

Dermatovenerologiya. Kosmetologiya – Dermatovenerology. Kosmetology, 2019, vol. 5, no. 4, pp. 357-367.

9. Milkoto N.A. Comprehensive Analysis of Clinical-Anamnestic Data and Results of Molecular-Genetic Identification of Dermatophytes, Yeast, Malasseisia in Patients with Atopic Dermatitis and Eczema. Yevraziyskiy soyuz uchenykh – Eurasian Union of Scientists, 2019, no. 9, vol. 66, pp. 12-21.

10. Rudenkova Tatyana Vladimirovna – Leading Researcher of the PCR Diagnostics Group of the Research Laboratory of the State Educational Establishment “Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education”, Candidate of Biological Sciences;

Address: Minsk, 3 P. Brovki St., building 3.

Tel.: 265-35-82.

Kostiuk Svetlana Andreevna – Chief Researcher of the PCR Diagnostics Group of the Research Laboratory of the State Educational Establishment

“Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education”, Doctor of Medical Sciences, Professor;

Address: Minsk, 3 P. Brovki St., building 3.

Tel.: 265-35-82.

Shimanskaya Irina Grigorievna – Candidate of Medical Sciences; Associate Professor

Pankratov Oleg Valentinovich – Head of the Department of Dermatovenerology and Cosmetology of the State Educational Establishment “Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education”; Doctor of Medical Sciences, Professor;

Address: Minsk, 3 P. Brovki St., building 3.

Tel.: 372-74-40.

Milkoto Nadezhda Alekseevna – Senior Lecturer of the Department of Dermatovenerology and Cosmetology of the State Educational Establishment “Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education”;

Address: Minsk, 3 P. Brovki St., building 3.

Tel.: 222-89-12.

АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ В БОЛГАРИИ

Светлана Радева, д.оз

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов”,

гр. Варна, България

Проф. д-р Лора Георгиева, д.м

Катедра по социална медицина и организация на здравеохранения,

Медицински университет Варна

ANALYSIS OF THE POLICY IN THE FIELD OF POSTGRADUATE TRAINING OF DOCTORS IN BULGARIA

Radeva Svetlana

Specialized hospital of obstetrics and gynecology for active treatment „D-r D. Stamatov”,

Varna

Georgieva Lora

Department of Social Medicine and Healthcare Organization,

Medical University of Varna

ABSTRACT

Health workers and the provision of doctors to the population require a thorough analysis of needs, which primarily depend on processes and trends at the European level that exert pressure and affect the sustainability of national health systems. Resource planning in Bulgaria depends on:

1. the processes of changing the state system and related long-term health care reform. Processes at the national level directly form managerial, economic and legal problems in the development of the national system of clinical specialization of doctors. In recent years, the medical profession has lost its prestige, as a result of the long-term underestimation of expert human capital in the health care system as a whole, and the process of acquiring a clinical specialty by doctors.

2. influence of the macro environment. The main problem is the demographic trend of the aging population in Europe, but other factors should be taken into account, such as working conditions in the health systems of member countries and the mobility of health managers. National health policy on the main cause of migration-the acquisition of a clinical specialty by doctors should traditionally follow the best management practices in our country and in other European countries, combined with the capabilities that today's generation has-technological support for medical practice, e-health and telemedicine. This, in turn, requires a transition to the next stage of development of the system of clinical specialization, regulation of new forms of medical training and qualification of doctors, adequate structures and funding.

It is necessary to take measures to transform the models of training and specialty acquisition in accordance with the changing socio-economic environment, constantly developing social relations related to professional implementation and international requirements for the quality of medical training, specialization and medical care of the population.

РЕЗЮМЕ

Медицинские работники и обеспечение населения врачами требуют тщательного анализа потребностей, которые в первую очередь зависят от процессов и тенденций, проявляющихся на европейском уровне, которые оказывают давление и влияют на устойчивость национальных систем здравоохранения. Планирование ресурсов в Болгарии зависит от:

1. процессы изменения государственной системы и связанной с ней длительной реформы здравоохранения. Процессы на национальном уровне непосредственно формируют управленческие, экономические и правовые проблемы в развитии национальной системы клинической специализации врачей. В последние годы таким образом профессия врача потеряла свой престиж, в результате длительного недооценки экспертного человеческого капитала в системе здравоохранения, в целом, и в процессе приобретения клинической специальности врачами.

2. влияние макросреды. Основной проблемой является демографическая тенденция старения населения в Европе, но следует учитывать другие факторы, такие как условия труда в системах здравоохранения стран-членов и мобильность руководителей здравоохранения. Национальная политика здравоохранения в отношении основной причины миграции-приобретение клинической специальности врачами должно традиционно следовать передовым методам управления у нас и в других европейских странах, в сочетании с возможностями, которыми обладает сегодняшнее поколение-технологическим обеспечением медицинской практики, электронного здравоохранения и телемедицины. Это, в свою очередь, требует перехода на следующий этап развития системы клинической специализации, регулирования новых форм медицинского обучения и квалификации врачей, адекватных структур и финансирования.

