

Դաս 8. Առողջապահական անձնակազմի պլանավորում

Նպատակ.

Այս դասի ավարտին ուսանողները կգիտենան

- ինչո՞ւ է առողջապահական անձնակազմի պլանավորումը կարևոր,
- որո՞նք են առողջապահական անձնակազմի պլանավորման հիմնական սկզբունքներն ու մեթոդները,
- ինչպե՞ս է կարարվում անձնակազմի պլանավորումը՝ ամբողջ երկրի և տեղական մակարդակներով,
- որո՞նք են առողջապահական անձնակազմի պլանավորման մի քանի ընթացիկ հիմնախնդիրները:

Որևէ պլանավորման գործում և հատկապես առողջապահության ոլորտում պլանավորման համար, վճռորոշ է անհրաժեշտ ծառայություններին աջակցելու և դրանք մատուցելու համապատասխան իրազեկություններ ունեցող բավարար քանակի մարդկային ռեսուրսների ապահովումը: Առողջապահական ոլորտը մեծ աշխատուժ պահանջող ոլորտ է. առողջապահական անձնակազմի վրա կարարվող ծախսերը կարող են կազմել ընդհանուր ծախսերի 60-75%-ը: Այդ իսկ պարճառով այս ոլորտում պլանավորման առանցքային կետերից մեկը առողջապահական անձնակազմի պլանավորումն է:

Առողջապահական անձնակազմի պլանավորումը տեղի է ունենում երկու մակարդակով՝ *մակրո- և միկրո-մակարդակներում*: *Մակրո-մակարդակում* անհրաժեշտություն կա պլանավորելու աշխատողների թիվն այնպես, որ այն բավարարի, սակայն չզերազանցի առկա կարիքը: *Միկրո-մակարդակում* անհրաժեշտ է սահմանել այս աշխատողների ֆունկցիաներն ու պարտականությունները (աշխատանքի նկարագիրը): Իրական կյանքում այս երկուսն արվում են միաժամանակ. դժվար է ասել ճշգրտորեն քանի բուժքույր, վիրաբույժ և այլն պետք է պարտաստել, քանի դեռ չեն հստակեցվել նրանց ֆունկցիաները և չեն չափորոշվել նրանց աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունները:

Առողջապահական անձնակազմի պլանավորումն ունի բազմակողմանի բնույթ: Այդ պարճառով դրա վերլուծության համար օգտագործվող հենքը բարդ է: Ստորև ներկայացվողը այդպիսի հենքերից (շրջանակներից) մեկն է, որն օգտագործվել է բազմաթիվ երկրներում և ապացուցել է իր օգտակար լինելը: Այս շրջանակն ունի չորս մաս.

1. Աշխատուժի առաջարկի վերլուծությունը և ապագա առաջարկի կանխարեսումը ներառում է առողջապահական ոլորտի բոլոր տեսակի աշխատողների ընթացիկ առաջարկը («մարակարարումը») և այդ առաջարկի կանխարեսումը ապագայում՝ տաս-քսան տարիների թիրախ-ժամանակահատվածների համար՝ գումարելով ակնկալվող շրջանավարտների թիվն ու հանելով մահացողների, արտագաղթողների, թոշակի անցնողների ու մասնագիտություն փոխողների պարճառով ակնկալվող նվազման թիվը:

2. Պահանջարկի վերլուծությունը և ապագա պահանջարկի կանխարեսումը ներառում է առողջապահության ծառայություններին՝ փնտրեսագիտորեն արդյունավետ (հիմնավորված) պահանջարկի գնահատումը թե՛ մասնավոր, թե՛ պետական հատվածներում, և այդ նույն փնտրեսագիտորեն արդյունավետ պահանջարկի կանխարեսումը առաջիկա տաս-քսան տարիների թիրախ-ժամանակահատվածների համար:

