



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Определение потребности в медицинских специалистах и формирование штатов в организациях здравоохранения КР



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation



Hôpitaux
Universitaires
Genève



ИМО/IME

Медициналыкбилимберүүдөгү
демилгеси
ОО «Инициативы в
медицинском образовании»
Initiatives in Medical Education

Программа разработана и финансируется
Правительством Швейцарии
Programme designed and financed by the
Government of Switzerland
www.swisscoop.kg



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**
FACULTÉ DE MÉDECINE

Контакты

**в Бишкеке, Кыргызская
Республика**

Д-р Гульзат Орозалиева

Менеджер Проекта
Реформы медицинского
образования в КР (Проект MER)
Бишкек, ул.Раззакова 19, к. 401,
720040, Кыргызстан
Тел: +996 (312) 398296
E-mail: ime@ime.org.kg

Аида Абдраимова

Старший Аналитик
Центр Анализа Политики
Здравоохранения
Бишкек, Тоголок Молдо 1,
720040, Кыргызстан
Тел: +996(312)666244
E-mail: aida@hpac.kg
URL: <http://hpac.kg/>

Нугуль Акимова

Консультант,
Министерство
здравоохранения КР
Бишкек
Московская 148
E-mail: akimova0901@gmail.com

Канатбек Кожокеев

Координатор по стационарной
службе
Проект «Автономия
организаций здравоохранения»

E-mail:
kanatbek.kozhokeev@hfa.kg

Оглавление

Список сокращений.....	4
1. Введение.....	5
2. Цель и задачи оценки.....	5
3. Методология оценки.....	6
4. Результаты оценки.....	7
4.1. Обзор основных статистических показателей по численности медицинского персонала в КР.....	7
4.1. Определение потребности в медицинских специалистах в ОЗ.....	9
4.1.1. Формирование штатных нормативов на ПМСП.....	11
4.1.2. Формирование штатных нормативов на стационарном уровне.....	13
4.2. Анализ штатных расписаний в некоторых ОЗ.....	15
4.2.1. Анализ штатных расписаний ОЗ г. Бишкек.....	15
4.2.2. Анализ штатных расписаний ОЗ г. Балыкчи.....	17
4.3. Пример создания условий для эффективного управления медицинским персоналом в ОЗ пилотных районов Иссык-Кульской области.....	19
4.3.1. Оценка ситуации, определение проблем и предложенные решения.....	20
4.3.2. Анализ штатных расписаний ОЗ в пилотных районах.....	23
4.3.3. Преимущества оптимизации в пилотных ОЗ при определении потребности в специалистах.....	24
5. Ключевые выводы и вопросы, требующие внимания.....	25
Приложение 1 Организационная структура ОЗ пилотных районов до проведения оптимизации.....	27
Приложение 2 Организационная структура ОЗ в пилотных районах после оптимизации.....	29
Приложение 3 Формирование ФОТ на принципах автономии в ОЗ пилотных районов (средний % от дохода, за последние 3 года для каждой ОЗ).....	30

Список сокращений

АДО	Амбулаторно-диагностическое отделение
АОЗ	Проект «Автономия организаций здравоохранения»
ВОП	Врач общей практики
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГСВ	Группа семейных врачей
ГКБ	Городская клиническая больница
КБ	Клиническая база
КТУ	Коэффициент трудового участия
КДО	Клинико-диагностическое отделение
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НПА	Нормативные правовые акты
НСК	Национальный статистический комитет
НЦ	Национальный центр
ОЗ	Организации здравоохранения
ООб	Областная объединенная больница
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПДО	Приемно-диагностическое отделение
РОЗ	Республиканские организации здравоохранения
СЗО	Стационарзамещающие отделения
ТБ	Территориальная больница
ТУФОМС	Территориальное управление Фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ	Фонд оплаты труда
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ЦЭЗ	Центр электронного здравоохранения

1. Введение

В настоящее время вопросы планирования врачебных кадров организаций здравоохранения с учетом потребностей системы здравоохранения являются неотъемлемой частью реформирования системы здравоохранения и актуальной проблемой, требующей решения.

Ряд проведенных оценок, направленных на оценку состояния кадровых ресурсов здравоохранения в Кыргызстане, показал, что основными факторами, влияющими на кадровый потенциал, являются: недостаток врачебных кадров в регионах, особенно семейных врачей и врачей некоторых узких специальностей, высокий уровень совместительства среди врачей, «старение кадров», а также отток медицинских кадров из учреждений здравоохранения.

Планирование подготовки врачебных кадров на последипломном уровне осуществляется из имеющегося бюджета и заявок медицинских образовательных организаций, при этом недостаточно учитываются потребности организаций здравоохранения и возможности клинических баз для обеспечения качественной практической подготовки.

Рост числа выпускников медицинских вузов не отражается на решении проблемы дефицита врачебных кадров, но вызывает обеспокоенность качеством подготовки в условиях конкурирующего доступа к клиническим и практическим базам.

Планирование врачебных кадров в организациях здравоохранения после обретения независимости, в некоторой степени, сохранило систему планирования, учитывающую потребность населения в медицинских кадрах, основанную на мощностях инфраструктуры, уровне заболеваемости населения и других факторах. Данная концепция планирования, отчасти, используется в системе здравоохранения по настоящее время.

Существующая, в настоящее время, информационная система по кадровым ресурсам здравоохранения не позволяет осуществлять учет, мониторинг и планирование человеческих ресурсов на основе достоверных данных.

В связи с этим, необходимо изучение вопроса, каким образом потребности во врачебных специалистах определяются в организациях здравоохранения, какие основные критерии для этого используются, насколько имеющаяся численность кадрового состава медицинских специалистов может обеспечить выполнение требуемых нормативов по оказанию медицинских услуг.

2. Цель и задачи оценки

Цель:

Изучить каким образом определяется потребность во врачебных специалистах здравоохранения в организациях здравоохранения в КР.

Основные задачи и исследовательские вопросы:

1. Каким образом ОЗ здравоохранения определяют численность и планируют врачебные кадры?
2. Какие основные критерии используются при расчете потребности во врачебных кадрах?
3. Изучение и анализ нормативно-правовых актов, которые регламентируют численность врачебного персонала в ОЗ.

4. Насколько имеющиеся критерии определения потребности в специалистах отвечают текущим потребностям ОЗ, имеются ли особенности планирования кадров на амбулаторном и стационарном уровнях оказания помощи?

5. Изучение опыта формирования потребности в кадрах в ОЗ, в том числе в пилотных районах Иссык-Кульской области.

3. Методология оценки

Методологически исследование было построено по типу быстрой оценки:

- анализ имеющегося законодательства и нормативных документов, регламентирующих определение потребности, штатных нормативов, оплаты труда в ОЗ;

- интервью с руководителями организаций здравоохранения, со специалистами финансового отдела, отдела кадров о штатных нормативах и нагрузках на специалистов;

- посещение организаций здравоохранения в Иссык-Кульской области (в том числе пилотных ОЗ в рамках проекта АОЗ) для изучения штатных нормативов данных организаций в качестве примера;

Инструменты для сбора данных

- нормативно-правовые документы, регламентирующие структуру и работу организаций здравоохранения;

- нормативно-правовые документы, касающиеся штатных нормативов, распределения штатных нагрузок, должностных инструкций и функциональных обязанностей, используемые в организациях здравоохранения;

- статистические данные, касательно штатов, нагрузок;

При проведении интервью были использованы полу-структурированные вопросники с максимальным использованием открытых вопросов, направленных на получение качественных данных.

На данном этапе оценки изучались только вопросы определения и формирования потребности во врачебных кадрах в ОЗ, при этом не рассматривались вопросы, связанные с ограниченностью ресурсов (например, размеры заработной платы, возможности для обучения или финансирования кадровых ресурсов здравоохранения) или потребности, связанные с показателями здоровья населения и приоритетов системы здравоохранения и др.

Анализ численности кадровых специалистов в изучаемых ОЗ определялся только как разрыв между настоящей численностью кадровых ресурсов в ОЗ и необходимой численностью врачебных кадров по некоторым изучаемым категориям в рамках установленных штатных нормативов для работников системы здравоохранения.

4. Результаты оценки

4.1. Обзор основных статистических показателей по численности медицинского персонала в КР

В настоящее время официальные статистические данные, относительно численности медицинского персонала доступны по данным Национального статистического комитета КР (НСК) и Центра электронного здравоохранения при МЗКР (ЦЭЗ).

По данным НСК численность медицинских врачебных кадров за 2017 год составляет 13942 человека. Эти данные о показателях всех медицинских работников в стране, которые в том числе, работают в организациях и учреждениях вне системы здравоохранения (социальные учреждения, учреждения силовых структур и др.) и не зависимо от формы собственности (государственная, муниципальная, частная).

Рис. 1 Численность медицинского персонала по КР в динамике, по годам



Источник: НСК <http://stat.kg/ru/statistics/zdravooхранenie/>

По данным ЦЭЗ на 1 января 2017 года общее число врачебного персонала - 13425 человек, что составляет 21,5 на 10000 населения. Их них количество семейных врачей составляет 1586 человек, или 2,5 на 10000 населения. Последние несколько лет эти показатели являются относительно стабильными, но являются одними из самых низких в странах европейского региона ВОЗ.

В настоящее время потребность и планирование кадров в системе здравоохранения основано на показателях количества штатной численности персонала, занятых ставок и физических лиц, которые работают в ОЗ. Исходя из данных показателей, формируется процент укомплектованности медицинским персоналом и коэффициент совместительства в целом по стране и в разрезе регионов.

Укомплектованность ОЗ медицинскими кадрами и коэффициент совместительства рассчитываются как разница между запланированным штатным нормативом и количеством занятых ставок и количеством работающих физических лиц.

На уровне статистической информации не имеется официальных данных по количеству ординаторов, которые проходят обучение и работают в ОЗ.

По данным ЦЭЗ максимальная укомплектованность врачами ЦСМ наблюдается в г. Бишкек – 100%, но при этом очень высокий уровень совместительства -1,4. Это указывает на то, что все имеющиеся запланированные штатные ставки являются занятыми, и распределены между имеющимися физическими лицами.

Высокий процент совместительства наблюдается также в Джалал-Абадской области и составляет 1,4.

Показатели укомплектованности республиканских организаций здравоохранения показывают наиболее низкий уровень – 81,9%, при этом врачебный персонал не работает по совместительству (работа более 1 ставки). Такая же ситуация по г. Ош укомплектованность врачами на уровне 80,4%. Данная ситуация может указывать на наличие вакантных должностей в данных ОЗ.

Таблица 1 Укомплектованность должностей медицинского персонала ПМСП, по областям 2017 год.

Регионы	ЦСМ/ГСВ				
	Должности		Физические лица	% укомплектованности	Коэффициент совместительства
	Штатные	Занятые			
Кыргызская Республика	7469,25	6517,5	5150	87,3	1,2
Баткенская область	456,3	400,5	346	87,8	1,1
Джалал-Абадская область	1100,75	932,50	676	84,7	1,4
Иссык-Кульская область	468,75	392,50	340	83,7	1,2
Нарынская область	335,5	292,0	209	87,0	1,3
Ошская область	2746,75	2609,5	2423	95,0	1,1
Таласская область	730,5	703,0	651	96,2	1,1
Чуйская область	1695,0	1603,0	1418	94,6	1,1
Республиканские организации	139,25	114,0	109	81,9	1,0
г.Бишкек	1998,25	1998,25	1436	100,0	1,4
г.Ош	543,75	437,25	446	80,4	1,0

Источник, ЦЭЗ, 2017

На уровне стационаров уровень укомплектованности врачебными кадрами в регионах выше и составляет от 89,9% в Таласской области до 99,8% г. Бишкек. Очень высокий процент совместительства в Иссык-Кульской (1,7) Нарынской и Таласской областях (1,6), что указывает на большую разницу между имеющимися занятыми ставками и количеством работающих физических лиц.

Таблица 2. Укомплектованность должностей медицинского персонала стационара, по областям 2017 год.

Регионы	Стационары				
	Должности		Физические лица	% укомплектованности	Коэффициент совместительства
	Штатные	Занятые			
Кыргызская Республика	7140,5	6846,75	5420	95,9	1,3
Баткенская область	420,3	411,5	316	97,9	1,3
Джалал-Абадская область	985,0	948,75	687	96,3	1,4
Иссык-Кульская область	443,5	426,5	247	96,2	1,7
Нарынская область	249,5	242,0	151	97,0	1,6

Ошская область	1288,25	1239,0	1100	96,2	1,1
Таласская область	213,0	191,5	117	89,9	1,6
Чуйская область	641,0	612,5	509	95,6	1,2
Республиканские организации	1831,5	1713,75	1442	93,6	1,2
г.Бишкек	786,0	784,25	608	99,8	1,3
г.Ош	282,5	277,0	243	98,1	1,1

Источник, ЦЭЗ, 2017

4.1. Определение потребности в медицинских специалистах в ОЗ

Планирование потребности в медицинских кадрах в Кыргызской Республике основывается на методе штатного нормирования и предполагает расчет количественной потребности в медицинских кадрах.

Кроме того, на уровне Министерства здравоохранения КР проводится ежегодное планирование подготовки врачебных кадров по специальностям на последипломном уровне, исходя из имеющегося бюджета и заявок медицинских образовательных организаций, при этом недостаточно учитываются потребности практического здравоохранения и возможности организаций здравоохранения, являющихся клиническими базами, для обеспечения качественной практической подготовки.

Другие виды планирования не используются, ни на уровне отдельных организаций здравоохранения, ни на уровне системы здравоохранения в целом.

Примером имеющегося подхода планирования кадровых ресурсов на основе штатного нормирования является использование утвержденных нормативов при формировании штатного расписания организации здравоохранения по каждой должности.

Штатное расписание является документом, которым определяется перечень и численность должностей по каждому структурному подразделению и в целом по организации здравоохранения.

Штатное расписание разрабатывается и утверждается организациями здравоохранения самостоятельно по состоянию на 1 января ежегодно и согласовывается с ТУ ФОМС.

На основании штатного расписания определяется и формируется фонд оплаты труда (ФОТ) в соответствии с перечнем НПА и Приказами МЗКР по оплате труда, норм нагрузок и штатных нормативов для медицинского персонала.

Штатное расписание в ОЗ формируется по уровням оказания помощи в соответствии с утвержденной номенклатурой должностей медицинских, фармацевтических и других специальностей в организациях здравоохранения КР на основании Приказа МЗКР от 30.05. 2018 года № 387 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей, номенклатуры должностей и перечня соответствия медицинских и фармацевтических специальностей должностям в ОЗ КР». Согласно данного Приказа определено 125 врачебных специальностей и должностей.

В настоящее время для ОЗ стационарного уровня утвержден Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 8 июля 2011 года № 354 «Об утверждении Методического руководства по оплате труда» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.06.2015 г.), Приложение 4 «Нормы нагрузки медицинского персонала клинических отделений».

На основании данных утвержденных норм нагрузок медицинского персонала клинических отделений в ОЗ стационарного уровня формируется штатное расписание.

В рамках проводимых интервью с руководителями ОЗ было отмечено, что данные нормативы нагрузки разработаны для определения дополнительной оплаты труда специалистов на основании КТУ. Но, поскольку других нормативных документов не существует, для определения штатных нормативов при разработке штатного расписания, то ОЗ используют данные нормативы.

При этом, было отмечено, что имеющаяся численность медицинских специалистов, не соответствует данным нормативам. Чаще всего руководители ОЗ ежегодно формируют штатное расписание на основании предыдущего года.

У Министерства здравоохранения были попытки разработки нормативов для определения штатного расписания в ОЗ стационарного уровня, в связи с чем в 2015 году был разработан и утвержден Приказ МЗКР №31 "О нормах нагрузки штатных единиц в ОЗ". Однако, действие данного приказа было приостановлено и в ноябре 2018 года было отменено.

Для первичного уровня недавно был разработан и утверждён совместный приказ МЗ КР и ФОМС "Об утверждении штатных нормативов медицинского и немедицинского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи КР" Приказ МЗКР от 14.11.2018 г. №774 Приказ ФОМС от 14.11.2018г. №342 (внесены изменения от 14.11.2018 «О внесении изменение и дополнений»).

Таблица 3. Перечень НД, регламентирующих штатные нормативы в ОЗ

Действующие Приказы МЗ	Приказы, которые утратили силу	Примечания
Приказ МЗКР №354 от 07.08.2011 «Нормы нагрузки для расчета КТУ» (Прил. 4) для всех уровней (ТБ, ООБ, РОЗ, НЦ,ГСВ/ЦСМ, КДО и др.)		На основании данных норм нагрузки определяются штатные нормативы и формируется штатное расписание на стационарном уровне
Совместный приказ МЗ КР и ФОМС "Об утверждении штатных нормативов медицинского и немедицинского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи КР" от 14.11. 2018 г. №774 (МЗ) №342 (ФОМС).	- Приказ МЗКР №653, (2010) «О Центре семейной медицины», - Приказ МЗКР №31(2015) "О нормах нагрузки штатных единиц в ОЗ". - Приказ МЗКР №284 (1998), раздел 1.2. «О типовых штатах административно-хозяйственного и обслуживающего персонала в ОЗ»	Определяются штатные нормативы и формируется штатное расписание на ПМСП

<p>Приказ МЗКР от 30.05. 2018 года № 387 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей, номенклатуры должностей и перечня соответствия медицинских и фармацевтических специальностей должностям в ОЗ КР».</p>	<p>Приказ МЗКР от 31 июля 2003 г. за №327 «Номенклатура врачебных и фармацевтических специальностей в учреждениях здравоохранения»</p>	<p>Формируется перечень должностей в ОЗ</p>
--	--	---

4.1.1. Формирование штатных нормативов на ПМСП

Определение потребности в медицинских кадрах на ПМСП проводится на основании временных штатных нормативов на основании совместного Приказа МЗКР и ФОМС «Временные штатные нормативы медицинского и немедицинского персонала в системе ПМСП КР» (Совместный Приказ МЗ и ФОМС 747/342 от 14.11.2018).

До этого времени, штатные нормативы определялись на основании «Временных штатных нормативов медицинского и прочего персонала», утверждённых Приказом МЗКР №653 от 29.12.2010 года, который в соответствии с вышеуказанным действующим Приказом утратил силу.

Согласно действующего Приказа определение потребности в медицинских кадрах проводится:

- на основе приписанного населения;
- в зависимости от врачебных должностей;
- в зависимости от количества коек (для СЗО);
- в зависимости от квадратуры ОЗ (для младшего персонала).

Согласно утвержденного Приказа МЗКР установлено, что штатные нормативы для ЦСМ являются предельными, и могут пересматриваться в зависимости от объемов зарабатываемых средств.

Ниже, в таблице 2 приведены штатные нормативы для некоторых специальностей ГСВ с учетом изменений, которые были приняты в утверждённом Совместном Приказе МЗКР и ФОМС (№774/342 от 14.10.2018 года).

Также следует отметить, что в данный Приказ были внесены изменения (совместный Приказ №782МЗКР и №347ФОМС от 20.11.2018) с учетом отсутствия в ЦСМ г. Бишкек смешанного приема населения, для перехода на принцип семейной медицины и внедрения стимулирующей системы оплаты по результатам деятельности врачей ГСВ на переходный период.

Кроме того, на основании внесенных изменений внедрены две дополнительные должности и специальности с определением кодов: Семейный врач-педиатр, семейный врач-терапевт для г. Бишкек.

Согласно действующему Приказу МЗКР по временным штатным нормативам на ПМСП пересмотрены нормы приписанного населения для семейных врачей (врачей общей практики) и других специалистов ГСВ. Для 1 семейного врача установлен норматив 1500 приписанного населения.

Кроме того, пересмотрены нормы нагрузки для семейных врачей – педиатров и терапевтов, которые внедрены в г. Бишкек. Согласно вновь утвержденного Приказа, специальность акушер-гинеколога, которая ранее была отнесена к врачам ГСВ, отнесена к специальности консультативного отделения ЦСМ.

Также изменились нормативы по штатной численности семейной медицинской сестры. Ранее норматив определялся в зависимости от должности семейного врача (1,5 должности на каждого семейного врача).

Настоящим Приказом потребность в семейной медицинской сестре зависит от количества приписанного населения: 1 должность семейной медицинской сестры на 1000-1200 приписанного населения (Таблица 4).

Таблица 4. Штатные нормативы медицинского персонала ЦСМ/ГСВ для некоторых должностей

Наименование должности	К-во должностей	Наименование должности	К-во должностей
2018 (Совместный Приказ МЗ и ФОМС)		2010 (Приказ МЗ, утратил силу)	
Семейный врач (Врач общей практики)	1 должность на 1500 приписанного населения	Семейный врач (Врач общей практики)	1 должность на каждые 1000-1500 приписанного населения
Семейный врач – терапевт (г. Бишкек)	1 должность на 1000-1500 приписанного населения	Врач-терапевт	1 должность на 1700 приписанного населения
Семейный врач – педиатр (г. Бишкек)	1 должность на 900-1500 приписанного населения	Врач-педиатр	1 должность на 700 детей
Врач акушер - гинеколог (консультативное отделение)	1 должность на 3500 приписанного женского населения	Акушер-гинеколог	1 должность на 3500 женщин
Семейная медсестра	1 должность на 1000-1200 приписанного населения	Семейная медсестра	1,5 должности на каждого семейного врача
Клинический рук-ль ГСВ	До 9 врачебных должностей -0,5 ст. свыше 9- 1,0 ставка	Клинический рук-ль ГСВ	До 9 врачебных должностей -0,5 ставки.,

			свыше 9-освоб. должность
Врачебный персонал консультативного отделения (24 специальности)	0,5 или 0,25 на каждые 10 000 населения	Врачебный персонал консультативного отделения (22 специальности)	0,5 или 0,2 на каждые 10 000 населения

4.1.2. Формирование штатных нормативов на стационарном уровне

Штатные нормативы в ОЗ стационарного уровня формируются на основе «Норм нагрузки медицинского персонала клинических отделений», утверждённых Приказом Министерства здравоохранения КР от 8 июля 2011 года № 354 «Об утверждении Методического руководства по оплате труда». (Приказ МЗКР №354 от 08.07.2011) с учетом:

- числа курируемых больных в день;
- числа пролеченных случаев на должность врача в месяц;
- условных единиц труда (УЕТ) (1 условная единица соответствует 15 минутам времени исполнения медицинской услуги);
- на основе имеющихся отраслевых программ для научной деятельности (для третичного уровня).

Согласно вышеуказанному Приказу, нормы нагрузки медицинского персонала утверждены для разных уровней оказания помощи:

- территориальных больниц;
- областных объединенных больниц;
- республиканских организаций здравоохранения, национальных центров и организаций здравоохранения г. Бишкек;
- организаций здравоохранения ПМСП, ГСВ/ЦСМ;
- консультативно-диагностических отделений республиканских ОЗ, НЦ и ОЗ г. Бишкек.

Согласно вышеуказанному Приказу МЗКР нормы нагрузки каждого работника должны утверждаться руководителем ОЗ с учетом нормативов, утверждаемых Министерством здравоохранения КР.

В таблице 5 приведены примеры нормы нагрузки медицинского персонала некоторых клинических отделений, согласно Приказу МЗКР №354 от 08.07.2011, который устанавливает число курируемых больных в день и число пролеченных случаев на занятую должность врача на разных уровнях оказания стационарной помощи.

Как видно из нижеприведенной таблицы 5, для одних и тех же клинических отделений нормы нагрузки на разных уровнях различаются. В некоторых случаях нормы нагрузки на уровне территориальных больниц больше, чем на уровне областных и республиканских больниц.

В интервью с разными ключевыми лицами, проводимых в рамках данной оценки, было отмечено, что данные нормативы рассчитывались, исходя из среднего числа больных в день и пролеченных случаев в месяц по показателям всех ОЗ соответствующего уровня.

При проведении интервью большинство руководителей ОЗ районного уровня отметили, что они информированы о данных нормативах, но ежегодно при формировании штатного расписания не используют данные нормативы. Чаще всего, штатное расписание формируют на основе предыдущего года, с внесением необходимых корректировок по производственной необходимости и с учетом выделяемых средств на фонд оплаты труда.

Таблица 5. Нормы нагрузки медицинского персонала некоторых клинических отделений на стационарном уровне

Клиническое отделение	Число больных/ день	Число пролеченных случаев/ мес.	Число больных/ день	Число пролеченных случаев/ мес.	Число больных / день	Число пролеченных случаев/ мес.
	ТБ		ООБ		РЛО/НЦ/ОЗ г. Бишкек	
Гинекологическое	11	48	10	35	8	30
Хирургическое взрослое	6	22	10	26	15	42
Педиатрическое	11	36	10	26	10	26
Терапевтическое	12	40	10	30	15	30
Инфекционное взрослое	10	33	8	27	25	60
Кардиологическое	12	36	9	28	12	20
Родильное	10	40	10	40	10	64

Согласно данного Приказа МЗКР №354 от 08.07.2011 утверждены также нормы нагрузки медицинского персонала на уровне ПМСП и ГСВ/ЦСМ.

При проведении интервью, при выяснении, каким образом ОЗ первичного уровня используют данные нормативы, было отмечено, что данные нормативы предназначены для расчета КТУ при дополнительной оплате труда.

Однако ОЗ, как первичного уровня, так и стационарного отметили, что не используют данные нормативы, для расчета КТУ. Используются другие методы, чаще всего, равноправное или на основе дисциплинарных показателей распределение дополнительных средств на оплату, предназначенных на основе КТУ.

Следует отметить, что в данном приказе отсутствуют нормативы нагрузки для приемно-диагностических отделений (ПДО) при ТБ для расчета штатных нормативов и КТУ (Таблица 6).

Таблица 6. Нормы нагрузки медицинского персонала на уровне ПМСП на 1 должность в месяц

Должности	Норма нагрузки на 1 должность в месяц для ГСВ/ЦСМ	Норма нагрузки на 1 должность в месяц для АДО/КДО при РЛО, НЦ и ОЗ г. Бишкек	ПДО при ТБ
Врач ГСВ	205	-	Нет
Терапевт	308	-	Нет
Педиатр	308	275	Нет
Гинеколог	300	300	Нет
Хирург	478	275	Нет
Кардиолог	208	208	Нет
Эндокринолог	426	345	Нет
Офтальмолог	356	345	Нет
ЛОР-врач	418	345	Нет

4.2. Анализ штатных расписаний в некоторых ОЗ

В рамках данной оценки был проведен анализ штатных расписаний некоторых организаций здравоохранения в г. Бишкек и Иссык-Кульской области.

В частности, для оценки были выбраны ЦСМ№1, КГБ №1 в г. Бишкек, ЦСМ и ТБ г. Балыкчи и Тонского района Иссык-Кульской области.

Анализ штатных расписаний заключался в определении расчетного количества персонала по имеющимся показателям, на основании которых должна формироваться штатная численность врачебного персонала в ОЗ в соответствии с нормативами, утвержденными Приказом МЗКР.

4.2.1. Анализ штатных расписаний ОЗ г. Бишкек

ЦСМ №1 г. Бишкек по состоянию на 01.01.2018 года имеет 109 848 приписанного населения. Согласно штатному расписанию на 01.01.2018 год общее количество врачебного персонала составляет 183,75 ставок, из которых фактическое число работающих физических лиц – 132 врача.

Анализ штатного расписания согласно утвержденным нормативам для врачей ЦСМ г. Бишкек показывает, что количество врачей терапевтов намного ниже, чем установленные штатные нормативы.

Имеющееся количество педиатров по штатному расписанию и количеству физических лиц превышает установленные нормы, учитывая установленные нормы приписанного детского населения, то было бы достаточно 23 врача-педиатра.

Имеется небольшая разница между фактически работающими лицами и количеству врачей акушер-гинекологов, которые должны были бы работать согласно установленным нормативам.

Количество хирургов в ЦСМ является оптимальным в соответствии с установленными штатными нормативами (0,5 должности на 10000 населения) (Таблица 7).

Таблица 7. Показатели ЦСМ и количество врачебного персонала по некоторым специальностям, 2017

ЦСМ №1, г. Бишкек, 2017				
Обслуживаемое население 112021	Приписанное население 109848	Общее к-во врачей по штату 183,75	Общее к-во врачей физ. лиц 132	
Профили амбулаторного уровня				
	Терапевт	Педиатр	Акушер-гинеколог	Хирург
К-во врачей по штату	25	31	19	5
К-во врачей физических лиц	25	29	15	5
Приписанное население по группам	69959	35741	61716	-
Расчетное к-во врачей по штатным нормативам	46	23	17	5

Анализ штатного расписания Городской клинической больницы №1 (ГКБ) в г. Бишкек показывает, что согласно утвержденным нормативам потребности во врачебных кадрах, наблюдается недостаток врачей только в отношении врачей-эндокринологов.

В ГКБ №1 большое количество хирургов, которые заняты менее одной ставки, поскольку количество физических лиц больше, чем запланировано по штату.

Учитывая количество пролеченных случаев по терапевтическому и хирургическому профилям с учетом установленной нормативами месячной нагрузки на врача, количество персонала в данных отделениях должно быть примерно в два раза меньше (Таблица 8).

Таблица 8. Показатели ГКБ и количество врачебного персонала некоторых отделений, 2017г.

ГКБ №1. г. Бишкек, 2017			
К-во коек 294	К-во госпитализаций 12496	Общее к-во врачей по штату 779,75	Обще к-во врачей физических лиц 608

Профиль отделений				
	Терапия	Хирургия	Кардиология и кардиоревматология	Эндокринология
К-во госпитализаций по отделениям в год	1534	5247	3046	1277
К-во врачей по штату	11,75	24,25	14,75	3
Физических лиц	11	31	10	2
Расчетное к-во врачей по нормативам нагрузки	6	14	12	5

4.2.2. Анализ штатных расписаний ОЗ г. Балыкчи

ТБ г. Балыкчи по состоянию на 01.01.2018 г. имеет в целом 170 коек, общее количество госпитализаций за 2017 год составило 6099.

Для анализа были рассмотрены количество специалистов, оказывающих медицинскую помощь по четырём направлениям: терапевтическая, хирургическая, педиатрическая и акушерско-гинекологическая помощи.

В целом по ТБ общее количество врачей по штатному расписанию составляет 49,75 единиц, фактически работающих физических лиц – 32 врачей. Из них по штатному расписанию 6,5 единиц рассчитано для терапевтического отделения, 5,25 единиц для хирургического отделения, 6,25 единиц для родильного и гинекологического отделения и 1 единица для педиатрического отделения, при этом количество физических лиц – врачей меньше в два раза, кроме педиатрического профиля.

Учитывая, имеющиеся утвержденные нормативы нагрузки на стационарном уровне для ТБ, согласно которых должны рассчитываться потребности в медицинских специалистах получается, что расчётное количество врачей согласно нормам нагрузки приближенно к количеству фактически работающих физических лиц.

На практике получается, что имеющиеся физические лица выполняют необходимую норму нагрузки, исходя из количества пролеченных случаев в месяц. А запланированное количество врачей согласно штатному расписанию по данным профилям завышено в 2-3 раза.

Например, в терапевтическом отделении, при имеющемся уровне госпитализаций, по установленным нормам нагрузки, достаточно иметь 2 врачей (расчетное количество составляет 1,8 единиц).

При имеющемся штатном расписании в 6,25 единиц гинекологического и родильного профиля, для обеспечения утверждённой нормы нагрузки по количеству госпитализаций и родов в год достаточно 2 врачей данного профиля (Таблица 9).

Для хирургического профиля по штатному расписанию запланирована потребность в 5,25 единицах хирургов, однако, учитывая установленные нормы, для выполнения установленной нагрузки по количеству фактически пролеченных случаев, достаточно наличие только 2,75 ставок хирургического профиля (2-3 физических лица).

По педиатрическому профилю запланированная норма потребности на 1 врача соответствует выполняемой нагрузке по количеству пролеченных случаев.

Таблица 9. Показатели ТБ и количество врачебного персонала некоторых отделений, 2017г.

ТБ, г. Балыкчи Иссык-Кульская обл., 2017					
К-во коек 170	К-во госпитализаций 6099	Общее к-во врачей по штату 49,75	Обще к-во врачей физических лиц 32		
Профиль отделений					
	Терапия	Хирургия	Педиатрия	Родильное	Гинекология
К-во коек	52	30	10	24	10
К-во госпитализаций	1092	729	427	1663	517
К-во врачей по штату	6,5	5,25	1	6,25	
Физических лиц	2	2	1	3	
Расчетное к-во врачей по нормативам нагрузки	1,8	2,75	0,9	2	

ЦСМ г. Балыкчи по состоянию на 01.01.2018 года имеет 48061 постоянного населения, из которых 43024 - приписанное население.

Для анализа штатного расписания были рассмотрены количество врачей по специальности «Семейный врач» и физически имеющиеся на момент проведения оценки врачи некоторых узких специальностей – хирург, эндокринолог, офтальмолог, отоларинголог, невролог.

Общее количество врачебного персонала по штатному расписанию составляет 59,5 единиц, фактическое количество работающих физических лиц- 42 человека.

Из них по штатному расписанию 21,75 единиц приходится на врачей ГСВ, из которых физических лиц -17 врачей. По 1 единице врачебного персонала по штатному расписанию приходится на хирурга и эндокринолога и по 2 единице на офтальмолога, отоларинголога и невролога.

Согласно утверждённому Приказом МЗ нормативу по штатной численности врачей, 1 семейный врач должен быть на 1500 приписанного населения, хирург, офтальмолог, отоларинголог и невролог должны быть каждый 0,5 ставки на 10000 населения и должность эндокринолога 0,25 ставки на 10000 населения.

С учетом утвержденных нормативов на уровне в ЦСМ г. Балыкчи наблюдается существенная нехватка врачей ГСВ. В среднем один врач ГСВ обслуживает более 2500 приписанного населения. Расчетное количество врачей узких специальностей согласно установленным нормативам по количеству постоянного населения также показывает их недостаток (Таблица 10).

Таблица 10. Показатели ЦСМ и количество врачебного персонала по некоторым специальностям, 2017

ЦСМ, г. Балыкчи Иссык-Кульская обл., 2017						
Постоянное население 48061	Приписанное население 43024	Общее к-во врачей по штату 59,50		Общее к-во врачей физ. лиц 42		
Профили амбулаторного уровня						
	Врач ГСВ	Хирург	Эндокринолог	Офтальмолог	Отоларинголог	Невролог
К-во врачей по штату	21,75	1	1	2	2	2
Физических лиц	17	1	1	1	1	2
Расчетное к-во врачей по штатным нормативам	28,5	2,4	1	2,4	2,4	2,4

4.3. Пример создания условий для эффективного управления медицинским персоналом в ОЗ пилотных районов Иссык-Кульской области.

С 2015 года в Кыргызстане реализуется Проект по автономии организаций здравоохранения, который фокусируется на вопросах управления в организациях здравоохранения в трех пилотных районах – Тон, Тюп и Джети-Огуз Иссык-Кульской области Кыргызской Республики. В рамках данной деятельности в ОЗ данных районов была проведена оптимизация управления штатным персоналом.

Вопросы оптимизации потребности специалистов в организациях здравоохранения Тонского, Жети-Огузского и Тюпского районов Иссык-Кульской области рассматривались с точки зрения создания оптимальных условий для эффективного использования и расширения прав и полномочий организаций здравоохранения, а также повышения их ответственности за результаты своей деятельности.

Основная цель оптимизации потребности в специалистах заключалась в наделении полномочиями ОЗ самостоятельно определять количество персонала, в зависимости от реальной потребности в данном районе, исходя из фактически сложившихся показателей деятельности и финансовых возможностей.

Это требовало проведения определенной оценки и создания условий в данном направлении.

4.3.1. Оценка ситуации, определение проблем и предложенные решения

Первым этапом была осуществлена оценка действующих штатных расписаний организаций здравоохранения, которая выявила наличие ряда проблем, препятствующих принятию эффективных решений по управлению персоналом на уровне организации здравоохранения. К таким проблемам были отнесены:

1. Отсутствие единой структуры в организациях здравоохранения одинакового типа на районном уровне.
2. Несоответствие фактического наименования должностей в организациях здравоохранения наименованиям в номенклатуре должностей, утвержденной приказом МЗ КР (№327 от 31 июля 2003 года¹) и отсутствие привязки должности к определенному структурному подразделению, в соответствии с выполняемыми функциями.
3. Отсутствие возможности эффективного регулирования количества персонала в зависимости от реальной потребности.

1. Отсутствие единой структуры в организациях здравоохранения одинакового типа и уровня

Во всех пилотных ОЗ, независимо от структуры и уровня: как в территориальных больницах (ТБ), так и в центрах семейной медицины (ЦСМ) и центре общеврачебной практики (ЦОВП):

а) отсутствовало четкое разделение между структурными подразделениями по видам выполняемых функций. Например, структурные подразделения выполняющие функции финансово-бухгалтерского учета в организациях одного типа были либо объединены в административно-управленческий персонал, либо выделены в отдельную структуру как централизованная бухгалтерия; структурные подразделения выполняющие функции диагностики были либо объединены в диагностические отделения, либо существовали в составе отделения экстренной медицинской помощи.

б) структурные подразделения, выполняющие одинаковые функции имели разные наименования. Например, структурные подразделения выполняющие функции хозяйственного обеспечения в организациях одного типа либо назывались административно-хозяйственная часть, либо хозяйственный двор; терапевтическое отделение в некоторых ОЗ называлось соматическое отделение и т.д.; статистический отдел, в некоторых ОЗ назывался медико-информационный отдел и т.д. (Приложение 1).

Предпринятые мероприятия, для решения данной проблемы

МЗ КР были приняты ряд решений для пилотных организаций здравоохранения, предусматривающих структурные изменения как на первичном, так и на вторичном уровнях. Данные преобразования были направлены на апробацию механизмов усовершенствования системы здравоохранения для повышения качества, доступности и эффективности медико-санитарной помощи, включая регулирование вопросов штатного планирования. Мероприятия включали в себя:

¹ В настоящее время данный Приказ МЗКР утратил силу в связи с принятием Приказа МЗКР от 30.05. 2018 года № 387 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей, номенклатуры должностей и перечня соответствия медицинских и фармацевтических специальностей должностям в ОЗ КР».

- перевод службы экстренной (скорой) помощи из ЦСМ в ТБ;
- перевод функции амбулаторного консультирования специалистами узкого профиля из ЦСМ в отделение экстренной и консультативно-диагностической помощи ТБ (путем организации консультационных услуг специалистами профильных отделений стационара);
- централизация лабораторной службы на областном уровне посредством эффективной и качественной организации работы существующих лабораторий пилотных организаций в структуре централизованной лаборатории Иссык-Кульской областной объединенной больницы.

С учетом предполагаемых преобразований и усовершенствований была предложена и согласована с МЗ КР унифицированная структура организаций здравоохранения пилотных районов, позволяющая систематизировать сбор и анализ данных, включая штатное планирование и учет кадров. Были определены единые службы и структурные подразделения для всех типов организаций здравоохранения в пилотных районах (Приложение 2).

2. Несоответствие фактического наименования должностей в организациях здравоохранения наименованиям в номенклатуре должностей, утвержденной приказом МЗ КР

Во всех типах организаций здравоохранения имело место различие в фактическом наименовании должностей с наименованиями в номенклатуре должностей, утвержденной действующим Приказом МЗ КР и отсутствие привязки должности к определенному структурному подразделению.

Такая ситуация приводила к невозможности создания единых методологических подходов для описания четких функциональных обязанностей по каждой должности и структурному подразделению, определения необходимого количества специалистов в соответствующих структурных подразделениях, планирования их объемов деятельности и финансовых расходов на оплату их труда.

При этом необходимо было учитывать особенности оказания медико-санитарной помощи на районном уровне. Была потребность в предоставлении возможности руководителям проводить оптимизационные мероприятия при отсутствии необходимости найма работника (даже если это предусмотрено действующим штатным расписанием), т.к. не все действующие нормативы нагрузки по каждой должности могут быть достигнуты.

Предпринятые мероприятия, для решения данной проблемы

Исходя из права проведения оптимизации самими организациями здравоохранения, было предложено как минимум два формата оптимизации:

- Функциональная оптимизация: структура организации здравоохранения может не меняться, но меняются организация труда, роли и функции работников, рабочие процессы и др.
- Структурная оптимизация: предполагает малые или большие изменения в организационной структуре ОЗ и всегда сопровождается функциональной оптимизацией.

В рамках внедрения новых методов оплаты труда руководители организаций здравоохранения были наделены полномочиями по изменению функциональных

обязанностей при заключении трудовых договоров с соответствующим изменением размеров заработной платы через доплаты из фонда дополнительной заработной платы.

Через проведение мероприятий по структурной оптимизации были укрупнены структурные подразделениями, выполняющие однородные/схожие функции, что позволило сократить административные расходы на содержание руководителей структурных подразделений.

Например, отделение хирургии, анестезиологии и реанимации, операционный блок были объединены в одно отделение хирургического профиля с одним заведующим, старшей медицинской сестрой и сестрой хозяйкой; детское отделение, терапевтическое отделение и инфекционное отделение объединено в отделение терапевтического профиля (при этом данное мероприятие не предполагает объединения инфекционных коек с терапевтическими койками в одном помещении, а только дает возможность администрировать их деятельность одним заведующим, при соблюдении соответствующих санитарно-гигиенических норм);

С учетом данной ситуации, для пилотных организаций здравоохранения был рекомендован перечень должностей в рамках утвержденной организационной структуры.

3. Отсутствие возможности эффективного регулирования количества персонала в зависимости от реальной потребности

При действующей системе определения количества штатного персонала пилотные организации здравоохранения не имели возможности уменьшать численность неэффективных должностей (работников) без негативного влияния на фонд оплаты труда (ФОТ) организации здравоохранения, т.к. ФОТ формировался с учетом штатного расписания.

Более того, существующая система оплаты труда стимулировала организации здравоохранения на необоснованное увеличение штатной численности персонала (не столько на найм физических лиц, сколько на создание вакантных должностей), т.к. система доплаты за коэффициент трудового участия (КТУ) основывалась на экономии ФОТ, при формировании которой вакансии являлись одной из составляющих данной экономии.

Предпринятые мероприятия, для решения данной проблемы

Одним из основных условий в пилотных организациях здравоохранения, было создание механизма защиты ФОТ для эффективного регулирования количества персонала в зависимости от реальной потребности.

Данный механизм был использован в виде одного из правил, утвержденного приказом МЗ КР от 30 декабря 2017 года №1214 и Фонда ОМС при Правительстве КР от 30 декабря 2017 года №366 «Об утверждении методического руководства по оплате труда работников пилотных организаций здравоохранения Иссык-Кульской области». Он заключается в том, что с 1 июля 2018 года в пилотных районах ФОТ рассчитывается каждой организацией здравоохранения самостоятельно в размере среднего сложившегося процента (%) от дохода за последние 3 года, а не по штатному расписанию. То есть размер ФОТ в данных ОЗ не зависит от штатного расписания ОЗ (Приложение 3).

Другим правилом, дающим возможность эффективно регулировать штатную численность персонала, является отказ от понятия «ставка» и введение нового понятия в пилотных ОЗ «коэффициент занятости».

Например, семейный врач был нанят ЦСМ в 2017 на 1.25 ставки семейного врача, из которых 0.25 ставки были выделены работнику за счет врачебных вакансий данного ЦСМ. В новых условиях семейный врач нанимается ЦСМ на полную занятость, то есть с коэффициентом занятости, равным 1.0. Если данный врач продолжает выполнять дополнительный объем работ или работать дополнительное время, то эти условия труда и соответствующие им вознаграждения определяются и оплачиваются через фонд дополнительной заработной платы, который кроме оплаты труда за дополнительный объем работ или работу в дополнительное время предусматривает доплаты за результаты работы по карте оценки результатов труда.

Такой механизм оплаты способствует отказу работника от работы по совмещению должностей и получению дополнительного вознаграждения за улучшение качества работы по основной должности.

4.3.2. Анализ штатных расписаний ОЗ в пилотных районах

Для того, чтобы посмотреть, каким образом произошли изменения в ОЗ пилотных районов в качестве примера рассмотрены численность врачебного персонала согласно штатного расписания в ЦСМ и ТБ Тонского района до проведения оптимизации и после нее.

До проведения оптимизации ОЗ в пилотных районах велась отчетность по численности кадрового персонала в разрезе трех показателей (штатные, занятые, физические лица). После проведения оптимизации ОЗ ведут учет только фактического наличия специалистов.

По итогам оптимизации в ЦСМ оказанием услуг занимаются только семейные врачи, все специалисты узкого профиля переведены в ТБ.

Таблица 11. Количество врачебного персонала по некоторым специальностям, Тонская ЦСМ

Наименование должности	Штатные	Занятые	Физические	Врачебный и средний персонал, ноябрь 2018
	До оптимизации			После оптимизации
Семейный врач	7,25	7,25	6	3
Семейная медсестра	10,5	10,25	10	9
Врач-офтальмолог	1	1	1	0
Отоларинголог	1	0,5	0	0
Эндокринолог	0,5	0,5	0	0
Онколог	0,75	0,5	0	0

В Тонской ТБ после проведенной оптимизации количество фактически работающих физических лиц в ТБ осталось пока на том же уровне. Количество врачей хирургического профиля стало меньше, потому что врачи других профилей, которые формально числились в данном отделении, были переведены в другие соответствующие отделения.

Необходимо учитывать, что после оптимизации ТБ стала проводить амбулаторные консультации в отделении экстренной и консультативно-диагностической помощи по направлениям ЦСМ. Консультационные услуги проводятся специалистами профильных отделений стационара по графику.

Следует отметить, что в данной ТБ также наблюдается большее количество врачей, особенно акушерско-гинекологического профиля, чем должно быть, согласно установленных нормативов нагрузки на 1 врача по количеству пролеченных случаев (Таблица 12).

Таблица 12. Количество врачебного персонала по некоторым специальностям, Тонская ТБ

Наименование должности по профилям	Штатные	Занятые	Физические	Врачебный и средний персонал, ноябрь 2018	Расчетная потребность
				До оптимизации	
Врачи хирургического профиля	13	10,5	5	3	2
Врачи терапевтического профиля	6,5	6,5	5	5	4,5
Врачи акушерского профиля	3,25	3,25	3	4	1,5
Сестринский персонал	38,75	38,75	39	38	-

4.3.3. Преимущества оптимизации в пилотных ОЗ при определении потребности в специалистах

Создание унифицированной и оптимизированной организационной структуры на районном уровне, позволяющей:

- проводить углубленный сравнительный анализ различных организаций здравоохранения, включая их структурные подразделения;
- систематизировать сбор и анализ данных по разным направлениям деятельности организаций здравоохранения, включая медицинскую статистику, бухгалтерский учет и отчетность, штатное планирование и учет кадров;
- облегчить разработку типовых НПА для деятельности организаций здравоохранения, включая внедрение новых методов оплаты труда и
- развивать единую автоматизированную информационную систему здравоохранения.

Руководители организаций здравоохранения наделены реальными и эффективными полномочиями по самостоятельному определению организационной структуры (через мероприятия по функциональной и структурной оптимизации) и управлению персоналом, которые подкрепляются возможностью стимулировать соответствующие изменения доплатами из фонда дополнительной заработной платы, в соответствии с новыми методами оплаты труда. Однако следует отметить, что необходимо продолжать совершенствование предлагаемых методов и инструментов на основе постоянного мониторинга проводимых мероприятий.

Организации здравоохранения в пилотных районах получили эффективный инструмент по стимулированию и привлечению работников через внедрение новых методов оплаты труда, который позволяет мотивировать персонал за результаты труда и дифференцировать размеры заработной платы по реальному вкладу каждого работника. При этом комплекс мероприятий (включающий в себя решение вопросов по определению потребности в специалистах), проводимых в пилотных организациях предполагает улучшение качества и эффективности предоставляемых медико-санитарных услуг, повышение доступности населения к медицинской помощи.

5. Ключевые выводы и вопросы, требующие внимания

В настоящее время в системе здравоохранения отсутствует методика планирования человеческих ресурсов, утвержденная нормативными актами, которая устанавливала бы критерии и условия для долгосрочного планирования, с учетом потребностей системы здравоохранения в кадрах, прогноза развития заболеваемости населения, демографических тенденций, географического распределения населения и других факторов.

Определение состава и количества медицинских кадров, в частности врачебного персонала, в ОЗ основывается на методе штатного нормирования. Примером такого подхода является использование утвержденных нормативов, на основе которых ежегодно формируется штатное расписание организаций здравоохранения.

Кроме того, на уровне Министерства здравоохранения проводится ежегодное планирование подготовки врачебных кадров по разным специальностям на последипломном уровне, исходя из имеющегося бюджета и количества выпускников медицинских образовательных организаций. При этом, недостаточно учитываются потребности практического здравоохранения и возможности клинических баз для обеспечения соответствующей практической подготовки. Поэтому в данном направлении, важным является ориентирование образовательных медицинских организаций на потребности практического здравоохранения, как по количеству подготовленных специалистов, так и по необходимым специальностям.

В настоящее время в стране нет единой достоверной базы данных по медицинским специалистам. Имеющаяся система учета кадровых ресурсов в здравоохранении по рутинной форме отчетности отслеживает общие данные по кадровым ресурсам в ОЗ, обучающим медицинским организациям, однако не позволяет осуществлять учет, мониторинг и планирование человеческих ресурсов на основе достоверных данных. Необходимо внедрение усовершенствованной системы регистрации медицинских кадров, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности организаций здравоохранения. Этот процесс должен быть интегрирован с электронной информационной системой здравоохранения для проведения анализа и мониторинга кадровых ресурсов. Кроме того, информационная система должна

отслеживать также ординаторов последипломного обучения, для планирования потребности в специалистах.

В рамках оценки было отмечено, что ОЗ не всегда используют установленные нормативы для формирования необходимой численности и состава врачебного персонала. Чаще всего, ОЗ ежегодно формируют штат исходя из имеющейся численности за прошедший год. Кроме того, для определения потребности не учитываются услуги частных медицинских организаций, которые за последнее время получили широкое развитие.

Штатные нормативы сильно привязаны к действующему принципу формирования фонда оплаты труда, поэтому существующая система оплаты труда стимулирует организации здравоохранения на необоснованное увеличение штатной численности персонала (не столько на найм физических лиц, сколько на создание вакантных должностей). Свободные вакансии, являются одной из составляющих для совместительства и дополнительной оплаты персоналу.

