

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА КАДРОВЫХ
РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

(Методические рекомендации)

Астана
2016

УДК 614.2 (083.13)

ББК 51.1

М54

Рецензенты:

Бейсенова Л.З - кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансы» ЕНУ им. Л.Н.Гумилева.

Булакбай Ж.М - кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансы» ЕНУ им. Л.Н.Гумилева.

Разработчики: Жашкенова Н.С, Мусина Г.А, Турумбетова Т.Б, Абельдинова Д.Ж

М54 «Методы определения дефицита кадровых ресурсов здравоохранения»: Методические рекомендации /Сост. Жашкенова Н.С, Мусина Г.А, Турумбетова Т.Б, Абельдинова Д.Ж- Астана.- 2016.- 23 с.

ISBN 978-601-7541-41-5

Методические рекомендации содержат имеющиеся в мировой практике методы, а также методы, разработанные в нашей стране в области дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения и служат хорошим пособием для сотрудников кадровых служб, руководителей медицинских организаций.

УДК 614.2(083.13)

ББК 51.1

Методические рекомендации обсуждены и одобрены на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол №75 от 18.03.2016 г.).

ISBN 978-601-7541-41-5

*© Жашкенова Н.С. и
соавт.2016*

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень сокращений, условных обозначений	4
Глоссарий	5
Введение	6
1. Природа дисбаланса: виды, типология, индикаторы оценки дисбаланса	7
2. Международный опыт в области оценки дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения	15
3. Система определения дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения РК	18
4. Предлагаемые методы оценки дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения РК	19
4.1. Определение географического дисбаланса	20
4.2. Определение дисбаланса на основе индикаторов	22
4.3. Определение дисбаланса кадровых ресурсах здравоохранения по нормативам нагрузки в АПО и стационарах	24
Заключение	28
Список использованных источников	30

Перечень сокращений, условных обозначений

АПО	Амбулаторно-поликлиническая помощь
ВОП	Врач общей практики
ФЧД	Фактическое число должностей
КРЗ	Кадровые ресурсы здравоохранения
МЗ СР	Министерство здравоохранения и социального развития
МНЭ	Министерство Национальной экономики
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РК	Республика Казахстан
СМР	Средний медицинский работник
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Глоссарий

Дисбаланс кадровой потребности – разница между предложением рабочей силы и спросом экономики на рабочую силу.

Дефицит – превышение спроса экономики на рабочую силу над предложением рабочей силы.

Профицит - предложение рабочей силы превышает спрос экономики на рабочую силу.

Норматив - регламентированные затраты времени, количество работы или число должностей для выполнения определенного объема работы при определенных типовых организационно-технических условиях.

Специальность - характеризует род трудовой деятельности, требующей определенных знаний и навыков.

Должность – это круг обязанностей, прав и ответственности, а также показатель и измеритель объема работ.

Потребность в работниках здравоохранения - разрыв между текущим состоянием кадровых ресурсов здравоохранения (или прогнозируемым состоянием, если существующие условия не будут изменяться) и желаемым состоянием кадровых ресурсов здравоохранения по каждой категории работников.

Кадровое планирование – целенаправленная, научно обоснованная деятельность организации, имеющая целью предоставление рабочих мест в нужный момент времени и в необходимом количестве в соответствии со способностями, склонностями работников и предъявляемыми требованиями.

Система здравоохранения - совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья.

ВВЕДЕНИЕ

Создание современной и эффективной системы здравоохранения относится к числу первостепенных целей в политическом курсе Казахстана, озвученном главой государства Н. Назарбаевым в Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». При этом в условиях нарастающего влияния глобального экономического кризиса и усиления внешних и внутренних вызовов национальным системам здравоохранения особую актуальность для Республики Казахстан (далее – РК) приобретает повышение эффективности управления кадровыми ресурсами здравоохранения (далее – КРЗ), основанное на регулярном мониторинге и адекватном планировании потребности, улучшении качества и доступности КРЗ.

В системе здравоохранения с учетом всех ведомств в настоящее время работает более 68,8 тысяч врачей (2014 год – 39,5 на 10 тыс. населения, ОЭСР – 42,0) и более 160 тысяч средних медицинских работников (2014 год – 91,9 на 10 тыс. населения).

При достаточно высокой обеспеченности населения врачами и медицинскими сестрами в Казахстане наблюдается дисбаланс в кадровом обеспечении между уровнями оказания медицинской помощи (дефицит на уровне ПМСП и села, профицит – на уровне стационара). Отмечаемый дефицит медицинских работников по ряду ключевых специальностей, а также дисбаланс КРЗ внутри страны, как в разрезе регионов, так и в разрезе город/село указывают на необходимость эффективного кадрового планирования в системе здравоохранения РК.

Данные проблемы во многом связаны с несовершенством существующих нормативов кадровой обеспеченности отрасли и необходимостью их пересмотра и актуализации, а также внедрение эффективных и действенных механизмов мониторинга и прогнозирования потребности КРЗ.

С 2016 года началась работа по совершенствованию системы управления человеческими ресурсами, совершенствованию кадровой политики. Одним из ключевых направлений Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы определено «Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения», в рамках которого предусмотрено «Стратегическое управление человеческими

ресурсами». Для реализации указанного направления был разработан проект «Стратегическое управление человеческими ресурсами» и утверждена Дорожная карта по его реализации.

Одним из мероприятий Дорожной карты является разработка методики определения дефицита кадровых ресурсов здравоохранения.

1. ПРИРОДА ДИСБАЛАНСА: ВИДЫ, ТИПОЛОГИЯ, ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ ДИСБАЛАНСА.

С экономической точки зрения, дисбаланс профессиональных кадров¹ (нехватка/избыток) возникает, когда количество кадровых ресурсов на рынке труда, и их количество, необходимое работодателям, расходятся при существующих рыночных условиях (Roy et al.). Предложение и спрос на профессиональные навыки на рынке труда непрерывно колеблются, поэтому время от времени возникает дисбаланс. Другими словами, дефицит/профицит является результатом дисбаланса между спросом на рабочую силу и её предложением.

В противоположность этому, неэкономические определения дефицита кадров являются, как правило, нормативными, то есть подразумевают, нехватку рабочей силы по сравнению с установленными нормами [12]. В случае с медицинским персоналом, эти определения основываются либо на оценочном суждении (например, какой объём медицинской помощи должно получать население), либо на профессиональном (например, сколько должно быть врачей в расчёте на общую численность населения).

Для того, чтобы лучше понять природу дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения, необходимо учитывать следующие ключевые элементы:

1. Основные характеристики системы услуг здравоохранения, с экономической точки зрения.

2. Обзор основных институциональных субъектов на рынке труда работников здравоохранения

3. Характеристики рынка труда системы здравоохранения, такие как рост занятости, гендерной проблематике, временного разрыва, связанного с медицинским образованием, роль профессиональных ассоциаций и наконец потенциальная монополия больниц.

4. Факторы, влияющие на спрос и предложение рабочей силы в области здравоохранения

В результате конкретных характеристик системы оказания медицинской помощи и рынка труда здравоохранения, рыночные механизмы сами по себе не позволяют достичь адекватного спроса / предложения работников сферы здравоохранения с социальной точки зрения. Следовательно, стоит необходимость проведения различных мероприятий, таких как управление, планирование и прогнозирование кадровых ресурсов и разработка стратегий для достижения кадрового баланса. Данные мероприятия позволят частично или полностью правильно скорректировать те или иные разрывы рынка труда и способствовать достижению адекватного спроса / предложения кадровых ресурсов здравоохранения.

Сравнение динамического и статического дисбалансов

Одним из ключевых вопросов относительно дефицита кадровых ресурсов является его продолжительность: является ли дисбаланс временным или постоянным? В условиях конкурентного рынка труда стоит ожидать, что со временем большинство дисбалансов устранимся сами по себе. Дисбаланс будет иметь тенденцию исчезать тем быстрее, чем больше скорость реакции, а также чем больше гибкость предложения (или спроса) [6]. Данный тип дисбаланса называется *динамический*.

Динамический дисбаланс

На рисунке 1 изображён классический конкурентный рынок труда. По мере увеличения заработной платы всё больше людей желают быть нанятыми, следовательно, кривая предложения возрастает. Напротив, когда заработная плата снижается, работодатели готовы нанимать больше людей, следовательно, кривая спроса растёт. Точка, в которой агрегированные кривые спроса и предложения рабочей силы пересекаются, является равновесием, как это показано на рисунке 23, где W_0 и Q_0 – это заработная плата и количество труда при равновесии; в этой точке, кривые спроса и предложения равны и равновесная заработная плата выравнивает рынок.

В идеальном конкурентном рынке равновесие достигается всегда, но в краткосрочной перспективе может иметь место некоторое неравновесие, а именно нехватка или избыток, которые

корректируются рыночными механизмами, благодаря чему снова достигается равновесие. Следует отметить, что понятие равновесия в идеальном конкурентном рынке является скорее теоретическим и в реальности встречается редко. Однако оно дает полезные аналитические рамки. Наиболее приближенным к идеальному рынку является, фондовый рынок, в котором продавцы и покупатели владеют достаточной информацией касательно мирового рынка акций и который в настоящее время поддерживается компьютерными технологиями [10].

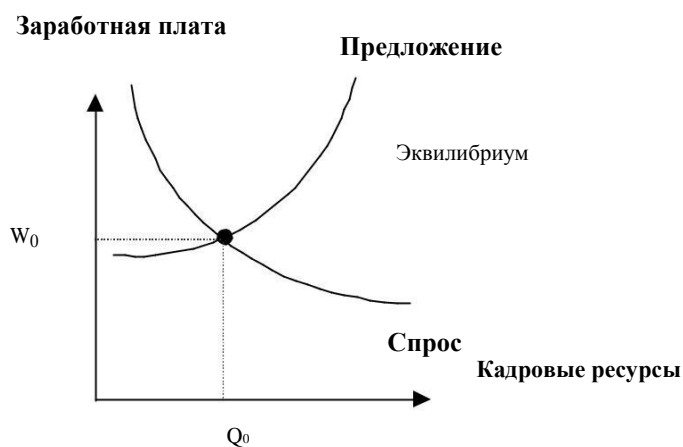


Рисунок 1 – Модель классического конкурентного рынка труда

Первый тип дисбаланса, который мы рассмотрим, – это дефицит. При начальном уровне заработной платы W_1 , которая ниже балансовой заработной платы, обозначенной как W_0 (см. Рис. 2), дефицит возникает вследствие того, что размер спроса на рабочую силу Q_B превышает предложение рабочей силы, Q_A . В условиях конкурентного рынка уровень заработной платы будет увеличиваться, при этом будет расти предложение рабочей силы по новому уровню заработной платы, из-за чего работодатели начнут снижать свой спрос до Q_0 при новом уровне заработной платы W_0 .

При заработной плате W_0 рынок находится в равновесии. Следовательно, нехватка устраняется при помощи механизмов рыночного регулирования. В связи с этим предполагается, что на конкурентном рынке нехватка носит временный характер.

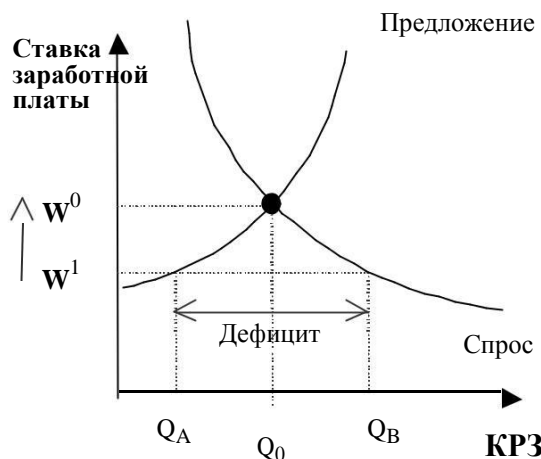


Рисунок 2 – Модель дефицита КРЗ

Примером относительно конкурентного рынка, на котором присутствует нехватка, является рынок профессионалов в области информационных технологий. Например, в Австралии спрос на IT-специалистов обостряется в связи с применением новых технологий, таких как мультимедийная связь, Интернет-разработки, сети/коммуникации и системное администрирование, в результате чего возникает избыточный спрос на специальные навыки, а заработная плата растёт.

Второй тип дисбаланса, который подлежит рассмотрению, – это профицит (см. Рис. 3). При начальной ставке заработной платы W_2 , которая выше рыночного уровня, предложение рабочей силы превышает спрос на неё, то есть $Q_B > Q_A$. Этот избыток предложения рабочей силы приведёт к снижению уровня заработной платы, и равновесие будет достигнуто при уровне заработной платы W_0 и количестве рабочей силы Q_0 .

История изменения уровня безработицы в Японии представляет собой пример избытка с последующим снижением заработной платы. После всплеска уровня безработицы в Японии в конце 1990-х годов произошло снижение числа рабочих мест с высокой заработной платой и увеличение низкооплачиваемых рабочих мест, что привело к корректировке заработной платы в японских компаниях в сторону понижения [18].

Статический дисбаланс

Напротив, **статический дисбаланс** возникает в следствие того, что предложение не растет или не снижается, а следовательно, рыночный баланс не достигается. Например, корректировки заработной платы могут медленно реагировать на изменения спроса или предложения, что может быть результатом институциональных и нормативно-правовых мер, несовершенной конкуренции на рынке (монополия, монопсония) и политики контролирования заработной платы. Другим примером является обучение врачей: из-за того, что обучение врачей – это процесс длительный, проходит много времени, прежде чем изменения в имеющемся предложении вызовут значительную реакцию [17]. Отсутствие информации о состоянии различных рынков труда также может быть фактором, влияющим на скорость регулировки рынка. Чтобы принять надлежащие решения относительно рынка труда, население и фирмы должны быть информированы о существующих рыночных условиях на разных рынках. Следовательно, они должны знать, какая выплачивается заработная плата, какие и где имеются вакантные рабочие места и работники (Roy et al.).

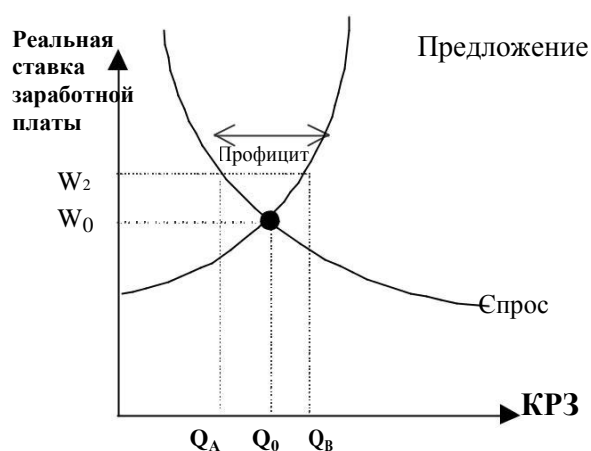


Рисунок 3 – Модель профицита КРЗ

Сравнение качественного и количественного дисбалансов

Существует различие между качественным и количественным дисбалансом кадровых ресурсов. На рынке труда с высоким спросом на рабочую силу возможно, что работодатели не найдут идеального кандидата, поэтому они будут нанимать хоть кого-то. При таких условиях проблема заключается больше в качестве кандидатов на работу, нежели в количестве людей, желающих и способных выполнять эту работу [16]. С точки зрения работодателей существует

нехватка рабочей силы, но с точки зрения рынка труда наличие нехватки может быть поставлено под сомнение, поскольку рабочие места всё-таки заняты. Одним из скрытых негативных последствий качественного дисбаланса является число рабочих мест, которые заняты неэффективными работниками [13].