3. Արտադրողականության վերլուծությունը և կանխարեսումն առողջապահության ոլորտի յուրաքանչյուր աշխատողի կողմից ժամանակի յուրաքանչյուր միավորում մատուցվող ծառայությունների միջին թվի գնահատումն է, և այդ թվի փոփոխությունների կանխարեսումը:

4. Ապագա առաջարկի և պահանջարկի համապատասխանեցումը ներառում է կանխադրված առաջարկի և կանխադրված պահանջարկի համեմատումը և դրանց համապատասխանեցման վերաբերյալ հանձնարարություններ անելը՝ անխուսափելի խոչընդոտների պայմաններում հավասարակշռության հասնելու համար:

Առաջարկը կարելի է հավասարակշռել պահանջարկի հետ (իսկ դա շուկայի պահանջն է)՝ կանխապես ավելացնելով առաջարկը, կանխապես բարձրացնելով արտադրողականությունը: Արտադրողականության բարձրացման ծավալները, որակի ընդունելի չափանիշների առկայության պայմաններում, անասանափակ չեն կարող լինել: Տնտեսագիտական փոփոխությունից, միևնույն ժախտով ծառայությունների ընդհանուր թիվը կարելի է ավելացնել՝ ավելացնելով յուրաքանչյուր աշխատողի մարտնչած ծառայությունների թիվը, կամ ներկա աշխատողները փոխարինելով ավելի էժան աշխատողներով: Որպես փոփոխություն, սա բավականին պարզ է թվում, սակայն իրական կյանքում (և մենք դա կրեանենք հետագա քննարկումներում) այն բավականին բարդ է:

1. Աշխատուժի առաջարկի վերլուծությունը և ապագա առաջարկի կանխատեսումը

1.1. Աշխատուժի առաջարկի վերլուծություն.

Այս վերլուծությունը պետք է կատարել (1) ըստ առողջապահության աշխատողների դասերի (կարգերի), (2) ըստ աշխատողների թվի և (3) ըստ աշխատողների հարկանիշների (բնութագրերի):

(1) Առողջապահության աշխատողների դասերը.

Առաջարկի վերլուծության առաջին փուլն այն հարցի որոշելն է, թե *ու՞մ պետք է հաշվել:* Առավելագույն ուշադրություն պետք է հարկացնել այն *դասերին*, որոնք հասարակության համար ծախսաբար են (ընդհանուր քանակը՝ բազմապատկած միջին եկամտների թվով): Ներկայացրե՛ք բժիշկները, բույժբույրերը, արամնաբույժները և լաբորանտները պետք է ներառվեն: Մանկաբարձները, բուսաբույժները և նման դասերը պետք է հաշվել միայն այն երկրներում, որտեղ դրանք կարևոր թիվ են կազմում: Վարորդների, հավաքարարների և վարչական աշխատողների մեծամասնությունը պետք է մանրամասն ուսումնասիրել, որովհետև նրանք ավելի մեծ/ընդհանուր աշխատանքային դասերի մաս են կազմում: Այս փուլում շարք կարևոր է ունենալ առողջապահության աշխատողների դասերի հստակ սահմանում (այսինքն՝ օրինակ, ում պետք է ի նկատի ունենալ «բժիշկ» ասելով, կամ «մանուալ թերապիստ» ասելով, և այլն): Առողջապահական անձնակազմի ընդհանուր պլանավորման համար, աշխատողների յուրաքանչյուր դասում պետք է դիտարկվեն երեք ընդհանուր խմբեր (մակարդակներ)՝ մասնագիտական, օգնականի (ասիստենտի), և օժանդակ աշխատողի մակարդակներ: Մովորաբար այս խմբերի փոփոխական ամենաօգտակար ձևը նրանց որոշումն է ըստ ուսման փուլների և եկամտի մակարդակի (բայց այսօրվա Նայաստանում դժվար թե դա նպատակահարմար ու արդյունավետ ձև լինի):

