

УДК 614.25+331.1

## ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И МОДЕРНИЗАЦИЯ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

© А.Р. Габриелян, А.В. Чернышев

*Ключевые слова:* реформирование; кадры; обеспеченность; совершенствование.

В сложных условиях реформирования здравоохранения и всей социальной политики кадры призваны обеспечивать результативность деятельности не только всей системы здравоохранения в целом, но и отдельных ее структур и объектов. За последние годы этому вопросу уделялось явно недостаточное внимание в отечественной литературе, в связи с чем актуальность данного исследования не вызывает сомнений.

### ВВЕДЕНИЕ

Отечественный и зарубежный опыт свидетельствует, что при осуществлении реконструирования и реформирования здравоохранения наибольший успех обеспечивают действия, предпринимаемые в области развития кадров [1–3].

Расходы на персонал являются основой для разработки производственных и социальных показателей лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Доля расходов на персонал в себестоимости продукции имеет тенденцию к росту, что обусловлено следующими факторами: отсутствие прямой зависимости между производительностью труда и затратами на персонал; внедрение новых технологий, предъявляющее более высокие требования к квалификации персонала, который становится более дорогим; изменение законодательства в области трудового права, появление новых тарифов, повышение цен на товары первой необходимости (внешние факторы). При планировании расходов на персонал в первую очередь следует иметь в виду следующие статьи затрат: основная и дополнительная заработная плата, отчисления на социальное страхование, расходы на командировки и служебные разъезды; расходы на подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров; расходы, связанные с доплатами за общественное питание, жилищно-бытовым обслуживанием, культурой и физическим воспитанием, здравоохранением и отдыхом, обеспечением детскими учреждениями, приобретением спецодежды [4]. Следует также планировать расходы на охрану труда и окружающей среды, на создание более благоприятных условий труда (соблюдение требований психофизиологии и эргономики труда, технической эстетики), здорового психологического климата в организации, расходы на создание комфортных рабочих мест. Если текучесть кадров, особенно медицинских, большая, то у ЛПУ появляются дополнительные расходы, связанные с поисками новой рабочей силы, ее инструктажем и освоением работ. При высокой текучести кадров растет размер оплат сверхурочных работ, снижается качество медицинских услуг, повышается уровень заболеваемости, наступает ранняя инвалидность. Все это повышает

расходы, связанные с персоналом, приводит к росту себестоимости продукции и снижению ее конкурентоспособности [5, 6].

По мере развития рыночных отношений в здравоохранении появляется необходимость учитывать новые виды затрат, связанных с участием работников в прибылях и капитале организации.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным 2010 г., показатель обеспеченности врачами в субъектах РФ колебался от 84,7 (Москва) до 24,6 (ЧР). Показатели в Республике Ингушетия и Чеченской Республике являлись самыми низкими. Тем не менее, по сравнению с уровнем показателя в Московской области, обеспеченность врачами в РФ ниже на 49 %.

Структура занятых должностей и структура физических лиц в Московской области примерно одинакова, а процент укомплектованности занятых должностей физическими лицами является низким, особенно младшим медицинским персоналом. Соотношение (врач/средний медицинский работник) составляет (1:2,79), или 26,4 % (по рекомендациям ВОЗ, в структуре врач/средний медицинский работник врачи должны составлять не более 20 %).

В области наблюдается неоднородность показателей укомплектованности медицинских должностей в различных районах. Очевидным является влияние комплекса факторов, среди которых важную роль играют региональные географические параметры и социально-экономическая характеристика районов.

Нежелание медицинских работников работать в медицинских учреждениях того или иного района области связано с целым рядом факторов. Медицинские работники, как и прочие граждане Московской области, пострадавшие от наплыва мигрантов, сегодня сталкиваются с комплексом социальных, психологических, бытовых проблем. Недостаточная социальная защищенность работников отрасли здравоохранения не способствует привлечению и закреплению специалистов на местах.

Помимо численного дефицита кадров, в большинстве районов наиболее острыми остаются вопросы со-

ответствия штатных сотрудников потребностям лечебно-профилактических учреждений в определенных специалистах.

Идеи кадрового менеджмента, методология рационального управления основным ресурсом организации, каким являются кадры, стали все активнее воплощаться в деятельности руководства ЛПУ, в создании специальных структур по управлению персоналом. Для реализации этих идей потребовались современные специалисты, подготовленные управленцы, готовые прийти на помощь руководителям медицинских учреждений. К этому времени в стране уже накопился определенный штат специалистов в области управления персоналом. Ими стали выпускники факультетов управления, юристы, психологи в области управления персоналом, активно привлекаемые для работы в ЛПУ.

Обеспечение службы управления персоналом лечебно-профилактических учреждений Москвы и Московской области квалифицированными сотрудниками позволило в рамках настоящего исследования апробировать адаптированную методику ВОЗ рационального использования и планирования кадров здравоохранения на примере ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64» г. Москвы и Ногинского района Московской области. Методика основана на оценке фактически выполняемой персоналом работы. Методика основана на изучении и анализе временных затрат, необходимых для проведения медицинских действий с учетом определенных категорий медицинского персонала. Например, проводимые на дому роды требуют времени только акушерки, а прием пациента в поликлинике требует временных затрат врача, медицинской сестры, лаборанта и других категорий медицинского персонала в зависимости от практических действий или процедур.

