

М. В. Банчук,
к. політ. н., доцент, докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України

МОНІТОРИНГ ТА ОБЛІК КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розглянуті основи кадрової політики в охороні здоров'я з точки зору корпоративної стратегії управління людськими ресурсами.

Підкреслюється, що остання являє собою розроблення перспективних орієнтирів використання трудового потенціалу, його оновлення та вдосконалення, розвитку мотивації. Це вимагає обліку істотних структурних зрушень на ринку праці та якісних змін у робочій силі на регіональному, національному та глобальному рівнях. Загальнокорпоративна політика в сфері праці припускає взаємодію цієї сфери з інноваційною, технологічною та фінансовою стратегіями та генеральними планами розвитку бізнесу.

The bases of skilled policy in a health care are considered from the point of view of corporate strategy of management human capitals.

It is underlined that the corporate strategy of management human capitals consist of own development of perspective reference-points of the use of labor potential, his updating and perfection, development of motivation. It requires the account of substantial structural changes at the market of labor and quality changes in labor force on regional, national and global levels. General corporate policy in the sphere of labor assumes co-operating of this sphere with innovative, technological and financial strategies and general layouts of development of business.

Ключові слова: державне управління, кадровий потенціал, моніторинг кадрового складу, державне прогнозування.

Key words: government administration, skilled potential, monitoring of skilled composition, state prognosis.

ВСТУП

Прогнозування, планування та розроблення програм економічного розвитку галузі є важливою складовою системи державного регулювання і реалізації економічної політики країни. Центральне місце в розробці програм економічного розвитку поряд з інвестиційною політикою належить політиці зайнятості та використання трудового потенціалу, що для охорони здоров'я є основною складовою ресурсного забезпечення галузі.

Метою даної роботи є розроблення та наукове обґрунтування засад, принципів управління кадровими ресурсами охорони здоров'я та основних напрямків кадрової політики.

У роботі використані такі методи дослідження: економічні й індексні методи нормативних розрахунків, порівняльний економічний аналіз структурних показників, соціально-гігієнічний, історичний тощо.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проблема визначення потреби в медичних кадрах посідає одне з провідних місць в обґрунтуванні стратегії розвитку охорони здоров'я, оскільки вони забезпечують результативність та ефективність діяльності всієї системи охорони здоров'я, її окремих структур та об'єктів.

Обчислення потреби в медичних кадрах ускладнюється дисбалансом лікарських кадрів (місто — село), дисбалансом між фахівцями первинної ланки (сімейні лікарі, лікарі загальної практики), вторинної та третин-

ної ланок, некерованою міграцією медичних кадрів (ефект "доміно"), низьким соціальним захистом і незадовільною якістю життя медичних робітників (що зумовлює зміну професій) та, нарешті, невідповідністю між обсягами підготовки кадрів і потребами галузі.

Закон України "Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України" є основним документом, що регулює процеси прогнозування показників розвитку України та її окремих галузей. Розрахунки потреби, що розглядаються у ряді методичних розробок, мають у принципі однакові методологічні послання та базуються на використанні усереднених нормативів обслуговування населення в розрахунку на 10 тис. мешканців, потреби в лікарських ліжках і посадах у тому ж вимірі.

Такі методики близькі до розрахунків потреби в медичних працівниках за допомогою штатних нормативів і штатних розкладів з урахуванням перспектив розвитку медичних служб, напрямів надання медичної допомоги, прогнозу демографічної ситуації району обслуговування, економічних можливостей регіону тощо. Застосування штатних нормативів і типових штатів з метою прогнозу потреби в кадрах має певні обмеження: штати повинні переглядатись регулярно за досить короткий проміжок часу в зв'язку зі змінами у медичних технологіях, тому на середньостроковий і довгостроковий прогнозний періоди ці показники швидко "постаріють".

Крім того, ці нормативи прив'язані до конкретних видів закладів та їх потужностей, вони не агрегуються по регіонах. Як наслідок, при прогнозах понад 5 років виникає потреба щодо прогнозування розвитку мережі закладів та їх потужностей з відповідним фінансовим забезпеченням, що є складною проблемою як з боку методології, так і з точки зору обґрунтування таких похідних характеристик як капіталоємність.