(2) Աշխատողների քանակներ

Ընթացիկ առաջարկի վերաբերյալ փվյալների աղբյուրներն ու այդ փվյալների ճշգրտությունը փոփոխելու երկրներում փոփոխել են: Աղբյուրների թվում կարող են լինել

- ա) ուսումնական հաստատությունները (անցած շրջանավարտների թիվը՝ հանած արտագաղթածների, մահացածների և թոշակի անցածների թիվը),
- բ) լիցենզավորող հաստատությունը (կտրամադրի երկրում օրինականորեն գործող բժիշկների թիվը),
- գ) մասնագիտական ռեգիստրները,
- դ) աշխատավարձի պետական ցուցակները,
- ե) մասնավոր բժիշկների գրանցամատյանները,
- զ) թմրադեղեր նշանակելու համար գրանցման հարուկ մատյանները (կարող է օգտակար լինել մի շարք երկրներում, որտեղ ընդհանուր գրանցում չկա),

- է) մասնագիտական հարկ վճարող առողջապահական աշխատողների ցուցակները,
- ը) մասնագիտական միությունների (արհմիությունների) ստուգացուցակները,
- թ) մարդահամարի տվյալները (սակայն՝ կարող են ունենալ հինգ տարվա վաղեմություն և լինեն չստուգված),
- ժ) դեղագործական ընկերությունների ունեցած մասնավոր բժիշկների ցուցակները (կարող է ամբողջական չլինել, ընկերությունները կարող են մերժել դրանք տրամադրելը),
- ժա) հատուկ հարցախույզները (սա երկրում աշխատող առողջապահության աշխատողների ներկա թվի ճշման ամենաստույգ և վերջին մեթոդն է: Տեղեկության լավ աղբյուրներ չունենալու դեպքում, այն կարող է լինել գրանցման իսկական համակարգի մեկնակետ. սակայն այն ժամանակատար է և ծախսատար):

(3) *Առողջապահական աշխատողների հատկանիշներ (բնութագրեր)*

Առաջարկի փոփոխման կանխատեսումներ անելիս պետք է հաշվի առնել տարբեր գործոններ (տարիք, սեռ, կրթություն, եկամուտ, աշխատանքի տեսակ, աշխատաժամերի քանակ, մասնագիտացում, արտադրողականություն, այսինքն՝ ժամանակի միավորում բժիշկի կողմից քննված հիվանդների միջին թիվ, և աշխարհագրական տեղակայում):

1.2. Առաջարկի կանխատեսում

Առաջարկի փոփոխությունը կարելի է բաժանել *կորուստների/նվազումների* (հիմնականում՝ մահ, արտագաղթ և թոշակի անցում) և *ածելիք*: Մահերի մասին ճշգրիտ տվյալները հաճախ պարբերաբար վիճակում չկան: Տարիքի հետ կապված՝ մասնագետների մահերի տոկոսի ճշման մի քանի մեթոդներ կան, որոնք ունեն տարբեր ճշգրտություն (կարելի է օգտագործել նույնիսկ մոտավոր տեղեկություններ, որովհետև մահերի պարզաբան կորուստները թոշակի անցնելու և աշխատանքից կամավոր դուրս գալու դեպքերի համեմատ առհասարակ փոքր են): Մովորաբար, մասնագիտության՝ կադրային ամենամեծ կորստի պարզաբան թոշակի անցնելն է:

Որոշ երկրներում (օրինակ՝ Լատինական Ամերիկայում, որտեղ բժշկական կրթության վկայականը դուռ է բացում նաև ուրիշ բնագավառներում մասնագիտական առաջընթացի համար, և որտեղ բազմաթիվ բժիշկներ բժշկությամբ չեն զբաղվում), մասնագիտության/աշխատանքի փոփոխության հետևանքով կորուստները նշանակալից թիվ են կազմում: Այս կորուստները կարելի է ճշտել՝ մասնագիտական դպրոցների շրջանավարտների մի քանի սերնդի մոտ հարցախույզ անցկացնելով:

Կորուստների վերջին հիմնական աղբյուրը արտագաղթն է: Այն իր կարևորությամբ տարբերվում է ըստ երկրների (այսօրվա Նայաստանում հիմնահարց է):

Առաջարկի աճի հիմնական աղբյուրը նոր շրջանավարտներն են: Չորս հիմնական գործոններ են որոշում պարբերաբար առողջապահական մասնագետների թիվն ավելացնելու երկրի ներուժը. (1) «հումքը», այսինքն՝ որակյալ դիմորդները, (2) կրթական օջախների թողունակությունը, այսինքն՝ քանի՞ ուսանող կարող են սովորել տվյալ ուսումնական հաստատություններում, (3) դրամագլուխը, այսինքն՝ ուսուցման հարմարություններն ընդարձակելու և կրթության ու (վերա)պարաստման կրկնվող ծախսերը վճարելու համար առկա գումարները, (4) դասավանդողների առկայությունը:

2. Պահանջարկի վերլուծությունը և ապագա պահանջարկի կանխատեսումը

2.1. Պահանջարկի վերլուծություն

Առողջապահական աշխատողների պահանջարկը ճշտելու մի քանի տարբեր մեթոդներ կան: Պետք է նշել սակայն, որ դժբախտաբար դրանցից ոչ մեկը լիովին ճշգրիտ չէ: Պահանջարկը չափելու մոտեցումները ներառում են.

- հիմնական կենսաբանական կարիք
- փիրոդ իրավիճակ (status quo)
- համեմատական մեթոդ
- գործունեության հաստատված չափորոշիչներ (ստանդարտներ)
- փնտրագիտորեն արդյունավետ պահանջարկ

Նակիրճ անդրադառնանք յուրաքանչյուրին.

Ֆունկցիոնալ կենսաբանական կարիքների որոշում

Այս մոտեցումն առերևույթ գայթակղիչ է, որովհետև թվում է, թե ամենագիտական գնահատումն է, բայց միաժամանակ, մի քանի պարադոքս, գործնական չէ: Այն պահանջում է հիվանդացության և մահացության մասին բավականին մանրամասն և ճշգրիտ վիճակագրություն (ինչը միշտ չէ, որ առկա է լինում): Այս մոտեցումը նաև պահանջում է գնահատել այն ժամանակը, որ մասնագետները ծախսում են մահացության և հիվանդացության փարբեր ներկայացուցչական փիլի հիվանդների բուժման համար (ինչը հաշվելը դժվար է, քանզի առողջապահական խնդիրները հաճախ ունեն լուծման մի քանի փարբերակ, որոնցից յուրաքանչյուրը պահանջում է բոլորովին փարբեր փիլի առողջապահական անձնակազմ): Մյուս կողմից, եթե նույնիսկ հնարավոր լիներ հաշվել «կարիքը», դա դեռ առողջապահական ծառայությունների առումով հասարակության իրական պահանջարկի չափը չէ, և այլն:

Տիրոջ իրավիճակը (Status quo)

Մա առողջապահական անձնակազմի վերլուծման ամենապարզաված մոտեցումն է: Նորմալիվային մոտեցում է, համաձայն որի գոյություն ունեցող մասնագետ/բնակչություն համամասնությունը (հարաբերակցությունը) ընդունվում է չափանիշ (նորմ): Այս մեթոդի հիմնական թերությունն այն է որ չի ճշտում առկա համամասնությունը նպատակահարմար է, թե ոչ, և հաշվի չի առնում տեխնոլոգիական նորացման կամ բնակչության ժողովրդագրական բնութագրերի փոփոխության հետևանքով պահանջարկի փոփոխությունները:

Համեմատական մեթոդ

Այս մեթոդը վերցնում է այլ երկրների աշխատողների թիվ/բնակչություն հարաբերակցությունը և ենթադրում է, որ ուսումնասիրվող երկիրը ունի առողջապահական աշխատողների առնվազն նույնքան փնտրագիտորեն արդյունավետ իրական պահանջարկ, որքան հղում արված երկիրը: Այս մեթոդի թերությունն այն է, որ իրականում շատ քիչ երկրներ են իսկապես համեմատելի:

Փորձագիտական կարծիք

Այս մեթոդը հաճախ է օգտագործվում առողջապահական աշխատողների պահանջարկը գնահատելու համար: Որոշ ասպարեզներում, որտեղ առողջապահական աշխատողների թիվը փոքր է և որոնց հասարակական պահանջարկը իրականում գոյություն չունի (օրինակ՝ առողջության կրթություն, սանիտարական ճարտարագիտություն), հավանաբար կողմնորոշման ամենահուսալի ձևն է:

Գործունեության հաստատված չափորոշիչներ (ստանդարտներ)

Այս մոտեցումը նման է հիմնական կենսաբանական կարիքների մոտեցմանը: Այն կիրառվում էր նախկին ԽՍՀՄ-ում, որտեղ բժշկական օգնությունը տրամադրվում էր պետության կողմից, և բժշկիկների, բուժքույրերի և բուժակների (ֆելդշերների) պահանջարկի գնահատումը հիմնվում էր աշխատանքային փորձով հաստատված չափանիշների վրա:

Տնտեսագիտորեն արդյունավետ պահանջարկ

Կիրառվում է այն երկրներում, որտեղ մասնավոր ոլորտն առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման զգալի աղբյուր է:

Ընդունելով, որ չկա պահանջարկի գնահատման կապարյալ մեթոդ, պետք է օգտագործել բոլոր պարզաճ/կիրառելի մեթոդների փարբերն ու կազմել բժշկական ծառայությունների առկա պահանջարկի մասին համակողմանի կարծիք:

2.2. Պահանջարկի կանխապեսումներ

Պահանջարկի փոփոխության վրա ազդող մի շարք (կանխապեսելի և անկանխապեսելի) գործոններ կան:

Կանխապեսելի գործոններ. Ամբողջ երկրի մասշտաբով առողջապահական ծառայությունների (և համապարասխանաբար՝ դրանք փրամադրող բուժանձնակազմի) պահանջարկը հաշվարկվում է ըստ բնակչության ժողովրդագրական և սոցիալ-տնտեսական հիմնական հարկանիշների: Այսպեղ հիմնական գործոնը *բնակչության չափն* է. ինչքան շար մարդ լինի, այնքան ավելի մեծ թվով ծառայություն կպահանջվի՝ ենթադրելով, որ տնտեսական աճը առնվազն համընթաց է բնակչության աճի հետ:

Այնուամենայնիվ, հարկավոր է հիշել, որ պահանջարկի աճը կարող է ուղիղ համեմատական կապի մեղ լինել ոչ միայն բնակչության թվի աճի, այլ նաև *տարիքային պարկերի փոփոխությունների հետ*. Եթե բնակչության մեղ ծեր մարդկանց և/կամ փոքր երեխաների համամասնությունը բարձր է, առողջապահության պահանջարկը մեծանում է, որովհետև այս խմբերն ավելի շար բժշկական ուշադրություն են պահանջում: Պետք է նաև հաշվի առնել բնակչության *աշխարհագրական վերաբաշխումները* (օրինակ՝ ինչքան երկրում շարտանում են քաղաքաբնակները, առողջապահական ծառայությունների քանակն ու բնույթը փոխվում են):

