

УДК 614.2+61:[331.108.2+338.266]

Є. Є. Латишев, канд. мед. наук

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ СУЧАСНИХ ПРИНЦИПІВ НОРМУВАННЯ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Науково-методичний центр сімейної медицини Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, Київ, Україна

УДК 614.2+61:[331.108.2+338.266]

Е. Е. Латышев

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ НОРМИРОВАНИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ

Научно-методический центр семейной медицины Украинского центра научной медицинской информации и патентно-лицензионной работы МЗ Украины, Киев, Украина

Освещены результаты ретроспективного анализа методик и принципов нормирования кадровых ресурсов здравоохранения и определены перспективы усовершенствования концептуальных подходов в процессе развития института семейной медицины.

Ключевые слова: принципы и методики нормирования, концептуальные подходы, нормирование кадровых ресурсов, первичная медико-санитарная помощь, институт семейной медицины.

UDC 614.2+61:[331.108.2+338.266]

Ye. Ye. Latyshev

THE CONCEPTUAL APPROACHES TO REALISATION OF MODERN PRINCIPLES OF SETTING OF PERSONNEL RESOURCES OF FAMILY MEDICINE IN UKRAINE

The Scientific-Methodical Center of Family Medicine of the Ukrainian Center of Scientific-Methodical Information and Patent and Licence Work of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

There are highlighted the results of the retrospective analysis of techniques and principles specifications of health service personnel resources setting and the prospects to improvement of the conceptual approaches in the process of development of the institute of family medicine.

Key words: principles and techniques specifications, conceptual approaches and specifications of personnel resources, primary medical care, the institute of family medicine.

Відомо, що нерівномірний та нераціональний розподіл кадрових ресурсів на користь спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги за залишковим принципом на первинну ланку охорони здоров'я призводить до зменшення доступності медичної допомоги для найбільш незахищених верств населення. Основою, на підставі якої можна розв'язати проблему збалансованого використання кадрових ресурсів та управління зазначеним процесом, є перегляд концептуальних підходів до реалізації принципів нормування праці медичних працівників.

При цьому варто наголосити, що гнучкий та удосконалений державний механізм керування людським капіталом є ключовими складовими стратегії підвищення ефективності підбору персоналу та збереження робочої сили [1].

В результаті проведеного аналізу концептуальних підходів щодо нормування кадрових ресурсів у деяких країнах світу встановлено, що, наприклад у США, потреба в кадрах і кількість підготовленого медичного персоналу регулюються відповідно до законів медичних ринкових відносин, а в Канаді існує державна кадрова програма, спрямована на управління кількістю, локалізацією та балансом фахівців з різних спеціальностей. У Німеччині визначається пріоритетне співвідношення на користь первинної ланки охорони здоров'я, тобто 60 % лікарів загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ) і 40 % лікарів-спеціалістів тощо [2].

Країни Центральної та Східної Європи і нових незалежних держав стикаються з багатьма проблемами дисбалансу медичних кадрів, а для

визначення необхідного паритету медичного персоналу звично використовується принцип співвідношення кількості лікарів і населення. До речі, різниця між кількістю медичних кадрів є результатом відмінностей структур систем охорони здоров'я та кадрової політики різних країн [3].

Слід нагадати, що одні з перших наукових досліджень із визначення потреби в лікарських кадрах (Г. Я. Левин, 1941) та обґрунтування нормативів кількості лікарських посад за окремими галузями охорони здоров'я (В. С. Нікітський, 1946) не мали зв'язків із показниками захворюваності населення або характеризувалися механічним перенесенням методики визначення потреби в медичних працівниках з конкретного закладу на територію країни.

Досліджена нами вітчизняна наукова література останніх років свідчить про відсутність системних наукових досліджень із зазначених проблем. Зрозуміло, немає таких досліджень перспектив розбудови вітчизняного інституту сімейної медицини щодо кадрового забезпечення.