Дисбаланс кадровых ресурсов в системе здравоохранения: типология

В данном разделе рассматривается типология дисбаланса и различия между следующими его типами:

• **Дисбаланс в разрезе профессий/специальностей.** В рамках этой категории мы рассматриваем дисбаланс в различных медицинских профессиях, таких как врачи или медсестры, а также нехватки в пределах одной профессии, например, нехватка одного типа специалистов.

• **Географический дисбаланс.** Географический дисбаланс медицинского персонала в основном относится к различиям между городскими и сельскими регионами, а также между регионами.

• **Институциональный/служебный дисбаланс.** Институциональные дисбалансы относятся к различиям в предложении медицинской рабочей силы между медицинскими учреждениями, а также между службами.

• **Дисбаланс в разрезе секторов (государственный/частный).** Дисбаланс в разрезе секторов (государственный/частный) связан с различиями в распределении кадровых ресурсов между государственной и частной системой здравоохранения.

• **Гендерный дисбаланс.** Гендерный дисбаланс связаны с различиями в количестве женщин/мужчин, представленных в кадровых ресурсах здравоохранения.

Оценка дисбаланса

Теоретически определить наличие или отсутствие дисбаланса рабочей силы легко – достаточно просто посмотреть на спрос и предложение рабочей силы. Если спрос превышает предложение, то существует нехватка. На практике же проблематично измерить как спрос, так и предложение [9]. Поскольку не существует эмпирического способа измерения дисбаланса медицинского персонала, то для оценки частоты и размера нехватки/избытка используются различные показатели. Ниже приведено рассмотрение

и обсуждение различных показателей. Их можно классифицировать по четырём основным категориям:

1. Показатели занятости: вакансии, рост трудовых ресурсов, уровень профессиональной незанятости, коэффициент текучести кадров.

2. Показатели деятельности: сверхурочное время.

3. Денежные показатели: реальная ставка заработной платы, норма прибыли.

4. Нормативные показатели, основанные на численности населения: соотношения врач/население, медсестра/население и т.д.

Вышеуказанные элементы не представляют собой исчерпывающий перечень показателей. Менее распространённые показатели включают в себя: количество приемлемых претендентов на открытую вакансию, большее время ожидания и результаты лечения.

Использование только одного показателя недостаточно, чтобы охватить всю сложность проблемы дисбаланса. Высказывается мнение, что следует учитывать ряд показателей, для того чтобы сделать возможным более точно оценить дисбаланс, а также установить различия между краткосрочными и долгосрочными показателями. Кроме того, необходимы дальнейшие усилия для совершенствования и облегчения сбора данных.

Таблица 1 - Основные преимущества и недостатки показателей нехватки/избытка

Показатели	Основные преимущества	Основные недостатки
I. Показатели занятости		
Вакансии	<ul style="list-style-type: none"> • Легко измерить. • Широко используется. 	<ul style="list-style-type: none"> • Этот показатель не охватывает частнопрактикующих врачей. • Бюджетные ограничения могут «скрыть» проблему нехватки.
Рост трудовых ресурсов	<ul style="list-style-type: none"> • Может применяться к любой медицинской профессии, в любой системе здравоохранения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Бывает трудно оценить, соответствует ли рост трудовых ресурсов исходной нехватке.
Относительный уровень профессиональной занятости	<ul style="list-style-type: none"> • Может применяться к любой медицинской профессии, в любой системе здравоохранения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Возникновение одновременной незанятости работников здравоохранения и дисбаланса усложняет интерпретацию данного показателя
Уровень текучести кадров	<ul style="list-style-type: none"> • Легко измерить. 	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень текучести кадров может находиться под влиянием элементов, не связанных с дисбалансом.
II. Денежные показатели		
Реальная ставка заработной платы	<ul style="list-style-type: none"> • Легко измерить. 	<ul style="list-style-type: none"> • Заработная плата может зависеть от факторов, не связанных с дисбалансом. • Трудно количественно определить дефицит/избыток
Норма прибыли	<ul style="list-style-type: none"> • Является сравнительно сложным показателем. 	<ul style="list-style-type: none"> • Сравнительно сложно оценить. • Трудно количественно определить нехватку/избыток.
III. Показатели деятельности		
Сверхурочное время	<ul style="list-style-type: none"> • Является чувствительным показателем. 	<ul style="list-style-type: none"> • Может отражать целенаправленную политику.
IV. Нормативные показатели, основанные на численности населения		
Врачей на 10 000 населения Медсестер на 10 000 населения	<ul style="list-style-type: none"> • Легко оценить. • Позволяет количественно определить дисбалансы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Существует определенная степень субъективности при определении «золотого стандарта».

2. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ В ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ ДЕФИЦИТА

Учитывая обеспокоенность многих стран по поводу существующего дефицита врачей, медсестер и других специалистов в области здравоохранения, представляется несколько удивительным то, что большинство моделей планирования трудовых ресурсов здравоохранения опираются на простое предположение о том, что существующий рынок труда находится в равновесии (отсутствует дефицит/профицит), после чего эти модели выстраивают динамику развития разрыва между прогнозируемым спросом и предложением. Ведь если существует какой-либо текущий дефицит (или профицит) определённых категорий медицинских работников, то это повлияет на предполагаемый разрыв в базовом году и на протяжении всего прогнозируемого периода.

Если мы исходим из удобного предположения о том, что рынок труда находится в равновесии, то одна из главных трудностей заключается в том, чтобы правильно определить и измерить, что же именно является «нехваткой» (или избытком) какой-либо категории работников здравоохранения. На самом общем уровне стандартное определение нехватки гласит: спрос на определённую категорию работников превышает предложение в какой-то точке времени. Одним из главных индикаторов оценки дефицита служит количество вакантных должностей. В частности, это касается трудно заполняемых вакансий, которые могут быть определены за счёт уведомлений работодателей о том, что им трудно найти работников для вакантных мест, или же за счёт информации о среднем количестве недель/месяцев, которые необходимы для рекрутинга. С другой стороны, стандартным индикатором оценки профицита определённой категории работников является незанятость или недостаточная занятость (люди, работающие неполный рабочий день, но желающие работать полный рабочий день). В случае с самостоятельно занятыми работниками (а в некоторых странах многие врачи принадлежат именно к этой категории) могут понадобиться какие-то альтернативные меры измерения дефицита или профицита (например, время ожидания до получения заказа).

В очень немногих моделях из числа тех, что были рассмотрены в этом исследовании, была сделана попытка оценить, имелась ли какая-либо текущая нехватка (избыток) врачей или медсестёр. В тех моделях, где предпринималась попытка преодолеть удобное

предположение о том, что рынок труда находится в равновесии, применялись разные подходы, от более простых до более передовых методов.

В моделях, которые применялись в некоторых странах (например, в Чили), «нехватка» определялась просто как разрыв между реальным количеством врачей или медсестёр в расчёте на население и каким-то «эталонным» (или целевым) показателем. В данном случае главная проблема заключается в том, что именно должно считаться «эталонным» или целевым показателем. Учитывая, что между отдельными странами Организации экономического сотрудничества и развития имеются большие различия по числу врачей и медсестёр в расчёте на душу населения, существует большой выбор международного стандарта, а потому выбор конкретного стандарта неизбежно принимает произвольный характер. Страны могут опираться на свой собственный опыт в прошлом, но поскольку число врачей и медсестёр в расчёте на душу населения со временем выросло в большинстве стран, эти соотношения являются «движущимися мишенями» и не могут служить надёжным свидетельством «нехватки» сейчас или надёжным основанием предполагать, что в будущем возникнут потребности в данной рабочей силе.

Модель, применяемая в Дании, оценивает текущую нехватку врачей путём использования «надёжных» данных о вакансиях в секторе больниц [14]. Основываясь на этих данных, модель оценивала, что в 2010 году в Дании не хватало примерно 1330 врачей (из общего числа врачей 20170 человек). В Нидерландах Совецательный комитет по планированию кадровых ресурсов здравоохранения учитывал уровни вакантности, а также исследования по распределению терапевтов в сельской местности, для того чтобы определить некий уровень «неудовлетворенной потребности» во врачах, который составил 1% от реального предложения в базовом году [5]. В Японии нехватка медсестёр оценивалась путём опроса работодателей (госпитали, частные клиники и учреждения долгосрочной медицинской помощи), которые сообщили о том, что у них были трудности с наймом медсестёр в текущем году, а также высказали свои предположения о том, как ситуация будет развиваться в следующие 5 лет [11].

В некоторых методах, которые были «основаны на потребности» во врачах или медсёстрах и которые применялись в Канаде, была

сделана попытка оценить текущую нехватку врачей или медсестёр путём использования информации о «неудовлетворённой потребности в лечении» (эту информацию получали от населения), или же нехватка определялась как разрыв между текущим использованием медицинских услуг и рекомендованным использованием согласно клиническим рекомендациям. Модель в провинции Онтарио (Канада) использовала информацию о людях, которые сообщили о том, что им было трудно найти терапевта, или использовала другие меры измерения «неудовлетворённой потребности в лечении» относительно регулярных медицинских осмотров или иных услуг. Эта информация использовалась для того, чтобы оценить нехватку терапевтов и медицинских специалистов [15]. Другая модель, «основанная на потребности», которая учитывала потребность в зарегистрированных в Канаде медсёстрах, оценила текущий разрыв между предложением и потребностью в услугах медсестёр посредством использования информации о количестве людей с плохим здоровьем, которые не пользуются медицинскими услугами так, как это можно было бы ожидать; применяя этот метод, был сделан вывод о том, что в 2007 году не хватало 11000 зарегистрированных медсестёр [8].

Модель прогноза баланса трудовых ресурсов Российской Федерации предназначена для определения значений показателей прогноза баланса трудовых ресурсов. Значения показателей прогноза рассчитываются в среднегодовом исчислении с применением статистических методов, методов экстраполяции и экспертных оценок рабочей группы по рассмотрению результатов прогноза. При оценке сбалансированности трудовых ресурсов осуществляется сопоставление их численности с суммой численности занятых в экономике и численности населения, не занятого в экономике. Величина дисбаланса трудовых ресурсов рассчитывается по формуле:

$$D = TP - Z - H,$$

где:

D - дисбаланс трудовых ресурсов;

TP - численность трудовых ресурсов в прогнозном периоде;

Z - численность занятых в экономике в прогнозном периоде;

H - численность населения, не занятого в экономике, в прогнозном периоде.

Выбор наиболее оптимального варианта устранения дисбаланса трудовых ресурсов осуществляется рабочей группой по рассмотрению результатов прогноза.

3. СИСТЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИСБАЛАНСА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

Методика определения дефицита кадровых ресурсов здравоохранения в Республике Казахстан основана на вычислении разницы между занятыми должностями и штатными должностями. Расчёты производятся на основе данных представленных в форме № 30, которая является единственной формой, содержащей числовые данные фактических штатных должностей, штатных и занятых, а также число физических лиц в разрезе регионов по специальностям, в том числе в системе амбулаторно-поликлинической организации и стационара. Данная форма утверждена приказом Министра здравоохранения РК от 6 марта 2013 года № 128 и предоставляется один раз в год в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Формула, согласно которой вычисляется дефицит кадровых ресурсов здравоохранения РК, на основании ФЧД, следующая:

$$D = ZD - ШД,$$

Где:

D – дефицит КРЗ

ZD – занятые должности

ШД – штатные должности.

Таблица 2 – Пример расчета дефицита КРЗ в системе здравоохранения

Наименование должности	Число должностей в целом по организации		Дефицит	АПО		Дефицит	Стационар		Дефицит
	штатные	занятые		штатные	занятые		штатные	занятые	
Врачи, всего	61804,00	58162,00	-3642	34048,75	32032,75	-2016	27755,25	26129,25	-1626
терапевты	6090,25	5777,25	-313	4003,75	3787,75	-216	2086,50	1989,50	-97
кардиологи (взрослые и детские)	1300,50	1190,50	-110	619,25	571,75	-47,5	681,25	618,75	-62,5
хирурги (взрослые и детские)	3170,75	3058,50	-112,25	1291,00	1236,75	-54,25	1879,75	1821,75	-58
анестезиологи (взрослые и детские)	3858,00	3582,25	-275,75	25,25	23,00	-2,25	3832,75	3559,25	-273,5
акушеры-гинекологи	4270,75	4048,00	-222,75	2292,00	2155,25	-136,75	1978,75	1892,75	-86
педиатры	4191,25	4043,75	-147,5	3212,00	3118,00	-94	979,25	925,75	-53,5
невропатологи (взрослые и детские)	1837,75	1727,00	-110,75	1038,25	967,25	-71	799,50	759,75	-39,75
врачи псих. профиля (взрослые и детские)	2357,25	2160,00	-197,25	1223,00	1115,00	-108	1134,25	1045,00	-89,25
врачи-лаборанты	2459,75	2253,75	-206	1046,50	944,50	-102	1413,25	1309,25	-104
врачи общественного здравоохранения	2429,00	2254,00	-175	1353,50	1248,75	-104,75	1075,50	1005,25	-70,25
врачи лучевой диагностики	3398,00	3213,75	-184,25	1912,25	1790,00	-122,25	1485,75	1423,75	-62
врачи общей практики / семейные врачи	4586,25	4457,25	-129	4586,25	4457,25	-129	0,00	0,00	0

4. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ДЕФИЦИТА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Определение дисбаланса является одним из важнейших этапов в процессе планирования и прогнозирования кадровых ресурсов. Дисбаланс учитывает все факторы, необходимые для определения фактических кадровых потребностей организации. Некоторые организации предполагают, что спрос на рабочую силу определяет будущую потребность в кадрах, но это лишь только одна часть сложного уравнения. Разработка и применение эффективных методов кадрового прогнозирования способствуют формированию высококвалифицированного кадрового состава здравоохранения [3].

В данном разделе изложены принципы и алгоритмы методов оценки дефицита кадровых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан.

Принцип данных методов был адаптирован и применен в соответствии с текущей кадровой политикой здравоохранения РК и в соответствии с имеющимися базами статистических данных. Кроме

того, в методическом пособии были произведены примерные расчеты дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения РК.

При подготовке пилотных прогнозов были использованы статистические данные, полученные на официальном сайте Комитета по статистике МНЭ РК по прогнозным данным населения РК, отчетные формы медицинских организаций №30 за 2010-2015 годы, официальные статистические данные ВОЗ. Также методы учитывают стратегические направления развития КРЗ в стране согласно: Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Стратегии «Казахстан-2050», Стратегическому плану развития РК до 2020 года, Стратегическому плану МЗ РК до 2020 года, приказу МЗ РК от 07.04.2010 года №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» и др. нормативным документам.