Պահանջարկի մեծացման մեղ մեծ դեր ունի նաև *տնտեսական զարգացումը*: Եկամտի և կրթական մակարդակի բարձրացումները բերում են առողջապահական ծառայություններից ավելի բարձր ակնկալիքների և դրանց ավելի նրբին, ճշգրիտ օգտագործման: Տնտեսական զարգացումը նաև բարձրացնում է պետական հարվածի պահանջարկը, որովհետև մեծանում է հարկերից սրացված շահույթը, որով կարելի է ֆինանսավորել հանրային առողջապահության ծրագրերը: Զարգացումը հետագայում կարող է բերել պահանջարկի տեսակի և չափի կարևոր փոփոխությունների:

Առաջարկի փոփոխությունն ու առողջապահական աշխատողների մատչելիությունը համարվում են պահանջարկի փոփոխությանն առնչվող աղբյուր: Օրինակ՝ մի գյուղում, որտեղ բժիշկներ պարզապես չկան, իսկական պահանջարկ չկա: Բայց եթե կառուցվի նոր ճանապարհ, որի շնորհիվ խթանվի գյուղի կապը հարևան քաղաքի բժշկական ծառայությունների հետ, հավանական է, որ պահանջարկի պարկերը նշանակալի ձևով կփոխվի:

Անկանխապեսելի գործոններ. Որոշ գործոններ, որոնք ըստ էության անկանխապեսելի են (օրինակ՝ *հիվանդացության պարկերի փոփոխություն, տեխնոլոգիական առաջընթաց, առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման ձևափոխումներ*) կարող են նշանակալից ազդեցություն ունենալ պահանջարկի վրա:

Այսպես՝ *նոր հիվանդությունները*, ինչպես ՁԻԱՆ-ը (Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ), և այլն, երբ մուտք են գործում այնպիսի տեղեր, որտեղ նախկինում գոյություն չուներին, առողջապահության պահանջարկի պարկերն աղավաղվում է: Մի քանի փարի առաջ Նայասարանի որոշ շրջաններում մալարիայի դեպքերի վերահայտնվելը համապարասխան մասնագետների և ծառայությունների պահանջարկն այնտեղ փոփոխության ենթարկեց:

Ինչ վերաբերում է *տեխնոլոգիական փոփոխություններին*, նախքան ռենպզեն ճառագայթների հայտնաբերումը, ռադիոլոգի, ռենպզենաբան բժշկի պահանջարկը երբեք կանխատեսելի պիտի չլիներ:

Առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման ձևափոխությունները ազդում է թե՛ առողջապահական աշխատողների առաջարկի, թե՛ պահանջարկի վրա: Օրինակ՝ եթե նախարարությունը «գյուղայնացնի» առողջապահական ծառայությունները, պահանջարկը կարող է աճել:

3. Արտադրողականության վերլուծություն և կանխատեսում

Առողջապահական ոլորտում արտադրողականության չափումը բարդ և յուրահասարակ է: Այն փարբեր է ըստ անձնակազմի փարբեր մակարդակների:

Ամենաբարդ օրինակը վերաբերում է հիվանդանոցի անձնակազմին, որն առաջարկում է այլազան ծառայություններ՝ սկսած սրացիոնար բուժումից մինչև ամենաբարդ վիրահատական միջամտությունները, և որտեղի անձնակազմը սկսվում է պահակներից և վերջանում է նոդոկրին վիրաբույժներով: Տիվանդանոցային համալիրի կամ դրա անհատ անդամների արտադրողականության չափումը պահանջում է արդյունաբերական ճարտարագիտության, համակարգային վերլուծության ժամանակակից մեթոդներ և ժամանակի ու տեղաշարժերի մանրակրկիտ ուսումնասիրություններ:

Տվյալ միջամտությունների համար պահանջվող ժամանակի և դրանց հարկացվող վարչական աշխատանքների ժամանակի ճշգրիտ չափումից հետո կարելի է որոշել համարժեքության միավորներ (օրինակ՝ մեկ վիրահատական միջամտությունը կարող է հավասար լինել փասը ամբուլատոր հաճախումների, կամ մեկ մահճակալ-օրը կարող է հավասար լինել հինգ ամբուլատոր հաճախումների):