Метою наших досліджень було проведення аналізу принципів і методик нормування кадрових ресурсів у динаміці та визначення концептуальних підходів до удосконалення процесу кадрового нормування розвитку сімейної медицини.

Матеріали та методи дослідження

Під час дослідження нами використані нормативні документи (постанови Кабінету Міністрів України, накази МОЗ СРСР та України, методичні листи) з питань кадрового нормування за період з 1954 по 2004 рр. Для вивчення такої документації щодо нормування штатних посад медичних працівників використані підходи ретроспективного аналізу та метод експертних оцінок. Для розробки моделі управління нормування кадровими ресурсами в процесі розвитку сімейної медицини використовувався системний підхід й аналітико-синтетичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження підтвердили, що нормування кадрових ресурсів у радянські часи здійснювалося за такими основними принципами:

1) доступності та безкоштовності медичної допомоги;

2) дільнично-територіального надання амбулаторної допомоги;

3) функціональної здатності лікаря в межах однієї лікарської посади виконувати ту чи іншу кількість роботи з обслуговування населення (функція лікарської посади);

4) пріоритетної допомоги робітникам промислових підприємств за цеховим принципом;

5) профілактичної спрямованості медичної допомоги;

6) визначення потреби населення в медичній допомозі за різними її видами.

Дещо детальніше зупинимося на поясненні цих принципів і скажемо, що розрахунок кількості потрібних закладу лікарських посад для будь-яких видів спеціалізованої — як амбулаторної, так і стаціонарної — допомоги починався з визначення **потреби населення в медичній допомозі**. Наприклад, для амбулаторної допомоги необхідно було розрахувати такі параметри:

а) рівень і структуру захворюваності населення (за зверненнями до медичних закладів);

б) коефіцієнт повторності відвідувань на кожний випадок звернення з приводу захворювання протягом року;

в) кількість відвідувань з профілактичною метою.

Варто додати, що коефіцієнт повторності відвідувань — величина не постійна, і залежить вона від багатьох причин, а саме: характеру й тяжкості захворювання, кваліфікації лікаря, наявності лікувальних засобів, медичної апаратури, інструментарію, системи видачі лікарняних листів тощо. Крім того, для визначення перспективної потреби населення в амбулаторній допомозі необхідно було не тільки знати рівень фактичної захворюваності, а і розробити гіпотезу про можливий рівень захворюваності в майбутньому. Але ці дані постійно змінювалися відповідно до досягнень медичної науки в лікуванні та діагностиці окремих хвороб, що робило коефіцієнт негнучким, невірогідним і незручним у використанні. Особливістю цього принципу була необхідність середньострокового (на 5 років) планування потреби в медичних кадрах за оптимальними нормами та неможливість задовольнити зміни потреби в перспективі, тому що обсяги підготовки лікарів були зумовлені прийомом студентів, здійсненим до початку складання зазначеного плану.

Наступним принципом та основою нормування роботи персоналу радянської охорони здоров'я було визначення **функції лікарської посади** (здатність надати допомогу певній кількості хворих на певному якісному рівні). При цьому нормування амбулаторної роботи лікаря здійснювалося за допомогою встановлення кількості відвідувань за годину прийому. Було розроблено середні розрахункові норми кількості відвідувань до лікаря на годину прийому за основними спеціалізованими видами допомоги.

Радянську систему охорони здоров'я характеризував **принцип профілактичної спрямованості**, тому широке впровадження превентивної медицини потребувало додаткових форм обслуговування та виконання спеціальних за-

ходів, що приводило до збільшення нормативної кількості лікарських посад. Наприклад, ще у 1957 р. затверджено список професій та виробництв, робітники яких підлягали обов'язковим медичним оглядам. Зазначений список охоплював 115 галузей та виробництв і сотні професій, представник кожної з яких повинен був один раз на півроку пройти профілактичний огляд лікарів, як мінімум за 3–5 спеціальностями. З часом реальне здійснення профілактичного принципу було формалізоване і перетворилося на декларативне, а сам процес характеризувався низькою медичною ефективністю та значними економічними витратами.