В связи с этим все ОЗ имеют большую разницу в запланированных штатных единицах и фактического наличия физических лиц. Кроме того, имеется диспропорция между штатной численности административно-управленческого и медицинского персонала в ОЗ.

Для оптимизации управления кадровым составом можно использовать опыт и примеры планирования потребности в специалистах с учетом комплексного подхода в ОЗ пилотных районах Иссык-Кульской области. Данный подход может быть изучен в дальнейшем и совершенствован с использованием опыта внедрения новых методов оплаты труда, на основе результатов, внедряемых по стране.

Финансовая и управленческая автономия при формировании штатной численности не используется руководителями ОЗ в полном объеме. Поэтому очень важными является повышение квалификации руководителей организаций здравоохранения навыкам управления кадровым персоналом.

В целом, обоснованная и достоверная информация является основой для принятия решений для выработки и реализации стратегий управления человеческих ресурсов, медицинского образования и подготовки кадров в сфере здравоохранения. Поэтому усиление аналитического потенциала в системе здравоохранения, доказательной политики и процесса принятия решений в сфере планирования кадровых ресурсов являются одним из важных направлений, требующих внимания.

Организационная структура ОЗ пилотных районов до проведения оптимизации

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ЦСМ

(В СООТВЕТСТВИИ СО ШТАТНЫМ РАСПИСАНИЕМ):

ТЮПСКАЯ ЦСМ

1. Административно-управленческий персонал
2. Административно-хозяйственный персонал
3. Статистический отдел
4. Отделение скорой помощи
5. Лечебно-консультативное отделение
6. Вспомогательный персонал
7. Лечебно-диагностическое отделение
8. Кабинет планирования семьи и медико-социального патронажа
9. Группы семейных врачей
 - Укрупненная ГСВ «Аракет» (7 ФАП)
 - ГСВ «Ах-Булак» (2 ФАП)
 - ГСВ «Талды-Суу» (4 ФАП)
 - ГСВ «Кутургу» (4 ФАП)
 - ГСВ «Арал» (3 ФАП)
 - ГСВ «Тасма» (2 ФАП)
 - ГСВ «Санташ» (5 ФАП)
10. Юридически самостоятельное ГСВ «Сары-Кол»

ТОНСКАЯ ЦСМ

1. Административно-управленческий персонал
 - Бухгалтерия
 - Отдел кадров
2. Административно-хозяйственная часть
3. Статистический отдел
4. Лечебно-консультативный отдел (специалисты узкого профиля)
5. Вспомогательный персонал
6. Лечебно-диагностическое отделение (лаборатория, флюорография)
7. Кабинет планирования семьи
8. Группы семейных врачей
 - «Боконбаево» (3 ФАП)
 - «Торт-Куль» (2 ФАП)
 - «Бурхут» (3 ФАП)
 - «Тогуз-Булак» (2 ФАП)
 - «Кара-Коо» (5 ФАП)
 - «Каджи-Сай»
9. Юридически самостоятельное ГСВ «Кара-Талаа»

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ТБ

(В СООТВЕТСТВИИ СО ШТАТНЫМ РАСПИСАНИЕМ):

ТЮПСКАЯ ТБ

1. Административно-управленческий персонал
2. Общебольничный персонал
3. Клинические отделения
 - Родильное отделение
 - Хирургическое отделение
 - Детское отделение
 - Инфекционное
 - Терапевтическое отделение
 - Реанимация
4. СПИД лаборатория
5. Хоз. двор
6. ОЭМП
7. Кабинет трансфузиологии
8. Отделение экстренной медицинской помощи при приемном отделении
9. Кабинет ЭКГ
10. Лаборатория
11. Рентген кабинет
12. Кабинет инфекционного контроля
13. Прозекторская
14. СП №1 с. Талды-Суу
15. СП №2 с. Санташ

ТОНСКАЯ ТБ

1. Административно-управленческий персонал
2. Центральная бухгалтерия
3. Административно-хозяйственная часть
4. Центральная стерилизационная
5. Отделение экстренной медицинской помощи при приемном отделении
6. Кабинет трансфузиологии
7. Физиотерапевтический кабинет
8. Клиническая лаборатория
9. СПИД лаборатория
10. Патологоанатомический кабинет
11. Клинические отделения
 - Родильное отделение
 - Хирургическое отделение
 - Инфекционное
 - Соматическое отделение
 - Отделение анестезиологии и реанимация
12. СП с. Каджи-Сай
13. СП с. Кара-Коо

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ЦОВП

(В СООТВЕТСТВИИ СО ШТАТНЫМ РАСПИСАНИЕМ)

ЖЕТИ-ОГУЗСКАЯ ЦОВП

1. Группы семейных врачей
 - «Нур» (7 ФАП)
 - «Тилекмат» (3 ФАП)
 - «Саруу»
 - «Дархан»
 - «Ак-Терек» (3 ФАП)
 - «Оргочор» (1 ФАП)
 - «Липенка» (2 ФАП)
 - «Барскоон»
2. Стационар
 - Родильное отделение
 - Хирургическое отделение
 - Инфекционное
 - Терапевтическое отделение
 - Реанимация
 - Гинекология
 - Детское отделение
 - СП «Жети-Огуз»
 - СП «Барскоон»
3. Скорая помощь
 - Отделение экстренной медицинской помощи
 - Скорая помощь «Жети-Огуз»
 - Скорая помощь «Тамга»
4. Специалисты узкого профиля, диагностика, прочее
 - Лечебно-консультационный отдел
 - Диагностика (УЗИ, лаборатория, рентген, эндоскопия, СПИД)
 - Общебольничный персонал
 - Медико-информационный отдел
 - Административно управленческий персонал
 - Технический обслуживающий персонал

Организационная структура ОЗ в пилотных районах после оптимизации

УНИФИЦИРОВАННАЯ СТРУКТУРА ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РАЙОННОМ УРОВНЕ

ЦЕНТР ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ	ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА	ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СЛУЖБЫ	АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СЛУЖБЫ	АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СЛУЖБЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ
ОТДЕЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	ОТДЕЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ	КЛИНИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ	
ГРУППЫ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ		ГРУППЫ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

10

СТРУКТУРА АДМИНИСТРАТИВНОЙ СЛУЖБЫ

1. Административно-управленческий персонал
2. Бухгалтерия
3. Медико-информационный отдел
4. Хозяйственная часть

СТРУКТУРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ

1. Специализированная служба
2. Вспомогательные службы

СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ТБ И ЦОВП

1. Служба экстренной и консультативной помощи
2. Диагностическая служба

КЛИНИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ТБ И ЦОВП

1. Отделение хирургического профиля
2. Отделение терапевтического профиля
3. Отделение акушерского профиля
4. Структурные подразделения, расположенные вне основной территории

ГРУППЫ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ЦСМ

1. Группа семейных врачей
2. Фельдшерско-акушерский пункт

11

Приложение 3

Формирование ФОТ на принципах автономии в ОЗ пилотных районов (средний % от дохода, за последние 3 года для каждой ОЗ)

Наименование учреждения	Доля ФОТ
Жети-Огузский ЦОВП	61,58%
Тонская ТБ	64,84%
Тюпская ТБ	58,37%
Тонский ЦСМ	67,16%
Тюпский ЦСМ	70,94%
ГСВ «Кара-Талаа»	66,30%
ГСВ «Тамга»	66,99%
ГСВ «Жети-Огуз»	59,74%
ГСВ «Балтабай»	66,37%
ГСВ «Сары-Кол»	64,69%