4. Ապագա առաջարկի և պահանջարկի համապարասխանեցում

Երբ արդեն ճշտել ենք հեղազա պահանջարկն ու հեղազա առաջարկը, ենթադրենք՝ ապագայի փասից - քսան փարիների համար, անհրաժեշտ է վերլուծել և վերացնել երկուսի միջև հայտնաբերված անհամապարասխանություններն ու հակասությունները:

Առողջապահական անձնակազմի պլանավորման ամենաբնորոշ խնդիրների թվում են.

- չափազանց քիչ թվով պարաստրված և պարաստրական աշխատողներ,
- չափազանց մեծ թվով պարաստրված և գորճագուրկ աշխատողներ,
- բաշխման հիմնախնդիրներ,
- անձնակազմի ոչ պարշան, սխալ օգտագորճում,
- ոչ-արդյունավետ, հուսալքված անձնակազմ:

Առհասարակ՝ երկրների մեճամասնությունում և մասնագիտությունների մեճամասնության համար, վերլուծությունն ի հայտ կբերի հավանական ապագա պակաս (դեֆիցիտ), երկրի որոշ շրջաններում ավելի շար, քան այլ շրջաններում: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում կարող է ի հայտ գալ որոշ դասերի առողջապահական աշխատողների ավելցուկ:

Անձնակազմի կանխատեսվող պակասը հաղթահարելու համար պլանավորող մարմինը կարող է կիրառել հետևյալ փասի նախաճեռնություններ. **հավելյալ աշխատողների պարաստում, փոխարինում, արտադրողականության մեճացում:**

Տավելյալ աշխատողներ. Պարաստրված աշխատողների թիվը կարելի է մեճացնել կան եղաճ ուսումնական հաստարություններում ընդունվողների փարեկան թիվը մեճացնելով, կան ուսումնական հաստարությունների թիվն ավելացնելով: Տավանական է, որ ուսանողներին և

ուսումնական հասարակություններին լրացուցիչ պեպրակական հասկացումներ կատարելու կարիք լինի:

Որոշ իրավիճակներում աշխատողների պակասի հարցը լուծելու համար կարող են պահանջվել հարուկ միջոցներ: Օրինակ՝ գյուղական շրջաններում աշխատատեղերի լրացումն ապահովելու համար կարելի է ուսումնական հասարակություններում գյուղական շրջաններից դիմորդների համար փոփոխություններ: Ի հավելումն, պատրաստությունը պետք է ուղղված լինի գյուղական շրջանների կարիքներին, և գյուղական ծառայությունների համար պետք է նկատի ունենալ աշխատավարձի լրացուցիչ գումարների հայթայթում:

Եթե երկիրը կորցնում է շրջանավարտներին արտագաղթի պայմանով, կարող է ուսման ավարտից հետո որոշ ժամանակ պարտադիր ծառայության կամ արտագաղթի սահմանափակման կարիք լինի (Նայաստանում որոշ հասարակություններ կիրառում են այս ձևը):

Փոխարինում. Աշխատուժի պակասի կանխման մեկ այլ ձև է աշխատանքային մի դասի փոխարինումը մեկ ուրիշով (սովորաբար՝ նվազ հմուտ): Այս փոխարինումները ենթադրում են փոփոխություններ նաև ուսումնական ծրագրերում, որպեսզի մասնագետներն ավելի լավ հարմարվեն իրենց նոր դերերին: Այս կարգի փոփոխությունները սովորաբար պահանջում են հսկողության և որակի վերահսկման նոր ձևեր:

Արտադրողականության մեծացում. Աշխատուժի պակասը հաղթահարելու երրորդ փափկ նախաձեռնությունն արտադրողականության մեծացումն է: Աշխատանքային փոփոխությունները կարող են օգտակար լինել: Աշխատանքային փոփոխությունները կարող են օգտակար լինել: Իսկ աշխատանքի առավելագույն կատարման համար էական է ունենալ լավ հսկողություն:

Ինչպես կարող եք եզրակացնել վերոնշյալ առաջարկ-հանձնարարականներից, պահանջարկի և առաջարկի հավասարակշռումն ունի փնտեսական և սոցիալական արժեք, և քաղաքականության վերջնական որոշումների ընդունումն առողջապահական անձնակազմը պլանավորողի ձեռքում չէ. դրանք կայացվում են պեպրակական ավելի բարձր մակարդակներում: Այնուամենայնիվ, թեև անձնակազմի պլանավորողները չեն կարող իրենք որոշում կայացնել, նրանք պետք է առաջադրեն աշխատուժի պակասը թեթևացնելու բանական, հստակ և մանրամասն այլընտրանքներ, ինչպես նաև նկարագրել պրակտիկալորում դիմագրավվող հնարավոր փոփոխություն (կրթական, սոցիալական, փնտեսական, քաղաքական և մասնագիտական) խոչընդոտները ծրագրերին:

Այսպիսով ավարտեցինք առողջապահական ծառայությունների պլանավորման մասին մեր դասախոսությունների շարքը: Մենք քննարկեցինք առանցքային թեմաներ, ինչպես օրինակ պլանավորման ընդհանուր մոդելի փուլերն ու առողջապահական անձնակազմի պլանավորումը: Մենք հուսով ենք, որ դրանք ձեզ համար հետաքրքիր ու օգտակար էին:

Նարցեր

1. Առողջապահության ոլորտը

- ա) փոքր թվով աշխատուժ պահանջող ոլորտ է
- բ) միջին թվով աշխատուժ պահանջող ոլորտ է
- գ) մեծ թվով աշխատուժ պահանջող ոլորտ է

Պարասխան՝ գ) մեծ թվով աշխատուժ պահանջող ոլորտ է:

Տես էջ 1:

2. Առողջապահական անձնակազմի ծախսերը կարող են կազմել ընդհանուր ծախսերի -----%-ը:

- ա) 60-75%
- բ) 10-30%
- գ) 75-100%
- դ) 30-75%

Պարասխան՝ ա) 60-75%:
Տես էջ 1:

3. Առողջապահության ոլորտի յուրաքանչյուր աշխատողի կողմից ժամանակի յուրաքանչյուր միավորում մատուցվող ծառայությունների միջին թվի գնահատումը որի՞ն է վերաբերում.

- ա) Առաջարկի վերլուծություն և ապագա առաջարկի կանխատեսում
- բ) Պահանջարկի վերլուծություն և ապագա պահանջարկի կանխատեսում
- գ) Արտադրողականության վերլուծություն և ապագա արտադրողականության կանխատեսում
- դ) Ապագա առաջարկի և պահանջարկի համապարասխանեցում

Պարասխան՝ գ) : Տես էջ 1:

4. Նիւնական կենսաբանական կարիք, Կիրող իրավիճակ (status quo), համեմատական մեթոդ, գործունեության հաստատված չափորոշիչներ (ստանդարտներ), Կրկնազգիտրեն արդյունավետ պահանջարկ: Սրանք մոդելացումներ են չափելու...

- ա) առաջարկը
- բ) պահանջարկը

Պարասխան՝ բ) : Տես էջ 3-4:

5. Պահանջարկի փոփոխության վրա ազդող անկանխատեսելի գործոնների թվում են հետևյալ գործոններից մեկի փոփոխությունը

- ա) բնակչության թիվ
- բ) բնակչության տարիքային պարկեր
- գ) բնակչության աշխարհագրական բաշխում
- դ) հիվանդաժողովրդի պարկեր

Պարասխան՝ դ) հիվանդաժողովրդի պարկեր: Տես էջ 5: