМСП квалификационной категории не имеют $42,1 \pm 1,4\%$, а из врачей больниц аттестацию не проходили $12,2 \pm 2,5\%$ - данные размещены в таблице.

На основании проведенных нами опросов, можно сделать вывод, что нежелание постоянно повышать свой профессиональный уровень прослеживается наиболее сильно у медсестер учреждений ПМСП: чем они старше, тем выше нежелание повышать профессиональный уровень.

Прослеживается связь отсутствия потребности в постоянном повышении постоянного повышении профессионального уровня с наличием квалификационной категории у медицинского персонала

--

Выявленные нами недостатки препятствуют эффективности управления и использования кадрового потенциала. В частности:

- отсутствуют данные о масштабах функционирования кадровых ресурсов, практикующих в частном секторе;
- отсутствуют данные о масштабах миграции медицинских работников на практику за рубеж;
- отсутствует планирование кадровых ресурсов;
- отсутствуют механизмы по обеспечению стимулов для повышения индивидуальной эффективности;
- уровень подготовки по многим видам персонала не соответствует степени необходимости квалификации в рамках системы здравоохранения;
- штатное расписание основывается на институциональных кадровых нормах, которые не связаны с фактической нагрузкой;
- подготовка персонала высокого уровня не базируется на потребности в этих сотрудниках в будущем с точки зрения задач сектора здравоохранения и медицинского обслуживания;
- информационная система по кадровым ресурсам не является достаточной для поддержки планирования усовершенствования и управления.

Слайд 11

Для оценки уровня знаний в процессе додипломной подготовки в ТГМУ имени Абуали ибн Сино нами проведены тестовые экзамены (с согласия) курсантов (клинических ординаторов первого года обучения, врачей - интернов).

Результаты предварительных тестов (табл. 32) показывают, что из 180 врачей терапевтического профиля и 281 врача хирургического профиля в 2013 году и 211 врачей терапевтического профиля, 357 врачей хирургического профиля в 2014 году

всего лишь получили удовлетворительную оценку 3,13% врачей в 2013 году и 1,76% врачей в 2014 году.

Таким образом, результаты оценки уровня знаний у слушателей курсов тематического усовершенствования по соответствующим специальностям позволили выявить неутешительную картину: подавляющее большинство показали неудовлетворительный уровень знаний. Отсюда напрашивается вывод: «Могут ли оказать квалифицированную врачебную помощь протестированные врачи?»

Оценка уровня знаний полученных врачами на додипломном уровне (после окончания института и работающих по специальности) показало недостаточный уровень знаний, полученный на додипломном уровне, неудовлетворительный уровень знаний и у врачей, работающих в здравоохранении.

Вышеизложенное диктует рассмотрение улучшения возможностей последипломного образования: материальной обеспеченности курсантов, привлечение высококвалифицированного профессорско-преподавательского состава, внедрение инновационных технологий обучения (выездные циклы, обучение без отрыва от основной работы и тд.).

Слайд 12

Таблица «Показатель удовлетворенности медицинских работников работой (на 100 опрошенных)» представлена на слайде.

Удовлетворенность трудом в различной степени выразили более 80% опрошенных из всех групп. Доля неудовлетворенных работой среди врачей больниц не превысила 19%, среди средних медработников - несколько выше и составила в больницах 20,3%, в учреждениях ПМСП – 22,7% (табл.40).

Известно, что удовлетворенность трудом, прежде всего, связана с его материальной оценкой. Практика показывает, что работать медицинским работником престижно и выгодно только в западных странах, так как труд медработников там оценивается в пользу специалиста. Это реалии сегодняшнего дня.

Слайд 13

Республика занимает одно из самых последних мест в рейтинге развитых стран. В 2015 году из-за нестабильной экономической ситуации, кризиса и тотальной безработицы заработная плата медицинских работников в Таджикистане оставляет желать лучшего.

Среднемесячная номинальная зарплата за июль 2013г. представлена на слайде презентации. Оклады специалистов-медиков зачастую ниже прожиточного минимума, а общий доход врача зависит от наличия доплаты за особые условия труда, стимулирующих выплат, от выслуги лет, квалификации, наличия ночных дежурств и общей нагрузки.

Слайд 14

Как видно из таблицы, среди социальных проблем наиболее часто указывалась нерешенные бытовые условия, которую отмечали около 15-20% респондентов каждой из групп.

