

Республиканский центр развития здравоохранения



Доклад на тему:

«Разработка и согласование нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками. Обсуждение Методических рекомендаций по использованию Методики расчета потребности в медицинских кадрах на этапе перехода от штатного нормирования к гибкому планированию, как одного из инструментов планирования и прогнозирования человеческих ресурсов на региональном уровне».

Докладчик: начальник
обсерватории кадровых ресурсов
здравоохранения РГП на ПХВ «РЦРЗ»
Демушкан Ольга Юрьевна

27 августа 2018 года
город Астана

Планирование кадровых ресурсов является актуальной проблемой системы здравоохранения не только в Казахстане но и во всем мире

По данным ВОЗ, к 2035 году дефицит кадров здравоохранения во всем мире с учетом глобализации составит порядка 13 миллионов работников здравоохранения.

Факторы обеспечивающих эффективное планирование кадровых ресурсов

- наличие достоверной информации о ситуации на рынке труда (данные о количестве работающих, неработающих специалистов, данные о количестве школьников, имеющих наклонности к медицинским специальностям, сведения о потребности в кадрах и др.);
- адекватный прогноз здоровья населения,
- четко сформулированная квалификационная характеристика специалистов, необходимых в будущем,
- качественное понимание и взаимодействие организаций, осуществляющих подготовку будущих специалистов (вузы, НИИ, колледжи), медицинских организаций и структур, осуществляющих планирование кадровых ресурсов здравоохранения.

Предлагаемые методы прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения

Метод определения соотношения
“Кадровые ресурсы
здравоохранения -
население”

*Простой прогноз
будущей
численности
требуемых
медицинских
работников*

•Используемые данные:

Предполагаемые
предельные значения
обеспеченности
кадровыми ресурсами
(например, число врачей
на 100 000
человек). Демографическ
ие данные

Метод прогноза КРЗ на
основе установления
целевых показателей

*Прогноз кадров на
основе
установления
показателя
предполагаемого
потребления услуг
здравоохранения.*

•Используемые данные:

Целевые индикаторы
стратегических
документов МЗСР РК
(ГПРЗ, стратегический
план МЗСР)

Метод прогноза КРЗ на
основе определения
потребностей в
медицинской помощи

*Прогноз вероятных
изменений
потребностей
населения в услугах
здравоохранения*

•Используемые данные:

демографические
(численность,
половозрастной состав),
социокультурные
(образование, уровень
доходов) и
эпидемиологические
данных (заболеваемость
и др.)

Учитывая важность проводимой работы по планированию и прогнозированию кадровых ресурсов **18 февраля 2018 года был утвержден «Стратегический План развития Республики Казахстан до 2025 года»** в рамках которого усилена роль регионов в работе по прогнозированию и планированию, повышению уровня занятости регионов.

Основные проблемы государственной кадровой политики в сфере здравоохранения: отсутствие

- мотивационных стимулов к работе,
- низкая заработная плата,
- недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения привели к снижению **притока молодых кадров в отрасль здравоохранения** и **«старению»** врачебных кадров. Достаточно серьезно дело обстоит с привлечением и сохранением кадров в сельских регионах.
- проблемным являются недостаточное техническое оснащение рабочих мест,
- слабая поддержка со стороны управляющего персонала,
- устаревшие принципы работы кадровых служб,
- непривлекательная социальная инфраструктура сельских населенных пунктов.
- неравномерность распределения КРЗ в республике зависит степени развития инфраструктуры региона, от географического расположения и экономического развития.



Существующие нормативы кадровой обеспеченности отрасли и необходимостью их пересмотра

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 07 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения», который был разработан и утвержден на основании подпункта 3) пункта 3 статьи 32 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», согласно которому уполномоченный орган разрабатывает и утверждает типовые штаты и штатные нормативы организаций здравоохранения.