Для каждого вида труда медицинского работника можно установить *стандарты (нормативы) деятельности*. Они выражаются временными характеристиками, специфичными для каждой категории персонала, задействованного в том или ином виде медицинской деятельности. При этом четко устанавливается, сколько времени в среднем требуется работнику, чтобы выполнить свой труд в соответствии с принятым профессиональным стандартом.

Условно можно принять такие стандарты, как, например, число пациентов, принимаемых конкретным врачом в час, или число исследований в лаборатории в течение рабочего дня, следуя сложившейся практике в данном лечебно-профилактическом учреждении для данного вида деятельности. Естественно, что отрезок требуемого времени будет зависеть как от вида деятельности, так и от категории персонала, выполняющего ее.

Кроме того, имеет значение тип медицинского учреждения, где может осуществляться тот или иной вид деятельности. Известно, что больные со сложными заболеваниями поступают в специализированные лечебные учреждения, где для их обслуживания требуется гораздо больше времени персонала с разнообразной квалификацией.

Стандарт деятельности может быть переведен в эквивалентный показатель годовой нагрузки. Этот показатель отражает объем конкретного вида деятельности, выполняемой одним сотрудником за год при условии выполнения им производственного стандарта, за вычетом времени на отпуск, праздничные дни, болезни

и т. п. Эквивалент среднегодового объема выполняемой работы называется *стандартной нагрузкой*.

Вводя показатель стандартной нагрузки в годовые статистические отчеты, рассчитано, сколько персонала различных категорий требуется для выполнения данного объема работы, выполненной в соответствии с принятыми профессиональными требованиями. Этот показатель отражает планируемую потребность в кадрах для данного учреждения, вычисленную в соответствии с предложенной методикой.

Общая формула может быть представлена следующим образом:

$$\frac{\text{Нагрузка в учреждении (статистика обслуживания)}}{\text{Стандартная нагрузка (на одного работника)}} = \text{Потребность в кадрах.}$$

Полученный таким образом показатель потребности в кадрах может быть сопоставлен с действительным уровнем кадрового обеспечения в учреждении, чтобы установить, в каких подразделениях имеется недостаточное или избыточное обеспечение кадровым потенциалом с учетом их категорий.

Проведенное нами исследование показало, что организация и функциональные обязанности служб управления персоналом непосредственно зависят от ряда параметров. Главным из них является численный состав сотрудников конкретного ЛПУ. В частности, в медицинских учреждениях с численностью до 250 человек работу отдела кадров осуществляет обычно один сотрудник, а при численности персонала 1500–2500 и более человек в отделе кадров работают 4–6 сотрудников. Доля отделов (кадров) управления персоналом с числом сотрудников 6 и более человек не превышает 1,4 % в исследуемой совокупности, а доля отделов кадров, в состав которых входит 2–3 человека, преобладает и составляет 70,8 %. Сохраняется и довольно значительное число ЛПУ (7,4 %), где со всеми вопросами по работе с персоналом вынужден справляться один сотрудник.

Наиболее значимые изменения произошли в образовательном цензе работников кадровых служб. Среди специалистов кадровой службы ЛПУ преобладают люди молодого возраста – до 35 лет, на долю которых приходится около 85 % работников, при этом большинство из них – 72,5 % – имеют незаконченное и высшее образование по различным специальностям в области профессионального менеджмента, а стаж в занимаемой должности у большинства обследованных (72,1 %) превышает пять лет.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, предлагаемый метод принимает во внимание разнообразие видов и степень сложности медицинской помощи, оказываемой в конкретном учреждении.

В ходе исследования показано, что при наличии одинаковой численности пациентов в клинике требуется больше медицинских палатных сестер, чем в районной больнице.

В заключение следует еще раз подтвердить, что процесс профессионального обучения является важнейшим средством совершенствования кадрового потенциала. Приобретая новую квалификацию, работники становятся более конкурентоспособными на рынке труда, растет их самооценка и мотивация.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Донабедиан А., Грэхэм Н.* Качество медицинской помощи. Теория, практика, эволюция // Качество медицинской помощи. 1997. № 2. С. 29-31.
2. *Линденбратен А.Л.* Об оценке качества и эффективности медицинской помощи // Советское здравоохранение. 1990. № 3. С. 20-22.
3. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения // Европейская конференция ВОЗ по реформам в области здравоохранения. 17–20 июня 1996. Любляна, Словения, WHO, 1996 (EU-RACP/CARE 94 01/CN01).
4. Принципы обеспечения качества: отчет о совещании ВОЗ. М.: Медицина, 1991. 27 с.
5. *Трифопова Н.Ю.* Адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка // Экономика здравоохранения. М., 2008. № 9. С. 16-18.
6. *Трифопова Н.Ю.* Особенности работы ЛПУ в условиях рыночной экономики // Здравоохранение. 2008. № 9. С. 35-38.

Поступила в редакцию 25 сентября 2013 г.

Gabrielyan A.R., Chernyshev A.V. SUBSTANTIATION OF IMPROVEMENT OF PERSONNEL MANAGEMENT SERVICE AND MODERNIZATION OF PERSONNEL POLICY HOSPITAL

In the complex conditions of reforming health care and the social policy frames are designed to ensure the effectiveness of the activities not only of the entire health system, but some of its structures and objects. In recent years this issue was paid enough attention in the literature, therefore the relevance of this study is not in doubt.

*Key words:* reform; personnel; provision; improvement.