

УДК 614.2:331.108.2

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.3.89-92

Немедицинский персонал лечебных учреждений: проблемы определения понятия и регулирования численности

О.П. Беньковская¹, И.П. Черная¹, О.В. Горшкова²¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),² Владивостокский государственный университет экономики и сервиса (690014, г. Владивосток, ул. Гоголя, 41)

Проведен анализ проблем определения содержания категории «немедицинский персонал лечебных учреждений» и регулирования его численности. На основе зарубежной и отечественной литературы показана понятийная многозначность используемых для немедицинских кадров названий: «смежные специалисты здравоохранения», «вспомогательный персонал», «прочий персонал». Проанализированы существующие подходы к выделению структуры немедицинского персонала. Показана необходимость рассмотрения в структуре данной категории работников двух групп: рабочих и административно-управленческого персонала, включающего руководителей, специалистов и технических исполнителей. С учетом предлагаемого подхода к структуре персонала для определения потребности в немедицинских кадрах рекомендовано использование нормативов численности управленческого персонала и норм управляемости, обслуживания, времени и др., которые могут быть разработаны в ходе кадрового аудита конкретных медицинских организаций.

Ключевые слова: модернизация здравоохранения, дополнительные услуги, структура немедицинского персонала, кадровый аудит.

В решении задач модернизации сферы здравоохранения, связанных с повышением эффективности управления лечебными учреждениями, особую актуальность приобретают вопросы организации деятельности немедицинского персонала. Их значимость обуславливается возрастанием роли сервисного менеджмента как проводимой руководством медицинских организаций политики вовлечения всех сотрудников в создание качественного уникального сервисного продукта, объединяющего медицинскую услугу и группу дополнительных услуг, которые облегчают принятие медицинской помощи и повышают ее полезность для потребителя [9].

Несмотря на значимость проблемы сервисизации медицинских услуг оценка роли немедицинского персонала, и соответственно потребности в нем, еще не получила достаточного осмысления ни в практическом здравоохранении, ни на уровне научного анализа. Существующие исследования, как правило, не затрагивают проблем, связанных с определением правового статуса, полномочий, компетентности, показателей эффективности деятельности и возможностей стимулирования немедицинского персонала для повышения качества дополнительных услуг.

Неразработанность методологических и методических подходов к определению содержания категории «немедицинский персонал» для оценки потребности лечебных учреждений с учетом вызовов модернизации российского здравоохранения определили основные направления анализа в данной статье.

Особенности определения категории «немедицинский персонал» в западной науке

В отличие от России, где изучение указанных вопросов только начинается, за рубежом анализу так называемых

смежных специалистов здравоохранения (allied health specialists – AHS, рус. ССЗ) уделяют внимание с 1970-х годов. Достаточно подробное описание теоретических основ и перспектив рассмотрения этих проблем содержится в работах австралийской исследовательницы Р. Бойс. Следуя логике работ Р. Бойс, выделим два этапа.

Первый из них (1970–1980-е годы) связан с теориями профессионального доминирования английского социолога Э. Фрейдсона, развитыми прежде всего в трудах норвежского ученого Дж. Эвретвейта и австралийского исследователя Э. Уиллиса. В соответствии с их подходом немедицинский персонал, как смежные специалисты здравоохранения, определялись в качестве вспомогательного персонала, подчиняющегося и руководимого медицинскими работниками.

Начало второго этапа следует отнести к середине 1990-х годов, когда с изменением условий финансирования системы здравоохранения усложнились факторы разделения труда в медицинских организациях, обусловившие формирование новых принципов автономии немедицинского персонала. Принцип «связанные с медициной» был заменен принципом «связанные друг с другом», поэтому особую актуальность, как метко подмечает Р. Бойс, получил вопрос: «Кто управляет медициной?», а вместе с ним и проблемы развития организационных структур, лидерства, децентрализации и инноваций [11]. Развитие этого этапа оказалось сопряженным с многократным увеличением численности смежных специалистов здравоохранения. Так, в 2007 г. во всем мире насчитывалось 59,8 млн работников здравоохранения, при этом около двух третей из них (39,5 млн) оказывало медицинские услуги, а одна треть (19,8 млн) выполняла административные и вспомогательные функции [2]. При этом, по данным ВОЗ, в означенный период для удовлетворения глобальных целей в области здравоохранения в мире не хватало

еще около 2 млн таких специалистов (дефицит выше, чем для средних медицинских работников) [1]. Важно отметить, что, по данным Ассоциации школ смежных специалистов здравоохранения (The Association of Schools of Allied Health Professions – ASAHP), количество немедицинского персонала варьирует от страны к стране. Так, в США к этой категории относится около 60 % работников данной сферы экономики [10], что значительно превышает аналогичные российские показатели.