Согласно пункту 1-1 Приказа, штатные нормативы **носят рекомендательный характер** для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в форме государственного предприятия на праве хозяйственного ведения. **Штатные нормативы утверждаются** первым руководителем медицинской организации по согласованию с местными органами государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы в зависимости от потребности медицинских услуг и их профиля

Типовые штаты и штатные нормативы отраженные в Приказе, организациями здравоохранения на праве хозяйственного ведения берутся за основу в целях разработки своих внутренних штатных расписаний в пределах установленного фонда оплаты труда.

Сравнительная таблица к проекту Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения»

Структурный элемент	Действующая редакция	Предлагаемая редакция	Обоснование
1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»			
подпункт 3) пункта 3 статьи 32 Кодекса	Статья 32. Субъекты здравоохранения 3. Уполномоченный орган разрабатывает и утверждает: 3) структуру, типовые штаты и штатные нормативы организаций здравоохранения;	Статья 32. Субъекты здравоохранения 3. Уполномоченный орган разрабатывает и утверждает: 3) нормативы обеспеченности регионов медицинскими работниками;	Данная поправка вносится в целях повышения производительности труда в отрасли, оптимизации штатной численности в связи с введением корпоративного управления в медицинской организации и гибкого планирования кадровых ресурсов здравоохранения.

Приказ «Об утверждении нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками».

Нормативы обеспеченности регионов медицинскими работниками

1. Специальности медицинских работников в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

Специальность	Минимальная потребность в специалистах с указанной специальностью
Общая врачебная практика	1 должность на 1500 человек смешанного населения (взрослого и детского)

2. Минимальные нормативы обеспеченности врачебными кадрами, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь в организациях здравоохранения региона *

Специальность	Минимальная потребность в специалистах указанной специальностью	Минимальная обеспеченность на 10 тысяч населения
Кардиология	Не менее 1 должность на 25 тысяч населения	0,4
Ревматология	Не менее 1 должность на 80 тысяч населения	0,12
Хирургия	Не менее 1 должность на 15 тысяч населения	0,66

Состояние

Обеспеченность врачебными кадрами по итогам года рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РК «Методика статистической оценки деятельности медицинской организации» (Методические рекомендации. – Астана, 2011г.).

Обеспеченность населения врачами (средними медработниками):

$$\text{обеспеченность} = \frac{\text{количество врачей}}{\text{числен населения на конец года}} \times 10000$$

Обеспеченность медицинскими кадрами различных групп

	Все ведомства		Обеспеч на 10 тыс насел РК		Обеспеченность врачами в отдельных странах ОЭСР 2016 год			
	Врачи	СМР	Врачи	СМР	Польша	Великобритания	Канада	Дания
Всего	72134	175246	40,0	97,2	-		-	-
Проф. активные	68259	163520	37,8	90,7	24,6	36,7	26,1	38,7
Практикующие	54754	154187	30,4	85,5	23,3	27,9	25,0	36,2

Международная практика

База данных по системам здравоохранения стран ОЭСР имеется в открытом доступе на сайте ОЭСР, в том числе по медицинским кадрам. Информация представлена в абсолютных цифрах и в виде показателя обеспеченности на 1000 населения, начиная с 1960 года по настоящее время.

В странах ОЭСР структурируются статистические данные по врачам (а также стоматологам, медсёстрам, акушеркам, фармацевтам, и персоналу по уходу) и распределяются по трём группам:

1. **практикующие врачи;**
2. **профессионально активные;**
3. **получившие лицензию на практику: практикующие** и другие (не практикующие) врачи, зарегистрированные и имеющие право на практику.



Обеспеченность врачами стран ОЭСР (База данных)

Страна	Год*	Всего врачей на 1 000 населения			Разница при сравнении в %		
		П	ПА	ЛП	ПА/П	ЛП/П	ЛП/ПА
Австрия	2013	4,99					
Бельгия	2013	2,95		5,13		74%	
Великобритания	2013	2,77		3,72		34%	
Венгрия	2013	3,21		5,23		63%	
Германия	2013	4,05	4,43	5,83	9%	44%	32%
Греция	2013		6,29				
Дания	2012	3,62	3,87	5,77	7%	59%	49%
Израиль	2013	3,43	3,14	4,15	-8%	21%	32%
Ирландия	2013	2,69	3,06	3,95	14%	47%	29%
Исландия	2013	3,62	3,62	7,21	0%	99%	99%
Испания	2013	3,81	4,1	4,99	8%	31%	22%
Италия	2013	3,9	4,19	6,37	7%	63%	52%
Люксембург	2013	2,81	3,08	3,88	10%	38%	26%
Нидерланды	2013		3,29	4,16			26%
Норвегия	2013	4,31	4,95	5,68	15%	32%	15%
Польша	2013	2,24	2,42	3,67	8%	64%	52%
Португалия	2013			4,26			
Словакия	2013		3,39				
Словения	2013	2,63	2,73		4%		
Финляндия	2013	3,02	3,3	3,94	9%	30%	19%
Франция	2013	3,1	3,33		7%		
Чехия	2013	3,69					
Швейцария	2013	4,04	4,11		2%		
Швеция	2012	4,01	4,23	5,97	5%	49%	41%
Эстония	2013	3,28		4,67		42%	
Казахстан ^а	2013	3,51	3,95		13%		
В среднем по ОЭСР		3,24	3,47	4,43	6%	44%	32%

Обеспеченность практическими врачами в РК и странах ОЭСР по группам специальностей

	Казахстан		Канада	Эстония	Турция	Германия	Великобритания	Финл	США
	Проф акт	Практик							
ВОП	3,2	3,1	12,8	7,1	5,7	6,6	7,9	0	3,1
Терапевтическая группа	10,4	9,4	6,3	12,7	5,2	9,8	6,8	7,9	7,4
Педиатрия общего профиля	2,4	2,2	0,9	1,3	0,9	1,3	1,5	0	2,5
Акушеры-гинекологи	1,9	1,8	0,8	2,3	0,9	2,1	1,2	1,6	1,4
Психиатры	0,9	0,8	1,7	1,8	0,4	2,2	1,8	2,4	1,4
Хирургическая группа	5,1	4,6	4,2	8,2	4,2	8,7	8	5,6	3,9
Специалисты, не входящие в др. классификации	4,4	0,0	0,2	1,1	0,7	0,2	0,9	0,7	6

Обеспеченность практическими врачами в РК и странах ОЭСР по специальностям

	Канада	Дания		Финляндия		Норвегия		Швеция		Казахста н 6,6/10 тыс насел	Казахста н (факт)
ВОПы	11,80	5101	8,93	1765	3,19	2832	5,31	5600	5,64	6855	3,78
Анестезиолог	0,91	1047	1,83	686	1,24	1169	2,19	1321	1,33	2691	1,48
дерматологи	0,16	177	0,31	-		215	0,40	354	0,36	1099	0,61
кардиология	0,39	333	0,58	159	0,29	408	0,77	645	0,65	1539	0,85
эндокринол огия	0,15	136	0,24	35	0,06	84	0,16	191	0,19	798	0,44
гастроэнтерол огия	0,22	93	0,16	85	0,15	231	0,43	232	0,23	335	0,18
гериатрия	0,08	102	0,18	117	0,21	130	0,24	670	0,68	18	0,01
гематология	0,12	105	0,18	-		77	0,14	196	0,20	198	0,11
инфекционис ты	0,10	-		-		-		-		948	0,52
онкология	0,16	237	0,41	126	0,23	179	0,34	311	0,31	1010	0,56
неврология	0,28	332	0,58	268	0,48	381	0,71	345	0,35	2101	1,16
педиатрия	0,71	519	0,91	543	0,98	701	1,31	1230	1,24	5254	2,89
психиатрия	1,14	866	1,52	905	1,63	1483	2,78	1550	1,56		0,00
травматологи я ортопедия	0,04	990	1,73	355	0,64	644	1,21	1031	1,04	1112	0,61

Что предлагаем

Норматив указывает на тот **минимальный уровень** обеспеченности врачами (на основе международного опыта), при котором может быть оказана качественная медицинская помощь.

