

РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ И ТЕНДЕНЦИЙ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ.

Светлана НИКИТА¹, Николай ЖЕЛАМСКИ²

¹ руководитель Национальной Обсерватории «Человеческие Ресурсы Здравоохранения» Республики Молдова

² заместитель директора Национального Центра Менеджмента в Здравоохранении Республики Молдова, руководитель Департамента Анализа и Планирования Человеческих Ресурсов Здравоохранения.

В статье изложена актуальность проблем в области кадровых ресурсов здравоохранения в мире, а так же представлены основные политики и стратегии глобального, регионального и национального уровня (Республика Молдова), направленные на улучшение ситуации в данной области.

Последние годы кадры здравоохранения все шире признаются ключевым условием расширения масштаба вмешательств в области здравоохранения для достижения Целей развития тысячелетия, которые являются основным компонентом в Декларации тысячелетия, принятой 191 страной в сентябре 2000 года на Саммите тысячелетия. Тогда лидеры богатых и бедных стран обязались блюсти восемь ключевых пунктов в основном направленных на сокращение масштабов крайней нищеты во всем мире к концу 2015 года. По крайней мере, три из восьми ниже перечисленных целей развития тысячелетия имеют непосредственное отношение к здравоохранению:

1. Ликвидировать крайнюю нищету и голод.
2. Обеспечить всеобщее начальное образование
3. Содействовать равноправию полов и расширению прав женщин
- 4. Сократить детскую смертность.**
- 5. Улучшить охрану материнства.**
- 6. Бороться с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями.**
7. Обеспечивать экологическую стабильность.
8. Сформировать глобальное партнерство в целях развития.

Не требует доказательств и тот факт, что даже при наличии достаточного финансирования способность страны осваивать ресурсы и утилизировать их с пользой для расширения масштабов предоставления медицинских услуг может быть ослаблена элементарной нехваткой людских ресурсов на всех уровнях системы здравоохранения.

Проведение любого анализа кадров здравоохранения требует точного обозначения, кто относится к этой категории. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет кадры здравоохранения как «*всех людей,*

которые заняты в основном работой, первичная цель которой состоит в укреплении здоровья».

Таблица 1

Концепция для определения кадров здравоохранения

Подготовка, занятие и место работы индивида	Работающие в отрасли здравоохранения	Работающие в другой индустрии или безработные/ неактивные на рынке труда
Получившие подготовку в области здравоохранения и работающие на медицинских должностях	А. Например врачи, медсестры, акушерки, работающие в учреждениях здравоохранения	С. Например медсестры, работающие в частных компаниях, фармацевты, работающие в местах розничной торговли
Получившие подготовку в области здравоохранения, но не работающие на медицинских должностях	А. Например, получившие медицинскую подготовку менеджеры учреждений здравоохранения	С. Например получившие медицинскую подготовку преподаватели университета и безработные медсестры
Получившие подготовку, не относящуюся к области здравоохранения, или не получившие формальной подготовки	В. Например экономисты, клерки, садовники, работающие в учреждениях здравоохранения	D. Например учителя начальной школы, автомеханики, бухгалтеры в банках

Исходя из классификации, представленной в таблице 1 можно определить три категории работников, важных для анализа кадров здравоохранения:

А. лица с профессиональным образованием и подготовкой в области здравоохранения, занятые в отрасли здравоохранения;

В. лица с подготовкой в иной области (или без формальной подготовки), занятые в отрасли здравоохранения;

С. лица с подготовкой в области здравоохранения, которые либо работают в отрасли, не связанной со здравоохранением, либо в настоящее время являются безработными или неактивными участниками рынка труда.

Категории А и С в совокупности формируют подготовленные (квалифицированные) кадры здравоохранения (активные или неактивные), имеющиеся в наличии в данной стране или регионе, тогда как категории А и В представляют кадровые ресурсы, занятые в индустрии здравоохранения.

Совокупность трех элементов (А, В и С) охватывает общее число имеющихся в потенциале кадров здравоохранения.

Четвертая категория (D) охватывает всех работников, не относящихся к сфере здравоохранения, то есть тех работников, у которых нет подготовки в области здравоохранения и, которые не работают в индустрии здравоохранения.