Изменение роли немедицинского персонала в развитых странах нашло отражение и в переосмыслении структуры рассматриваемого понятия. Так, в Великобритании в данную группу работников включены специалисты 12 профессий: арт-терапевты, биомедики, специалисты по педикюру, ортопеды, диетологи, специалисты по трудотерапии, по музыкальной терапии, фельдшеры, физиотерапевты, протезисты, рентгенологи, логопеды и др. Они составляют около 10 % от общей численности сотрудников национальной системы здравоохранения и считаются третьей по величине группой специалистов после врачей и медсестер. Однако подобный подход не является общепринятым, поэтому существуют некоторые сложности в определении понятия «смежные специалисты здравоохранения» [12].

Неоднозначность в определении немедицинского персонала может быть проиллюстрирована и позицией ASAHP, характеризующей смежных специалистов здравоохранения как сегмент рабочей силы, связанный с идентификацией, оценкой и профилактикой заболеваний и расстройств, предоставлением услуг диетического и лечебного питания, реабилитации и управлением системой здравоохранения. [10]. Эта категория специалистов делится на три группы: 1) профессионалы, осуществляющие прямой уход за пациентами (direct support professionals) при лечении, диагностике и реабилитации (их функции близки к тем, которые выполняют социальные работники или персональные ассистенты инвалидов); 2) группа поддержки медицинского персонала (healthcare support occupations), оказывающая ему административное и медицинское содействие; 3) группа участников в реализации оздоровительных методик для восстановления и поддержания физических, психологических, когнитивных и социальных функций пациентов [1].

Существуют и другие подходы к анализу структуры смежных специалистов здравоохранения. По данным И. Шеймана и В. Шевского, в США насчитывается более 200 профессий смежных специалистов, которые условно разбиваются на 5 подгрупп: 1) административный персонал; 2) специалисты по информационным технологиям; 3) специалисты по обслуживанию медицинского оборудования; 4) помощники врачей и наиболее квалифицированных медсестер; 5) работники, ведущие обслуживание пациентов [8]. Однако, как представляется, собственно немедицинским персоналом являются работники первых трех подгрупп

и отчасти представители последней подгруппы, включая социальных работников и др. Критерием отнесения к немедицинскому персоналу может быть образование и выполняемый функционал, связанный с оказанием не медицинских, а сервисных, т.е. сопровождающих услуг.

Таким образом, несмотря на серьезное внимание к проблеме немедицинского персонала в зарубежной литературе, вопрос о содержании и структуре данного понятия все еще остается дискуссионным. В нашей стране изучение рассматриваемой категории связывается прежде всего с нормативно-правовой базой развития сферы здравоохранения.

Нормативные предпосылки определения категории «немедицинский персонал» в России

В научных публикациях российских исследователей в отношении работников, неотносящихся собственно к медицинскому персоналу, чаще всего встречаются такие названия, как: «немедицинский», «прочий» или «вспомогательный персонал». При этом однозначного толкования данных терминов, как и различий между ними, нет.

Понятийную многозначность во многом обуславливает введенное с 1989 г. в целях рационального использования ресурсов для оперативного решения задач право руководителей учреждений здравоохранения нашей страны самостоятельно утверждать штатное расписание, вносить в него изменения путем введения новых должностей медицинского и немедицинского персонала и замены должностей в любом порядке. Указанные изменения могут вводиться руководителем в пределах установленного фонда заработной платы по различным источникам финансирования [6]. Особое значение имеет и рекомендательный характер штатных нормативов, подтверждаемый письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 06.04.2015 г. № 1726/30–4 «О порядке формирования штатных расписаний». В нем, в частности, подчеркивается, что структура и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи. Однако в утвержденных порядках оказания и стандартах медицинской помощи отсутствуют какие-либо рекомендации по формированию кадровой структуры медицинской организации в части немедицинского персонала. Например, в «Положении об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» содержатся лишь унифицированные наименования медицинских подразделений, в том числе: информационно-аналитическое отделение или кабинет медицинской статистики, организационно-методический кабинет (отделение), административно-хозяйственные подразделения [5, 7].