Рассчитанная потребность количества должностей далее самостоятельно распределяется Управлением здравоохранения среди медицинских организаций области. При этом, учитывая особенности каждого региона, мы предлагаем поправочные коэффициенты, которые необходимо использовать для регулирования минимального норматива обеспеченности.

Предлагаемый норматив указывает на **то количество врачей, которые должны быть в регионе**, но не менее. Медицинская организация вправе самостоятельно увеличивать число врачебных должностей в соответствии со своей потребностью, сложившейся в МО. Для расчета потребности с учетом нагрузки мы **предлагаем использовать Методические рекомендации по использованию Методики расчета потребности в медицинских кадрах на этапе перехода от штатного нормирования к гибкому планированию**

Выносим на обсуждение дальнейшее существование приказа №238. Наше мнение считаем необходимым оставить, т.к. он носит рекомендательный характер для МО на ПХВ и может применяться в организациях с формой собственности «государственное учреждение».

Территориальные коэффициенты для корректировки нагрузки на врачебную должность		
Наименование	Нормативное значение	Для региона
1) Коэффициенты, учитывающие расположение региона в зонах экологического бедствия		
для регионов, часть населения которых проживает в зонах экологического бедствия Приаралья и на территориях испытания на Семипалатинском ядерном полигоне	1,2	
прочие регионы	1,0	
2) Коэффициенты, учитывающие долю населения региона, проживающего в сельской местности		
для регионов, в которых 50% населения и более проживает в сельской местности	0,9	
для регионов, в которых от 30% до 50% населения проживает в сельской местности	0,95	
для регионов, в которых менее 30% населения проживает в сельской местности	1,0	
3) Коэффициенты, учитывающие плотность населения региона РК		
для регионов, имеющих низкую плотность населения (ниже, чем по РК)	1,2	
для регионов, имеющих высокую плотность населения (выше, чем по РК)	0,95	
4) Коэффициенты, учитывающие численность населения региона по отдельным возрастным группам		
Доля населения региона в возрасте 63 (58) и старше* менее 10%.	0,9	
Доля населения региона в возрасте 63 (58) и старше* более 10%.	1,2	
5) Коэффициенты, учитывающие показатели заболеваемости в регионе		
Уровень общей заболеваемости выше республиканского показателя	1,05	
Уровень общей заболеваемости ниже республиканского показателя	0,95	
6) Коэффициенты для корректировки численности врачей, учитывающие возрастной состав: доля врачей старше трудоспособного возраста*		
менее 10%	1	
10-15%	1,1	
свыше 15%	1,2	
7) Итоговый коэффициент	1	

* мужчины 63 года (женщины 58 лет) и старше.

«Гибкое планирование» это такой метод планирования, который предполагает адаптацию планов развития в соответствии с меняющимися целями



Основой гибкого планирования служит механизм оперативного изменения планов в зависимости от обстоятельств.

Гибкое планирование особенно подходит в ситуации риска и предполагает, что план первого периода, как правило, обязателен, в то время как будущие планы являются адаптируемыми альтернативными частными планами.

Эластичность гибкого планирования состоит в том, что в начале каждого периода выбирается та альтернатива, которая соответствует положению на этот момент. Можно сказать, что корректировка плана осуществляется постоянно. При этом трехмесячный план непрерывно уточняется (отсюда и само понятие – «гибкий план»), В этом отличие предполагаемого рыночного подхода от классического планового, в котором после серии согласований (итераций) устанавливается жесткий план.

Возможные риски

Внедрение Методических рекомендации по использованию Методики расчета потребности в медицинских кадрах на этапе перехода от штатного нормирования к гибкому планированию может наглядно показать нерациональное использование человеческих ресурсов, особенно в отдельных регионах. Обнаружение искусственно увеличенных штатов может спровоцировать некоторые риски.

- 1) Отсутствие достоверной Базы данных (Профрегистр КРЗ) по кадрам может привести к ошибочным расчетам.
- 2) Учет по практикующим врачам существенно снизит отчетные показатели обеспеченности медицинскими кадрами (в особенности врачами), которые ранее были представлены Министерством здравоохранения в Правительство.
- 3) Расчет на 1 тапе внедрения коснется только врачебного персонала.
- 4) Сокращение «раздутых» штатов может повлиять на уровень заработной платы специалистов, которые многие годы трудились на 1,5-2 ставки.
- 5) Снижение уровня зарплаты может послужить оттоку из отрасли врачей пенсионного возраста, что существенно отразится на обеспеченности врачебными кадрами, т.к. в отдельных областях доля врачей пенсионного возраста достигает 20% (СКО, Костанайская, Акмолинская) .
- 6) Снижение уровня обеспеченности и зарплаты негативно скажется на моральном состоянии, усилит негативное отношение к проводимым реформам со стороны персонала и может привести к активной волне протеста.

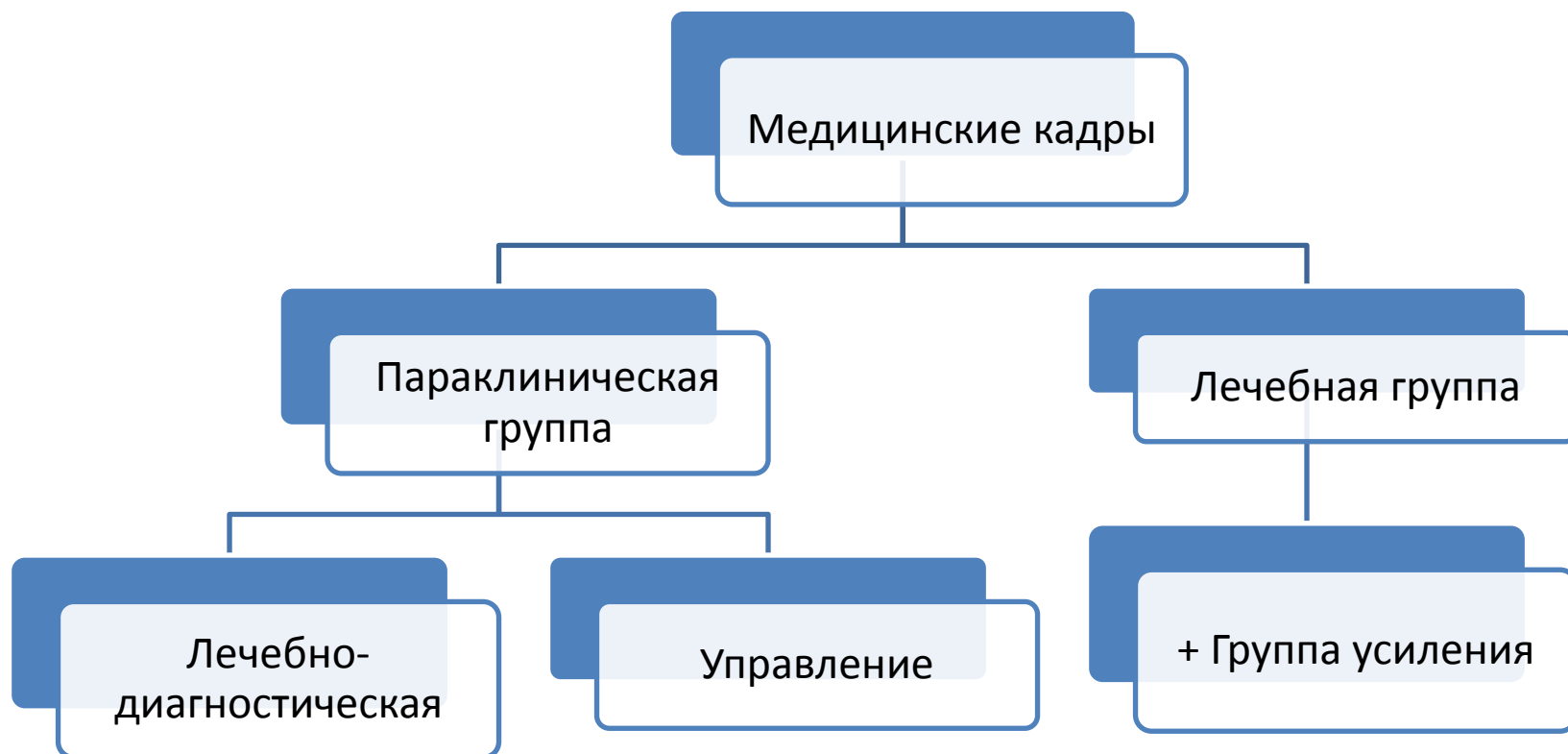
Постановочные вопросы

При рассмотрении проекта приказа требуется обсуждение, согласование и принятие решений по отдельным вопросам, которые находятся вне компетенции Обсерватории КРЗ.

1. Требуется ли создание рабочей группы по согласованию нормативов обеспеченности?
2. Расчет показателя обеспеченности медицинскими кадрами проводить
На 1000 – в соответствии с ОЭСР;
На 100 000 – в соответствии со статистикой ВОЗ;
На 10 000 – действующая в РК?
3. Расчет показателя обеспеченности проводить по профессионально активным или практикующим работникам?
4. Формулировка показателя в приказе, например: «не менее 1 должности на 25 000 населения» или «не менее 0,4 врача на 10 000 населения региона»?
5. Утвердить перечень специальностей, по которым будет утвержден норматив обеспеченности.
6. Внесение в Приказ отдельных нормативов по городу Байконур с его особенностями?
7. Школьная медицина и ее особенности?

**Методические рекомендации по
использованию методики
расчета потребности в
медицинских кадрах на этапе
перехода от штатного
нормирования к гибкому
планированию**

Сущность предлагаемого порядка расчета потребности в медицинских кадрах на основе моделирования по методу компонентов



используется условное разделение на следующие группы врачей, учитывающие их роли в организации лечебно-диагностического процесса и функциональные обязанности:

Расчет по потребности во врачах, оказывающих скорую медицинскую помощь

Средний норматив объема скорой медицинской помощи (число вызовов на 1 застрахованное лицо)



Расчет норматива потребности во врачах

Расчет потребности во врачах

Расчет потребности во врачах, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях



Корректирующие коэффициенты, применяемые для расчета потребности во врачебных кадрах, оказывающих помощь в амбулаторных условиях

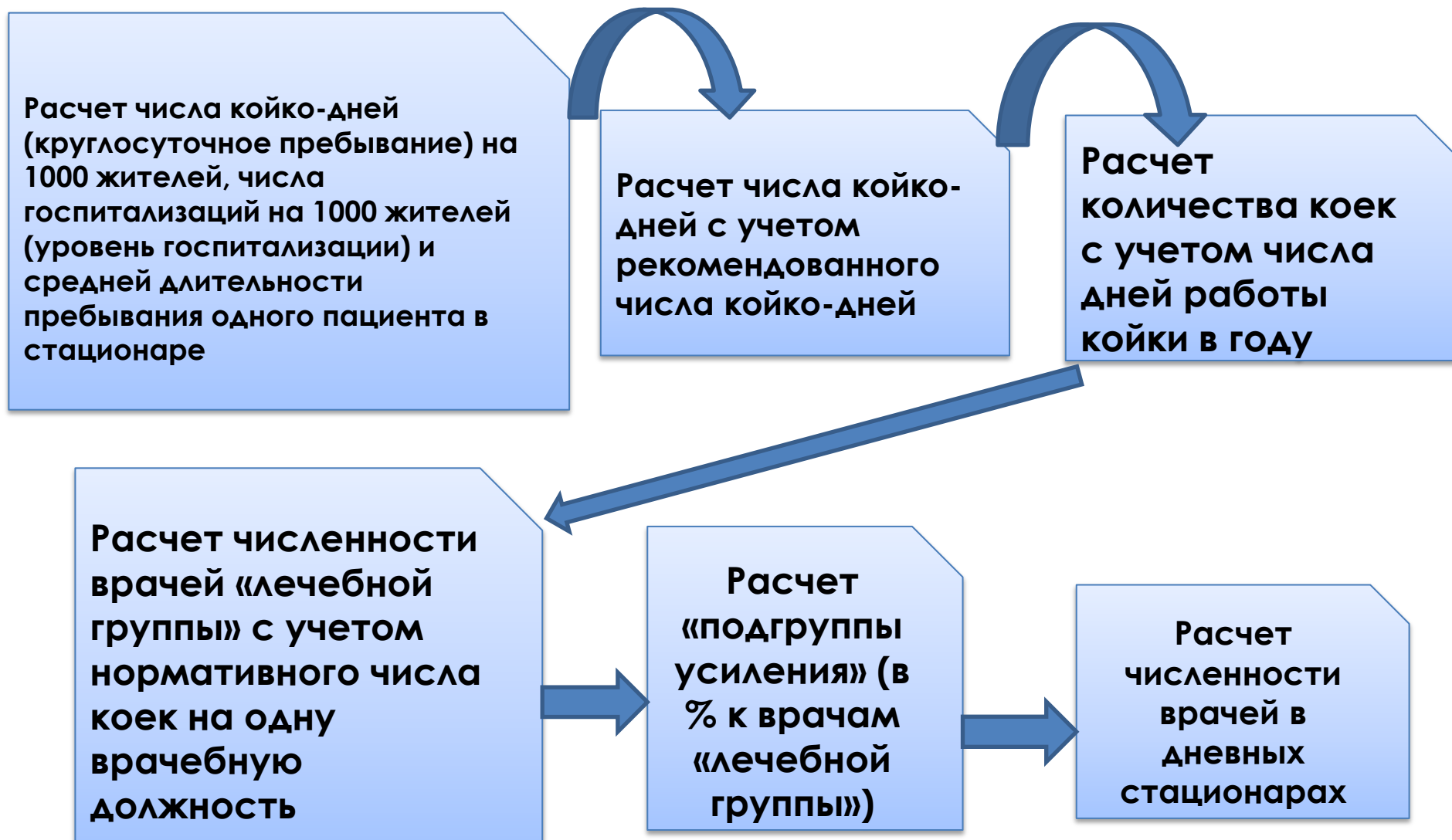
1) Коэффициенты, учитывающие расположение региона в зонах экологического бедствия

для регионов, часть населения которых проживает в зонах экологического бедствия Приаралья и на территориях испытания на Семипалатинском ядерном полигоне	1,2
прочие регионы	1,0

2) Коэффициенты, учитывающие долю населения региона, проживающего в сельской местности

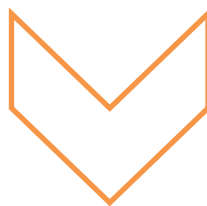
для регионов, в которых 50% населения и более проживает в сельской местности	0,9
для регионов, в которых от 30% до 50% населения проживает в сельской местности	0,95
для регионов, в которых менее 30% населения проживает в сельской местности	1,0

Расчет потребности во врачах, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях



Расчет потребности во врачах, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара

**Расчет числа
пациенто-мест на
1000 населения**



**Расчет числа пациенто-
мест через норматив
числа пациенто-дней**



**Расчет численности врачей
с учетом нормативного
числа пациенто-мест на
одну врачебную должность**

Заключение:

- Методические рекомендации основаны на группировке врачебных кадров с учетом роли в организации лечебно-диагностического процесса
- В качестве метода планирования использовался метод «прямого расчета».
- Также методика обеспечивает возможность вносить коррективы в структуру формирования норматива (штатного норматива, нормы нагрузки, расчетных норм времени), и получать соответствующие поправки к действующему нормативному документу

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