Важность работников здравоохранения обусловлено несколькими факторами:

1. Представляют собой важнейший компонент укрепления системы здравоохранения.
2. Являются центральным звеном в оказании медицинских услуг во всех странах.
3. Доступ к услугам здравоохранения означает ни что иное, как доступ к медицинским работникам.
4. Эффективность системы здравоохранения и качество медицинских услуг в большей мере зависят от квалифицированности работников здравоохранения.
5. Человеческие ресурсы являются самым крупным элементом затрат в любой системе здравоохранения (60-80% от общего объема расходов идет на подготовку, трудоустройство, оплату труда, мотивации, непрерывное обучение медицинских работников).

С целью внести большую ясность в глобальную ситуацию, связанную с ЧРЗ посредством изложения собранных в этой области фактических данных в 2006 году ВОЗ был подготовлен полный доклад о состоянии здравоохранения в мире “Совместная работа на благо здоровья”. В данном докладе:

- Было признано существование глобального кризиса в области медицинского персонала и необходимость решения этой проблемы в течение ближайших 10 лет.
- Было определено, что недостаток в ЧРЗ составляет более 4,3 млн. из которых более 2,5 млн. врачей, медсестер, акушерок.
- Были выявлены страны с наиболее выраженной потребностью в медицинском персонале.
- Для стран с наиболее выраженной нехваткой ЧРЗ был установлен план действий на ближайшие 10 лет (2006-2015) направленный на решение проблем в данной области, при поддержке партнеров (доноров) глобального масштаба.

По оценкам ВОЗ, в настоящее время в мире насчитываются в общей сложности 59,2 миллиона медико-санитарных работников. Провайдеры медико-санитарных услуг составляют приблизительно две трети от общего глобального числа работников здравоохранения; остальная треть состоит из административных и вспомогательных работников здравоохранения.

В то же время 57 стран, большинство из которых расположены в Африке и Азии, испытывает значительную нехватку кадровых ресурсов здравоохранения. По оценкам ВОЗ, для восполнения этой нехватки необходимы, по меньшей мере, 2,36 миллиона медицинских работников и 1,89 миллиона административных и вспомогательных работников.

Наиболее остро эта проблема стоит в африканских странах, расположенных к югу от Сахары. Несмотря на то, что на эти страны приходится 25% глобального бремени болезней, в них работает только 3% всех работников здравоохранения в мире. В 36 странах Африки нехватка работников здравоохранения достигла критического уровня.

Как это ни парадоксально, эта нехватка зачастую характерна в странах с большим числом безработных специалистов-медиков, что в большинстве случаев обусловлено низким уровнем жизни, недостаточным уровнем оплаты труда медицинских работников и несовершенством рынков труда.

Существует достаточное количество фактических данных, свидетельствующих о том, что число и качество подготовки работников здравоохранения позитивно сказывается на охвате иммунизацией, расширении первичной медико-санитарной помощи и выживании новорожденных, детей и матерей. Данные показывают, что качество подготовки врачей и плотность их распределения связываются с позитивными итогами мероприятий по лечению сердечнососудистых заболеваний. И напротив, сокращение штатов в результате реформы сектора здравоохранения привело к ухудшению ситуации с неправильным питанием детей.

В следствии проведенных исследований ВОЗ установило, что минимальное число врачей, медсестер и акушерок, необходимое для оказания основных медицинских услуг матерям и детям составляет 23 медицинских работника на 10 000 населения. И только в 5 из 49 стран, классифицированных Всемирным банком как страны с низким уровнем дохода, число врачей, медсестер и акушерок, достигает данного критического порога, необходимого для оказания основных медико-санитарных услуг.

Основные проблемы глобального уровня, существующие на данный момент в области ЧРЗ можно сгруппировать следующим образом:

1. Нехватка медицинских работников. Определяется глобальный кризис в области медицинского персонала, потребность составляет более 4,3 млн. работников здравоохранения, в том числе 2,5 млн. - врачей, медсестер, акушерок.
2. Неравномерное распределение медицинских работников. Наблюдается концентрация медицинского персонала в городских и дефицит в сельских, удаленных или труднодоступных местностях.
3. Теоретическая подготовка и практические навыки не соответствуют потребностям. Технологический прогресс в медицине,

модернизация науки, модификация системы подготовки оставляют позади старый способ обучения.

4. Повышение мобильности и миграции. Медицинская миграция негативно влияет на доступ к услугам здравоохранения и увеличивает расходы на медицинское образование.
5. Отсутствие адекватного управления человеческими ресурсами в системе здравоохранения. В последние годы исследования в этой области и опыт работы в других секторах, продемонстрировали, что продвижение нового и прогрессивного менеджмента кадровых ресурсов является ключом к решению многих проблем в системе здравоохранения, в том числе позитивно влияет на эффективность функционирования системы.

Глобальная политика, стратегии и инициативы, направленные на улучшение ситуации в области человеческих ресурсов в здравоохранении:

I. 25 мая 2006 года, на 59-ой Ассамблее ВОЗ в Женеве, имел место официальный запуск Глобального Альянса Кадровых Ресурсов Здравоохранения. 2-7 марта 2008 года в Кампале, Уганда, состоялся первый глобальный форум по кадровым ресурсам здравоохранения, в процессе которого была разработана декларация, отражающая следующие стратегические направления развития человеческих ресурсов здравоохранения:

1. Создание согласованного национального и глобального лидерства для решения проблем в кадровых ресурсах здравоохранения;
2. Обеспечение потенциала для информированной реакции, основанной на фактических данных и совместного обучения;
3. Повышение уровня образования и подготовки медицинских работников;
4. Сохранение эффективного, гибкого и справедливого распределения кадровых ресурсов здравоохранения;
5. Управление давлением международного рынка трудовых ресурсов здравоохранения и его влиянием на миграцию;
6. Обеспечение дополнительной и более производительной инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения.

II. В 2009 году ВОЗ было создано Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения - представляющее собой всеобъемлющие, стандартизированные и удобные в использовании рекомендации по проведению мониторинга и оценки кадровых ресурсов здравоохранения. В данном руководстве был освещен следующий перечень аспектов:

- Нехватка работников здравоохранения привели к необходимости строгого учета ЧРЗ, контроля над обучением и трудоустройством.
- Недостаточные знания и базы данных по КРЗ, отсутствие оснований для принятия решений и выработки политики;

- Неполнота информации, отсутствие сопоставимости КРЗ и достоверных данных;
- Несоответствующие определения, классификации и терминологии для различных категорий работников здравоохранения;
- Несовпадение источников данных о ЧРЗ в различных странах;
- Различия в данных, полученных из административной документации, исследований работодателей и переписей;
- Многие потенциальные источники данных и информации о КРЗ остаются недостаточно используемыми во многих странах.
- Рекомендуются внедрение информационных систем для наблюдения за ЧРЗ.

III. 21 мая 2010 года Всемирной Ассамблеей Здравоохранения был принят Глобальный кодекс по практике международного найма персонала здравоохранения.

Кодекс практики является добровольным и глобальным по своему масштабу. Он применим ко всем работникам здравоохранения и заинтересованным сторонам. Кодекс выдвигает принципы и побуждает к установлению добровольных стандартов. Он способствует достижению справедливого соотношения интересов работников здравоохранения, стран происхождения и стран назначения и уделяет особое внимание устранению негативных последствий миграции работников здравоохранения на страны, переживающие кризис трудовых ресурсов здравоохранения.

Основными компонентами Кодекса являются:

- твердая решимость в оказании содействия странам, испытывающим критическую нехватку работников здравоохранения, в их усилиях по улучшению и поддержке их кадровых ресурсов здравоохранения;
- совместные инвестиции в научные исследования и информационные системы для мониторинга потенциальной миграции работников здравоохранения, с целью разработки основанной на фактических данных политике;
- государства-члены должны удовлетворять свои потребности в работниках здравоохранения по возможности за счет своих собственных кадровых ресурсов, и поэтому они должны принимать меры по обучению, удержанию и поддержке своих трудовых ресурсов здравоохранения;
- права работников-мигрантов закреплены и равны правам работников здравоохранения, подготовленных внутри стран.

IV. В 2009 году был реализован проект PROMeTHEUS, цель которого состояла в сборе и анализе данных о мобильности медицинских работников в Европе. На основании полученных данных была издана публикация «Мобильность медицинских работников и системы здравоохранения: фактические данные из 17 стран Европы», в которой были освещены следующие пункты:

- Масштабы мобильности: значимые, но разнообразные. Масштабы мобильности медицинских работников во многих странах Европы довольно значительны. Согласно статистике иностранные специалисты составляют свыше 10% от общего числа врачей в Бельгии, Португалии, Испании, Австрии, Норвегии, Швеции, Швейцарии, Словении, Ирландии и Великобритании. Хотя функционирование системы здравоохранения некоторых стран, действительно, в значительной степени определяется наличием иностранных специалистов, представленные данные свидетельствуют о том, что степень этой зависимости существенно различается в разных странах Европы: некоторые государства нуждаются в зарубежных медицинских работниках лишь в небольшой степени либо даже не нуждаются вовсе.
- Последствия расширения ЕС: менее значительные, чем ожидалось. Расширение ЕС, начавшееся в 2004 г., стимулировало мобильность медицинских работников, хотя и не привело к столь масштабным процессам миграции, как это изначально ожидалось. Доля медицинских специалистов, готовых к эмиграции, судя по количеству запросов на получение сертификатов соответствия, в ЕС-12 составила около 3% от их общего числа, а реальные объемы эмиграции были даже меньше, поскольку на самом деле эмигрировали не все сотрудники, получившие сертификат соответствия.
- Асимметрия «восток-запад»: ситуация осложняется. Интенсификация мобильности кадров в связи с расширением ЕС в 2004 и 2007 гг. еще более усилила наблюдавшуюся асимметрию между Западной и Восточной Европой с точки зрения объемов притока и оттока медицинских работников.
- Деньги – основной фактор мобильности. В большинстве случаев уровень дохода является основным мотивом для миграции: именно размер зарплаты побуждает людей уезжать в другие страны, возвращаться на родину или оставаться на месте.
- Последствия для систем здравоохранения: не принципиальные, но существенные. Влияние фактора мобильности медицинских работников на общее состояние систем здравоохранения иногда не вполне выражено, но на уровне регионов или отдельных медицинских учреждений часто весьма значимо.
- Данных по-прежнему недостаточно. В большинстве стран имеющиеся данные о миграции специалистов не полны и не актуальны.

Таким образом, за последние годы Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила ряд резолюций, посвященных вопросам, связанным с глобальным кризисом кадровых ресурсов здравоохранения, включая резолюцию **WHA57.19** "Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах"; **WHA59.23** "Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения"; **WHA63.16** "Глобальный кодекс ВОЗ по

практике международного найма персонала здравоохранения"; и совсем недавно – **WHA64.6** – Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения.

Политика, стратегии и инициативы регионального уровня, направленные на улучшение ситуации в области человеческих ресурсов в здравоохранении представлены созданием в Республике Молдова Регионального Центра Развития Человеческих Ресурсов Здравоохранения в рамках сети здравоохранений стран Юго-Восточной Европы, которая была создана в 2001 году, с целью поддержки регионального сотрудничества и подготовки стран к возможной интеграции в ЕС.

Сеть здравоохранений стран Юго-Восточной Европы является высокого уровня официальным форумом министров здравоохранения. Деятельность данной сети направлена на сотрудничество в области общественного здравоохранения, способствует экономическому росту и поддерживает европейскую интеграцию стран-членов.

В свою очередь, на национальном уровне, в Республике Молдова была открыта Национальная Обсерватория ЧРЗ, целью создания которой является получение информации и знаний, необходимых для улучшения кадровой политики и способствующих развитию ЧРЗ в стране и в регионе (Содружество Независимых Государств), включая обмен опытом между странами. Задачи Национальной Обсерватории ЧРЗ могут быть сформулированы следующим образом:

- развитие национального потенциала в области оценки и мониторинга ситуации и тенденций ЧРЗ;
- анализ имеющейся информации, предоставление и публикация данных и результатов их анализа для разработки политики, стратегий и планов развития в области ЧРЗ;
- организация ежегодных встреч, свободных дискуссий, консультаций экспертов из других стран с целью сотрудничества, обмена опытом и содействия развитию ЧРЗ в стране и регионе;
- содействие созданию общей сети по обмену опытом в области ЧРЗ в целях укрепления потенциала страны и региона;
- заблаговременное предупреждение о предстоящих ситуациях в ЧРЗ;

Политика, стратегии и инициативы национального уровня Республики Молдова, направленные на улучшение ситуации в области человеческих ресурсов в здравоохранении:

I. Национальная Политика в области Здравоохранения, утвержденная Постановлением Правительства № 886 от 06.08.2007 и определяющая здоровье населения национальным приоритетом.

II. Стратегия развития Системы Здравоохранения в период 2008-2017гг., утвержденная Постановлением Правительства № 1471 от 24.12.2007, подчеркивающая первостепенность ЧР в обеспечении функционирования системы здравоохранения.

III. Программа развития медицинского и фармацевтического образования в Республике Молдова, утвержденная Постановлением

Правительства № 1006 от 27.10.2010 и предусматривающая обеспечение высокого качества медицинского и фармацевтического образования в соответствии с современными международными стандартами.

IV. Стратегия развития человеческих ресурсов здравоохранения на 2011-2015 гг., утвержденная Коллегией Министерства Здравоохранения 25.08.2011 и определяющая этапы развития ЧРЗ и устанавливающая способы разрешения проблем в данной области.

V. Политика по удержанию ЧРЗ, регламентированная Законом об охране здоровья № 411, статья 11, утвержденная Постановлениями Правительства № 1345 от 30.11.2007, № 1255 от 19.11.2007, № 1259 от 12.11.2008 и предусматривающая льготы в виде материальных выплат и компенсаций, предоставляемых выпускникам медицинского университета и колледжей, выразившим согласие работать в сельской местности в течении 3-х лет.

Полученный опыт внедрения данной политики указал на следующие позитивные и негативные моменты, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Опыт внедрения политики по удержанию КРЗ

Успехи	Проблемы
Увеличилась обеспеченность медсестрами в сельской местности	Уменьшилась обеспеченность медсестрами в городской местности
Возросла привлекательность среднего медицинского образования среди выпускников лицеев	Выдаваемые денежные компенсации не привлекательны для врачей
Стабилизировался отток кадров из сельской местности	Есть необходимость в разработке других, более привлекательных мер по удержанию КЗ в медучреждениях

Перспективы: Не требует доказательства то, что сложившиеся проблемы в области ЧРЗ являются значительными и для их решения требуется объединение усилий государств. Именно по этому, Всемирной организацией здравоохранения и Сетью здравоохранений стран Юго-Восточной Европы на 2013 год было запланировано создание сети региональных и национальных обсерваторий, объединяющих страны Европы и СНГ и ориентированных на обмен информацией и опытом с целью укрепления потенциала ЧРЗ стран в частности и региона в целом.

Заключение: В настоящее время наблюдается разгар глобального кризиса трудовых ресурсов здравоохранения, который выражается в нехватке четырех с половиной миллиона медицинских работников.

Дефицит кадровых ресурсов здравоохранения, неравномерное их распределение и миграция препятствуют доступу людей, особенно проживающих в отдаленных и сельских районах, к медицинским услугам.

Политики отдельно взятых страна продолжают борьбу за достижение надлежащего уровня удовлетворенности медико-санитарных потребностей

населения. Тем не менее, этот процесс затруднен в большинстве государств по причине отсутствия достоверной и полной информации о медицинских кадрах.

Все вышеперечисленное, указывает на потребность объединения усилий государств, для повсеместного внедрения систем мониторинга и оценки ЧРЗ с целью получения достоверной информации, обмена полученными данными и совместной работы над созданием глобальной политики, стратегий и программ, направленных на решение проблем в данной области и укрепление потенциала КРЗ.

Литература:

1. The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva, World Health Organization 2006 (www.who.int/whr/2006/en/).
2. The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Declaration adopted at the First Global Forum on Human Resources for Health, 2–7 March 2008, Kampala. Geneva, World Health Organization and Global Health Workforce Alliance, 2008 (<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>).
3. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health, with special applications for low- and middle-income countries. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hrh/resources/handbook/en/>).
4. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. May 2010.
5. Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries. World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf).
6. Национальная политика в области здоровья в Республике Молдова, 2007-2021. (http://www.ms.gov.md/files/1002-PoliticaNationala_rom_rus_finall.pdf).
7. Стратегия развития Системы Здравоохранения в период 2008-2017гг., Кишинев, 2007. (http://www.ms.gov.md/files/1292-Strategia_2008_2017_rus.pdf).
8. Программа развития медицинского и фармацевтического образования в Республике Молдова (<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=336567&lang=2>).
9. Закон № 411 от 28.03.1995 об охране здоровья. (<http://www.ms.gov.md/files/983-%25D0%2597%25D0%2590%25D0%259A%25D0%259E%25D0%259D%2520411.pdf>).

HUMAN RESOURCES IN HEALTH DEVELOPMENT, MODERN EVALUATION OF SITUATION AND TRENDS IN HUMAN RESOURCES

Svetlana Nichita, MD, MPH, head of National Observatory of Human Resources in Health

Nicolae Jelamschi, MPH, deputy director of National Centre of Health Management of Republic of Moldova, head of Analysis and Planning of HRH Department

The article sets out the relevant issues in the field of the health workforce in the world, as well as the basic policies and strategies at the global, regional and national levels (Republic of Moldova), aimed to improving the situation in this area.