Не устраняют понятийной многозначности и методические рекомендации «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб», разработанные в 2012 г., в которых «прочий персонал» определяется как «немедицинский персонал», т.е. «работники и служащие, не имеющие медицинского образования и выполняющие виды деятельности, не относящиеся к лечебно-диагностическому процессу» [3].

Вместе с тем с учетом существующих правовых актов и выявленных особенностей анализа проблемы в зарубежной литературе, очевидно, что эта категория сотрудников представляет собой достаточно разнородную группу, в которой следует выделять две подгруппы: рабочие и служащие (административно-управленческий персонал), а в последней еще и уровни: руководители, специалисты и технические исполнители. Подчеркнем, что нормативно-правового акта, в котором были бы определены должности административно-управленческого персонала (АУП) в здравоохранении, не существует. При этом место АУП в оргструктуре обозначается. Так, например, в «Методических рекомендациях по расчету тарифов на медицинские услуги», утвержденных письмом Минздрава РФ от 12.07.1992 г. № 1, к административно-управленческому персоналу отнесены бухгалтерия, планово-экономический отдел, администрация и другие, без указания конкретных должностей. Должности рабочих и служащих без выделения категории АУП определены в приказе Минздрава РФ от 9 июня 2003 № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»).

Как представляется, такой подход позволит не только определить содержание рассматриваемого понятия, но и обосновать необходимые для реализации модернизации здравоохранения потребности в немедицинском персонале. Рассмотрим некоторые проблемы его формирования.

Проблемы формирования методического подхода к определению потребности в немедицинских кадрах лечебных учреждений

В настоящее время численность немедицинского персонала регулируется двумя нормативами. Первый из них – численность прочего персонала не должна быть больше 15 % от общего количества врачей и среднего медицинского персонала – установлен в упоминаемых выше методических рекомендациях 2012 г. «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб» (в 2010 г. постановлением Правительства РФ был определен

объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами прочего персонала, для уменьшения которого рекомендовалось проводить оптимизацию, если численность такого персонала превышала 40 % от общей среднероссийской численности врачей и среднего медицинского персонала). Второй норматив установлен «Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг.» и связан с 40 % предельной долей расходов на оплату труда на административно-управленческий и вспомогательный персонал в фонде оплаты труда учреждения. Признавая определенную справедливость такого подхода, подчеркнем, что он не учитывает роль немедицинского персонала в повышении клинической, организационной и экономической эффективности работы лечебного учреждения.

Данная проблема остается малоизученной, однако уже сейчас существуют отдельные работы по такой тематике. Например, исследования Н.А. Полиной на материалах больницы в Нижнем Новгороде показали, что внедрение и разработка информационной системы помогли выявить неэффективное использование некоторых ресурсов, сократить себестоимость лечения пациентов, и на фоне затрат в 7,23 млн руб., связанных с автоматизацией (стоимость внедрения окупилась за один год при плановом сроке — 2,4 года, при этом заработная плата привлеченного немедицинского персонала составила 27,1 % расходов). За пять лет эксплуатации системы был получен дополнительный доход в размере 10,5 млн руб. [4].

С учетом существующей дифференциации в социально-экономическом развитии регионов России, условиях жизни населения, качестве медицинской помощи такой подход не может не создавать проблемы не только для кадрового менеджмента организаций здравоохранения, но и для реализации их стратегических целей, включая достижение показателей «Дорожных карт» и связанную с ними стратегию оптимизации расходов. С этой точки зрения следует согласиться с мнением И. Шеймана и В. Шевского о том, что в современных условиях планирование кадров не должно сводиться к оценке ожидаемых объемов медицинской помощи и требуемых для их оказания ресурсов, а должно учитывать технологические и организационные сдвиги в отрасли, влекущие за собой повышение роли немедицинского персонала, невходящего в традиционные группы медицинских работников [8]. В рамках такого подхода представляется вполне обоснованным использование зарекомендовавших себя в современном кадровом менеджменте нормативов, формирующих оптимальную организационную структуру и включающих нормативы численности управленческого персонала и нормы управляемости, обслуживания, времени и др.

Применение названных нормативов и норм необходимо для определения потребности конкретной медицинской организации в немедицинском персонале и возможно в рамках кадрового аудита. Обсуждается