Принцип доступності та безкоштовності створив підґрунтя для підвищення частоти звернень за медичною допомогою, а також створив передумови до впровадження різноманітних важкоконтрольованих форм і методів диспансерного медичного обслуговування. На жаль, за останнє десятиліття конституційний принцип доступності та безкоштовності медичної допомоги (ст. 49) має переважно декларативний характер і викликає багато критики як у медичних працівників, так і серед населення країни.

Виникнення та розвиток нових спеціалізованих видів медичної допомоги потребувало відповідних лікарських посад, кабінетів, відділень, майже закладів, що врешті-решт призвело до збільшення потреби у ресурсному забезпеченні та витрат на охорону здоров'я. Постійне дроблення на групи, види та категорії закладів, а також дублювання їх номенклатури спричинило дублювання функцій на території обслуговування населення (територіальна лікарня і медико-санітарна частина; терапевтичний кабінет і кабінети кардіолога, ревматолога, ендокринолога тощо). Для визначення норми потреби населення в лікарях необхідно було мати різні норми медичної допомоги і навантаження лікарів для різних структур охорони здоров'я, а саме: лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладів у містах і в сільській місцевості, санаторіїв, наукових закладів тощо.

Провідним напрямком охорони здоров'я в період розвитку промисловості того часу було забезпечення амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню за **дільнично-територіальним принципом** з домінуванням лікувально-профілактичної допомоги **робітникам промислових підприємств** за цеховою ознакою. Підтвердженням цієї тези було формування штатних нормативів для міських поліклінік і медико-санітарних частин (МСЧ), які передбачали посади лікарів основних спеціальностей для забезпечення надання лікувально-профілактичної допомоги робітникам промислових підприємств, незалежно від типу закладів. Одночасно було

створено багато відомчих і спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, а саме: МСЧ промислових і будівельних підприємств, поліклініки для проведення профілактичних медичних оглядів, для надання медичної допомоги студентам тощо. Наприклад, для забезпечення медичної допомоги працівникам промислового підприємства передбачалося на 10 тис. робітників хімічної, нафтопереробної, вугільної та гірничорудної галузей 9,2 посади лікарів, з яких 6,67 посади — цехові терапевти і 2,5 посади — лікарі інших спеціальностей. Використання зазначеного принципу під час незалежності та зниження економічного потенціалу України стало практично неможливим і призвело до його руйнування.

Нарешті, звернімо увагу на існуючі в минулому методики розрахунку нормативної кількості лікарських посад:

- 1) для амбулаторного прийому;
- 2) для стаціонарної медичної допомоги;
- 3) для закладів охорони здоров'я при різних режимах роботи;
- 4) для обслуговування окремих груп населення;
- 5) для допоміжних видів обслуговування.

Нормативна кількість лікарських посад для амбулаторного прийому встановлювалася із розрахунку на кількість населення (4000 на 1 лікарську дільницю), величина якої визначалася залежністю між потребою населення в амбулаторній медичній допомозі (кількість відвідувань на 1 жителя на рік) і кількістю відвідувань на 1 лікарську посаду (функція лікарської посади) і розраховувалася за формулою:

$$B = \frac{L \cdot H}{\Phi},$$

де **B** — кількість лікарських посад;

L — норма потреби населення в амбулаторній допомозі (кількість відвідувань);

H — кількість населення;

Φ — функція лікарської посади (кількість відвідувань за рік).

Такий спосіб планування був придатним не тільки для окремого закладу, але й для структур охорони здоров'я різного рівня (місто, область, країна) і надавав можливість встановлювати диференційовану норму потреби населення для перспективного планування залежно від різних умов (наприклад захворюваності).