Потужність закладів також складно піддається прогнозуванню і пов'язана з розрахунками перспективних чисельності та захворюваності населення. Перелічені показники не забезпечуються необхідними статистичними даними методологічної однаковості та достатньої тривалості для того, щоб визначити тенденції їхніх змін. Аналізуючи всі аспекти формування потреби у кадрах, ми дійшли висновку, що практично всі аспекти потреби в медичних працівниках пов'язані з характеристиками населення, які можна подати в цифровому вигляді та застосувати у відповідних розрахунках певних обсягів надання медичної допомоги і надалі отримати кількісну оцінку потреби лікарів і середнього медичного персоналу (СМП).

Методичні рекомендації щодо прогнозування потреби в медичних кадрах, які розглядаються нами, відповідають вимогам досягнення прозорості та простоти розрахунків; можливостям прогнозування широкого спектру структур; обмеженню кількості показників і чинників, котрі прогножуються евристичними методами, що істотно підвищує надійність вихідних даних і забезпечує методологічну єдність підходів.

Пропонується використання одиниці виміру й ідентичних методів і прийомів прогнозування. В основу розрахунків потреби в медичних працівниках покладено такі передумови: визначальним чинником обсягів медичної допомоги і відповідно потреби в кадрах прийнято динаміку та статеву-вікову структуру населення. За вимірвач обсягів надання потрібної медичної допомоги населенню використано еквівалент останнього. Передбачено виконання вимоги щодо рівності населення регіонів з надання їм медичної допомоги, котра повинна забезпечуватись у країні відповідно до статей 3, 21, 24, 49 Конституції України.

Основною складовою кадрового потенціалу галузі є медичні кадри, які працюють у закладах охорони здоров'я системи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. В галузі охорони здоров'я за чисельністю працівників питома вага закладів охорони здоров'я системи МОЗ України становить близько 90%. Така ситуація визначає структуру кадрів у розрізі спеціальностей і формує інші важливі якісні показники галузі в цілому (з урахуванням мережі закладів охорони здоров'я різних форм підпорядкування та власності).

Значний контингент чисельності як лікарів, так і СМП працює за межами закладів охорони здоров'я системи МОЗ: чисельність лікарів у інших відомствах становить понад 26 тис. осіб, а чисельність СМП — 57 тис. осіб.

Розглянемо використання методики на прикладі даних 2005 р. В цілому, в закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ, було зайнято понад 1 млн 73 тис. осіб. У закладах налічується 197 116 лікарів (із зубними), 438 781 середній медичний працівник, чисельність молодшого медичного персоналу в лікувально-профілактичних закладах становила 205 187 осіб, спеці-

алістів з вищою немедичною освітою, провізорів і фармацевтів, які працюють в закладах охорони здоров'я системи МОЗ — відповідно 7317, 432 та 501 особа.

У галузі працюють переважно жінки: у 2005 р. вони склали 83% облікового складу штатних працівників (881,6 тис. осіб).

Специфіка професійної діяльності міністерств і відомств, що у своєму підпорядкуванні та на балансі мають заклади охорони здоров'я, формує таку структуру медичних працівників за спеціальностями, що характеризується суттєвими відмінностями порівняно з загальногалузевою. Питома вага терапевтів, отоларингологів і невропатологів у закладах охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ (МВС) України відповідно вища, ніж у закладах системи МОЗ, що зумовлюється потребою у певних видах медичної допомоги.

У загальній структурі лікарів закладів охорони здоров'я Академії медичних наук (АМН) України переважають лікарі-хірурги, що пов'язано з відповідною мережею клінік і поліклінічних амбулаторій хірургічного профілю, в тому числі дослідницьких, експериментальних тощо. Для закладів охорони здоров'я АМН характерне виконання робіт протиепідемічного напрямку, що формує потребу в лікарях відповідного профілю та відображається в їх високій питомій вазі порівняно з іншими відомствами.

Структура лікарів за спеціальностями для закладів охорони здоров'я Міністерства транспорту характеризується значною питоною вагою лікарів-невропатологів і стоматологів. Цілком природно, що в закладах охорони здоров'я державного Департаменту з виконання покарань відсутні посади сімейних лікарів, дуже незначну питому вагу займають акушери.

Статеву-вікову структуру населення є характеристикою, яка, на наш погляд, відображає й узагальнює вплив інших чинників формування стану здоров'я населення. З одного боку, спосіб життя, стан навколишнього середовища впливають на рівень смертності, тривалість життя окремих вікових груп і формують статеву-вікову структуру населення, а з іншого — статеву-вікову структуру населення є біологічною складовою стану здоров'я, що опосередковано відображає регіональні особливості стану здоров'я населення.