Тем не менее, большая часть опрошенных медицинских работников оптимистически относилась к условиям работы. Около 24,2% врачей больниц и 32,7% врачей ПМСП и большинство средних медицинских работников (26,9 и 28,1% соответственно) считали, что нехватка кадров приводит к нагрузке их работы.

Стоит добавить, что введение платных медицинских услуг, несмотря на внедрение новых, более прогрессивных форм оплаты труда пока не обеспечило нормального финансирования медицинских работников. С мечтой о дополнительном заработке живут в настоящее время половины опрошенных врачей, а каждый пятый находится в активном поиске дополнительного источника дохода. Можно предположить, что крушение надежд медицинских работников будет и дальше способствовать оттоку специалистов из системы.

Слайд 15

Существенным фактором, влияющим на мотивацию персонала является ощущение собственной необходимости, видение цели своей работы.

На качество деятельности медицинского персонала оказывает влияние комплекс факторов. Они представлены в виде сводной таблицы, в которой мы специально исключили ведущий фактор – материальное стимулирование. Данная таблица предусматривает отдельное сравнение мнений различных должностных лиц. При этом, помимо материального стимулирования, врачи учреждений ПМСП в равной степени считают важными такие мотивационные факторы, как: профессиональную подготовку и профессионализм, материально-техническое оснащение учреждения (по 49,6% ответов). Каждый четвертый врач ПМСП указывает на то, что на качество работы персонала влияют условия труда, грамотное управление и организация труда медицинских кадров, а также отношение руководителя к персоналу (24,9%).

Слайд 16

Основные стадии и методы планирования потребностей в кадровых ресурсах представлены в разработанном нами алгоритме, который представлен Вашему вниманию на слайде. Более детальное каждое мероприятие рассмотрено непосредственно в самой работе.

Слайд 17

Для решения выявленных нами проблем, службе здравоохранения необходимо более активно участвовать в развитии кадровых ресурсов. Для достижения целей МЗ СЗН РТ необходимо разработка и интеграция систем, политики и практики по найму, содержанию и развитию кадрового потенциала. В частности, это будет подразумевать согласованные и последовательные усилия по разработке функций планирования кадровой политики системы здравоохранения, политики подготовки кадров, и сбор данных о кадровых ресурсах, управления и рабочих отношений кадровой политики системы здравоохранения. Все это потребует выделения ресурсов и поддержки руководства, за пределами того, что существует в настоящее время.

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в краткосрочной и среднесрочной перспективе должно сосредоточиться на:

- создании процесса по развитию кадрового потенциала, внедрение и укрепление планирования Кадровой политики системы здравоохранения, контроль и регулирование трудовых и институциональных показателей, увеличение задач и направленности по профессиональной подготовки персонала, а также пересмотр кадровой политики и практики в целях поощрения индивидуальных и организационных достижений;

- укрепление своих услуг и объектов в количестве, возможностях и наборе навыков;

- введение большей гибкости в организационное штатное расписание с учетом объема работы, а не простого базирования на характеристики учреждения;

- обеспечение управляемого развертывания персонала и карьерного развития;

- изменение пакета заработной платы и компенсаций с целью повышения производительности и обязательств;

- совершенствование потенциала МЗ СЗН РТ в управлении процессом перемещения сотрудников в рамках государственного и частных секторов, а также миграции сотрудников;

- расширение возможностей в области подготовки кадров для семейных врачей и среднего профессионального уровня сотрудников и улучшение соответствия между будущими потребностями для всех сотрудников и уровень профессиональной подготовки;

- укрепление планирования кадровой политики системы здравоохранения и управленческого потенциала в рамках системы здравоохранения с целью улучшения развертывания и использования медицинского персонала, а также

- разработку информационной системы кадровой политики системы здравоохранения, которая может поддерживать потребности руководителей на региональном и центральном уровнях.

Для этого потребуются новые ориентиры, навыки и организационные функции в рамках МЗ СЗН РТ. Эти изменения необходимы для создания потенциала в решении комплекса новых и более сложных требований, сопровождающие усилия по улучшению показателей здравоохранения в децентрализованной системе здравоохранения.

Слайд 18

Цель работы достигнута.

Спасибо за внимание, доклад окончен!