Методы оценки дефицита кадровых ресурсов здравоохранения, используемые в качестве основы для составления прогнозов потребностей, сосредоточены на различных аспектах динамики КРЗ, включая прогнозы потребностей, предложения и спрос, рабочей нагрузки и производственной деятельности, развитие и движение персонала. а также его географическое распределение.

4.1. Определение географического дисбаланса

Практически все страны страдают от географически неравномерного распределения кадровых ресурсов здравоохранения, а основной проблемой является, как правило, распределение именно врачебных кадров.

Данный метод позволяет на основе предполагаемых предельных значений обеспеченности кадровых ресурсов (например, число врачей на 10 тыс. населения) рассмотреть существующий географический дисбаланс. Данный подход не включает другие основные показатели, за исключением роста численности населения, которые, предположительно, могут повлиять на тип и объем предоставляемых в будущем услуг в области здравоохранения, а также на тип и численность соответствующих кадровых ресурсов. Метод основывается на допущении однородности на всех уровнях числителя (все врачи одинаково продуктивны и такими останутся) и знаменателя (все группы населения имеют одинаковые потребности, которые останутся неизменными) т.е. рассматривает только

количественный географический дисбаланс. На рисунке изображены показатели обеспеченности в разрезе регионов, а также приведено сравнение с национальным показателем обеспеченности. Как следует из данных значительный профицит в городах Астана и Алматы влияют на общенациональный показатель и значительно превышают его.

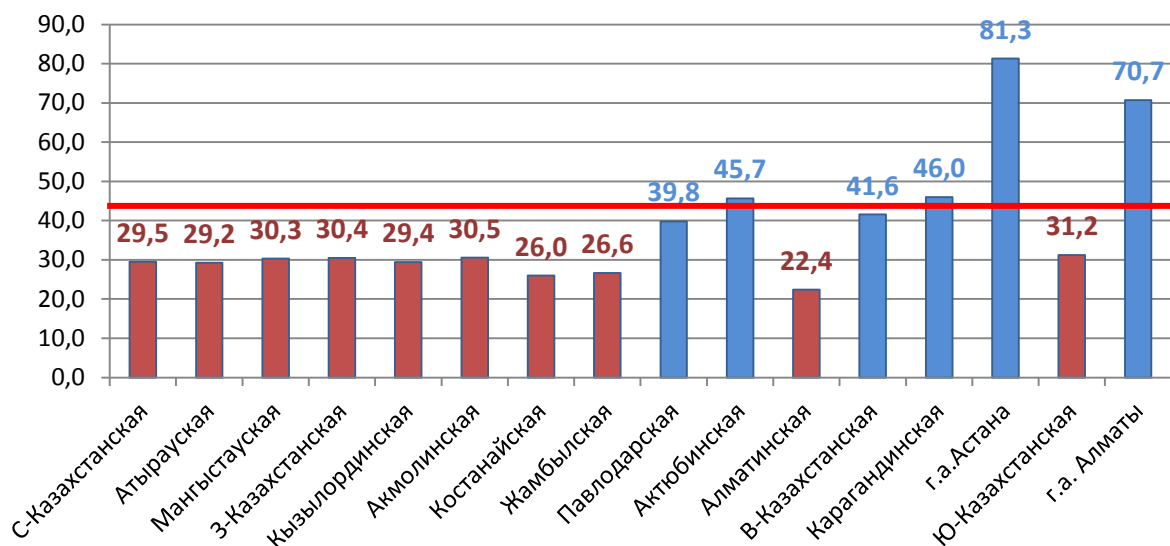


Рисунок 4 – Расчет географического дисбаланса на основе определения обеспеченности врачами на 10 тыс. населения)

В таблице 3 приведены примерные расчёты на основе имеющихся данных по потребному количеству кадровых ресурсов здравоохранения в различных регионах страны, а также количество специалистов, требующее перераспределения в целях достижения географического баланса.

Существенно более высокая концентрация врачей в мегаполисах, в сравнении с другими регионами свойственна промышленно развитым и развивающимся странам. Вполне понятно, что большинство специалистов в области здравоохранения предпочитают работать и жить в мегаполисах, которые предлагают более широкие возможности для профессионального развития, образования и трудоустройства. Но именно в сельских и отдалённых районах сосредоточены наиболее серьёзные проблемы связанные с качеством предоставления медицинских услуг, в том числе в виду нехватки квалифицированных медицинских кадров.

Таблица 3 - Расчет географического дисбаланса на основе определения обеспеченности врачами на 10 тыс. населения)

Область	Население	Фактическая численность врачей (физ. лица)	Обеспеченность на 10 т. нас.	Потребное кол. врачей согл. национальному показателю обеспеченности	Разница между фактическим и потребным количеством
С-Казахстанская	571800	1686	29,5	2208	-522
Атырауская	581500	1699	29,2	2246	-547
Мангыстауская	606900	1839	30,3	2344	-505
З-Казахстанская	629900	1918	30,4	2433	-515
Кызылординская	753100	2213	29,4	2908	-695
Акмолинская	736600	2250	30,5	2845	-595
Костанайская	881400	2291	26,0	3404	-1113
Жамбылская	1098700	2924	26,6	4243	-1319
Павлодарская	755800	3008	39,8	2919	89
Актюбинская	822600	3758	45,7	3177	581
Алматинская	1922000	4302	22,4	7423	-3121
В-Казахстанская	1395500	5799	41,6	5389	410
Карагандинская	1378300	6334	46,0	5323	1011
г.а.Астана	852800	6933	81,3	3294	3639
Ю-Казахстанская	2788400	8701	31,2	10769	-2068
г.а. Алматы	1642400	11612	70,7	6343	5269

Для улучшения географического распределения врачей, правительства часто используют сочетания обязательного обслуживания и стимулов. До сих пор не существует практически ни одна страна в мире, которая решила проблему географического дисбаланса КРЗ [7]. Это не обязательно означает, что стратегии и программы, направленные на снижение дисбаланса не имели никакого эффекта. Отсутствие передовой практики не является препятствием. Необходимо включать все факторы и структуры, имеющие экономическое, политическое и социальное влияние на географически верное распределение кадровых ресурсов здравоохранения.

4.2. Определение дисбаланса на основе индикаторов

Термин "дисбаланс", как правило, часто используется в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, и очевидно то, что дисбаланс в кадровых ресурсах здравоохранения охватывает широкий спектр возможных ситуаций и является сложным вопросом.

Опираясь на один показатель недостаточно, чтобы охватить всю сложность вопроса дисбаланса. Вместо этого следует учитывать, целый ряд показателей, чтобы обеспечить более точную оценку

дисбаланса. Кроме того, представляется уместным провести различие между краткосрочными и долгосрочными показателями. Чтобы проиллюстрировать этот подход, в таблице 4 представлены показатели для зарегистрированных врачебных кадров Республики Казахстан. Они представляют собой краткосрочные показатели, то есть тенденции в течение последних 3-х до 4-х лет. Тенденция, т.е. увеличение/снижение, связана с каждым показателем.

Таблица 4 – Динамика показателей для зарегистрированных врачебных кадров, используемые для расчета дисбаланса

Индикаторы	Значение	Краткосрочная тенденция
I. Показатели занятости		
Вакансии	5%	Снижение
Ежегодный прирост трудовых ресурсов	1,4 %	Увеличение
Ежегодный прирост населения	15 %	Увеличение
Уровень текучести кадров	0,2 %	Увеличение
Уровень безработицы	5 %	Снижение
II. Денежные показатели		
Реальная ставка заработной платы	92 144 KZT	Стабильно
III. Нормативные показатели, основанные на численности населения		
Врачей на 10 000 населения	39,7/10,000	Увеличение

Результаты, представленные в таблице 4, показывают, что доля вакантных должностей снизилась за последние годы, и достигла около 13% в году, одновременно безработица сократилась за тот же период в ещё большей степени, чем национальный уровень безработицы, в то время как реальная ставка заработной платы медицинских кадров оставалась относительно стабильной. Текучесть кадров также выросла за этот период [2]. И, наконец, за последние годы число медицинского персонала на 10000 населения увеличилось на 2% до соотношения КРЗ / численность населения 39.7 / 10.000 [2].

Большинство из этих показателей свидетельствуют о существовании условий, отражающих незначительный недостаток врачебных кадров Республики Казахстан. Следует отметить, что этот дефицит КРЗ до сих пор не привел к существенному увеличению заработной платы. Жёсткость рынка в отношении изменений заработной платы или использования альтернативных стратегий для привлечения большего числа медицинских работников могли бы объяснить данное явление.

Изменения различных показателей, изображённых на рисунке 5, подчёркивают существенное наличие вакантных мест и текучести кадров, в то время как реальные ставки заработной платы остаются относительно стабильными.

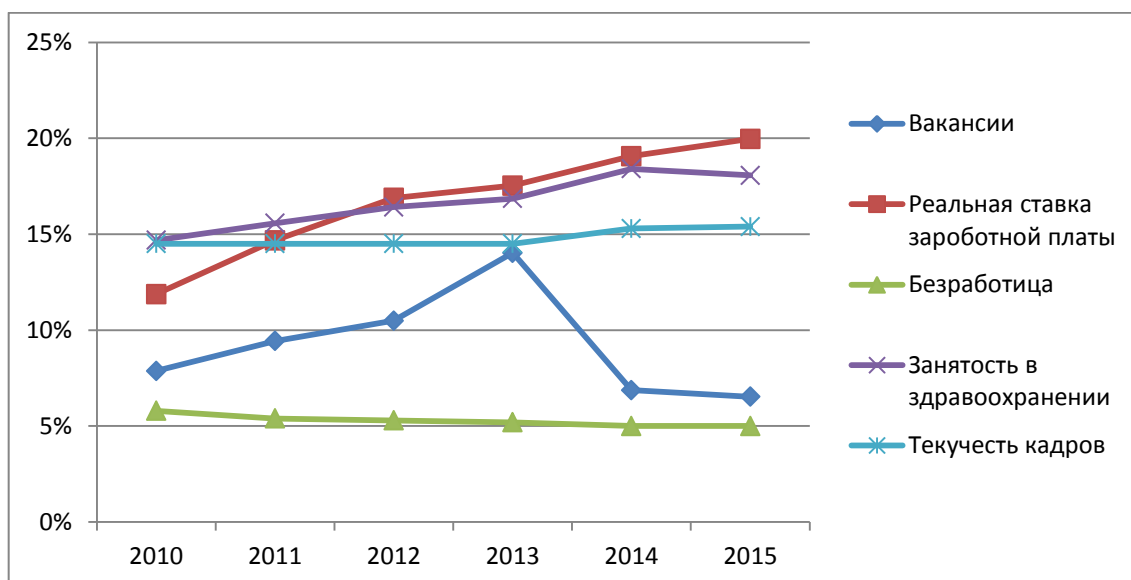


Рисунок 5 - Динамика показателей, значимых для расчета дефицита КРЗ

Рассмотрение долгосрочных и среднесрочных показателей очень важно, так как они содержат ориентиры на будущее. Средний возраст по окончании учёбы и количество первокурсников учащихся являются примерами показателей, предоставляющих информацию о будущем рынке труда работников здравоохранения. В Казахстане число выпускников программ медицинского образования уменьшилось в последние годы. Последствия этой тенденции не сразу ощутимы, но будут иметь влияние в ближайшее время и, при прочих равных условиях, эта тенденция предполагает в будущем дефицит КРЗ.

Предлагаемый тип оценки и анализа дисбаланса КРЗ представляет собой комплексный подход, и должен быть применён в разрезе уровней оказания помощи, секторов и специальностей. Такой подход позволил бы также обеспечить более надёжную основу для проведения сравнений между регионами.

4.3. Определение дисбаланса кадровых ресурсах здравоохранения по нормативам нагрузки в АПО и стационарах

Используемый до настоящего времени подход к расчету дефицита КРЗ по существующей методике (штатные должности минус занятые) показывает свою недостаточную эффективность. В связи с необходимостью совершенствования системы управления кадровыми ресурсами здравоохранения возникла необходимость пересмотра подходов к методике расчета дисбаланса кадров в АПО и стационарах.

Для внедрения более эффективных подходов в регионах РК была проведена оценка дефицита кадров по методике, основанной на расчете дефицита кадров по физическим лицам, а не по штатным должностям. При этом на уровне ПМСП данная методика не применяется, так как формирование штатных должностей в ПМСП проводится на основе норматива прикрепленного населения. Метод расчета должностей и дефицита узких специалистов основан на нормативе посещений (на одного врача), как более обоснованного подхода к услугам узких специалистов.

На уровне стационара предложен иной расчет определения потребности и дефицита кадров, в основе которого лежит расчет потребности в специалистах не на койки, а на норматив нагрузки (количества койко-дней на 1 врача).

Все нормативы для расчета основаны на действующем приказе МЗ РК №238 от 7.04.2010г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

Расчет потребности и дефицита специалистов АПО по нормативам нагрузки (посещаемость)

Расчет норматива посещаемости в год в РК. Расчет основан на статистических данных отчетной формы №30 «Отчет медицинской организации» по штатным должностям и физическим лицам, и посещения к специалистам (таблицы 1100, 2100).

Норматив нагрузки по времени в день = $60 \text{ мин} * 8 \text{ час} = 480 \text{ мин}$.
Норматив количества посещений в день = $480 \text{ мин} / 30 \text{ мин} (40 \text{ мин}) = 16(12)$.
Норматив посещений в год = $16 (12) * 245$ (из производственного календаря на 2015г.) = 3920 (2940).

Таблица 5 – Расчет потребности и дефицита специалистов АПО по нормативам нагрузки (посещаемость)

Специальность	Число посещений в год в РК	Норматив функции врачебной должности (посещаемость) РК	Потребность во врачах, всего по нормативу РК	Факт. данные, штатных должностей в РК	Дефицит РК
Отоларинголог	3600840	3936	914,8	826,75	-88,1
Офтальмолог	3866940	3936	982,5	911	-71,5
Невролог	3563197	2952	1207,0	1038,25	-168,8
Психиатр	2498482	2952	846,4	1223	376,6
Нарколог	1951434	2952	661,1	501	-160,1
Фтизиатр	3151171	2952	1067,5	993,75	-73,7
Дерматовенеролог	3317112	2952	1123,7	669,75	-453,9

Расчет потребности и дефицита в специалистах стационара по нормативам нагрузки (пролеченный случай)

Расчет основан на статистических данных отчетной формы №30 «Отчет медицинской организации» по штатным должностям и физическим лицам, и количеству пролеченных больных по различным нозологиям (таблицы 1100, 3100).

При подсчете потребности в кадрах стационаров по нормативам пролеченных случаев определяется фактическое число пролеченных случаев в сравнении с годовым нормативом. Разница позволяет оценить степень нагрузки специалистов данного профиля на одного врача, потребное количество специалистов и соответственно, дефицит или профицит в зависимости от штатного расписания.