Методологічні підходи й окремі методичні рішення щодо прогнозу потреби в медичних кадрах мають ту перевагу перед іншими, що дають змогу розрахувати кількісну оцінку потреби в лікарях і середніх медичних працівниках на середньо- чи довгострокову перспективу, що буде пов'язана з чисельністю та структурою населення.

У народному господарстві та відповідно в системі охорони здоров'я одночасно діють негативні і позитивні фактори, що формують умови надання медичної допомоги і, таким чином, визначають обсяги медичної допомоги та необхідну чисельність медичних працівників. До факторів, що діють у напрямі скорочення обсягів медичної допомоги і відповідно, скорочення потреби в кадрах, належать: виникнення сфер з характерно вищими рівнями оплати праці внаслідок розвитку ринкових відносин в економіці, що веде до посилення міжгалузевої конкуренції і сприяє відтоку кадрів у інші сектори економіки; скорочення населення України як основного споживача медичних послуг; обмеження з бюджет-

ного фінансування перетворюється на фактор обмеження кадрового забезпечення галузі.

Фактори, що забезпечують зростання обсягів медичної допомоги, оскільки об'єктивно збільшують обсяги надання медичної допомоги та кількість обслуговуючого медичного персоналу, доцільно об'єднати в такі групи: погіршення умов навколишнього середовища, що знижує рівень стану здоров'я населення відповідно потребує збільшення обсягів медичної допомоги; погіршення умов існування та способу життя (неправильне харчування, побутові умови, урбанізація, шкідливі умови праці тощо); зміни в біологічних чинниках (спадковість захворювань, постаріння населення).

Перелічене досить суттєво ускладнює розроблення методик прогнозування потреби в медичних кадрах і виконання кількісних розрахунків особливо у сфері визначення додаткової потреби (підготовка фахівців окремих спеціальностей). Методологічні особливості прогнозування потреби в медичних кадрах полягають у тому, що мають місце два її різновиди: по-перше, загальна потреба (потреба в штатних посадах медичних працівників по регіонах і країні в цілому), потреба в медичних кадрах на кінець року чи періоду як чисельність лікарів і середніх спеціалістів для надання медичної допомоги конкретному (за чисельністю і за структурою) контингенту населення; по-друге, додаткова потреба, що визначає обсяги необхідної підготовки медичних кадрів (потреба в підготовці кадрів).

Завдання визначення структури підготовки медичних кадрів за спеціальностями вирішується в результаті виконання розрахунків у послідовному ланцюжку, де наступним є результат дії попереднього етапу: визначення потреби країни або її адміністративно-територіальних одиниць у загальній чисельності медичних працівників; загальна потреба в підготовці медичних кадрів за окремими факторами плинності кадрів з різних причин; потреба в окремих категоріях фахівців шляхом розподілу загальної потреби в підготовці кадрів відповідно до прогнозованої структури поширеності захворювань населення.

Розрахунки з боку інформаційного забезпечення мають такі методологічні особливості: чисельність лікарів і середніх спеціалістів необхідно враховувати у фізичних особах тому, що інші виміри не відповідають повноті оцінювання (наприклад, чисельність штатних посад і в т.ч. зайнятих може нести значні суб'єктивні складові); чисельність медичних працівників обчислюється за всіма рівнями відомчого підпорядкування та власності для забезпечення відповідності обсягів необхідної медичної допомоги населенню, що надається не тільки закладами МОЗ, але й відомчими та комерційними структурами.

Схема виконання прогнозних розрахунків загальної потреби в медичних кадрах може бути представлена такими послідовними етапами:

— розрахунки обсягів надання медичної допомоги населенню України та її регіонам за статеві-віковою структурою і чисельністю населення в ретроспективному та перспективному періодах;

— розрахунки обсягів надання медичної допомоги населенню України та її регіонів, що відносяться до функціональних обов'язків лікарів;

— розрахунки питомих показників навантаження на одного лікаря (спроможність лікаря у наданні певних

обсягів медичної допомоги в еквівалентах) у попередньому періоді та їх прогноз на перспективу;

— розрахунки потреби в загальній чисельності лікарів і СМП на перспективний період;

— розрахунки додаткової потреби в лікарях і СМП з урахуванням змін у загальній потребі та потребі на заміщення їх вибуття з різних причин.