Необходимо принять меры для преобразования моделей обучения и приобретения специальности в соответствии с меняющейся социально-экономической средой, постоянно развивающимися социальными отношениями, связанными с профессиональной реализацией и международными требованиями к качеству медицинского обучения, специализации и медицинскому обслуживанию населения.

Keywords: doctors, specialization, training, implementation, mativation;

Ключевые слова: врачи, специализация, обучение, реализация, мативация;

ВВЕДЕНИЕ: Медицинский труд и открытия сопровождали развитие общества, именно они дали сильный импульс в развитии медицины как науки. Лечебный труд существовал еще на заре человечества, тогда как он был в форме оказания помощи при травме или боли. Врач обладает полным объемом знаний о здоровье и болезни, а также о факторах, которые их определяют. Он обладает глубокими знаниями фундаментальных биомедицинских наук, обладает практическими навыками, применяет диагностические методы, самостоятельное принятие решений, построение клинической гипотезы в экстренных состояниях отслеживание состояния больного и оценку результата лечения, знает организацию системы и связанную с ней нормативную документацию [1]. Образование приобретает в высших медицинских университетах или факультетах на срок 6 лет., в течение которых изучается ряд знаний и практических навыков в отношении лечения и диагностики [2]. В Болгарии и мире профессия врача является регулируемой профессией. Регулируемые профессии являются те, согласно законодательным, подзаконным или административным нормам, требуется владение определенной профессиональной квалификации [3].

Обучение по приобретению специальности в системе здравоохранения в Болгария осуществляется по условиям и положениям 1 / 22.01.2015 г. Министерство Здравоохранения (МЗ) унаследовала постановление 34. В постановлении также определяется номенклатура специальностей и сроки их приобретения [7]. Практическое обучение проводится в медицинских учреждениях

(МУ), определяемых как-основы обучения, получивших одобрение Министра здравоохранения для осуществления деятельности в области искусства. Член 90, эл. 1 Закона о медицинских учреждениях, которые имеют возможность выполнить учебную программу по специальности или соответствующих разделов или модулей от него.

ВЫСТАВКА

Страхование с врачами в Болгарии больше по сравнению со средним для стран Европы (самый высокий дефицит медицинских специалистов есть в африканских странах, а большинство-в Китае, европейских странах и США [1]. Распределение характеризуется концентрацией врачей в городах и дефицитом в деревнях. Наиболее многочисленными являются врачи общей практики. Они обеспечивают первичную медицинскую помощь, в основном в городах, обеспечивая посещение деревень, в которых нет общей практики. Это проблема для загородного населения, у них нет легкого доступа к первичной медико-санитарной помощи, а также специализированной амбулаторной помощи, потому что специалисты работают в основном в крупных городах, а связи между населенными пунктами неудовлетворительны [10].

Обучение приобретению специальности проводится в соответствии с установленной учебной программой и успешно сдан практический и теоретический экзамен перед Государственной экзаменационной комиссией, назначенной по приказу министра здравоохранения. Обучение приобретению специальности и государственный

экзамен проводятся на болгарском языке, а для разных специальностей срок различен.

Руководитель, основанный на обучении (Исполнительный директор/ Менеджер), определяет руководителя аспиранта, который готовит индивидуальный учебный план аспиранта на основе учебной программы специализации. Учебный план подтверждается руководителем учебного плана и отправляется в Высшую школу в течение семи дней после его утверждения.

Постановление 1 из 2015 года. [8] для приобретения специальности в системе здравоохранения было осуществлено концептуальное изменение условий и условий специализации - значительно облегчили доступ и улучшили условия, а специализация по клиническим специальностям проводилась на основе трудового договора с обучающим лечебным учреждением/ структурой. Трудовой договор гарантирует безопасность, регулируя права и обязанности аспиранта в связи с его обучением приобретению специальности, включая получение трудового вознаграждения во время обучения. Медицинские учреждения, которые не аккредитованы для проведения обучения имеют право заключить контракт с обладающим такой другой Медицинские учреждения (МУ) [7]. Ординаторы, если они не находятся в трудово-правовых отношениях с обучающей структурой, не получают вознаграждения за работу.

Во время действия отмененного постановления 34 из 2006 года . для получения специальности в системе здравоохранения Министерство здравоохранения, медицинских учреждений и работодателей выявило ряд проблем в способе специализации, высокий уровень неудовлетворенности среди ординаторов условий и условий обучения. В качестве основной проблемы был указан тот факт, что специализация за отдельную плату отталкивает молодых врачей, и отсутствует трудовой договор с медицинским учреждением - базой для обучения [6]. Для специализации молодые врачи ждали многого, направляясь на работу в центры неотложной помощи, небольшие больницы или направляясь на специализацию за рубежом.