Таблица 6 – Расчет потребности и дефицита в специалистах стационара по нормативам нагрузки (пролеченный случай)

Профили больничных коек	Норматив числа пролеченных больных в год на 1 врача (по приказу МЗ РК №238)	Факт. число пролеченных больных в 2014г. (ф30)	Расчетная потребность в кадрах по приказу МЗ РК №238 (3/2)	Физические лица(ф№30)	
				ФАКТ Физ.Лица, 2014г (Ф №30)	Разница факт.числа ФЛ с расчетной потребн. по приказу МЗ РК №238 (8-5)
1	2	3	5	8	9
ЛОР	726	38924	54	685	631
Офтальмологические	498	35055	70	774	704
Неврологические	687	95808	139	1209	1070
Психиатрические	162	56580	349	763	414
Наркологические	240	31925	133	566	433
Фтизиатрические	72	28433	395	1190	795
Дерматовенеролог.	384	27088	71	559	488

Таким образом, считаем обоснованным расчет дефицита в кадрах по нормативам нагрузки, а, не по существующей методике (штатные должности минус занятые), так как эта методика основана на реально выполняемой нагрузке врача.

В связи с расширением функционала врачей первичного приема (они берут на себя часть функциональных обязанностей узких специалистов), считаем необходимым пересмотреть нормативы времени приема специалистов, а также пролеченных случаев на 1 специалиста в стационаре, указанные в приказе №238 [1]. Для этого необходимо провести исследования (хронометраж) по времени приема специалистов в АПО и пролеченным случаям в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Планирование кадровых ресурсов здравоохранения - важный процесс, благодаря которому можно предупредить риск дефицита или профицита кадров, а также нерациональное распределение ресурсов. Определение дисбаланса является одним из важнейших шагов в процессе планирования кадровых ресурсов. Во многих странах руководство обязано предупреждать такие проявления дисбаланса, как нехватка или избыток кадров или нерациональное распределение по географическим регионам или организациям, которые не только влекут дополнительные экономические издержки, но и подрывают эффективность всей системы оказания медико-санитарных услуг. Оценка дисбаланса является лишь началом процесса построения фундамента системы медико-санитарных услуг – ее кадровых ресурсов. Полученные результаты оценки затем позволяют обсуждать и устанавливать приоритеты, цели и стратегии, соответствующие более широким направлениям политики в сфере оказания услуг и здравоохранения.

Большинство моделей планирования трудовых ресурсов здравоохранения опираются на простое предположение о том, что существующий рынок труда находится в равновесии (отсутствует дефицит/профицит), после чего эти модели выстраивают динамику развития разрыва между прогнозируемым спросом и предложением. Ведь если существует какой-либо текущий дефицит (или профицит) определённых категорий медицинских работников, то это повлияет на предполагаемый разрыв в базовом году и на протяжении всего прогнозируемого периода.

Также существуют проблемы методологического и технического характера, которые нужно преодолевать при оценке потребностей. Нынешнее состояние баз данных по КРЗ в целом не позволяет провести адекватный и надёжный анализ исходной ситуации. В связи с чем, необходимы дальнейшие усилия для совершенствования и облегчения сбора и обработки данных.

Поскольку не существует эмпирического способа измерения дисбаланса медицинского персонала, то для оценки частоты и размера дефицита/профицита используются различные показатели. Использование только одного показателя недостаточно, чтобы охватить всю сложность проблемы дисбаланса. Соответственно, следует учитывать ряд показателей, для того чтобы сделать

возможным более точно оценить дисбаланс, а также установить различия между краткосрочными и долгосрочными показателями.

Предлагаемые методы оценки и анализа дисбаланса КРЗ должны представлять собой комплексный подход, который в свою очередь должен быть применён в разрезе уровней оказания помощи, секторов и специальностей. Такой подход позволил бы также обеспечить более надёжную основу для проведения сравнений между регионами и осуществления эффективной прогностической деятельности.

Список использованной литературы

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы // Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году// Статистический сборник МЗ РК// Астана. – 2015.
3. Модели и инструменты планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах здравоохранения. Обозреватель состояния кадровых ресурсов здравоохранения, Выпуск 3. ВОЗ, 2010 г.
4. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011 - 2015 годы.
5. АСММР (2010), Capaciteits plan 2010. Deel rapport 2: Huisarts genees kunde [Capacity Plan 2010. Report Part 2: General Practice], Capaciteits orgaan, Utrecht, http://www.capaciteitsorgaan.nl/Portals/0/capaciteitsorgaan/publicaties/capaciteitsplan2010/Deelrap_2_Huisartsgeneeskunde.pdf.
6. Arrow K, and Capron W. Dynamic shortages and prices rises: the engineer –scientist case. Quarterly Journal of Economics 1959; 73
7. Blumentahl D. Geographic imbalances of physician supply: an international comparison, Journal of Rural Health 2014;10 (2): 109-118
8. CNA (2009), Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage, report prepared by Tomblin Murphy, G. et al., Canadian Nurses Association, Ottawa, http://www.nursesunions.ca/sites/default/files/rn_shortage_report_e.pdf.
9. Cohen M, Ferrier B, Woodward C, and Goldsmith C. Gender differences in practice patterns of Ontario family physicians. Journal of the American Medical Women's Association 2011; 46(2): 49-54
10. Donalson C. and Gerard K. Economics of the health care finance. MacMillan, London. 1993
11. Expert Panel on Projection of Supply and Demand for Nurses (2010), 7th Projections of Supply and Demand for Nurses. Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

[http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/
img/2r9852000000z6df.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/img/2r9852000000z6df.pdf).

2r9852000000z68f-

12. Feldstein P. Health Care Economics. Fifth edition. Delmar Publishers. New-York. 1999
13. Hare D, Nathan J, Darland J. Teacher shortages in the midwest, North Central Regional Educational Laboratory, Oak Brook, Illinois, 2000
14. National Board of Health (2010), Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2010-2030 [Forecast of physician supply, 2010-2030], Copenhagen, <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/EFUA/Prognose/Laegeprognose2010-2030.pdf>.
15. Singh, D. et al. (2010), Ontario Population Needs-Based Physician Simulation Model, Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Medical Association, Toronto, <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/needs-based-model-report-oct-2010-en.pdf>.
16. Veneri C. Can occupational labor shortages be identified using available data? Monthly Labor Review 2009; March 15-21
17. Weiner J, Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement: evidence from HMO staffing patterns. JAMA. 2010; 272: 222-230
18. Yashiro N. Learning to live with 4 % unemployment, Japan Echo 25 (5), 2008

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ
МИНИСТРЛІГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ**

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ КАДР
РЕСУРСТАРЫ ТАПШЫЛЫҒЫН АНЫҚТАУ ӘДІСТЕМЕСІ**

(Әдістемелік ұсыныстар)

Астана
2016

УДК 614.2 (083.13)

ББК 51.1

M54

Рецензенттер:

Л.З. Бейсенова - экономика ғылымдарының кандидаты,
Л.Н.Гумилев атындағы ЕҰУ «Қаржы» кафедрасының доценті

Ж.М. Бұлақбай - экономика ғылымдарының кандидаты,
Л.Н.Гумилев атындағы ЕҰУ «Қаржы» кафедрасының доценті

Құрастырушылар: Н.С. Жашкенова, Г.А. Мусина, Т.Б.
Турумбетова, Д.Ж. Абельдинова

M54 «Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары тапшылығын анықтау әдістемесі»: Әдістемелік ұсыныстар /құраст. Н.С. Жашкенова, Г.А. Мусина, Т.Б. Турумбетова, Д.Ж. Абельдинова - Астана.- 2016.- 23 б.

ISBN 978-601-7541-41-5

Әдістемелік ұсыныста әлемдік тәжірибеде бар әдістер, сондай-ақ еліміздегі денсаулық сақтау саласындағы тапшылық саласында жасалған әдістер келтіріліп, медициналық мекеме басшыларына, кадрлық қызмет мамандарына жақсы көмекші құрал бола алады.

УДК 614.2 (083.13)

ББК 51.1

Әдістемелік ұсыныстар Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының сараптау кеңесінің отырысында талқыланып, келісілді (18.03.2016 жылғы №75 хаттама).

ISBN 978-601-7541-41-5

© Н.С. Жашкенова және бірлескен авторлар, 2016

МАЗМҰНЫ

Қысқартулар, шартты белгілер тізбесі	4
Глоссарий	5
Кіріспе	6
5. Теңгерімсіздік табиғаты: түрлері, типологиясы, теңгерімсіздікті бағалау индикаторлары	7
6. Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары үйлесімсіздігін бағалау саласындағы халықаралық тәжірибе	15
7. ҚР денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары үйлесімсіздігін анықтау жүйесі	18
8. ҚР денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары үйлесімсіздігін бағалаудың ұсынылған әдістері	19
4.1. Географиялық теңгерімсіздікті анықтау	20
4.2. Индикаторлар негізінде теңгерімсіздікті анықтау	22
4.3. Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары үйлесімсіздігін АЕК және стационарлардағы жүктеме нормативтері бойынша анықтау	24
Қорытынды	28
Пайдаланылған әдебиеттер тізімі	30

Қысқартулар, шартты белгілер тізбесі

АЕК	– Амбулаториялық-емханалық көмек
ЖТД	– Жалпы тәжірибелік дәрігер
ЛНС	– Лауазымдардың нақты саны
ДҚР	– Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары
ДӘДМ	– Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
ҰЭМ	– Ұлттық экономика министрлігі
БМСК	– Бастапқы медициналық-санитариялық көмек
ҚР	– Қазақстан Республикасы
ОМҚ	– Орта медициналық қызметкер
ДДҰ	– Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

Глоссарий

Кадр қажеттілігінің үйлесімсіздігі – жұмыс күшінің ұсынымы мен жұмыс күшіне деген экономика сұранымының арасындағы айырмашылық.

Тапшылық – жұмыс күшіне экономика сұранымының жұмыс күшінің ұсынымынан асып кетуі.

Профицит – жұмыс күшінің ұсынымы жұмыс күшіне экономика сұранымынан артып кетеді.

Норматив – регламенттелген уақыт шығындары, белгілі бір үлгілік ұйымдық-техникалық шарттарда белгілі бір жұмыс көлемін орындауға арналған лауазымдардың саны немесе жұмыс саны.

Мамандық – белгілі бір білім мен дағдыларды талап ететін еңбек қызметінің түрін сипаттайды.

Лауазым – бұл міндеттер, құқықтар және жауапкершіліктер шеңбері, сондай-ақ жұмыс көлемінің көрсеткіші және өлшеуіші.

Денсаулық сақтау жұмысшыларына деген қажеттілік – денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының ағымдағы жағдайы (немесе қолданыстағы шарттар өзгермеген жағдайда, болжалды жағдайы) жұмысшылардың әр санаты бойынша денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының қалаулы жағдайы арасындағы алшақтық.

Кадрлық жоспарлау – жұмысшылардың қабілеттеріне, бейімдеріне және қойылатын талаптарға сәйкес жұмыс орындарын тиісті уақытта және қажетті мөлшерде ұсынуды мақсат ететін ұйымның мақсатты, ғылыми негізделген қызметі.

Денсаулық сақтау жүйесі – қызметі азаматтардың денсаулық сақтауға құқықтарын қамтамасыз етуге бағытталған денсаулық сақтау субъектілерінің және мемлекеттік органдардың жиынтығы.

КІРІСПЕ

Заманауи әрі тиімді денсаулық сақтау жүйесін қалыптастыру мемлекет басшысы Н. Назарбаевтің 2012 жылғы 14 желтоқсандағы «Қазақстан-2050» стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында баяндалған Қазақстанның саяси бағытындағы алғашқы мақсаттардың қатарына жатады. Бұл ретте үдеп келе жатқан жаһандық экономикалық дағдарыс әсері және ұлттық денсаулық сақтау жүйелеріне күшейіп келе жатқан сыртқы және ішкі сын-тегеуріндер жағдайында Қазақстан Республикасы (бұдан әрі – ҚР) үшін жүйелі мониторингке және қажеттіліктерді дұрыс жоспарлауға, ДҚР-ның сапасын және қолжетімділігін жақсартуға негізделген денсаулық сақтау саласының кадр ресурстарын (бұдан әрі – ДҚР) басқарудың тиімділігін арттыру аса өзекті болып табылады.

Денсаулық сақтау жүйесінде барлық ведомстволарды қосқанда, қазіргі уақытта барлығы 68,8 мың дәрігер (2014 жылы – 10 мың халыққа шаққанда 39,5 мың, ЭЫДҰ – 42,0) және 160 мың орта медициналық қызметкер (2014 жылы – 10 мың халыққа шаққанда 91,9 мың) жұмыс істейді.

Қазақстанда халық дәрігерлермен және мейірбикелермен айтарлықтай жоғары қамтылған жағдайда, медициналық көмек көрсету деңгейлерінің арасында кадрлық қамтамасыз етуде теңгерімсіздік байқалады (БМСК және ауыл деңгейінде тапшылық, стационар деңгейінде пайда). Бірқатар негізгі мамандықтар бойынша медицина қызметкерлерінің белгіленген тапшылығы, сондай-ақ ел ішіндегі ДҚР теңгерімсіздігі, өңір деңгейінде де, ауыл деңгейінде де ҚР денсаулық сақтау жүйесінде тиімді кадрлық жоспарлау қажеттігіне нұсқайды.

Аталмыш проблемалар көбінесе саланың кадрлық қамтамасыз етілу бойынша тиісті нормативтердің жетілмегендігімен және оларды қайта қарау және өзектендіру қажеттігімен, сондай-ақ ДҚР қажеттіліктерін тексеру және болжаудың тиімді әрі ықпалды тетіктерін енгізу қажеттігімен байланысты.

2016 жылдан бастап адами ресурстарды басқару жүйесін жетілдіру, кадрлық саясатты жетілдіру бойынша жұмыс басталды. ҚР денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының түйінді бағыттарының бірі «Денсаулық сақтау саласындағы адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру» болып табылады, оның шеңберінде «Адами

ресурстарды стратегиялық басқару» көзделген. Аталмыш бағытты іске асыру үшін «Адами ресурстарды стратегиялық басқару» жобасы әзірленіп, оны іске асыру бойынша Жол картасы бекітілді.

Жол картасы іс-шараларының бірі денсаулық сақтау саласында кадр ресурстарының тапшылығын анықтау әдістемесін әзірлеу болып табылады.

1. ТЕҢГЕРІМСІЗДІК ТАБИҒАТЫ: ТҮРЛЕРІ, ТИПОЛОГИЯСЫ, ТЕҢГЕРІМСІЗДІКТІ БАҒАЛАУ ИНДИКАТОРЛАРЫ.

Экономикалық тұрғыда, кәсіби кадрлардың тапшылығы¹ (жетіспеуі/артылуы) еңбек нарығындағы кадр ресурстарының саны, және олардың жұмыс берушілерге қажетті саны қолданыстағы нарық жағдайларында бір-бірімен сәйкес келмеген кезде туындайды (Roy et al.). Еңбек нарығында кәсіби дағдыларға деген ұсыным мен сұраным үздіксіз ауытқып отырады, сондықтан уақыт өте теңгерімсіздік туындайды. Басқа сөзбен айтқанда, тапшылық/профицит жұмыс күшіне сұраным мен оның ұсынымы арасындағы теңгерімсіздіктің нәтижесі болып табылады.

Бұған керісінше, кадрлар тапшылығының экономикалық емес анықтамалары, әдеттегідей, нормативтік болып табылады, яғни белгіленген нормалармен салыстырғанда жұмыс күшінің жетіспеушілігін тұспалдайды [12]. Медициналық персоналмен қарастырғанда, бұл анықтамалар не бағалау пайымдамасына (мысалы, халық медициналық көмектің қандай көлемін алу керек), не кәсіби пайымдамаға (мысалы, жалпы халық санына шаққанда қанша дәрігер болу қажет) негізделеді.

Денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстары теңгерімсіздігінің табиғатын жақсырақ түсіну үшін, келесідей түйінді элементтерді ескеру қажет:

5. Экономикалық тұрғыда, денсаулық сақтау қызметтері жүйесінің негізгі сипаттамалары.

6. Денсаулық сақтау жұмысшыларының еңбек нарығындағы негізгі институционалдық субъектілерді шолу.

7. Денсаулық сақтау жүйесінің, жұмысбастылықтың өсуі, гендерлік мәселелер жиынтығы, медициналық білім берумен байланысты уақытша алшақтық, кәсіби бірлестіктердің рөлі және соңында ауруханалардың әлеуетті монополиясы сияқты еңбек нарығының сипаттамалары.

8. Денсаулық сақтау саласындағы жұмыс күшінің сұранымы мен ұсынымына әсер ететін факторлар.

Медициналық көмек көрсету жүйесінің және денсаулық сақтау саласындағы еңбек нарығының нақты бір сипаттамаларының нәтижесінде, нарық тетіктер өз-өздеріне әлеуметтік тұрғыда денсаулық сақтау саласында жұмысшылардың барабар сұранымына / ұсынымына жетуге мүмкіндік бермейді. Сонымен қатар, кадр ресурстарын басқару, жоспарлау және болжау және кадрлық теңгерімге жетуге арналған стратегияларды әзірлеу сияқты әр түрлі іс-шаралардың қажеттігі тұр. Аталмыш іс-шаралар еңбек нарығының қандай да бір алшақтықтарын ішінара немесе толықтай дұрыс түзетуге және денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының барабар сұранымына / ұсынымына жетуге көмектесуге мүмкіндік береді.

Динамикалық және статикалық теңгерімсіздікті салыстыру

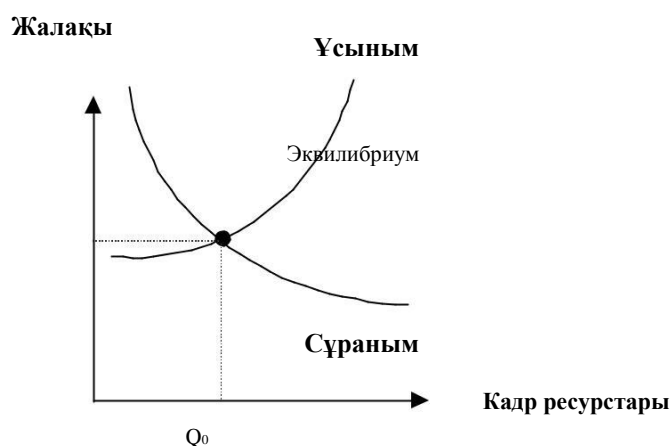
Кадр ресурстарының тапшылығына қатысты негізгі мәселелердің бірі оның ұзақтығы болып табылады: теңгерімсіздік уақытша ма әлде тұрақты ма? Бәсекелі еңбек нарығының жағдайында, уақыт өте келе теңгерімсіздіктердің көбі өздігінен жойылып кетеді. Теңгерімсіздік реакцияның жылдамдығы неғұрлым жоғары, сондай-ақ ұсынымның (сұранымның) тиімділігі неғұрлым жоғары болған сайын соғұрлым жылдам жоғалатын болады [6]. Теңгерімсіздіктің аталмыш типі *динамикалық* деп аталады.

Динамикалық теңгерімсіздік

1-суретте классикалық бәсекелі еңбек нарығы көрсетілген. Жалақының ұлғаю мөлшеріне қарай адамдар барынша жалдануды жөн көреді, сәйкесінше сұраным ауытқымасы өседі. Керісінше, жалақы төмендеген кезде, жұмыс берушілер барынша көп адамды жалдауға дайын болады, сәйкесінше сұраным ауытқымасы өседі. Жұмыс күші сұранымы мен ұсынымының біріктірілген ауытқымалары қиылысатын нүкте тепе-теңдік болып табылады, бұл 23-суретте көрсетілген, ондағы W_0 және Q_0 – бұл тепе-теңдік жағдайындағы жалақы және еңбек мөлшері; бұл нүктеде сұраным мен ұсынымның ауытқымалары тең және тепе-тең жалақы нарықты теңестіреді.

Мінсіз бәсекелі нарықта тепе-теңдікке әркез жетеді, бірақ қысқа мерзімді перспективада біраз тепе-теңсіздік, нақтырақ айтқанда оның арқасында қайтадан тепе-теңдікке жететін нарық тетіктерімен түзетілетін жетіспеушілік немесе артылушылық орын алуы мүмкін.

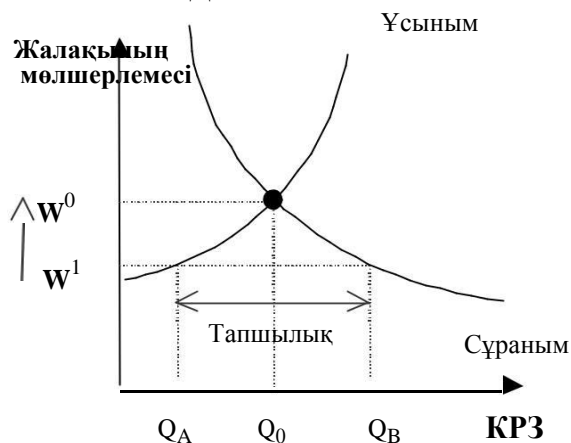
Мінсіз бәсекелі нарықтағы тепе-теңдік ұғымы теориялық ұғым екенін және шындығында сирек кездесетінін атап өткен жөн. Алайда, ол пайдалы талдамалы шеңберлер береді. Мінсіз нарыққа, сатушылар мен сатып алушылар әлемдік акциялар нарығына қатысты жеткілікті ақпаратқа ие және қазіргі уақытта компьютерлік технологияларға арқа сүйейтін қор нарығы көбірек жақын [10].



1-сурет – Классикалық бәсекелі еңбек нарығының моделі

Біз қарастыратын **теңгерімсіздіктің бірінші типі** – бұл тапшылық. W_0 деп белгіленген (2-сурет) теңгерімді жалақыдан төмен W_1 жалақының алғашқы деңгейінде тапшылық Q_B жұмыс күшіне сұранымның көлемі Q_A жұмыс күшінің ұсынымынан асып кетудің нәтижесінде туындайды. Бәсекелі нарық жағдайында жалақының деңгейі ұлғаятын болады, бұл ретте жалақының жаңа деңгейі бойынша жұмыс күшінің ұсынымы өседі, оның салдарынан жұмыс берушілер W_0 жаңа жалақы деңгейінде өз Q_0 сұранымын төмендете бастайды.

W_0 жалақы жағдайында нарық тепе-теңдікте болады. Сондықтан, жетіспеушілік нарықты реттеу тетіктерінің көмегімен жойылады. Осыған байланысты бәсекелі нарықта жетіспеушілік уақытша сипатқа ие деп болжанады.



2-сурет – ДҚР тапшылығының моделі

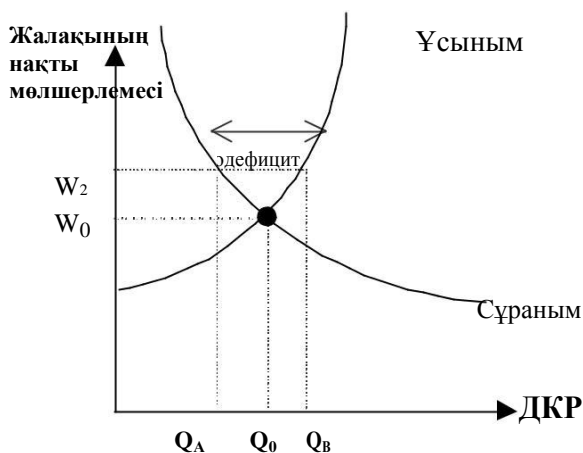
Жетіспеушілік орын алған бәсекелі нарыққа қатысты үлгі ақпараттық технологиялар саласындағы кәсібилердің нарығы болып табылады. Мысалы, Аустралияда IT мамандарына деген сұраным мультимедиялық байланыс, Интернет-зерттемелер, желі/коммуникация және жүйелік басқару сияқты жаңа технологияларды қолданумен күшейіп келеді, оның нәтижесінде арнайы дағдыларға артық сұраным туындайды да, жалақы да өседі.

Қарастыратын **теңгерімсіздіктің екінші типі** – бұл профицит (3-суретке қараңыз). Нарық деңгейінен жоғары W_2 жалақының алғашқы мөлшерлемесінде жұмыс күшінің ұсынымы сұранымынан артады, яғни $Q_B > Q_A$. Жұмыс күші ұсынымының бұл артылуы жалақы деңгейінің төмендеуіне әкеледі, ал тепе-теңдікке W_0 жалақы деңгейінде және Q_0 жұмыс күшінің мөлшерінде қол жететін болады.

Жапониядағы жұмыссыздық деңгейінің өзгеру тарихы кейіннен жалақының төмендеуімен жүрген артылу үлгісі болып есептеледі. 1990-шы жылдардың соңында Жапониядағы жұмыссыздық деңгейінің шайқалысынан кейін жалақысы жоғары жұмыс орындарының саны төмендеп, жалақысы төмен жұмыс орындары ұлғайды, бұл жапондық компанияларда жалақының төмендеуіне әкелді [18].

Статикалық теңгерімсіздік

Керісінше, **статикалық теңгерімсіздік** ұсынымның өспеуінің немесе төмендеуінің салдарында туындайды, сондықтан нарық теңгеріміне қол жетпейді. Мысалы, жалақының түзетулері сұранымның немесе ұсынымның өзгеруіне ақырын әсер етуі мүмкін, бұл институционалдық және нормативтік-құқықтық шаралардың, нарықтағы жетілдірілмеген бәсекенің (монополия, монополия) және жалақыны бақылау саясатының нәтижесі болуы мүмкін. Басқа мысалдың бірі дәрігерлерді оқыту болып табылады: себебі дәрігерлерді оқыту – бұл ұзақ үдеріс, қолда бар ұсынымда өзгерістер елеулі реакцияны тудырмас бұрын көп уақыт өтеді [17]. Әр түрлі еңбек нарығының жағдайы туралы ақпараттың болмауы да еңбекті реттеу жылдамдығына әсер ететін фактор бола алады. Еңбек нарығына қатысты тиісті шешімдерді қабылдау үшін, халық пен фирмаларға әр түрлі нарықта қолданыстағы нарық жағдайлары туралы ақпарат берілуі тиіс. Демек, олар қандай жалақы төленетінін, қандай жерлерде және қандай бос жұмыс орындары мен жұмысшылар бар екенін білуі тиіс (Roy e tal.).



3-сурет – ДҚР профицитінің моделі

Сапалық және сандық теңгерімсіздікті салыстыру

Кадр ресурстарының сапалық және сандық теңгерімсіздігі арасында айырмашылық бар. Жұмыс күшіне сұранымы жоғары еңбек нарығында жұмыс берушілер мінсіз үміткерді таба алмауы мүмкін, сондықтан олар кімді болса да жалдайды. Мұндай жағдайларда осы жұмысты орындағысы келетін және орындауға қабілетті адамдардың санына қарағанда, үміткерлердің сапасында проблема орын алады [16]. Жұмыс берушілердің көзқарасы бойынша, жұмыс күшінің тапшылығы бар, бірақ еңбек нарығының көзқарасы бойынша, жұмыс орындары әлі де бос болмағандықтан, тапшылықтың болуына күмән келтіреді. Сапалық теңгерімсіздіктің жасырын теріс салдарларының бірі тиімсіз жұмысшылармен қамтылған жұмыс орындарының саны болып табылады [13].

Денсаулық сақтау жүйесіндегі кадр ресурстарының теңгерімсіздігі: типологиясы

Аталмыш бөлімде теңгерімсіздіктің типологиясы және оның келесі типтерінің арасындағы айырмашылықтар қарастырылады:

- **Кәсіп/мамандық негізіндегі теңгерімсіздік.** Бұл санаттың шеңберінде дәрігерлер немесе мейірбикелер сияқты әр түрлі медицина мамандықтарындағы теңгерімсіздікті, сондай-ақ бір мамандық шегіндегі жетіспеушілікті, мысалы мамандардың бір типінің жетіспеушілігін қарастырамыз.

- **Географиялық теңгерімсіздік.** Медициналық персоналдың географиялық теңгерімсіздігі негізінен қалалық және ауылдық өңірлер арасындағы, сондай-ақ өңірлер арасындағы айырмашылықтарға қатысты болады.

- **Институционалдык/қызметтік теңгерімсіздік.**

Институционалдык теңгерімсіздіктер медициналық мекемелер, сондай-ақ қызметтер арасындағы медициналық жұмыс күшінің ұсынымындағы айырмашылықтарға қатысты болады.

- **Секторлар негізіндегі теңгерімсіздік (мемлекеттік/жеке).**

Секторлар негізіндегі теңгерімсіздік (мемлекеттік/жеке) мемлекеттік және жеке денсаулық сақтау жүйесі арасындағы кадр ресурстарын үлестірудегі айырмашылықтармен байланысты.

- **Гендерлік теңгерімсіздік.** Гендерлік теңгерімсіздік денсаулық сақтау саласында кадр ресурстарындағы ерлер/әйелдер санындағы айырмашылықтармен байланысты.

Теңгерімсіздікті бағалау

Жұмыс күші теңгерімсіздігінің барын не жоғын анықтау теория жүзінде оңай – жай ғана жұмыс күшіне сұраным мен оның ұсынымына қарау жеткілікті. Егер сұраным ұсынымнан артып кетсе, онда жетіспеушілік бар деген сөз. Іс жүзінде сұранымды да, ұсынымды да өлшеу қиындық келтіреді [9]. Медициналық персонал теңгерімсіздігін өлшеудің эмпириялық тәсілі жоқ болғандықтан, жетіспеушілік/артылушылық көлемін және жиілігін өлшеу үшін әр түрлі көрсеткіштер пайдаланылады. Төменде әр түрлі көрсеткіштер қарастырылып, талқыланған. Оларды негізгі төрт санат бойынша жіктеуге болады:

5. Жұмыспен қамтылу көрсеткіштері: вакансиялар, еңбек ресурстарының өсуі, кәсіби жұмыспен қамтылмаудың деңгейі, кадрлардың тұрақтамау коэффициенті.

6. Қызмет көрсеткіштері: үстеме уақыт.

7. Ақша көрсеткіштері: жалақының нақты мөлшерлемесі, пайданың нормасы.

8. Халықтың санына негізделген нормативтік көрсеткіштер: дәрігер/халық, мейірбике/халық және т.б. қатынасы.

Жоғарыда көрсетілген элементтер көрсеткіштердің толық тізбесі болып есептелмейді. Аз таралған көрсеткіштер мыналарды қамтиды: ашық вакансияға лайықты үміткерлердің саны, көп күту уақыты және емдеу нәтижелері.

Теңгерімсіздік проблемасының бүкіл күрделілігін қамту үшін бір көрсеткішті ғана пайдалану жеткіліксіз. Теңгерімсіздікті анағұрлым нақты бағалау үшін, сондай-ақ қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді көрсеткіштердің арасындағы айырмашылықтарды белгілеу үшін

бірқатар көрсеткіштерді есепке алу қажет деген пікір айтылады. Сонымен қатар, деректер жинауды жетілдіру үшін және жеңілдету үшін әрі қарай күш салу қажет.

1-кесте – Жетіспеушілік/артылушылық көрсеткіштерінің негізгі басымдықтары мен кемшіліктері

Көрсеткіштер	Негізгі басымдықтары	Негізгі кемшіліктері
I. Жұмыспен қамтылу көрсеткіштері		
Вакансиялар	<ul style="list-style-type: none"> • Өлшеу оңай. • Кең пайдаланылады. 	<ul style="list-style-type: none"> • Бұл көрсеткіш жеке тәжірибе жинаушы дәрігерлерді қамтымайды. • Бюджеттік шектеулер жетіспеушілік проблемасын «жасыра» алады.
Еңбек ресурстарының өсуі	<ul style="list-style-type: none"> • Кез-келген денсаулық сақтау жүйесінде, кез-келген медициналық мамандыққа қолданыла алады. 	<ul style="list-style-type: none"> • Еңбек ресурстарының өсуі бастапқы жетіспеушілікке сәйкес келетінін не келмейтінін бағалау қиын болады.
Кәсіптік жұмыспен қамтылудың салыстырмалы деңгейі	<ul style="list-style-type: none"> • Кез-келген денсаулық сақтау жүйесінде, кез-келген медициналық мамандыққа қолданыла алады. 	<ul style="list-style-type: none"> • Денсаулық сақтау саласында жұмысшылардың бір уақытта жұмыспен қамтылмауы және теңгерімсіздік туындауы берілген көрсеткішті түсіндіруді қиындатады.
Кадрлардың тұрақтамау деңгейі	<ul style="list-style-type: none"> • Өлшеу оңай. 	<ul style="list-style-type: none"> • Кадрлардың тұрақтамау деңгейі теңгерімсіздікпен байланысты емес элементтердің ықпалында болуы мүмкін.
II. Ақша көрсеткіштері		
Жалақының нақты мөлшерлемесі	<ul style="list-style-type: none"> • Өлшеу оңай. 	<ul style="list-style-type: none"> • Жалақы теңгерімсіздікпен байланысты емес факторларға тәуелді болуы мүмкін. • Тапшылықты/артылушылықты сандық жағынан анықтау қиын.
Пайданың нормасы	<ul style="list-style-type: none"> • Салыстырмалы түрде күрделі көрсеткіш болып табылады. 	<ul style="list-style-type: none"> • Бағалау салыстырмалы түрде күрделі. • Тапшылықты/артылушылықты сандық жағынан анықтау қиын.
III. Қызмет көрсеткіштері		
Үстеме уақыт	<ul style="list-style-type: none"> • Сезімтал көрсеткіш болып табылады. 	<ul style="list-style-type: none"> • Мақсатты саясатты көрсете алады.

IV. Халық санына негізделген нормативтік көрсеткіштер		
10 000 халыққа шаққандағы дәрігерлер 10 000 халыққа шаққандағы мейірбикелер	<ul style="list-style-type: none"> • Бағалау оңай. • Теңгерімсіздіктерді сандық жағынан анықтауға мүмкіндік береді. 	<ul style="list-style-type: none"> • «Алтын стандарт» негізінде субъективтіліктің белгілі бір дәрежесі бар.

2. ТАПШЫЛЫҚТЫ БАҒАЛАУ САЛАСЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ

Денсаулық сақтау саласында дәрігерлердің, мейірбикелердің және басқа да мамандардың орын алған тапшылығына қатысты көптеген елдердегі мазасыздықты ескеретін болсақ, денсаулық сақтау саласындағы еңбек ресурстарын жоспарлау моделінің көбі қолданыстағы еңбек нарығы тепе-теңдікте (тапшылық/профицит жоқ) деген, оның нәтижесінде бұл модельдер болжалды сұраным мен ұсынымның арасындағы алшақтықтың даму динамикасын қалыптастырады деген қарапайым болжамға сүйенетіні біраз таң қалдырады. Медицина қызметкерлерінің белгілі бір санаттарының қандай да бір ағымдағы тапшылығы бар болса, онда бұл базалық жылда және бүкіл болжамды кезеңде болжанатын алшақтыққа әсер етеді ғой.

Егер еңбек нарығы тепе-теңдікте деген қолайлы болжамға сүйенетін болсақ, онда денсаулық сақтау саласында қызметкерлердің қандай да бір санаттарының «жетіспеушілігі» (немесе артылушылығы) нақты не екенін дұрыс бағалап, өлшеу басты қиындықтардың бірі болады. Жалпыға бірдей деңгейде жетіспеушіліктің стандартты анықтамасы: қызметкерлердің белгілі бір санатына деген сұраным қандай да бір уақыт нүктесінде ұсынымнан асып кетеді. Тапшылықты бағалаудың басты индикаторларының бірі вакансиялық лауазымдардың саны болып табылады. Әсіресе, бұл жұмыс берушілердің бос орындарға жұмысшыларды табу қиын деген хабарламасының есебінен, немесе рекрутинг үшін қажетті аптаның/айдың орташа саны туралы ақпараттың есебінен анықталуы мүмкін толтырылуы қиын вакансияларға қатысты. Екінші жағынан, қызметкерлердің белгілі бір санаттарының профицитін бағалаудың стандартты индикаторы жұмыспен қамтылмау немесе жеткіліксіз жұмыспен қамтылу (толық емес жұмыс күнінде жұмыс істейтін, бірақ толық жұмыс күнінде істегісі келетін адамдар) болып табылады. Жеке жұмыспен қамтылған жұмысшыларды қарастыратын болсақ (ал кейбір елдерде көптеген дәрігерлер дәл осы санатқа жатады), тапшылықты немесе профицитті өлшеудің қандай да бір баламалы шаралары қажет болуы мүмкін (мысалы, тапсырысты алғанға дейінгі күту уақыты).

Осы зерттеуде қарастырылған бірқатар біраз модельдерде дәрігерлердің немесе мейірбикелердің қандай да бір ағымдағы жетіспеушілігі (артылушылығы) бар не жоғары бағалауға қадам жасалды. Еңбек нарығы тепе-теңдікте деген қолайлы болжамды

жеңуге кадам жасалған модельдерде, қарапайым әдістерден бастап, озық әдістерге дейін әр түрлі тәсілдер қолданылды.

Кейбір елдерде (мысалы, Чили) қолданылған модельдерде «жетіспеушілік» халық санына шаққандағы дәрігерлер мен мейірбикелердің нақты санының және қандай да бір «эталондық» (немесе нысаналы) көрсеткіш арасындағы жай ғана алшақтық ретінде анықталды. Бұл жағдайда басты проблема ненің «эталондық» немесе нысаналы көрсеткіш болып есептелетінінде. Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымының жекелеген елдерінің арасында дәрігерлер мен мейірбикелердің жан басына шаққандағы санының арасында көптеген айырмашылықтар бар екенін ескеретін болсақ, халықаралық стандарттың үлкен таңдауы бар, сондықтан нақты бір стандартты таңдау сөзсіз ерікті сипатқа ие. Елдер өзінің өткен тәжірибесіне сүйене алады, бірақ дәрігерлер мен мейірбикелердің жан басына шаққандағы саны елдердің көбінде уақыт өте өскендіктен, бұл қатынас «жылжымалы нысана» болып табылады және қазір «жетіспеушіліктің» сенімді куәсі немесе болашақта берілген жұмыс күшіне қажеттілік болады деген болжамның сенімді негізі бола алмайды.

Данияда қолданылатын модель ауруханалар секторындағы вакансиялар туралы «сенімді» деректерді пайдалану жолымен дәрігерлердің ағымдағы тапшылығын бағалайды [14]. Аталмыш деректерге сүйене отырып, модель 2010 жылы Данияда шамамен 1330 дәрігер (20170 адам жалпы дәрігерлер санынан) жетіспеді деп болжады. Нидерландыда Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстарын жоспарлау жөніндегі кеңесші комитет базалық жылда нақты ұсынымның 1%-ын құраған дәрігерлерге деген «қағанаттандырылмаған қажеттіліктің» қандай да бір деңгейін анықтау үшін ауылдық жерде терапевттерді үлестіру бойынша зерттеулердің деңгейін, сондай-ақ бос қызмет орнының деңгейін есептеді [5]. Жапонияда мейірбикелердің жетіспеушілігі ағымдағы жылы мейірбикелерді жалдауда қиындықтар болды деп хабарлаған, сондай-ақ бұл жағдай келесі 5 жылда қалай дамитыны туралы өз болжамдарын мәлімдеген жұмыс берушілерге (госпиталь, жеке клиникалар және ұзақ мерзімді медициналық көмек көрсететін мекемелер) сауалнама жүргізу арқылы бағаланды [11].

Канадада қолданылған және дәрігерлер мен мейірбикелерге деген «қажеттілікке сүйенген» кейбір әдістерде «емдеудегі қанағаттандырылмаған қажеттілік» туралы ақпаратты (бұл ақпаратты

халықтан алды) пайдалану жолымен дәрігерлер мен мейірбикелердің ағымдағы жетіспеушілігін бағалауға қадам жасалды, немесе жетіспеушілік ағымдағы медициналық қызметтерді пайдалану және клиникалық ұсыныстар бойынша ұсынылған пайдалану арасындағы алшақтық ретінде анықталды. Онтарио (Канада) провинциясындағы модель терапевт табу қиынға соқты деп мәлімдеген адамдар туралы ақпаратты пайдаланды, немесе жүйелі медициналық тексерулер немесе басқада қызметтер тұрғысында «емдеудегі қанағаттандырылмаған қажеттілікті» өлшеудің басқа да шараларын пайдаланды. Бұл ақпарат терапевттер мен медицина мамандарының жетіспеушілігін бағалау үшін пайдаланылды [15]. Канада тіркелген мейірбикелерге қажеттілікті есептеген «қажеттіліктерге негізделген» басқа модель медициналық қызметтерді болжанғандай пайдаланбайтын, денсаулығы нашар адамдардың саны туралы ақпаратты пайдалану арқылы мейірбикелердің қызметтеріне деген қажеттілік пен ұсынымның арасындағы ағымдағы алшақтықты бағалады: бұл әдісті қолдану арқылы 2007 жылы 11000 тіркелген мейірбике жетіспейді деген тұжырым жасалды [8].

Ресей Федерациясындағы еңбек ресурстарының теңгерімін болжау моделі еңбек ресурстарының теңгерімін болжау көрсеткішінің мәнін анықтауға арналған. Болжау көрсеткіштерінің мәндері статистикалық әдістерді, экстраполяция әдістерін және болжау нәтижелерін қарау бойынша жұмыс тобын сарапшылық бағалау әдістерін қолдану арқылы орташа жылдық есепте есептеледі. Еңбек ресурстарының теңгерімділігін бағалаған кезде, олардың санын экономикадағы жұмыспен қамтылғандар саны мен экономикада жұмыспен қамтылмаған халық санының жиынтығымен салыстырады. Еңбек ресурстары теңгерімсіздігінің шамасы мына формула бойынша есептеледі:

$$T=EP-J-X,$$

мұндағы:

D – еңбек ресурстарының теңгерімсіздігі;

EP – болжамды кезеңдегі еңбек ресурстарының саны;

J – болжамды кезеңдегі экономикада жұмыспен қамтылғандар саны;

X – болжамды кезеңде экономикада жұмыспен қамтылмаған халық саны.

Еңбек ресурстарының теңгерімсіздігін жоюдың анағұрлым тиімді нұсқасын таңдауды болжау нәтижелерін қарастыру бойынша жұмыс тобы жүзеге асырады.

3. ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДР РЕСУРСТАРЫНЫҢ ТЕҢГЕРІМСІЗДІГІН АНЫҚТАУ ЖҮЙЕСІ

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының тапшылығын анықтау әдістемесі жұмыспен қамтылған лауазымдар мен штаттық лауазымдар арасындағы айырмашылықты есептеуге негізделген. Есептер № 30 нысанда берілген деректерге негізделген, ол штаттық лауазымдардың, штаттық және жұмыспен қамтылған, сондай-ақ мамандықтар бойынша өңірлер деңгейіндегі, оның ішінде амбулаториялық-емханалық ұйымдар мен стационар жүйесіндегі жеке тұлғалардың нақты сандық деректерін қамтитын бірден-бір нысан болып табылады. Аталмыш нысан ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 6 наурыздағы № 128 бұйрығымен бекітілген және Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексіне сәйкес жылына бір рет ұсынылады.

ҚР денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының тапшылығын ЛНС негізінде есептейтін формула келесідей:

$$T = ЖЛ - ШЛ,$$

Мұндағы:

T – ДКР тапшылығы

ЖЛ – жұмыспен қамтылған лауазымдар

ШЛ – штаттық лауазымдар.