Обсяги медичної допомоги населенню регіонів України та держави в цілому, що є базою розрахунків відповідної потреби в медичних працівниках, розраховуються шляхом множення відповідної за роками чисельності населення у статеві-віковій структурі на показники еквівалентів медичної допомоги, що надаються в ідентичних структурах.

Еквівалент є інтегрованим показником стану здоров'я населення, характеризує можливу відносну величину захворюваності однієї особи залежно від статі та віку людини і встановлює рівень необхідних обсягів надання медичної допомоги як в цілому по країні, так і в інших різноманітних розрізах. Цей еквівалент розрахований за даними світової статистики та широко використовується. Вікова складова коефіцієнта характеризується таким чином, що цей показник порівняно з середніми віковими групами (вікова група працездатних чоловіків 25—34 роки, еквівалент якої становить 2,0 од., у жінок — вікова група фертильних жінок 19—24 роки з еквівалентом 2,5—3,5) значно зростає в молодших і старших вікових групах. У групі дітей чоловічої статі до 1 року цей еквівалент вже складає 10,0 од., 2—4 роки — 7,0 од., а дітей жіночої статі до 1 року — відповідно 5,0 од., 2—4 роки — 3,5 од. Для чоловіків і жінок старшої групи у віці 85 років і більше він становить 13,0 од. Для таких масивних систем, якою є населення країни, динаміка питомих показників, до яких належать еквіваленти, має настільки стійку інерцію, що без надмірної похибки їх можна прийняти однаковими за рівнем на всі ретроспективні і прогнозні роки.

Всі розрахунки обсягів медичної допомоги виконуються в стандартизованих формах окремо для чоловічої і жіночої статі, після чого результати підсумовуються в "обидві статі" та в цілому по населенню за рік. Обсяги потреби галузі в кадрах лікарів пов'язані з наданням медичної допомоги населенню за допомогою показників навантаження на одного лікаря.

Показник навантаження є часткою від ділення обсягів медичної допомоги населенню України, що надають лікарі, на загальну чисельність лікарів. Це потребує розподілу обсягів медичної допомоги на дві складові: обсяги допомоги, віднесені до функціональних обов'язків лікарів, та обсяг, який повинен надавати населенню середній медичний персонал. На першому кроці ітерації частку обсягу медичної допомоги, що є функціональним обов'язком лікарів, можна розрахувати за співвідношенням лікарів до середніх медичних працівників. Наприклад, у 2005 р. в Україні на одного лікаря припадало 2,17 середнього медичного працівника. В розрахунках прийнята гіпотеза, що ефективність праці лікарів умовно повинна бути в 2,17 рази вищою, ніж у СМП (з урахуванням якості та складності праці), а обсяг робіт, що виконується лікарями, має бути зворотньо пропорційним цьому співвідношенню. Тобто частка обсягів роботи, виконана лікарями, має становити $2,17 / (2,17 + 1) = 0,689$ (68,9% загального обсягу медичної

допомоги). Цей показник (співвідношення) в Україні хоча і знижується, але має досить стабільну динаміку на рівні 1:2,37(2,40) з підвищенням на кінець прогнозного періоду (2015 р.) до 1:2,42 внаслідок керівних дій з метою реформування галузі та завдань Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації".

Далі динамічний ряд питомих показників обсягу медичної допомоги, наданої одним лікарем (навантаження на одного лікаря в еквівалентах), за досить тривалий період 1990—2005 рр. використовується для надійного прогнозування його динаміки за довготривалою тенденцією (трендом).

Достатньо довгий ряд питомих показників навантажень лікарів піддається обґрунтованому прогнозуванню за так званими апроксимуючими функціями. На рівень навантаження лікарів впливають одразу декілька різноспрямованих факторів. Наприклад, перекладання деяких функцій лікаря на СМП знижує навантаження на першого, а розвиток сімейної медицини призведе до зростання навантажень на сімейного лікаря, в т.ч. взагалі на одного лікаря. Показник навантаження на 1 лікаря повільно знижується з 851,4 екв. од. на рік (1990 р.) до 769,0 екв. од. (2005 р.) з деякою стабілізацією в перспективі до 2013 р. на рівні 762,0 екв. од. та зростанням до 764,4 екв. од. у 2015 р. за розрахованим трендом (основна тенденція у формалізованому вигляді), що автоматично забезпечує стабілізацію чисельності лікарів.

