

ФОРМИРОВАНИЕ МЕТОДИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТИ В НЕМЕДИЦИНСКИХ КАДРАХ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Беньковская Ольга Павловна
Масюк Наталья Николаевна
Черная Ирина Петровна*

Реализация политики модернизации в системе здравоохранения современной России требует особого внимания к оценке кадровых ресурсов и потенциала медицинских организаций, в том числе персонала с немедицинским образованием, призванного создавать необходимые условия функционирования и развития. Данная категория персонала играет важную роль в сервисном менеджменте в здравоохранении, однако до сих пор в нормативных документах нет четкого определения его названия, поэтому используются такие понятия, как «немедицинский», «прочий», «вспомогательный» или «иной» персонал. Соответственно ни его статус, ни функционал, ни оценка кадровой потребности не получили должного освещения в отечественной теории и практике организации здравоохранения. Между тем, за рубежом данная категория сотрудников, характеризующаяся как «смежные специалисты здравоохранения», имеет большое значение. Так, например, в Великобритании она является третьей по величине группой рабочей силы в области здравоохранения и оказывает значительное воздействие на пациентов и их опекунов, обеспечивая не просто физическое благополучие людей, а социальное, эмоциональное и культурное благосостояние всего сообщества, в котором каждый человек может полностью реализовать свой потенциал. [1].

В контексте целей данного исследования, с учетом выявленных особенностей развития и использования данной категории персонала, прежде всего образования и функционала, считаем наиболее целесообразным определение его как немедицинского, включающего две подгруппы: рабочие и служащие (административно-управленческий персонал), а в последней еще и уровни: руководители, специалисты и технические исполнители. Для оценки потребности в немедицинском персонале, предпочтительнее

использовать нормативный метод кадрового планирования, основанный на расчете нормативной численности медицинского персонала в соответствии с объемом полученного государственного задания на оказание медицинской помощи и предполагающий расчет численности немедицинского персонала в соответствии со стратегическими приоритетами развития медицинской организации с учетом норм и нормативов управляемости, обслуживания, времени. Рассмотрим предлагаемый методический подход.

Проведенный анализ научной литературы и опыт управленческой практики по рассматриваемым проблемам показывает, что исходным пунктом определения потребности в немедицинских кадрах должно стать изучение особенностей формирования штатного расписания лечебного учреждения в зависимости от его вида в системе медицинских организаций. Существующая номенклатура медицинских организаций представлена на рисунке 1.

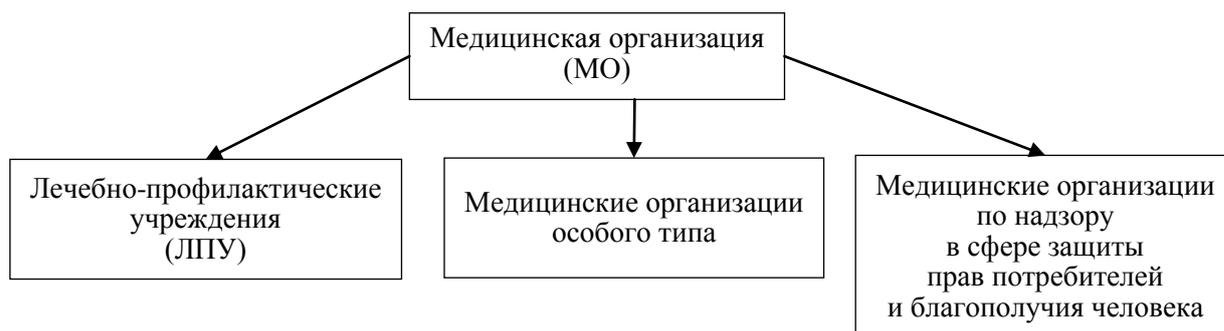


Рисунок 1. Номенклатура медицинских организаций по виду медицинской деятельности

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) – это специализированные лечебно-профилактические заведения, в которых людям с теми или иными заболеваниями оказывается полный спектр медицинских услуг: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней. В свою очередь, ЛПУ подразделяются на: больницы (в том числе, детские); больницы скорой медицинской помощи; участковые больницы; специализированные больницы (в том числе, по профилю медицинской помощи), а также специализированные больницы государственной и

муниципальной систем здравоохранения; родильные дома; госпитали; медико-санитарные части (в том числе, центральные); дома (больницы) сестринского ухода; хосписы; лепрозории; диспансеры (в том числе диспансеры государственной и муниципальной систем здравоохранения); амбулатории (в том числе, врачебные); поликлиники (в том числе, детские), а также поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения; женские консультации; дома ребенка (в том числе, специализированные; молочные кухни; центры (в том числе, детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения; медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови; санаторно-курортные организации.

Рассмотрим более подробно некоторые из них.

Больница – это разновидность стационарного медицинского учреждения, где проходит лечение, диагностический поиск или уточнение причины заболевания, которое привело пациента в больницу. Функции современной больницы в соответствии с предложением Всемирной организации здравоохранения делятся на 4 группы: восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и неотложная помощь); профилактические, особенно для больниц, объединенных с поликлиникой (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекционных и хронических заболеваний, инвалидности и др.); учебные (подготовка медицинского персонала и их последипломная специализация); научно-исследовательские. Исходя из основных функций и типичных черт традиционной модели больницы выделяют следующие основные структурные части стационара: приемное отделение, профилированные лечебные отделения, отделения специальных видов лечения, отдельные диагностические службы, хозяйственные службы [2].

Поликлиника – это лечебно-профилактическое учреждение многопрофильной направленности, которое оказывает медицинскую (и специализированную, в том числе) помощь больным, а если есть

необходимость – и в домашних условиях.

Многопрофильность поликлиники подтверждается большим набором медицинского персонала самых разных профилей, т.е. в поликлинике работают кардиологи, терапевты, окулисты, гастроэнтерологи, хирурги и прочие специалисты. Кроме того, в ней обычно имеются в наличии самые разные диагностические, лечебные и процедурные кабинеты (лаборатория, эндоскопический, рентгеновский, физиотерапевтический и другие). Обычно поликлиники устроены по территориально-участкового типу – в этом случае, за участковым врачом и медсестрой закрепляется участок территории населенного пункта, в котором проживает определенное количество жителей. Они и несут ответственность за проведение любых профилактических и лечебных мероприятий в отношении жителей подконтрольной им территории, при необходимости оказывая помощь прямо на дому. Типовая поликлиника состоит из регистратуры, профилактического отделения, лечебного отделения, диагностического отделения (рентгеновский кабинет, лаборатория, кабинет УЗИ и т.д.), статистического кабинета, административных подразделений, хозяйственной части (разумеется, в любой поликлинике есть, например, прачечное оборудование, соответствующие помещения и персонал) [3].

Диспансерные учреждения – это специализированные учреждения, деятельность которых направлена на активное выявление больных, взятие их на учёт, активное наблюдение и своевременное проведение специальных лечебно-оздоровительных мероприятий. Диспансер – ЛПУ, занимающиеся лечением и профилактикой одного или группы родственных заболеваний. Существуют несколько видов диспансеров: кардиологический, онкологический, кожно-венерический, противотуберкулёзный, психоневрологический, наркологический, эндокринологический, врачебно-физкультурный.

Амбулатория – лечебное учреждение, обслуживающее население сельского или городского участка, работников небольшого предприятия. В штат амбулатории могут входить 1-5 врачей, которые оказывают

квалифицированную врачебную помощь как в самой амбулатории, так и на дому; изучают показатели заболеваемости, проводят профилактическую и просветительную работу и др.

Родильный дом – это медицинское учреждение, оказывающее стационарную акушерско-гинекологическую помощь. Задачей роддома является оказание квалифицированной стационарной помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период пребывания их в роддоме.

Также в номенклатуру медицинских организаций по виду медицинской деятельности входят медицинские организации особого типа. К медицинским организациям особого типа относятся : центры медицинской профилактики, медицины катастроф, медицинский мобилизационных резервов «Резерв», судебно-медицинской экспертизы; бюро медико-социальной экспертизы, медицинской статистики, патологоанатомическое, судебно-медицинской экспертизы; лаборатории клинко-диагностическая, бактериологическая (в том числе, по диагностике туберкулеза); медицинский отряд (в том числе, специального назначения (военного округа, флота)) [4].

Таким образом, в системе медицинских организаций ЛПУ играет особую роль в предоставлении медицинской помощи населению. Отметим, что основой для формирования штатного расписания в ЛПУ является Приказ Минздрава РФ от 09.06.2003 № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» [5]. В случае необходимости руководитель учреждения, исходя из производственной необходимости, имеет право усиливать отдельные структурные подразделения или вводить должности (профессии рабочих), не предусмотренные настоящими штатными нормативами, за счет должностей других структурных подразделений в пределах установленного учреждению фонда оплаты труда.

Введение дополнительных должностей сверх действующих штатных нормативов допускается только при наличии должностной инструкции о функциональных обязанностях работника, дополнительно вводимого в штат учреждения, и экономического обоснования целесообразности введения указанной должности. Однако проведенный анализ показал, что нормативы, введенные согласно Приказу, устарели и нуждаются в доработке. Подобной позиции в отношении рассматриваемой категории кадров придерживаются такие исследователи, как И. Шейман и В. Шевский, подчеркивающие повышение роли немедицинского персонала, не входящего в традиционные группы медицинских работников в силу происходящих технологических и организационных сдвигов в отрасли [6].

Основой совершенствования существующего нормативного подхода могут стать показатели, формирующие оптимальную организационную структуру и включающие нормативы численности управленческого персонала и нормы управляемости, обслуживания, времени и др.

Показатели, формирующие оптимальную организационную структуру, по мнению Черезовой Я. А. [7], можно разбить на две группы:

1. показатели экономической эффективности аппарата управления (показатели, характеризующие эффективность системы управления и показатели, характеризующие содержание и организацию процесса управления);

2. показатели количественной оценки организации структуры управления (показатели, характеризующие рациональность организационной структуры и ее технико-организационный уровень).

Норма управляемости - определение количества подчиненных - имеет большое значение для формирования организационной структуры управления, так как, исходя из этого определяется количество управленческих уровней, административных работников, менеджеров. Целесообразно использовать, например, подход Дж. О. Шонесси, который предлагает следующие нормы управляемости, применимые, в том числе, и к

ЛПУ: для руководителей организаций и их первых заместителей – не более 10-12 человек (подразделений); для функциональных отделов – не менее 7-10 человек; заместители руководителей структурных подразделений вводятся, как правило, при превышении нормы управляемости в 1,5 раза [8].

Использование названных нормативов и норм необходимо для определения потребности конкретной медицинской организации в немедицинском персонале и возможно в рамках проведения кадрового аудита. Возможен его следующий порядок:

- анализ эффективности использования рассматриваемой категории сотрудников (изучение структуры, оценке обеспеченности профессиональными кадрами, текучести кадров и их причин, выявлении резервов для повышения эффективности использования персонала);

- анализ качественного состава кадров по уровню их квалификации и образования, в том числе, с применением существующих профессиональных стандартов;

- анализ использования фонда рабочего времени;

- анализ производительности труда и др.

Изучение выявленных в ходе кадрового аудита особенностей и проблем конкретных медицинских организаций, последующее обобщение достигнутых результатов позволяют выработать основные требования к формированию методического подхода к регулированию численности немедицинских кадров лечебных учреждений с учетом вызовов модернизации.

Прежде всего подчеркнем, что использование предлагаемого нормативного подхода имеет смысл только в условиях создания новой организационной модели на основе изменения организационной структуры ЛПУ.

Понятие организационной модели еще не получило широкого распространения в экономической литературе, однако в публикациях, связанных с реинжинирингом встречается. В общем виде ее определяют как

совокупность принципов формирования подразделений, распределения полномочий между различными должностными лицами и наделения ответственностью [9].

На практике применяют следующие принципы формирования подразделений:

- функциональная модель: «одно подразделение – одна функция»;
- процессная модель: «одно подразделение – один процесс»;
- модель, ориентированная на контрагента: «одно подразделение – один контрагент» (клиент или клиентская группа, поставщик, подрядчик и прочее).

В современной управленческой практике распространение получили функциональная и процессная модели, а также их различные модификации.

Проведенный анализ показывает, что наиболее распространенной организационной структурой ЛПУ является линейно-штабная структура управления, обусловленная функциональной организационной моделью. Она представляет собой комбинированную структуру, сочетающую свойства линейных и линейно-функциональных структур, и предусматривает создание специальных подразделений (штабов) в помощь линейным руководителям для решения тех или иных задач. Эти штабы готовят руководителю проекты решений по соответствующим вопросам. Они не наделяются исполнительной властью. Руководитель сам принимает решение и доводит его до всех подразделений. Штабная схема наиболее целесообразна, если необходимо осуществлять линейное управление (единоначалие) по ключевым позициям организации. Практический опыт применения линейно-штабных структур демонстрирует, что они преимущественно эффективны там, где аппарат управления исполняет рутинные, часто повторяющиеся и редко меняющиеся функции и задачи.

Более гибкими структурами в здравоохранении, приспособленными к динамическим изменениям, считаются матричные структуры, предполагающие применение смешанной организационной модели, определяемой и функциональным, и процессным подходами

Характерное отличие этих двух подходов состоит в том, что при функциональном подходе каждый сотрудник не заинтересован в результатах общей работы, поскольку выполняет только ее часть под непосредственным контролем руководителя. Внедрение процессного подхода обеспечивает взаимодействие всех структурных подразделений, что обуславливает заинтересованность в конечном результате. В медицинских организациях примером функциональных подразделений, как правило, являются бухгалтерия, служба кадров, хозяйственная часть, пищевой блок. К процессным подразделениям относятся: отдел закупок, планово-экономическая служба, информационная служба.

Формирование эффективной организационной модели структуры немедицинского персонала, как представляется, предполагает анализ топ-менеджментом ЛПУ, прежде всего, его главным врачом, возможностей и недостатков развития функциональных и процессных подразделений. В условиях недостатка финансовых средств и оптимизации численности немедицинского персонала целесообразен перевод части немедицинских услуг функциональных подразделений на аутсорсинг.

Анализ научной литературы позволяет утверждать, что аутсорсинг имеет огромное значение для создания оптимальной организационной модели структуры немедицинского персонала, т.к. нередко сопровождается уменьшением численности управленческого аппарата; позволяет решать проблемы низкой укомплектованностью малооплачиваемых должностей (дворники, уборщики, прачки и т.д.); оптимизировать затраты на «узких специалистов» (без вложений на их подготовку); обеспечить непрерывную деятельность (без «отпусков» и «больничных листков») и др. [10,11].

Таким образом, организационная модель структуры немедицинского персонала лечебно-профилактического учреждения представляет собой совокупность процессных и функциональных подразделений, обеспечивающих создание условий для сервисизации лечебного процесса. Определение необходимой организационной модели создает условия для

определения потребности в немедицинском персонале в рамках управленческого алгоритма, который представлен на рисунке 2.

В целом данный управленческий алгоритм включает 9 основных этапов:

1 Определение стратегических приоритетов развития ЛПУ.

2 Выявление проблем и возможных вариантов их решения в системе кадровой политики ЛПУ.

3 Расчет общей численности персонала по категориям.

4 Согласование штатного расписания с органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

5 Определение должностей по функционалу и задачам для медицинского и немедицинского персонала.

6 Определение нормативов численности управленческого персонала и норм управляемости, обслуживания, времени и др.

7 Формирование организационной модели структуры немедицинского персонала.

8 Экспертиза достижения целей.

9 Повторение нескольких или всех перечисленных этапов.

Рассмотрим использования предлагаемого методического подхода на примере медицинским организаций Приморского края.

В 2016 г. в прямом подчинении Департамента здравоохранения Приморского края функционировали 112 государственных учреждений здравоохранения (в 2014 г. – 115, в 2015 г. – 114).

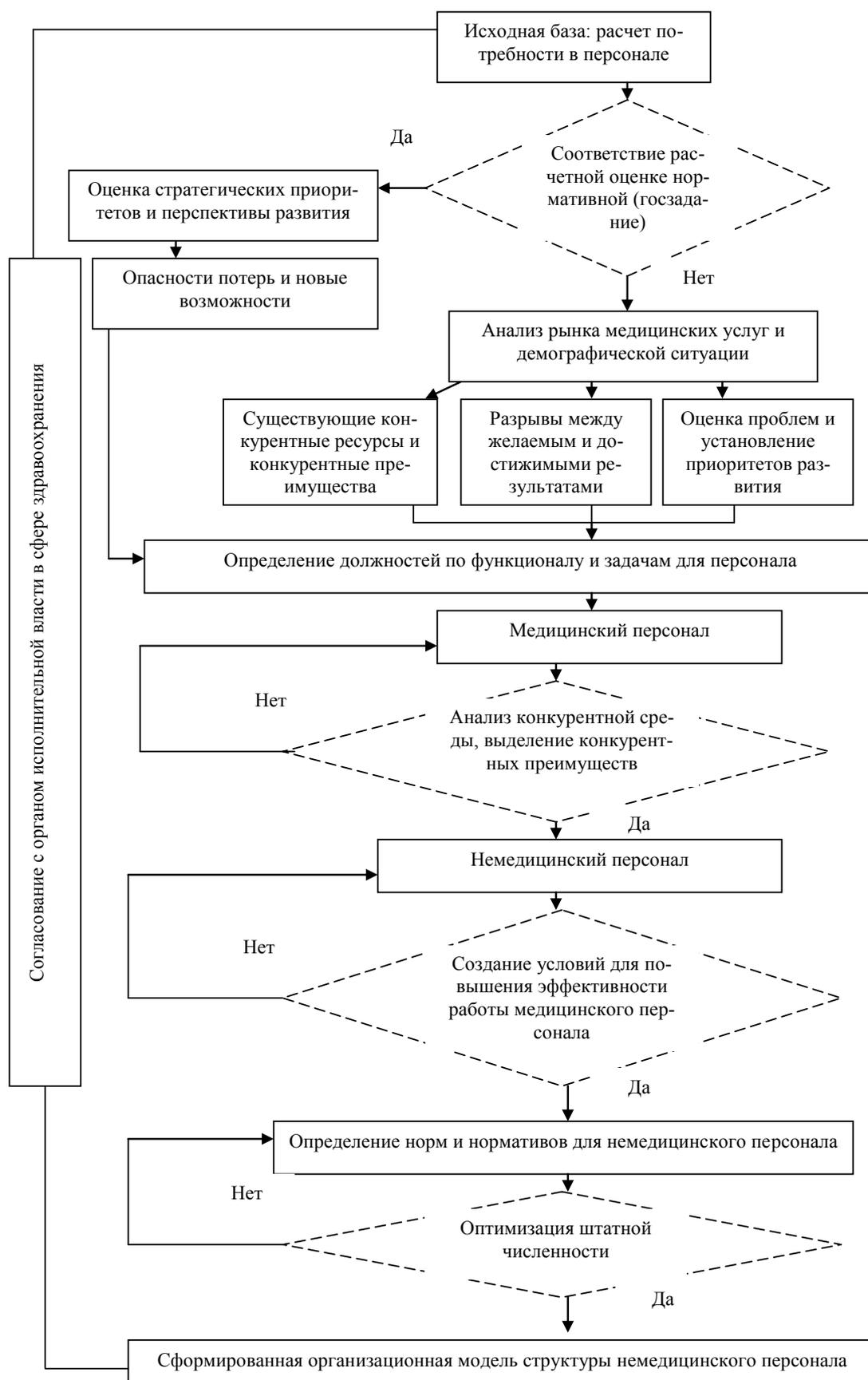


Рисунок 2. Алгоритм определения потребности в немедицинском персонале ЛПУ

Штатная численность работников, занятых в отрасли «Здравоохранение», представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Штатная численность работников, занятых в отрасли «Здравоохранение» в системе ДЗПК, санитарно-эпидемиологических служб в период 2012-2016 гг.

Наименование показателя	2012	2013	2014	2015	2016
Общее число должностей	59312,25	60322,0	59681,25	59175,0	57965,0
В том числе:					
врачи	11896,0	12177,5	12055,75	11999,25	11899,0
средний медицинский персонал	22093,0	22627,75	22662,75	22583,5	22017,75
прочие	25323,25	25516,75	24905,75	24592,25	24048,25

Анализ данных, представленных в таблице, позволяет сделать следующие выводы. В Приморском крае прослеживается тенденция к сокращению штатной численности работников, занятых в отрасли «Здравоохранение». С 2014 г. по 2016 г. произошло снижение общей численности работающих в отрасли в среднем на 1,2 процента. При этом количество врачебных должностей снизилось менее, чем на 1 процент. Изменение штатной численности среднего медицинского персонала происходило следующим образом: от увеличения в 2014 г. на 0,15 процента до снижения в 2016 году на 2,5 процента. В отношении уменьшения штатной численности работников, относящихся к категории «Прочие» наблюдается картина равномерного снижения количества должностей в рамках 2,3 процента.

По данным ГАУЗ «Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр», укомплектованность медицинских организаций «прочим» персоналом составляет 89,2 процента. Коэффициент совместительства у данной категории персонала составляет 1,3.

Обращает на себя внимание тот факт, что укомплектованность прочим

(немедицинским) персоналом выше, чем медицинским, а коэффициент совместительства ниже, чем у врачей и среднего медицинского персонала.

В рамках проводимого исследования нами были проанализированы штатные расписания наиболее крупных амбулаторно-поликлинических учреждений г. Владивостока. Доля административно-управленческого аппарата в поликлиниках г. Владивостока не превышает 5 процентов. Специалисты службы отдела кадров занимают от 4 до 5,9 процента от общей численности немедицинского персонала. Финансово-экономическая служба составляет от 17 до 21 процента. Служба технической поддержки в КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 1», несмотря на высокую численность прикрепленного населения, наличие филиалов, разбросанных по территории Фрунзенского района г. Владивостока, в абсолютных числах составляет 4 человека (5 процентов), в то время как в КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 5», с численностью прикрепленного населения в 19000 человек и отсутствием филиалов, штат технической поддержки составляет 9 человек (18 процентов).

Отсутствует закономерность и в отношении санитарного сектора. В указанных выше медицинских организациях, количество персонала, отвечающего за санитарное состояние медицинской организации одинаковое, несмотря на отличия в мощности данных поликлиник. Сведения о численности немедицинского персонала представлены в таблице 2.

Таким образом, при анализе штатных расписаний ведущих амбулаторно-поликлинических учреждений г. Владивостока не выявлено зависимости численности немедицинского персонала от мощности учреждения, количества прикрепленного населения, наличия или отсутствия филиалов, общей численности персонала. В отсутствии единого универсального подхода, медицинские организации самостоятельно определяют потребность в немедицинских кадрах. В рамках недофинансирования медицинских организаций из системы обязательного медицинского страхования, оптимизации численности немедицинского

персонала, контроля за эффективным использованием ресурсов здравоохранения, назрела острая необходимость в разработке универсальной методики определения численности немедицинского персонала медицинской организации.

Таблица 2.

**Сведения о численности немедицинского персонала
в поликлиниках г. Владивостока, в %**

Персонал	Поликлиника №1	Поликлиника №3	Поликлиника №4	Поликлиника №5	Поликлиника №8
Администрация	5	5	5,8	6	7
Финансово-экономическая служба	17	21	17,6	20	20,3
Отдел кадров	4	5,9	4,4	5,1	4,6
Технический отдел	5	27,5	22	18	22,7
Хозяйственный отдел	37,9	23,3	20,5	16,4	27,9
Сектор санитарного состояния	28,8	25,8	29,3	34,4	17,4

Особое значение использование такого методического подхода имеет для новых ЛПУ, обладающих современной лечебной и диагностической базой, которая имеет все необходимые условия для развития процесса сервисизации. Рассмотрим применение данного подхода на примере КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9».

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее – КГБУЗ) «Владивостокская поликлиника № 9» – многопрофильная лечебно-профилактическая медицинская организация, предназначенная для осуществления в районе своей деятельности широких профилактических мер по предупреждению и снижению заболеваемости и инвалидности; диспансеризации населения, выявления заболеваний на ранних стадиях,

оказания консультативной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи, проведения медицинской реабилитации, формирования здорового образа жизни. Утвержденная проектная мощность поликлиники – 600 посещений в смену с прикрепленным взрослым населением в 40 тысяч человек, свыше 200 человек персонала и более чем 80 врачами, ведущими прием пациентов.

Поликлиника оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. Обслуживание ведут высококвалифицированные специалисты. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно-методической и консультативной помощи. На базе КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9» предоставляются как бесплатные, в рамках программы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий, так и платные медицинские услуги. В рамках платных медицинских услуг можно получить диагностические услуги, лечебно-оздоровительные, реабилитационные услуги, консультативные услуги, консультативно-профилактические услуги и прочие виды услуг.

В структуре КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9», в комплексе, присутствует поликлиника и другие подразделения. Параклиническую и диагностическую службу представляют кабинет рентгенографии, маммографии, кабинет физиотерапии, кабинет профилактики и др.

Все работники КГБУЗ «Владивостокская поликлиника №9» по степени участия в процессе оказания услуг разделяются на основной и вспомогательный медицинский персонал, а также прочий немедицинский персонал. Основной и вспомогательный медицинский персонал непосредственно участвует в процессе оказания медицинских услуг населению. Прочий немедицинский персонал включает в себя специалистов, которые обеспечивают техническое обслуживание процесса оказания

медицинской помощи (служащие, работники).

На структуру персонала организации оказывают влияние особенности основной деятельности, ее специализация и масштабы процесса, т.е. удельный вес каждой категории работников, который зависит от развития техники, технологии и организации процесса оказания медицинских услуг и медицинской помощи.

Обеспеченность КГБУЗ «Владивостокская поликлиника №9» основным медицинским, вспомогательным и немедицинским персоналом отражается в степени соответствия численности сотрудников реальным нуждам организации. На результаты хозяйственной деятельности, динамику выполнения планов оказывает влияние степень использования трудовых ресурсов. При анализе численности рабочей силы следует учитывать, что ее недостаток приводит к отступлению от установленной технологии и непроизводительным выплатам, а излишек – к недогрузке работников и снижению производительности труда.

Планирование потребности в медицинских кадрах осуществляется на основе штатной численности персонала КГБУЗ «Владивостокская поликлиника №9» – документа утвержденной формы, в котором приводится число должностей в целом по организации и число занятых должностей. На этой основе выдвигаются вакантные рабочие места, и производится набор, отбор, подбор и расстановка сотрудников. Для оценки потребности в немедицинском персонале воспользуемся разработанным управленческим алгоритмом.

Поликлиника планирует свою деятельность в рамках утвержденного государственного задания по оказанию медицинской помощи прикрепленному населению. К началу 2016 года численность прикрепленного населения составила 16000 человек. Значительно выросло и государственное задание, объемы амбулаторных посещений увеличены до 21309 посещений, объемы медицинской помощи в дневном стационаре – 2805 посещений, посещения с неотложной целью составили 7421 случай.

Увеличение объемов государственного задания напрямую связано с увеличением количества сотрудников медицинской организации. Динамика численности персонала КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9» представлена в таблице 3.

Таблица 3.

**Динамика численности персонала
КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9»**

Группы специальностей	2014	2015	2016
Врачи	30	70	80
Средний медицинский персонал	60	150	163
Немедицинский персонал	20	37	37
Итого	110	257	280

В рамках апробации методического подхода на основе реализации первых этапов управленческого алгоритма были проанализированы следующие стратегические направления развития ЛПУ:

- открытие аптечного пункта;
- открытие травматологического пункта;
- создание онкологического отделения;
- проведение противовирусной терапии больных гепатитом

Для реализации предлагаемых проектов, необходимо, прежде всего, решить кадровый вопрос.

Численность штатных должностей по предлагаемым проектам проведена в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи по данным профилям. Численность работников по предлагаемым проектам представлена в таблице 4.

Таблица 4.**Численность работников в рамках предлагаемых к реализации проектов**

Наименование проекта	Врачи	Средний медицинский персонал	Младший медицинский персонал	Немедицинский персонал
Открытие аптечного пункта	2	6	2	4
Открытие онкологического отделения	2	4	2	2
Открытие травматологического пункта	2	4	2	2
Проведение противовирусной терапии больным с гепатитом С	2	2	2	2

С учетом предлагаемых проектов в медицинской организации изменится и численность персонала. Прогноз численности персонала представлен в таблице 5.

Таблица 5.**Прогноз численности персонала к 2018 г.****с учетом предлагаемых проектов**

Группы специальностей	2014	2015	2016	2018г
Врачи	30	70	80	88
Средний медицинский персонал	60	150	163	189
Немедицинский персонал	20	37	37	47
Итого	110	257	280	324

Таким образом, в случае успешной реализации предлагаемых проектов, общая численность персонала увеличится на 44 должности (15,7 процента), в том числе врачебный персонал – на 10 процентов, средний медицинский персонал – на 16 процентов, немедицинский персонал – на 27 процентов.

Выделим возможные проблемы и риски в осуществлении

предлагаемых проектов в части их кадрового обеспечения. Среди описанных в литературе рисков в системе управления персоналом [12], по нашему мнению, наибольшее значение для медицинской организации могут иметь следующие типы рисков:

– должностной риск, возникающий вследствие неадекватного штатного расписания, ненадлежащей должностной инструкции, не соответствующей видам деятельности, целям, задачам, функциям, технологии;

– квалификационно-образовательный риск, возникающий вследствие неадекватного набора, подбора, развития персонала при несоответствии образования, профессии, квалификации работника занимаемой должности;

– риск злоупотреблений и недобросовестности, возникающий вследствие нарушения баланса различных подсистем организации (корпоративная культура, методология и технология управления, деятельность служб безопасности);

– риск непринятия сотрудниками нововведений, возникающий при нарушении ключевых принципов и процедур организационного развития (целеполагание, гибкое планирование, информирование, адаптация, обучение, стимулирование и вовлечение персонала).

Для анализа рисков рассматриваемого ЛПУ воспользуемся матрицей кадровых рисков, представленной в таблице 5.

Таблица 5.

Матрица кадровых рисков

Последствия	Вероятность		
	Характеристика	Высокая	Низкая
Значительные	А – должностной риск	В – квалификационно-образовательный риск	
Незначительные	С – риск непринятия сотрудниками нововведений	D – риск злоупотреблений и недобросовестности	

Анализ рисков стратегических проектов КГБУЗ «Владивостокская

поликлиника № 9» был проведен на основе интервьюирования руководства ЛПУ.

С точки зрения концепции кадровых рисков при организации аптечного пункта в поликлинике имеет место высокий должностной риск, и связано это с отсутствием лицензии у медицинской организации на фармацевтическую деятельность, а это значит, что услуги по продаже лекарственных препаратов ЛПУ оказывать не может. Процесс получения лицензии на фармацевтическую деятельность трудоемкий. Для организации аптечного пункта требуются и немалые финансовые вложения. Основной источник доходов поликлиники – фонд обязательного медицинского страхования, не покрывает расходы учреждения на организацию аптечного пункта. В связи с чем, данный проект не может быть реализован в конкретной медицинской организации. Данные фармацевтические услуги могут быть переданы на аутсорсинг аптечной сети либо другой организации на условиях стратегического партнерства [13].

С другой стороны, кадровые риски при открытии онкологического отделения с точки зрения руководства поликлиники незначительные, но вероятность их возникновения высока. Данные риски относятся к категории «С» и связаны с неприятием сотрудниками нововведений в виде онкологического отделения, безусловно, сложного и с точки зрения моральной, так как работа связана с тяжелыми больными, и с точки зрения вредных условий труда, так как лекарственные препараты, которые получают данные пациенты относятся к химиотерапевтическим и их введение требует специально подготовленного помещения для разведения препаратов и введения. Однако, по утверждению руководства поликлиники, эти риски хорошо управляемые.

Аналогичные риски возможны и при открытии травматологического пункта, и связаны они с неприятием персонала изменяющихся условий работы, имеется в виду круглосуточный режим работы. Данные риски, с точки зрения администрации поликлиники, хорошо контролируемые за счет

оформления с работниками «Эффективного контракта» и стимулирования оплаты труда персонала.

Проект «Лечение больных с вирусным гепатитом «С» в условиях дневного стационара поликлиники» имеет большое социальное значение. С точки зрения медицинских работников, все риски в данном проекте минимальные, однако не следует забывать, что они возможны. С этой целью требуется постоянный контроль, анкетирование и мониторинг за процессом лечения данной категории пациентов.

Таким образом, на основе выявленных проблем, рисков и их последствий, необходимая для осуществления стратегического развития ЛПУ численность персонала с учетом прогноза 2018 года составит 312 человек, в том числе немедицинского персонала - 42. Рассчитанная численность персонала согласно предложенной в данном исследовании методике оценки потребности в немедицинском персонале медицинской организации нуждается в корректировке с учетом нормативов численности управленческого персонала и норм управляемости, обслуживания, времени и др.

Таким образом, апробация методики оценки потребности в немедицинском персонале на примере ККБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9», позволяет сделать следующие выводы. Общая численность персонала к 2018 г. составит 312 человек, на приоритетные направления необходимо дополнительно 42 должности, с учетом анализа рисков потребность в персонале для проектов составит 28 человек. В целом численность персонала составит 280 человек, в том числе 37 – немедицинский персонал.

Проведенный анализ позволил сформировать организационную модель структуры немедицинского персонала, включающую процессные и функциональные подразделения, с учетом возможной оптимизации организационной структуры и вывода подразделения «Аптека» в аутсорсинг.

Выводы.

1. Вызовы модернизации сферы здравоохранения требуют интеграции глобальных тенденций развития отрасли в систему управления кадрами на всех ее уровнях, прежде всего, в отношении немедицинского персонала, получившего за рубежом название «смежных специалистов здравоохранения», что предполагает совершенствование нормативной базы, в том числе, введением соответствующей категории персонала и его трудовых функций путем разработки необходимых для отрасли профессиональных стандартов; разработки образовательных программ повышения квалификации для главных врачей и их заместителей, курирующих вопросы кадровой политики, а также сотрудников кадровых служб ЛПУ.
2. Основным приоритетным направлением кадровой политики должно стать совершенствование системы кадрового планирования на основе использования принципов стратегического и операционного кадрового менеджмента, обеспечивающее развитие сервисизации процессов оказания медицинской помощи. В основу кадровой политики медицинской организации должны быть положены принципы оптимального соотношения кадров с медицинским и немедицинским образованием с учетом норм управляемости, обслуживания и времени. Такой подход требует проведения предварительного кадрового аудита в организации.

Список литературы:

1. Using Allied Health Professionals to transform health, care and wellbeing. 2016/17 - 2020/21. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ahp-action-transform-hlth.pdf>
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.
3. Виды и задачи поликлиник // Medcom: медицинский онлайн журнал. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medcom.spb.ru/publ/info/vidy-i-zadachi-poliklinik>.
4. Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=151979&rnd=263249.2451322477&dst=100013&fld=134#0>
5. Приказ Минздрава РФ от 09.06.2003 № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения». // КонсультантПлюс. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=315478#0>.
6. Шейман И., Шевский В. Почему в России не хватает врачей? // Экономическая политика.- 2014. -№ 3. -С. 157–177.
7. Черезова Я.А. Диагностика организационно-управленческих структур на основе количественно-качественного подхода // Азимут научных исследований: экономика и управление. -2016. - Т. 5.- № 1 (14). - С. 57-60.
8. Дж.О’Шонесси. Принципы организации управления фирмой. - М.: Прогресс, 1979. — 133 с.

9. Понятие организационной модели. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.businessstudio.ru/wiki/docs/v4/doku.php/ru/csdesign/project_org_struct/org_model_concept.
10. Кадыров Ф.Н., Хайруллина И.С. Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 1. // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 8. – С. 58-65.
11. Масюк Н.Н., Кузнецова Ю.П., Бушуева М.А. Глобальный аутсорсинг как разновидность стратегического партнерства // Экономика и предпринимательство. 2014. № 12-3 (53-3). С. 949-953.
12. Цветкова И.И. Классификация кадровых рисков // Экономика и управление. 2009. – № 6. – С. 38-43.
13. Масюк Н.Н., Балдина Ю.В. Стратегическое партнерство государства и бизнеса: глобальный аутсорсинг и государственный франчайзинг // Экономика и предпринимательство. 2014. № 12-3 (53-3). С.453-456.