Щодо механізму формування штатних нормативів, слід відзначити, що використовувалася такий алгоритм: згідно з методикою, кожному закладу щороку Міністерством охорони здоров'я надавалася довідка — «Справка о плановых показателях для расчета числа должностей городской поликлиники», в якій вказувалося:

- кількість прикріпленого населення;
- кількість населення, яке мешкає на приписних ділянках;
- кількість додатково прикріпленого населення;
- покладені на поліклініку функції (наприклад, диспансерний нагляд, психоневрологічна, наркологічна, акушерсько-гінекологічна невідкладна допомога тощо);
- кількість прикріплених робітників промислових підприємств, студентів тощо.

Методика розрахунку чисельності штатних посад базувалася на співвідношенні кількості лікарів до кількості населення і полягала в такому:

1) розрахунок кількості штатних посад лікарів основних спеціальностей здійснювався на загальну чисельність населення, робітників промислових підприємств, студентів, учнів і дітей дошкільних закладів;

2) з метою запобігання «дублюванню» функцій кількість лікарських посад зменшувалася у зв'язку з наданням частини населення амбулаторно-поліклінічної допомоги іншими закладами охорони здоров'я в цілому або за окремими спеціальностями;

3) визначення серед загальної кількості лікарських посад частки посад лікарів амбулаторного прийому;

4) розрахунок кількості посад допоміжних служб (рентгенологічної, лабораторної тощо) з урахуванням централізації цих служб;

5) визначення кількості посад завідуючих відділень, структурних підрозділів, поліклінік, заступників головного лікаря.

Нормативи лікарських посад для стаціонарної медичної допомоги встановлювалися відповідно до кількості ліжок на одну лікарську посаду. Спочатку визначали за відповідними нормами потребу населення в ліжках із кожної спеціальності, а потім, з використанням норми навантаження на одну лікарську посаду, розраховували кількість потрібних лікарських посад. Наприклад, потреба в стаціонарних ліжках на 50 тис. населення, відповідно до норми, становила 110 ліжок з терапії (2,2 на 1000 населення), 60 ліжок з педіатрії (1,2 на 1000 населення), 95 ліжок з хірургії (1,9 на 1000 населення) тощо. Згідно з галузевим наказом міністерства (1955), зазначена кількість ліжок потребувала відповідну кількість лікарських посад: з терапії — 5, з педіатрії — 4, з хірургії — 4 тощо (на 1 лікарську посаду, залежно від спеціальності, — 15–25 ліжок). Варто додати, що нормою потреби населення в госпіталізації в 1959–1965 рр. було визначено 18–20 % від загальної кількості населення, крім того, було встановлено норму 112 ліжок на 10 000 міського населення (1954).

Розрахунок штатних посад лікарів для закладів охорони здоров'я при різних режимах

роботи визначався специфікою діяльності закладів охорони здоров'я і передбачав необхідність (1981) встановлення для них або окремих груп персоналу різного режиму роботи (цілодобовий, цілорічний, в умовах п'яти- або шестиденного робочого тижня тощо). Розрахунок кількості посад проводився за такою методикою:

— на 1 календарний рік за кожною посадою;

— визначався запланований час роботи на рік на 1 робочому місці на підставі даних про встановлений режим роботи (кількість змін, їх тривалість, у тому числі у вихідні та святкові дні) та календаря (кількість календарних днів, вихідних, передсвяткових, святкових на рік);

— за термінами, встановленими чинним законодавством щодо тривалості робочого дня і відпустки, визначався річний баланс робочого часу 1 працівника:

$$РБ = Т \times РД$$

$$РД = 365 - ВС - В,$$

де Т — тривалість робочого дня (6 год),

ВС — вихідні та святкові дні (59 днів),

В — відпустка (36 днів),

РД — робочі дні (270 днів),

РБ — річний баланс робочого часу (1620 год);

— діленням тривалості робочого часу за рік на річний баланс робочого часу 1 працівника визначали кількість посад, потрібних для забезпечення роботи в заданому режимі (цілодобово, у 2 зміни тощо) протягом року на 1 робочому місці;

— діленням обсягу роботи, який заплановано на розрахункове навантаження, що встановлюється за штатними нормативами або типовими штатами, визначали кількість робочих місць за однією посадою;

— множенням кількості посад, потрібних для кожного робочого місця, на кількість робочих місць, визначали загальну кількість однойменних посад для забезпечення роботи на всіх робочих місцях у заданому режимі.