Наша гіпотеза враховує також деякий резерв чисельності медичних працівників на випадок непередбачуваних ситуацій (виникнення епідемій, нових видів захворювань тощо). Загальна потреба в чисельності лікарів на кожен рік прогнозного періоду розраховується шляхом ділення потрібних населенню України обсягів медичної допомоги, що стосуються функціональних обов'язків лікарів, на прогнозні питомі показники навантаження лікарів. Чисельність середніх спеціалістів як величина похідна від чисельності лікарів визначається шляхом множення прогнозної чисельності лікарів на прийнятний у прогнозованому періоді коефіцієнт співвідношення. Потреба в лікарях для закладів охорони здоров'я регіонів України використовує ті ж самі методичні принципи, за винятком 3-го етапу розрахунків показників навантаження. Рівень навантаження медичних працівників за регіонами має бути рівним для всіх, що забезпечить виконання рівних умов одержання медичної допомоги.

У такому разі прогнозні загальнодержавні рівні навантаження лікарів можна використовувати у ролі нормованого показника для регіонів. Тоді потреба в лікарях адміністративно-територіальних одиниць є результатом ділення обсягів медичної допомоги для населення регіону, віднесених до функціональних обов'язків лікарів (ОМДЛ — еквівалентних одиниць) на загальнодержавний показник навантаження (НІт), тобто:

$$\text{ЧЛ}_{i,t} = \frac{\text{ОМДЛ}_{i,t}}{\text{НІ}_t}$$

де $\text{ЧЛ}_{i,t}$ — потреба регіону "i" в загальній чисельності лікарів, осіб на рік "t"; НІ_t — навантаження на одного лікаря в середньому по країні на рік "t", еквівалентних одиниць.

Додаткова потреба в медичних працівниках (усього) є результатом підсумовування обсягів змінення у потребі

країни чи регіону в загальній чисельності медичних працівників (зростання або зменшення потреби в посадах) з потребою в медичних працівниках на заміщення їх вибуття за різними причинами. Потреба в медичних працівниках на заміщення їх вибуття складається з вибуття їх за смертністю, настанням пенсійного віку (окремо за статтю — жінки, чоловіки та разом) з виділенням осіб, які не будуть працювати, сальдо міграції за межі регіону, а також потреба (в разі прийняття програми) на заміщення вакантних посад у закладах охорони здоров'я.

Апробація методичних положень проведена в розрахунках потреби в чисельності лікарів та СМП на прогнозний період до 2015 р. на статистичних матеріалах 1990—2005 рр. та засвідчила достатню логічність результатів.

До переваг наведених методичних положень можна віднести використання стандартизованих форм розрахунків для всіх аспектів прогнозування потреби, що дає змогу проводити таку роботу в моніторинговому режимі. Всі вхідні та вихідні показники розраховуються в стандартизованих формах таблиць з можливістю дещо автоматизувати розрахунки.

ВИСНОВКИ

1. Центральне місце в розробці програм економічного розвитку поряд з інвестиційною політикою належить політиці зайнятості та використання трудового потенціалу.
2. Запропонована методика прогнозування потреби в медичних кадрах галуззі на середньострокову перспективу.

Література:

1. Банчук М. В. Розвиток кадрового потенціалу охорони здоров'я України / Банчук М.В., Фещенко І.І., Волинкін І.І. // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2008 рік. — К.: МОЗ, 2009. — С. 54—63.
2. Вишняков Н.И. Основы экономики здравоохранения / Н.И. Вишняков, В.А. Миняев. — М.: МедПресс, 2008. — 144 с.
3. Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / В.Р. Григорович // Державне управління: удосконалення та розвиток. — 2010. — № 2. — Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?operation=1&iid=93>.
4. Здоровье — 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения // ВОЗ, Европейское региональное бюро. — Копенгаген: ВОЗ, 1999. — 310 с.
5. Лазоришинець В.В. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору / [Лазоришинець В.В., Банчук М.В., Волосовець О.П. та ін.] // Медична освіта. — 2009. — № 2. — С. 5—10.
6. Постанова КМУ "Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002—2011 роки" від 10 січня 2002 р. № 14. — Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=14-2002-%EF>.

Стаття надійшла до редакції 20.07.2011 р.