Доступ к привлекательным специальностям-хирургии, акушерства и гинекологии, кардиологии и др. это потребовало времени из-за большого интереса со стороны медиков. Не так много пропагандируемых специальностей, таких как анестезиология и реанимация, клиническая патология, Судебная медицина, клиническая лаборатория, микробиология, инфекционные заболевания, эпидемиология, визуальная диагностика, неонатология и многое другое. годы непривлекательны из-за отсутствия адекватной оплаты и большой нагрузки. Для последних специальностей медицинские учреждения вынуждены заключать осуществление деятельности Национальный рамочный контракт (НРК) с Национальная медицинская страховка, (НМС) (resp. Региональный МС) договоры на

основании отказа из-за отсутствия достаточного количества кадров по соответствующей специальности. Из-за неурядиц с доступом к специализации молодые врачи предпочитали быструю и безопасную специализацию с хорошей отдачей средств, вложенных во время обучения.

Ординаторы выражают неудовлетворенность, потому что их труд не задокументирован, а специализированная деятельность им не разрешается выполнять [9]. Во время специализации они выполняют рутинную деятельность, а настоящая специализированная начинается только после получения диплома о специальности и работе трудового договора в МУ. В период после специализации происходит фактическая саморегуляция врачебной деятельности - тогда они выполняют текущие задачи и обязанности в зависимости от сферы деятельности соответствующей структуры, в которой они набираются [4,5].

Все страны учитывали растущие проблемы, которые были изложены в практике применения постановления 34 и постановления 1, что привело к разработке проекта постановления О внесении изменений и дополнения постановления номер 1, с которым было направлено внедрение эффективного механизма проведения государственной политики по обеспечению необходимых специалистов в области здравоохранения. С введением новых положений в постановление, МЗ предусматривает субсидирование учебных баз для мест, финансируемых государством по клиническим специальностям. Таким образом, МЗ начала реализовывать реальную государственную политику, направленную на поэтапное преодоление нехватки специалистов по определенным специальностям или в определенных регионах. Таким образом, необходимые специалисты по специальностям, для которых сообщалось о нехватке врачей, смогут проводить финансирование средствами из государственного бюджета, а не за счет бюджета медицинских учреждений. Таким образом, реализуется возможность того, что аспиранты, обучающиеся в местах, финансируемых государством на высоком профессиональном уровне в ведущих медицинских учреждениях в различных профессиональных сферах, могут начать работу в регионах с нехваткой специалистов, гарантируя свою специализацию и рабочее место.

Изменения в Постановлении 1 относятся к:

1. Они получают грант от государства с целью обучения-плата, которая отличается для каждой специальности и определяется обучающим университетом.

Например: Специализация по общей медицине-осуществляется в общем порядке по клиническим специальностям на основании срочного трудового договора на должность ординатора, а не на основании приказа ректора. Таким образом, основная проблема будет решена с

отсутствием дохода во время специализации. Министерство здравоохранения будет субсидировать базы обучения общей медицине для мест, финансируемых государством, и специализация в области общей медицины не будет за счет бюджета медицинского учреждения первичной медико-санитарной помощи.

Специалисты по клиническим специальностям в порядке постановления номер 1 (по специальности Психиатрия) взимают плату только за проведенную ими теоретическую подготовку, которая чаще всего находится в течение 2-3 месяцев на весь срок специализации 4 или 5 лет. Максимальный размер платы за одномесячное теоретическое обучение в настоящее время составляет 50% от минимальной заработной платы. Соответственно, для резидентов, принятых в финансируемых государством местах, этот сбор взимается Министерством здравоохранения. Аспиранты по клиническим специальностям не взимают плату за их практическое обучение. По специальности Психиатрия, министерство утвердило на 2019г. - 10 мест, для которых государство финансирует теоретическое обучение, из которых только 2 [6];

2. Заимствование должностей для аспирантов осуществляется после проведения конкурса в порядке трудового Кодекса. Таким образом, большая объективность того, как назначаются аспиранты по клиническим специальностям, обеспечивается путем введения конкурентного начала при их приеме. По закону они обязаны получать две минимальные зарплаты от медицинского учреждения в ходе своего обучения (до приобретения специальности);

3. Достижение большей стабильности и предсказуемости в трудовых правоотношениях аспирантов, получивших другую специальность, назначенную на учебную базу или занимающую академическую должность в аспирантуре, отбрасывая требование, чтобы эти аспиранты изменили свой бессрочный трудовой договор на срочный контракт на должность для аспиранта;

4. Облегчение для аспирантов в их поступлении на государственный экзамен;

5. Отменяет требование о том, чтобы плата за обучение была привязана к ежемесячной минимальной заработной плате для страны;

6. После завершения специализации врачи работают в течение определенного периода времени – 3 года – в нашей стране, если они не восстанавливают средства, которые государство предоставило для своей специализации.

Новое постановление обеспечивает эффективный метод, с помощью которого всего за 3 года количество молодых врачей до 30 лет. рост в 2,7 раза.

По данным Министерства здравоохранения, тенденция в потенциальной эмиграции медицинских специалистов снижается, на основе выданных сертификатов, необходимых для работы за рубежом медицинским работникам, получившим свою квалификацию в Республике Болгария. За последние 11 лет наблюдается тенденция к уменьшению количества выданных сертификатов врачей - болгарских граждан. Снижение было более чем в три раза - с 655 в 2008 году. до 203 в 2018 году. Особенно интенсивным является снижение количества выданных сертификатов после вступления в силу постановления номер 1, когда число уменьшается в 2 раза. Мобильность врачей находится в пределах 1-2% годовых.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:

исследование проводилось среди врачей и аспирантов в больничной акушерско-гинекологической помощи. Распределение опрошенных врачей по городам и медицинским учреждениям для стационарной помощи представлено в Табл. 1. Разделение респондентов на врачей со специальностью и врачами в процессе специализации - это статистическое описание выборки, но это не предполагает, что дальнейший анализ следует за этим дифференцированием, потому что все они выпускники, назначены, получают вознаграждение и выполняют свои обязанности врача.

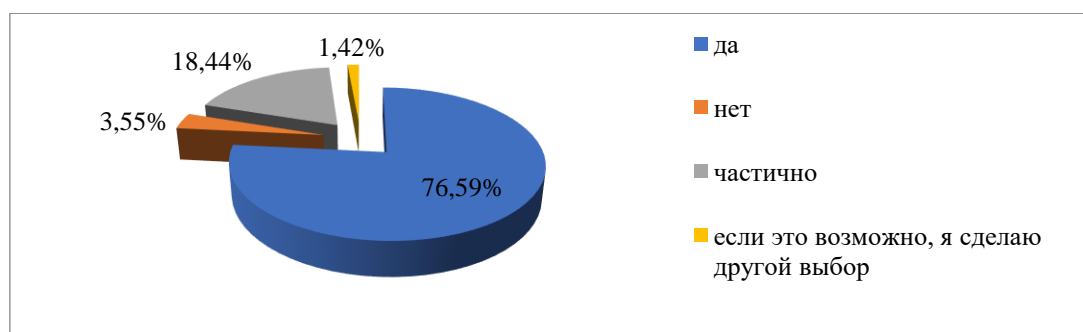
Табл. 1.

Распределение опрошенных врачей по городам и больницам

Город и больница	Врачи со специальностью	Врачи-ординаторы	всего
СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов”, гр. Варна	43	9	52
МБАЛ „Св. Анна”, гр. Варна	17	5	22
УМБАЛ „Георги Странски” гр. Плевен	41	9	50
МБАЛ „Др. Ст. Черкезов” гр. Велико Търново	7	3	10
МБАЛ гр. Тутракан	5	2	7
всего	113	28	141

Распределение опрошенных врачей по возрасту было показано на рис. 1. Наибольшая доля респондентов в возрастной группе 56-60 лет (27,65%), за которыми следуют те, кто старше 61 года (19,86%). Возрастное распределение указывает на то, что медицинский персонал опытный, но стареет.

Для 128 (85,81%) врачей выбор профессии является сознательным и ответственным, а выбор рабочего места для 98 (69,50%) из них сделан во время специализации. Для 2/3 опрошенных врачей выбор специальности полностью удовлетворен (фиг. 1).



Фиг. 1. Удовлетворенность врачей по выбору специальности

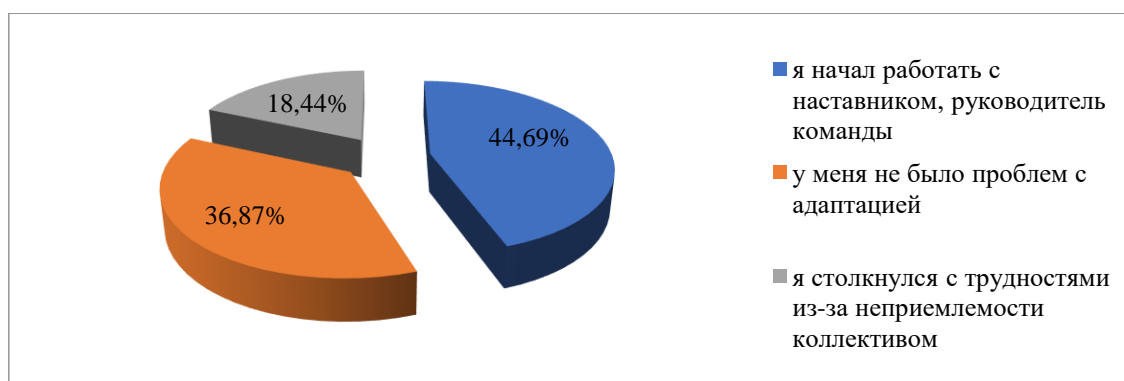
Фактором выбора специальности является уточнение конкретных личных перспектив-условий работы, заработка и др. Некоторые из респондентов поделились тем, что у них не было выбора для их первого рабочего места, потому что действовало правило распределения для выпускников. Сегодня такой выбор возможен, и ведущим мотивом является структура медицинского учреждения для стационарной помощи и возможность работать в более безопасных условиях и в лучших условиях.

Изменения в постановлении о специализации вызвали волнения среди врачей в исследуемых больничных структурах. Неупорядоченные вопросы по обеспечению достаточного количества специалистов по малообеспеченным

специальностям и перспективам хорошей оплаты, не меняют сделанный выбор специальности. Врачи разделяют, что они хотят, чтобы государство обеспечило их рабочие места и хорошую оплату, обеспечило их непрерывное обучение и профессиональное развитие.

В своей начальной адаптации (включая время специализации и первые годы после сдачи экзамена по специальности) 45,39% опрошенных не испытывали трудностей, а остальные 54,61% сообщали о различных типах трудностей - в основном организационных, коммуникационных, нагрузки с огромной документацией.

Введение в организацию труда в больничных структурах показано на Фиг. 2



Фиг. 2. Адаптация врачей к рабочей среде

Изучение ответы к адаптации в соответствии возрастных групп не показывает статистически значимые различия ($\chi^2=19,406$; $p=0,079$).

Микроклимат и рабочие отношения, оказывать влияние на адаптационные процессы на рабочем месте и на организации деятельности по 68 (48,23%) респондентов, а 42 (29,78%) это были конфликты и напряженность в купе, которые являются несущие психо-эмоциональное состояние работников. Согласно 13 (9,22%), преемственность отсутствует, что затрудняет включение в рабочий процесс, приводит к нарушению рабочих отношений и плохой коммуникации при выполнении задач.

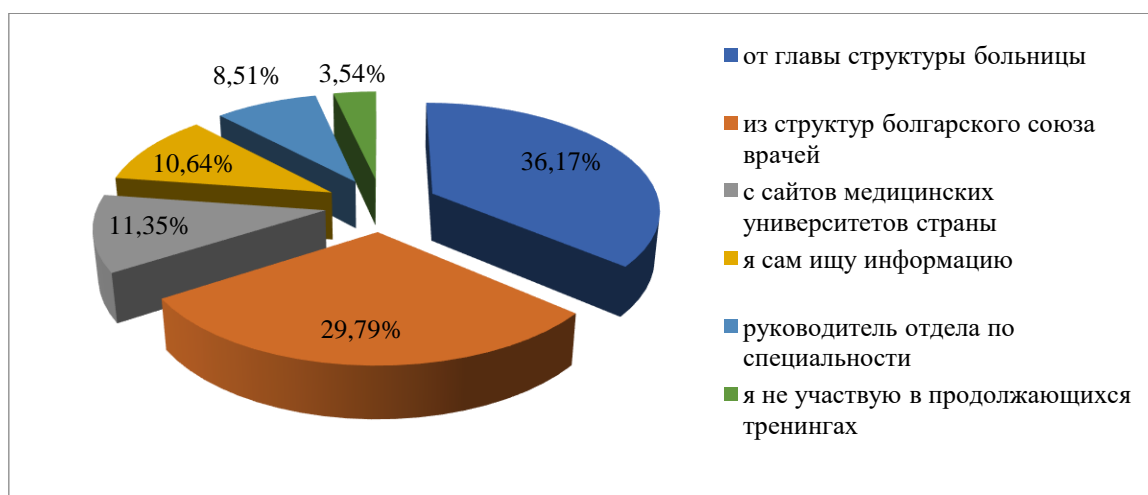
В процессе работы часто врачи сталкиваются с рядом проблем, которые и при лучшем желании усвоить, истощают их адаптационный потенциал. По данным 63,12% опрошенных, применение четких правил работы, нормативно обусловленных

медицинскими протоколами поведения, ведет адаптацию к трудовому процессу. Для 123 (87,23%) врачи приобретенные знания и навыки в процессе обучения студентов и специализации помогли адаптироваться к рабочему процессу и возникающим обязательствам.

Для успешной адаптации к развитию медицинской науки и технологическому совершенствованию на рабочем месте важную роль играет продолжение обучения. Нормативно обусловлено повышение компетентности специалистов различных профессиональных направлений. Наличие определенных квалификационных навыков подтверждается сертификатами и заверениями о прошедших после дипломатических тренингов, которые гарантируют качество предоставленных медицинских услуг. В обязательных учебных курсах по специальности участвуют 121 (85,81%) врачей. Соблюдая правила

и требования специальности, врачи находят информацию о необходимых курсах и тренингах

(фиг.3), с помощью которых они удостоверяют контрольным органам свою компетентность.



Фиг. 3. Информационные каналы для учебных курсов

Непрекращающееся и непрерывное обучение и развитие навыков обеспечивать безопасность при выполнении ежедневных рабочих задач на 63,12%, а 67 (47,52%) от респондентов способствует успешной промышленности, последующей реализации и развития карьеры.

На вопрос, Нужны ли им тренинги в отношении требований национального рамочного контракта (НРК), 85 (60,28% врачей и аспирантов) отвечают утвердительно за необходимость таких. Медики хотят адекватной оплаты, оптимизации действующего постановления о специализации, улучшения общения с руководством, улучшения взаимоотношений с коллегами, улучшения условий работы. Опрошенные медики высказывают мнение, что постоянно меняющееся нормативное постановление затрудняет выполнение повседневной деятельности по лечебно-диагностическому процессу. Критерии оценки детерминированы действующим Национальным рамочным контрактом, который определяет критерии и внутренней нормативной базе, по которой осуществляется лечебно-диагностический процесс и внутри дома контроль Национальное медицинское страхование (НМС), соответственно, Районной медицинского страхования (РМС), Региональной санитарной инспекции (РСИ), Министерство Здравоохранения (МЗ) и многое другое. Изменения в регламенте Национальный рамочный контракт требуют включения аспирантов в приложение 2 рамочного договора о деятельности соответствующего лечебного учреждения для юридического участия в деятельности лечебных структур. Это требует заключения постоянного полного рабочего договора ординатора и Договора о специализации в соответствии с описаниями постановления номер 1. Большая часть из них (103 - 73,05%) хочет иметь чиновника, который своевременно осуществляет последующий контроль над медицинской документацией и четко осознает необходимость обучения, а также ежедневную инструкцию по этому поводу.

Ролевая двусмысленность является причиной различных нежелательных явлений-стресса, конфликтов, демотивации, низкой эффективности работы и т. д. Наиболее распространенные конфликты возникают из-за недостаточного дискуссионного поставленных задач по 89 (63,12%) опрошенных, и размещение на срочных и незапланированных задач при 54 (38,29%), конкурирующих с других рутинных задач или реализация в условиях дефицита времени. Демотивирующим фактором является наличие конфликтов в коллективах и с пациентами и их близкими у более чем половины опрошенных. Это приводит к неудовлетворенности, текучести кадров и внутренней миграции врачей. Эти наблюдения подтверждают, что адаптация затруднена и должна рассматриваться и решаться как приоритетная управленческая проблема.

Текущая текучесть кадров следует рассматривать в двух аспектах-реальных и потенциальных (таких как намерение или отношение). Часто недооцененная реальность-это потенциальная текучесть, которая неизведана и скрыта на первый взгляд. Потенциальная текучесть важна для управления, поскольку она является косвенным показателем удовлетворенности врачей конкретными условиями на рабочем месте. Это также свидетельствует о степени интеграции в конкретные коллективы больничной акушерско-гинекологической помощи.

Хорошая политика больницы была бы постоянным и динамичным сбором информации о отношении врачей к возможной смене места работы с другой. Опрос показывает определенную тенденцию, что чаще всего в начале после окончания школы молодые врачи начинают работать в амбулаторном секторе и в Центре неотложной медицинской помощи, и их стремление состоит в том, чтобы устроиться на работу и начать специализацию в больничном секторе. Наблюдения на практике показывают, что этот процесс длится от 6 месяцев до 3 лет.

Отношение медиков к прохождению в больничных структурах является сильным, если обнаружена такая возможность. Негативные факторы, влияющие на решение о выходе из лечебного учреждения, имеют широкий охват (респонденты указали более одного ответа):

- о 58 (41,13%) - отсутствие подходящих возможностей для непрерывного обучения;
- за 62 43,97%) - низкая заработная плата, особенно у молодых специалистов;
- для 23 (16,37%) - отсутствие соответствующих вакансий;
- о 28 (19,85%) - профессиональная неопределенность и недостающие перспективы;
- о 31 (21,98%) - отсутствие политики, обеспечивающей плавный выход на пенсию;
- о 56 (39,71%) - ограниченные нормативными возможностями для реализации идейных проектов;
- о 26 (18,43%) - конфликты и угрозы со стороны пациентов и их близких, отсутствие механизмов защиты и безопасности на отраслевом уровне.

Заманчивыми для 58 (41,84%) опрошенных являются частные больничные учреждения, которые являются сильным конкурентом на рынке с точки зрения людских ресурсов и предлагают хорошие возможности для проверки и финансового обеспечения. Основной проблемой в государственном секторе при найме персонала является большая доля кадров без необходимой квалификации и опыта, а также отсутствие достаточно гибких механизмов управления для удержания квалифицированных кадров (наблюдение показывает текучесть квалифицированного персонала в развитых странах, с лучшей оплатой и урегулированием на рабочем месте). Причины этого состояния комплексные, зависят не только от управления в условиях скудных ресурсов, но и от неэффективной государственной политики в больничном секторе.

Часть опрошенных врачей, осуществляющих свою профессию в больничных структурах, сменила работу не только из-за более высокой заработной платы. Анализ ответов показывает, что:

- 36,87% покинули свою работу, потому что им не хватало безопасности из-за многих конфликтов, напряженности и стресса при осуществлении профессии;
- 27,65% не были удовлетворены своей профессиональной реализацией в покинутых структурах;
- 21,98% сменили работу из-за более высокой зарплаты.

РЕКОМЕНДАЦИИ: дисперсия в настоящее время имеющихся и необходимых кадров является большой и требует проведения срочных реформ по обеспечению ряда специальностей (анестезиологии, микробиологии, инфекционных заболеваний, клинической патологии, врачей клинической лаборатории, визуализации, онкологии, неонатологии, гематологии). Для целей этого процесса необходимо реализовать ряд инструментов планирования (анализ, бенчмаркинг

и др.) для того, чтобы с реальными действиями овладеть растущим кризисом кадров в разных областях. Это требует тщательного планирования, чтобы определить области, которые необходимо улучшить. Это касается не только медицинских учреждений, но и высших учебных заведений, контрольных и институциональных (законодательно) определяющих институтов (необходимо приведение нормативного регулирования в соответствии с необходимостью регулирования кадров по соответствующим специальностям). Таким образом, будет обеспечено необходимое изменение в нескольких направлениях:

I. Направление макроуровня: правовые и экономические аспекты для изменения и воздействия:

✓ внесение изменений в постановления о приобретении специальности, аспирантуры, в соответствии с необходимостью в перспективе, путем осуществления институциональной ответственности и улучшения субординации и координации деятельности. Привлечение экспертов и сословных специалистов к составлению и утверждению национальных учебных программ для приобретения специальности и утверждения саморегуляции в качестве фактора для обеспечения высокого профессионального уровня практикующих врачей и постоянного управления качеством;

✓ представить непрерывный процесс планирования кадров. Требуется ежегодное планирование необходимых специалистов после тщательного анализа потребностей руководителей и обеспечения медицинского обслуживания. Предоставление возможности для государственной поддержки студентов со стороны местного самоуправления и последующей связи с трудовыми договорами и профессиональной реализацией;

✓ создание правовой возможности для оценки профессиональных качеств и этического поведения специалиста и принятия возможных корректирующих действий со стороны работодателей для обеспечения эффективного администрирования индивидуальных специализаций и улучшения качества процесса специализации. Необходимо регулировать частичную правоспособность врачей-аспирантов во время обучения и обеспечить государственное финансирование части обучения;

1) II. Институциональное направление:

✓ предоставление необходимых мест для специалистов в медицинских университетах в соответствии с потребностями регионов через единую сеть доступных и необходимых кадров;

✓ улучшение финансового механизма, обеспечивающего необходимое средство для поддержки специализированного обучения и вознаграждения аспирантов, что требует справедливого распределения финансового бремени между заинтересованными сторонами.

✓ высшая мотивация и привлечение местных органов власти, медицинских компаний и

фармацевтической промышленности для обеспечения предпочтений и инвестиций в процесс приобретения клинической специальности врачами. Необходимо преодолеть различия между врачами специалистов по отдельным медицинским специальностям в профессиональных установках, с целью обеспечения эффективности системы клинической специализации врачей после создания управленческой стратегии.

III. Микро-уровень-сеть медицинских учреждений

✓ улучшение и управление процессом обучения, управление сетью здравоохранения, медицинских учреждений и подчиненных структур. Процесс приобретения клинической специальности врачами должен адаптироваться к современным социально-экономическим условиям путем улучшения администрирования и руководства в отношении аспирантов, оптимизации сети обучающих подразделений, территориального распределения, условий труда и финансирования системы клинической специализации врачей. Регулирование через медицинские стандарты права аспирантов на проведение медицинской деятельности с увеличением степени самостоятельной ответственности и признанием частичной способности во время специализации изменит эмиграционные отношения и побудит молодых врачей специализироваться и работать в национальной системе здравоохранения.

✓ соблюдение регламентации прав и обязанностей обучающего врача (руководителя) определит его ответственность перед специалистом, сословием и медицинским учреждением.

✓ улучшение качества и медицинского обслуживания путем поощрения конкуренции между поставщиками последипломного образования в области здравоохранения, которая будет стимулировать применение инновационных методов и форм обучения и квалификации в соответствии с ведущими мировыми тенденциями и передовой европейской практикой.

Предвидение необходимых ресурсов требует хорошего знания системы медицинских работников, обеспечения рабочих мест, адекватной оплаты труда, возможности профессионального развития и работы с инновационными методами и методами лечебно-диагностического процесса.

Создание стратегии эффективного управления Национальной системой клинической специализации врачей является основной предпосылкой для будущего улучшения состояния человеческого капитала болгарского здравоохранения.

ВЫВОДЫ: Реформы в сфере последипломного обучения медиков требуют изменения не только нормативного регулирования, но и отношения учебных заведений и самих учащихся. Процесс обучения по специальности также должен быть адаптирован к стандарту послеузовского (специализированного)

медицинского образования Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО/ WFME). Организация стремится обеспечить практику медицины и ее растущую интернационализацию посредством четко сформулированных международных стандартов медицинского образования, чтобы они были эквивалентны рынку труда. Стандарт послеузовского медицинского образования ВФМО определяет основные принципы передовой практики в последипломном (специализированном) медицинском обучении, а его применение является подтверждением качеств и усвоенных навыков врачей, где бы они ни работали во всем мире. Стандарт направляет к :

- специализация должна интегрировать обучение и медицинскую деятельность (обучение на рабочем месте), включая личное участие и ответственность за обучение в предоставляемых медицинских услугах и уход за пациентами в учебных заведениях; - обучение должно включать в себя предоставление оценки аспирантов, с компетентными органами, определяющими и указывающими используемые методы оценки, включая критерии успешной сдачи экзаменов или другие аналогичные формы оценки;

- последипломное специализированное обучение в выбранной области медицины должно проводиться на оплачиваемой должности в учебном заведении и включать участие во всех медицинских мероприятиях, которые

Приведение нормативных актов, институциональное обязательство участвующих в образовании структур, политическое обязательство по улучшению медицинского образования и обслуживания населения-это долгосрочная приверженность правителей и будет гарантом повышения удовлетворенности молодых врачей, обеспечив надежное рабочее место, достойную оплату и профессиональное развитие. И последнее, но не менее важное: государство обеспечит адекватную и доступную медицинскую помощь, соответствующую мировым стандартам качества и своевременности.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1.Георгиева Л., Попова С. Професии в здравеопазването. ИК Стено, 2016.

2.Закон за висшето образование, Обн. ДВ. бр.112 от 27 Декември 1995г, посл. изм. и доп. ДВ. бр.17 от 25 Февруари 2020г.

3.Закон за признаване на професионални квалификации, в сила от 08.02.2008 г. посл. доп. ДВ. бр.17 от 25 Февруари 2020г.

4.Йорданов Ю. Петрова З. Мотиви и мотивация за миграция на лекарите. БЛС „Европейските етични стандарти и българската медицина”, София; 2013:119-146.

5.Кондева С. Развитие на националната система за клинична специализация на лекарите - институционални, правни и финансови аспекти. Автореферат, СУ, 2018.

6.Линдгрэн С. Как можем да постигнем и гарантираме качеството на ефективното продължаващо развитие?

7.МЗ

(<https://www.mh.government.bg/bg/novini/parlamentaren-kontrol/otgovor-na-ministra-na-zdraveopazvaneto-29-03-3/> посл. посетен на 24.10.2020);

8.Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Обн. ДВ. бр.7 от 27 Януари 2015г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.54 от 16 Юни 2020г.

9.Радева С. Адаптация за практикуване на акушерската професия в болнични условия. Автореферат, Варна, 2020.

УДК 616.34-006.55

10.WFME (Всемирной федерации медицинского образования)

Светлана Йоргова Радева, д.оз

(доктор управления общественным здравоохранением)

Главная акушерка, СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов” ЕООД

бул. "Цар Освободител" № 150 гр. Варна 9000

Проф. д-р Лора Христова Георгиева, д.м.

Департамент социальной медицины и организации здравоохранения Медицинский университет – Варна

ул. "Марин Дринов" №55 гр. Варна 9002

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020 ГОДУ

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2020.2.80.1103

Салмин Роман Михайлович

к.м.н., ассистент 1-й каф. хирург. болезней УО «ГрГМУ»;

Салмина Анастасия Владимировна

ассистент кафедры нормальной анатомии УО «ГрГМУ»;

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Полипы толстой кишки относятся к доброкачественным опухолевым образованиям, которые являются предраковыми заболеваниями. В большинстве случаев именно полипы толстой кишки, малигнизация которых занимает около 8-10 лет, приводят в последствии к развитию колоректального рака [1, 3].

Диагностическая трудность полипов толстой кишки заключается в том, что данное заболевание, зачастую, протекает бессимптомно [2, 3].

Очевидно, что снижение заболеваемости колоректальным раком обусловлено своевременным выявлением и удалением доброкачественных полипов. Поэтому исследование данной патологии актуально для современной медицины [1, 2, 3].

Цель: изучить распределение количества пациентов Гродненской области с диагнозом: (D12)

полип толстой в зависимости от гистологических типов.

Материалы и методы. Электронная база данных историй болезни УЗ «Гродненской областной клинической больницы», программа Statistica-13.

Результаты и их обсуждение. Всего исследованы 275 историй болезней пациентов, пролеченных на базе Гродненской университетской клиники в 2020 году. Минимальный и максимальный возраст обследованных пациентов составил 27 и 81 лет, соответственно. Средний возраст – 68 лет. Количества пациентов, распределенных в зависимости от гистологического типа опухоли, по возрастным группам представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение количества пациентов с полипами толстой кишки в общей группе и по возрасту в зависимости от гистологического типа ткани опухоли.

Возраст	Группа пациентов	Гистологический тип			
		Т	В	ТВ	Г
Молодой (20-35 лет)	3 [#]	1 [#]	0 [#]	0 [#]	2 [#]
Зрелый (35-50 лет)	96	32 [#]	33	11 ^{*#}	20 [#]
Пожилой (50-65 лет)	106	26	42 ^{*#}	28	10 [#]
Старческий (65 лет и более)	70 [#]	7 ^{*#}	30	28	5 [*]
Общая группа:	275	66	105 [*]	67	37 [*]

Обозначения: Т – тубулярная аденома, В – ворсинчатая аденома, ТВ – тубуло-ворсинчатая аденома, Г – гиперпластический полип; * – достоверное различие показателей по строке ($p \leq 0,05$); # – достоверное различие показателей в столбце ($p \leq 0,05$).

Согласно результатом исследований в (1,1%). В этой группе, в одном случае возрастную группу 20-35 лет попало 3 пациента диагностирована тубулярная аденома, в двух