Розрахунок нормативів лікарських посад для обслуговування окремих груп населення (школярів, підлітків тощо) встановлювався з розрахунку на кількість осіб кожної групи, при чому норма для кожної групи була відмінною (1 лікарська посада на 400–600 дітей у дошкільних закладах; 1 посада — на 2500 школярів, 1 посада — на 1500 працюючих підлітків). Такий спосіб розрахунку був зручний тільки для окремого закладу й у тому разі, якщо були відомі контингенти і була можливість проведення чіткого розмежування в обслуговуванні (наприклад, діти між дитячими лікарнями та лікарнями для дорослих). Зазначений підхід ускладнював розрахунки територіальної потреби в лікарях і викликав незручності в прогнозуванні даних.

Для розрахунку нормативів лікарських посад для допоміжних видів обслуговування за основу було взято потужність закладу або його структурного підрозділу (кількість населення, що обслуговується, не враховувалася). Крім того, норма обслуговування стаціонарних хворих зумовлювалася кількістю ліжок, а амбулаторних хворих — кількістю посад лікарів, які проводять амбулаторний прийом. Такий спосіб зручний тільки для окремого закладу і зовсім непридатний для територіального та перспективного планування. Тому визначення потреби в лікарських кадрах для певної території не може базуватися на зазначеній вище методиці, потрібна розробка сучасної методики, за допомогою якої можна найбільш докладно та зручно визначити потребу в кадрових ресурсах регіональних управлінь охорони здоров'я.

Отже, проведений нами структурно-логічний аналіз принципів і методик сприяє здійсненню управління кадровими ресурсами в охороні здоров'я відповідно до існуючого сьогодні рівня її розвитку і потребує певної перебудови, удосконалення та розробки суттєво нових підходів до моделювання зазначеного процесу. Додамо, що варто зберегти принцип наступності та структурної органічності архітектури моделі, яка має відповідати вимогам сьогодення, зокрема в галузі сімейної медицини.

Останнім часом в Україні з метою компенсування дефіциту коштів було розпочато запровадження організаційно-управлінських системозберігаючих технологій, а саме: скорочення стаціонарних ліжок, розширення мережі стаціонарних форм медичної допомоги, перегляд штатних нормативів медичного персоналу в закладах охорони здоров'я з тенденцією до їх зменшення. Зокрема, згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 28.06.1997 р. № 640 «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній допомозі в розрахунку на 10 тис. населення» було проведено скорочення ліжкового фонду закладів охорони здоров'я і встановлено середній норматив для України — 80 ліжок на 10 тис. населення (попередній норматив — 90 ліжок на 10 тис. населення). Довідково: в Ірландії, Великобританії та Німеччині зазначений норматив коливається від 35 до 55 ліжок на 10 тис. населення, причому Німеччина збільшила кількість довгострокових ліжок за останні 10 років. Показники середземноморських країн-членів ЄС також є значно нижчими від середньоєвропейських (23 і 30 ліжок на 10 тис. населення в Італії та Іспанії відповідно) [4].

Крім того, ми встановили, що у минулі роки основними показниками для встановлення груп з оплати праці керівників закладів охорони здоров'я були визначені **кількість ліжок** для обласних, міських, районних, дільничних і спеціалізованих лікарень та **кількість лікарських штат-**

них посад для поліклінік, амбулаторій, диспансерів, що стимулювало керівників до збільшення кількості ліжок закладу і лікарських посад. У сучасних умовах, згідно з базовим наказом Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 06.04.2001 р. № 161/137 «Про впорядкування та затвердження умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та закладів соціального захисту населення», показниками ранжирування закладів охорони здоров'я за групами з оплати праці керівників працівників є **кількість ліжок і чисельність прикріпленого населення**, але такі підходи, на жаль, ще не розв'язують проблем структурних мотиваційних стратегій у галузі.

Одночасно, а саме з 2000 р. в Україні відбуваються процеси системних перетворень у системі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що потребує створення відповідних передумов, в тому числі і в нормуванні роботи кадрових ресурсів як основної складової структурної та кадрової оптимізації.

Внаслідок порівняльної характеристики найголовніших принципів сімейної медицини та принципів охорони здоров'я колишнього СРСР як базових для нормування кадрових ресурсів встановлено, що деякі з них залишилися без змін. Більшість принципів трансформувалась і відповідає вимогам часу, а також доповнено новими. Крім того, головною відмінністю є заміна пріоритетного цехового принципу на територіально-сімейний (таблиця).

Отже, основними принципами сучасного кадрового нормування є розрахунок на кількість населення для амбулаторного і на кількість ліжок для стаціонарного обслуговування.

Норми потреби лікарських посад для закладів охорони здоров'я встановлюються на основі типових штатів для закладів різної потужності, а не відповідно до кількості прикріпленого населення.

Існуючі нормативи минулих часів не в змозі вчасно реагувати на системні зміни, не здатні забезпечувати відповідне регулювання кадрових ресурсів згідно з поточними проблемами та потребами сучасного суспільства.

Вважаємо, що норми потреби населення в первинній медико-санітарній допомозі або спеціалізованій амбулаторній чи стаціонарній тощо повинні ґрунтуватися на таких **принципах**:

- відповідати дійсним потребам населення та концептуальним засадам сімейної медицини;
- встановлюватися за результатами спеціальних наукових досліджень;
- враховувати регіональні й особливі місцеві умови, матеріально-побутовий та культурний рівень населення;

Порівняльна характеристика принципів сімейної медицини та системи охорони здоров'я СРСР

Сімейна медицина	Охорона здоров'я СРСР
Дільнично-територіальний	Дільнично-територіальний
Профілактична спрямованість	Профілактична спрямованість
Багатопрофільність, координація та управління обсягами медичної допомоги	Функціональна здатність лікаря
Безперервність і довготривалість спостереження	Визначення потреби населення в медичній допомозі
Відношення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування	Пріоритетна допомога робітникам промислових підприємств
Доступність, економічна ефективність і доцільність допомоги	Доступність і безкоштовність
Інформаційне забезпечення пацієнта	—
Відповідальність пацієнта, членів сім'ї та суспільства за збереження і покращання його здоров'я	—

— враховувати структуру та рівень захворюваності;

— відображати особливості характеру виробництва на території обслуговування;

— враховувати сучасні досягнення медичної науки тощо.

Крім того, концептуальні підходи щодо принципів нормування кадрових ресурсів сімейної медицини мають базуватися на реальних потребах населення, які можуть бути різними у кожному регіоні. Доведено, чим краще будуть вивчені фактори, що зумовлюють величину потреби, тим більш точними будуть норми, які встановлюються для формування медичного персоналу в системі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Аналіз можливостей перепроцесування медичних працівників в Україні.* — К.: Академпрес, 2004. — 78 с.

2. *Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / За заг. ред. В. Г. Черненка і В. М. Рудого.* — К.: Академпрес, 2002. — 112 с.

3. *Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт / О. П. Щепин, В. Б. Филатов, Я. Д. Погорелов и др. // Проблемы соц. гигиены и история медицины.* — 1998. — № 3. — С.13-19.

4. *Латишев С. С. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції // Одес. мед. журнал.* — 2005. — № 1 (87). — С. 109-115.