2-кесте – Денсаулық сақтау жүйесіндегі ДҚР тапшылығын есептеу үлгісі

Лауазымның атауы	Ұйым бойынша жалпы лауазымдар саны		Тапшылық	АЕҰ		Тапшылық	Стационар		Тапшылық
	штаттық	жұм. қамтылған		штаттық	жұм. қамтылған		штаттық	жұм. қамтылған	
Дәрігерлер, барлығы	61804,00	58162,00	-3642	34048,75	32032,75	-2016	27755,25	26129,25	626
терапевттер	6090,25	5777,25	-313	4003,75	3787,75	-216	2086,50	1989,50	97
кардиологтар (ересектер мен балалар)	1300,50	1190,50	-110	619,25	571,75	-47,5	681,25	618,75	52,5
хирургтар (ересектер мен балалар)	3170,75	3058,50	-112,25	1291,00	1236,75	-54,25	1879,75	1821,75	58
анестезиологтар (ересектер мен балалар)	3858,00	3582,25	-275,75	25,25	23,00	-2,25	3832,75	3559,25	73,5
акушер-гинекологтар	4270,75	4048,00	-222,75	2292,00	2155,25	-136,75	1978,75	1892,75	86
педиатрлар	4191,25	4043,75	-147,5	3212,00	3118,00	-94	979,25	925,75	53,5
невропатологтар (ересектер мен балалар)	1837,75	1727,00	-110,75	1038,25	967,25	-71	799,50	759,75	9,75
псих. бейіндегі дәрігерлер (ересектер мен балалар)	2357,25	2160,00	-197,25	1223,00	1115,00	-108	1134,25	1045,00	9,25
дәрігер-зертханашылар	2459,75	2253,75	-206	1046,50	944,50	-102	1413,25	1309,25	104
қоғамдық денсаулық сақтау дәрігерлері	2429,00	2254,00	-175	1353,50	1248,75	-104,75	1075,50	1005,25	0,25
сәулелік диагностика дәрігерлері	3398,00	3213,75	-184,25	1912,25	1790,00	-122,25	1485,75	1423,75	62
жалпы тәжірибелік дәрігерлер / отбасылық дәрігерлер	4586,25	4457,25	-129	4586,25	4457,25	-129	0,00	0,00	0

4. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДР РЕСУРСТАРЫНЫҢ ТАПШЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУДЫҢ ҰСЫНЫЛАТЫН ӘДІСТЕРІ

Теңгерімсіздікті анықтау кадр ресурстарын жоспарлау және болжау үдерісіндегі маңызды кезеңдердің бірі болып табылады. Теңгерімсіздік ұйымның нақты кадрлық қажеттіліктерін анықтау үшін қажетті барлық факторларды есептейді. Кейбір ұйымдар жұмыс күшіне сұраным болашақта кадрларға деген қажеттіліктерді айқындайды, бірақ бұл күрделі теңдеудің бір бөлігі ғана. Кадрлық болжаудың тиімді әдістерін әзірлеу және қолдану денсаулық сақтау

саласында жоғары білікті кадрлық құрамның қалыптасуына көмектеседі [3].

Осы бөлімде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының тапшылығын бағалау әдістерінің қағидаттары мен алгоритмдері баяндалған.

Аталмыш әдістердің қағидаты ҚР денсаулық сақтау саласының ағымдағы кадрлық саясатына сәйкес және статистикалық деректердің қолда бар базасына сәйкес бейімделіп, қолданылды. Сонымен қатар, әдістемелік нұсқаулықта ҚР денсаулық сақтау саласындағы кадрлық ресурстар теңгерімсіздігінің үлгілік есептері жүргізілді.

Сынама болжамдарды дайындаған кезде, ҚР халқының болжамды деректері бойынша ҚР ҰЭМ Статистика жөніндегі комитетінің ресми сайтынан алынған статистикалық деректер, медициналық ұйымның 2010-2015 жылдарға арналған №30 ресми нысандары, ДДҰ-ның ресми статистикалық деректері пайдаланылды. Сондай-ақ әдістер елде: ҚР «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтау саласын дамытудың мемлекеттік бағдарламасы, «Қазақстан-2050» Стратегиясы, ҚР 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары, ҚР ДМ 2020 жылға дейінгі Стратегиялық жоспар, «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгі штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» ҚР ДМ 07.04.2010 жылғы №238 бұйрығы және т.б. нормативтік құжаттар бойынша ДҚР-ны дамытудың стратегиялық бағыттарын ескереді.

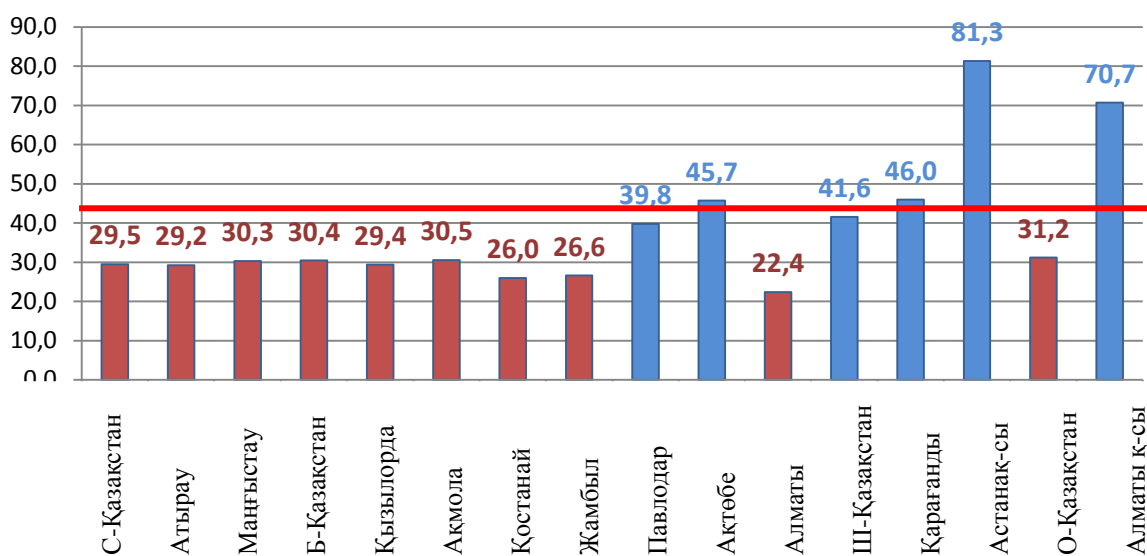
Қажеттіліктердің болжамдарын салыстыру үшін негіз ретінде пайдаланылатын денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының тапшылығын бағалау әдістері ДҚР динамикасының әр түрлі аспектілеріне, оның ішінде қажеттіліктер, ұсынымдар мен сұраным, жұмыс жүктемесі және өндірістік қызмет, персоналдың дамуы және қозғалысы, сондай-ақ оның географиялық үлестіру болжамдарына назар аударады.

4.1. Географиялық теңгерімсіздікті анықтау

Іс жүзінде барлық елдер географиялық тұрғыда денсаулық сақтау саласында кадр ресурстарының әркелкі бөлінуінен зардап шегеді, ал негізгі проблема, әдеттегідей, дәл дәрігер кадрларды бөлуге келіп тіреледі.

Аталмыш әдіс кадр ресурстарының қамтамасыз етілуінің болжамды шекті мәндерінің негізінде (мысалы, 10 мың тұрғынға шаққандағы дәрігерлер саны) бар географиялық теңгерімсіздікті қарастыруға мүмкіндік береді. Берілген тәсіл денсаулық сақтау

саласында болашақта көрсетілетін қызметтердің типі мен көлеміне, сондай-ақ тиісті кадр ресурстарының типі мен санына әсер ете алатын халық санының өсімін қоспағанда, басқа негізгі көрсеткіштерді қамтымайды. Бұл әдіс алым (барлық дәрігерлер бірдей өнімді және солай болып қалады) мен бөлімнің (барлық халық топтары өзгеріссіз қалатын бірдей қажеттіліктерге ие) барлық деңгейлерінде біркелкілікке жол бермеуге негізделеді, яғни сандық географиялық теңгерімсіздікті ғана қарастырады. Суретте өңірлер деңгейіндегі қамтамасыз етілу көрсеткіштері көрсетілген, сондай-ақ қамтамасыз етілудің ұлттық көрсеткішімен салыстырма келтірілген. Деректерге сүйенетін болсақ, Астана және Алматы қалаларындағы елеулі профицит жалпы ұлттық көрсеткішке әсер етеді және одан айтарлықтай артады.



4-сурет – Дәрігерлермен (10 мың тұрғынға шаққанда) қамтылу деңгейін анықтау негізінде географиялық теңгерімсіздікті есептеу

3-кестеде елдің әр түрлі өңірлерінде денсаулық сақтау саласында қажетті кадр ресурстарының саны бойынша қолда бар деректердің негізінде үлгілік есептер, сондай-ақ географиялық теңгерімге қол жеткізу мақсатында қайта бөлуді талап ететін мамандардың саны келтірілген.

Басқа өңірлермен салыстырғанда, мегаполистерде дәрігерлердің едәуір көп шоғырлануы дамыған және дамушы елдерге тән. Денсаулық сақтау саласындағы мамандардың көбі кәсіптік даму, білім және еңбекпен қамтылу үшін кең мүмкіндіктерді ұсынатын мегаполистерде жұмыс істеп, сол жерде тұрғанды жөн көретіні әбден анық. Бірақ дәл осы ауылдық және шалғай аудандарда медициналық қызметтерді ұсыну сапасымен байланысты, оның ішінде білікті

медицина кадрларының жетіспеушілігінің салдарынан туындайтын анағұрлым маңызды проблемалар шоғырланған.

3-кесте – Дәрігерлермен (10 мың тұрғынға шаққанда) қамтылу деңгейін анықтау негізінде географиялық теңгерімсіздікті есептеу

Облыс	Халқы	Дәрігерлердің нақты саны (жеке тұлғалар)	10 м. халық. шаққандағы қамтылу деңгейі	Қамтамасыз етілудің ұлттық көрсеткіші б/ша дәрігерлердің қажетті саны	Нақты және қажетті санның арасындағы айырмашылық
С-Қазақстан	571800	1686	29,5	2208	-522
Атырау	581500	1699	29,2	2246	-547
Маңғыстау	606900	1839	30,3	2344	-505
Б-Қазақстан	629900	1918	30,4	2433	-515
Қызылорда	753100	2213	29,4	2908	-695
Ақмола	736600	2250	30,5	2845	-595
Қостанай	881400	2291	26,0	3404	-1113
Жамбыл	098700	2924	26,6	4243	-1319
Павлодар	755800	3008	39,8	2919	89
Ақтөбе	822600	3758	45,7	3177	581
Алматы	922000	4302	22,4	7423	-3121
Ш-Қазақстан	395500	5799	41,6	5389	410
Қарағанды	378300	6334	46,0	5323	1011
Астана қ-сы	852800	6933	81,3	3294	3639
О-Қазақстан	788400	8701	31,2	10769	-2068
Алматы қ-сы	642400	11612	70,7	6343	5269

Дәрігерлерді географиялық бөлуді жақсарту үшін, үкімет міндетті қызмет көрсету және ынталандырмалардың үйлесімін жиі пайдаланады. Әлемде ДҚР-ның географиялық теңгерімсіздігі проблемасын шешкен ел әлі күнге дейін жоқ [7]. Бұл теңгерімсіздікті төмендетуге бағытталған стратегиялар мен бағдарламалардың ешқандай әсері жоқ дегенді білдірмейді. Озық тәжірибенің жоқтығы кедергі болып табылады. Денсаулық сақтау саласында кадр ресурстарын географиялық жағынан дұрыс бөлуге экономикалық, саяси және әлеуметтік әсері бар барлық факторлар мен құрылымдарды қосу қажет.

4.2. Индикаторлар негізінде теңгерімсіздікті анықтау

«Теңгерімсіздік» термині, әдеттегідей, денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарына қатысты пайдаланылады, және денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының теңгерімсіздігі ықтимал жағдайлардың кең ауқымын қамтитыны және күрделі мәселе екені анық.

Теңгерімсіздік мәселесінің бүкіл күрделілігін қамту үшін бір ғана көрсеткішке сүйену жеткіліксіз. Оның орнына, теңгерімсіздікті дәлірек бағалау үшін, бірқатар көрсеткіштерді ескеру қажет. Сонымен қатар, қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді көрсеткіштер арасында айырмашылық жүргізу оңтайлы болып табылады. Бұл тәсілді көрсету үшін, 4-кестеде Қазақстан Республикасының тіркелген дәрігер кадрларына арналған көрсеткіштер берілген. Олар қысқа мерзімді көрсеткіштер, яғни соңғы 3 және 4 жыл ішіндегі үрдістер ұсынылған. Үрдіс, яғни ұлғаю/төмендеу әр көрсеткішпен байланысады.

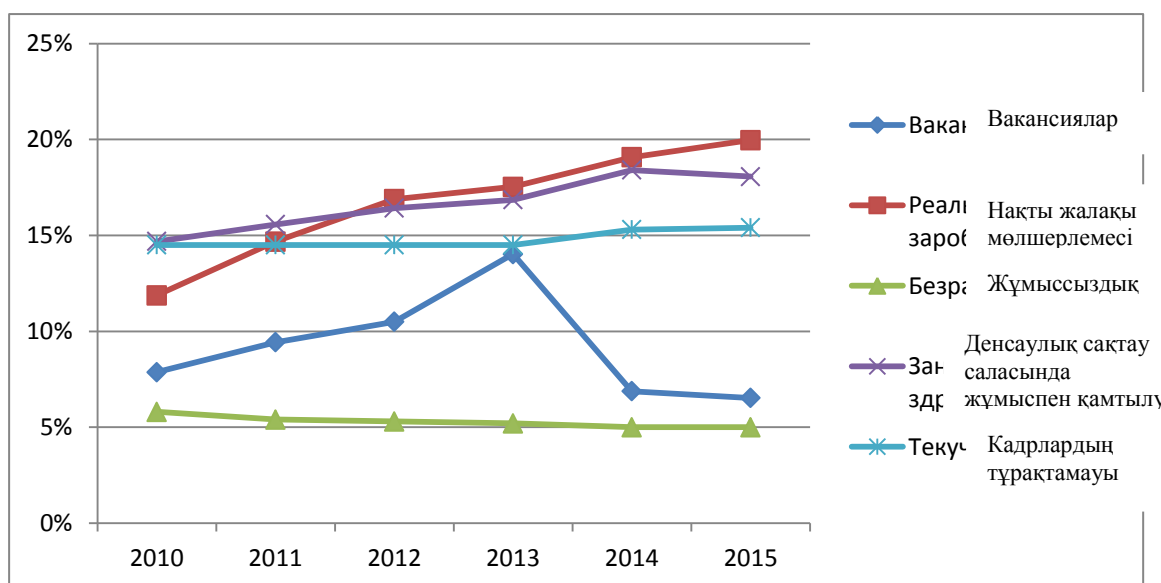
4-кесте – Теңгерімсіздікті есептеу үшін пайдаланылатын тіркелген дәрігер кадрларына арналған көрсеткіштердің динамикасы

Индикаторлар	Мәні	ысқа мерзімді үрдіс
I. Жұмыспен қамтылу көрсеткіштері		
Вакансиялар	5%	Төмендеген
Еңбек ресурстарының жыл сайынғы өсімі	1,4 %	Ұлғайған
Халықтың жыл сайынғы өсімі	15 %	Ұлғайған
Кадрлардың тұрақтамау деңгейі	0,2 %	Ұлғайған
Жұмыссыздық деңгейі	5 %	Төмендеген
II. Ақша көрсеткіштері		
Жалақының нақты мөлшерлемесі	92 144KZT	Тұрақты
III. Халық санына негізделген нормативтік көрсеткіштер		
10 000 тұрғынға шаққандағы дәрігерлер	39,7/10,000	Ұлғайған

4-кестеде берілген нәтижелер вакансиялық лауазымдардың үлесі соңғы жылдары төмендеп, жылына шамамен 13%-ға жеткенін көрсетеді, сонымен қатар жұмыссыздық, ұлттық жұмыссыздық деңгейіне қарағанда, одан да жоғары деңгейде қысқарған, ал медицина кадрларының нақты жалақы мөлшерлемесі салыстырмалы түрде тұрақты болып қалған. Кадрлардың тұрақтамауы да аталмыш кезеңде өскен [2]. Ақыры соңында, соңғы жылдары 10 000 тұрғынға шаққандағы медициналық персоналдың саны 2%-ға ДҚР / халық саны 39.7 / 10.000 қатынасына дейін ұлғайған [2].

Бұл көрсеткіштердің көп бөлігі Қазақстан Республикасында дәрігер кадрларының айтарлықтай жетіспейтінін көрсететін жағдайлардың бар екенін білдіреді. Бұл ДҚР тапшылығы әлі күнге дейін жалақының айтарлықтай ұлғаюына әкелмегенін атап өткен жөн. Медицина қызметкерлерінің көп санын тарту үшін жалақыны өзгерту немесе баламалы стратегияларды пайдалану тұрғысында нарықтың қаттылығы осы құбылысты түсіндіре алар еді.

5-суретте көрсетілген әр түрлі көрсеткіштердің өзгерістері бос қызмет орындарының барын және кадрлардың тұрақтамауын белгілейді, ал нақты жалақы мөлшерлемесі салыстырмалы түрде тұрақты болып қалады.



5-сурет – ДҚР тапшылығын есептеу үшін маңызды көрсеткіштердің динамикасы

Ұзақ мерзімді және қысқа мерзімді көрсеткіштерді қарастыру өте маңызды, себебі олар болашаққа арналған бағдарларды қамтиды. Оқудың аяқталуына қарай орташа жас мөлшері және білім алушы бірінші курстардың саны денсаулық сақтау қызметкерлерінің болашақ еңбек нарығы туралы ақпаратты ұсынатын көрсеткіштердің үлгілері болып табылады. Қазақстанда медициналық білім беру бағдарламаларын бітірушілердің саны соңғы жылдары азайған. Бұл үрдістің салдарлары бірден сезілмейді, бірақ жуыр арадағы уақытта ықпал ете бастайды, сондықтан өзге де тең жағдайларда, бұл үрдіс болашақта ДҚР тапшылығын болжайды.

ДҚР теңгерімсіздігін бағалау мен талдаудың ұсынылған типі кешенді тәсіл болып есептеледі, сондықтан көмек көрсету, секторлар және мамандықтар деңгейінің негізінде қолданылуы тиіс. Мұндай тәсіл өңірлер арасында салыстыру жүргізу үшін анағұрлым сенімді негізді де қамтамасыз ете алар еді.

4.3. Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары үйлесімсіздігін АЕК және стационарлардағы жүктеме нормативтері бойынша анықтау

Осы уақытқа дейін қолданыстағы әдістеме бойынша ДҚР тапшылығын есептеуге пайдаланып келген тәсіл (штат лауазымдары

минус жұмыспен қамтылғандар) өзінің жеткіліксіз тиімділігін көрсетеді. Денсаулық сақтау саласында кадр ресурстарын басқару жүйесін жетілдіру қажеттігіне байланысты АЕҰ және стационарлардағы кадрлардың теңгерімсіздігін есептеу әдістемесіне арналған тәсілдерді қайта қарау қажеттігі туындады.

ҚР өңірлерінде анағұрлым тиімді тәсілдерді енгізу үшін, кадрлар тапшылығын штат лауазымдары емес, жеке тұлғалар бойынша есептеуге негізделген әдістеме бойынша кадрлар тапшылығын бағалау жүргізілді. Бұл ретте БМСК деңгейінде аталмыш әдістеме қолданылмайды, себебі БМСК-де штат лауазымдары тіркелген халық нормативінің негізінде құрылады. Лауазымдарды және тар шеңберлі мамандардың тапшылығын есептеу әдісі, тар шеңберлі мамандардың қызметтеріне арналған анағұрлым негізді тәсіл ретінде, келу (бір дәрігерге) нормативіне негізделген.

Стационар деңгейінде кадрлар қажеттіліктерін және тапшылығын анықтаудың өзге есебі ұсынылған, оның негізінде мамандарға төсек-орынға емес, жүктеме нормативіне шаққандағы қажеттіліктерін есептеу жатыр (1 дәрігерге шаққандағы төсек-күн саны).

Есептеуге арналған барлық нормативтер «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгі штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» ҚР ДМ 07.04.2010 жылғы қолданыстағы №238 бұйрығына негізделген.

Жүктеме нормативтері бойынша АЕҰ мамандарының қажеттілігін және тапшылығын есептеу (келушілер саны)

ҚР-да жылына келушілер санының нормативін есептеу. Есептеу штат лауазымдары және жеке тұлғалар, мамандарға келушілер саны бойынша «Медициналық ұйымдардың есебі» №30 есептік нысанының статистикалық деректеріне негізделген (1100, 2100-кестелер).

Жүктеме нормативі бір күндегі уақыт бойынша = $60\text{мин} * 8\text{сағ} = 480\text{мин}$. Келушілер санының нормативі күніне = $480\text{мин} / 30\text{мин}(40\text{мин}) = 16(12)$. Келушілер нормативі жылына = $16(12) * 245$ (2015 жылғы өндірістік күнтізбеден) = 3920 (2940).

5-кесте – Жүктеме нормативтері бойынша АЕҰ мамандарының қажеттілігін және тапшылығын есептеу (келушілер саны)

Мамандық	ҚР-да жылына келушілер саны	ҚР дәрігер лауазымы қызметтерінің нормативі (келушілер саны)	ҚР нормативі бойынша дәрігерлерге деген қажеттілік, барлығы	ҚР-дағы штат лауазымдарының нақты деректері	ҚР-дғы тапшылық
Отоларинголог	3600840	3936	914,8	826,75	-88,1
Офтальмолог	3866940	3936	982,5	911	-71,5
Невролог	3563197	2952	1207,0	1038,25	-168,8
Психиатр	2498482	2952	846,4	1223	376,6
Нарколог	1951434	2952	661,1	501	-160,1
Фтизиатр	3151171	2952	1067,5	993,75	-73,7
Дерматовенеролог	3317112	2952	1123,7	669,75	-453,9

Жүктеме нормативтері бойынша стационар мамандарының қажеттілігін және тапшылығын есептеу (дауаланған жағдай)

Есептеу штат лауазымдары және жеке тұлғалар, және әр түрлі нозология бойынша дауаланған науқастардың саны бойынша «Медициналық ұйымдардың есебі» №30 есептік нысанының статистикалық деректеріне негізделген (1100, 3100-кестелер).

Стационар кадрларына деген қажеттілікті дауаланған жағдайлар бойынша есептеген кезде, жылдық нормативтермен салыстырылып, дауаланған жағдайлардың нақты саны анықталады. Айырмашылық берілген бейіндегі мамандардың бір дәрігерге шаққандағы жүктеме деңгейін, мамандардың қажетті санын және сәйкесінше, штат кестесіне байланысты тапшылықты немесе профицитті бағалауға мүмкіндік береді.

6-кесте –Жүктеме нормативтері бойынша стационар мамандарының қажеттілігін және тапшылығын есептеу (дауаланған жағдай)

Аурухана төсек-орындарының бейіні	Бір жылда дауаланған науқастардың 1 дәрігерге шаққандағы санының нормативі (ҚР ДМ №238 бұйрығы бойынша)	2014 ж. дауаланған науқастардың нақты саны (30-н)	ҚР ДМ №238 бұйрығы бойынша кадрларға есептік қажеттілік (3/2)	Жеке тұлғалар(№30 н)	
				ФАКТ Жеке тұлғалар 2014ж. №30 н)	ҚР ДМ №238 бұйрығы бойынша ЖТ нақты санының есептік қажеттілікпен айырмашылығы (8-5)
1	2	3	5	8	9
	726	38924	54	685	631
Офтальмология	498	35055	70	774	704
Неврология	687	95808	139	1209	1070
Психиатрия	162	56580	349	763	414
Наркология	240	31925	133	566	433
Фтизиатрия	72	28433	395	1190	795
Дерматовенеролог	384	27088	71	559	488

Сөйтіп, қолданыстағы әдістеме бойынша емес (штат лауазымдары минус жұмыспен қамтылғандар), жүктеме нормативтері бойынша кадрлар тапшылығын есептеу негізді деп есептейміз, өйткені бұл әдістеме дәрігердің нақты орындалған жүктемесіне негізделген.

Бастапқы қабылдау дәрігерлерінің қызметтерінің кеңеюіне байланысты (олар тар шеңберлі мамандардың функционалдық міндеттемелерінің бөлігін өздеріне алады), мамандардың қабылдау уақытының нормативтерін, сондай-ақ №238 бұйрықта көрсетілген, стационарда 1 маманға шаққандағы дауаланған жағдайларды қайта қарастыру қажет деп есептейміз [1]. Ол үшін АЕҰ-да мамандардың қабылдау уақыты және стационарда дауаланған жағдайлар бойынша зерттеу (хронометраж) жүргізу қажет.

ҚОРЫТЫНДЫ

Денсаулық сақтау саласының кадр ресурстарын жоспарлау – маңызды үдеріс, оның арқасында кадрлардың тапшылық немесе профицит тәуекелінің, сондай-ақ, ресурстарды тиімсіз бөлудің алдын алуға болады. Теңгерімсіздікті анықтау кадр ресурстарын жоспарлау да маңызды қадамдардың бірі болып табылады. Көптеген елдерде басшылық кадрлардың жетіспеушілігі немесе артылушылығы, географиялық өңірлер не ұйымдар бойынша кадрларды тиімсіз бөлу тәрізді теңгерімсіздіктің пайда болуын ескертуге міндетті, аталмыш жайттар қосымша экономикалық шығындарға ғана әкелмейді, сонымен қатар медициналық-санитариялық қызметтер көрсетудің бүкіл жүйесінің тиімділігін бұзады. Теңгерімсіздікті бағалау медициналық-санитариялық қызметтер жүйесінің іргетасын – оның кадр ресурстарын құру үдерісінің бастамасы ғана болып табылады. Алынған бағалау нәтижелері артынан денсаулық сақтау және қызметтер көрсету саласындағы саясаттың анағұрлым кең бағыттарына сәйкес келетін басымдықтарды, мақсаттар мен стратегияларды талқылап, белгілеуге мүмкіндік береді.

Денсаулық сақтау саласының еңбек ресурстарын жоспарлау модельдерінің көбі қолданыстағы еңбек нарығы тепе-теңдікте (тапшылық/профицит жоқ) деген, оның нәтижесінде бұл модельдер болжалды сұраным мен ұсынымның арасындағы алшақтықтың даму динамикасын қалыптастырады деген қарапайым болжамға сүйенетіні біраз таң қалдырады. Медицина қызметкерлерінің белгілі бір санаттарының қандай да бір ағымдағы тапшылығы (немесе профициті) бар болса, онда бұл базалық жылда және бүкіл болжамды кезеңде болжанатын алшақтыққа әсер етеді ғой.

Сондай-ақ, қажеттіліктерді бағалаған кезде алдын алу керек әдістемелік және техникалық сипаттағы проблемалар да бар. Жалпы ДҚР бойынша деректер базасының қазіргі ахуалы бастапқы жағдайға дұрыс әрі сенімді талдау жүргізуге мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты, деректерді жинап, өңдеуді жетілдіру үшін және жеңілдету үшін әрі қарай күш салу қажет.

Медициналық персонал теңгерімсіздігін өлшеудің эмпириялық тәсілі жоқ болғандықтан, жетіспеушілік/артылушылық көлемін және жиілігін өлшеу үшін әр түрлі көрсеткіштер пайдаланылады. Теңгерімсіздік проблемасының бүкіл күрделілігін қамту үшін бір көрсеткішті ғана пайдалану жеткіліксіз. Теңгерімсіздікті анағұрлым

нақты бағалау үшін, сондай-ақ қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді көрсеткіштердің арасындағы айырмашылықтарды белгілеу үшін бірқатар көрсеткіштерді есепке алу қажет.

ДҚР теңгерімсіздігін бағалау мен талдаудың ұсынылған типі кешенді тәсіл болып есептеледі, сондықтан көмек көрсету, секторлар және мамандықтар деңгейінің негізінде қолданылуы тиіс. Мұндай тәсіл өңірлер арасында салыстыру жүргізу үшін және тиімді болжамалы қызметті жүзеге асыру үшін анағұрлым сенімді негізді де қамтамасыз ете алар еді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

19. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасы // Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы N 1113 Жарлығымен бекітілген
20. 2014 жылғы Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі // ҚР ДМ Статистикалық жинағы// Астана. – 2015.
21. Денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарына деген қажеттілікті жоспарлау және болжау модельдері мен құралдары. Денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарының жағдайын шолушы, 3-ші шығарылым. ДДҰ, 2010 ж.
22. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2011-2015 жылдарға арналған Стратегиялық жоспары.
23. АСММР (2010), Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 2: Huisartsgeneeskunde [Capacity Plan 2010. Report Part 2: General Practice], Capaciteitsorgaan, Utrecht, http://www.capaciteitsorgaan.nl/Portals/0/capaciteitsorgaan/publicaties/capaciteitsplan2010/Deelrap_2_Huisartsgeneeskunde.pdf.
24. Arrow K, and Capron W. Dynamic shortages and prices rises: the engineer –scientist case. Quarterly Journal of Economics 1959; 73
25. Blumentahl D. Geographic imbalances of physician supply: an international comparison, Journal of Rural Health 2014;10 (2): 109-118
26. CNA (2009), Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage, report prepared by Tomblin Murphy, G. et al., Canadian Nurses Association, Ottawa, http://www.nursesunions.ca/sites/default/files/rn_shortage_report_e.pdf.
27. Cohen M, Ferrier B, Woodward C, and Goldsmith C. Gender differences in practice patterns of Ontario family physicians. Journal of the American Medical Women's Association 2011; 46(2): 49-54
28. Donalson C. and Gerard K. Economics of the health care finance. MacMillan, London. 1993
29. Expert Panel on Projection of Supply and Demand for Nurses (2010), 7th Projections of Supply and Demand for Nurses. Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z68f-img/2r9852000000z6df.pdf>.
30. Feldstein P. Health Care Economics. Fifth edition. Delmar Publishers. New-York. 1999

31. Hare D, Nathan J, Darland J. Teacher shortages in the midwest, North Central Regional Educational Laboratory, Oak Brook, Illinois, 2000
32. National Board of Health (2010), Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2010-2030 [Forecast of physician supply, 2010-2030], Copenhagen,
<http://www.sst.dk/publ/Publ2010/EFUA/Prognose/Laegeprognose2010-2030.pdf>.
33. Singh, D. et al. (2010), Ontario Population Needs-Based Physician Simulation Model, Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Medical Association, Toronto,
<http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicyMakersResearchers/needs-based-model-report-oct-2010-en.pdf>.
34. Veneri C. Can occupational labor shortages be identified using available data? Monthly Labor Review 2009; March 15-21
35. Weiner J, Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement: evidence from HMO staffing patterns. JAMA. 2010; 272: 222-230
36. Yashiro N. Learning to live with 4 % unemployment, Japan Echo 25 (5), 2008