



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят седьмая сессия**

Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г.

Пункт 6(а) предварительной повестки дня

EUR/RC57/9
+EUR/RC57/Conf.Doc./3
30 июня 2007
73362
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Стратегии развития кадров здравоохранения
в Европейском регионе**

Европейское региональное бюро проведет в июне 2008 г. в Таллине Министерскую конференцию по укреплению систем здравоохранения. На ней будет подчеркнуто большое влияние, которое системы здравоохранения оказывают на здоровье населения и экономический рост, и будут проанализированы последние данные об эффективных стратегиях совершенствования их деятельности.

Одной из наиболее важных составляющих укрепления систем здравоохранения являются стратегии развития кадровых ресурсов. Эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от показателей деятельности работников, что, в свою очередь, зависит от их знаний, навыков и мотивации. Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, постоянно определялись как самая важная преграда на пути увеличения масштаба приоритетных вмешательств и достижения Целей тысячелетия в области развития. Ключевой проблемой, с которой сталкиваются лица, формирующие политику, является обеспечение систем здравоохранения достаточным кадровым потенциалом, для того чтобы они могли предоставлять услуги, которые улучшают или поддерживают здоровье населения. Они также сталкиваются с новыми тенденциями и проблемами, обусловленными демографическими, технологическими, политическими, социально-экономическими и эпидемиологическими изменениями. В частности, предметом серьезной озабоченности являются проблемы, связанные со старением населения и миграционными процессами.

Ожидается, что обсуждение Европейским региональным комитетом кадровых ресурсов здравоохранения сосредоточится на следующих вопросах: содействие обмену знаниями и опытом; усиление национального потенциала в области разработки, планирования и управления стратегиями развития кадровых ресурсов здравоохранения; а также пропаганда более эффективных инвестиций в развитие кадровых ресурсов здравоохранения и улучшения координации их деятельности.

Региональному комитету предлагается на рассмотрение проект резолюции, в которой излагаются ключевые направления политики.

Содержание

	<i>Стр.</i>
История вопроса	1
Введение	3
Кто такие работники здравоохранения?	3
Почему так важны работники здравоохранения?	3
Необходимость в стратегическом подходе к кадровым ресурсам здравоохранения в Европейском регионе.....	4
Цель этого документа	5
Кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ) в Европе: обзор текущих проблем	5
Изменение окружающей обстановки в Европе: общие тенденции и проблемы.....	8
Демографические и эпидемиологические изменения.....	8
Технологические новинки и организационная реформа	12
Изменения политического и экономического климата с акцентом на миграцию	12
Воздействие на кадровые ресурсы здравоохранения	15
Текущая и будущая политика	17
Стратегии в отношении КРЗ для совершенствования работы системы здравоохранения	17
Повестка дня на будущее	18
Ликвидация разрыва между информацией и действием	18
Совершенствование подготовки персонала для улучшения качества работы	19
Управление кадровыми ресурсами здравоохранения и превращение медицинских работников в активную часть системы	20
Регулирование структуры КРЗ и содействие переходу от стратегий к реальности	20
Библиография.....	22

История вопроса

1. В соответствии с обращением к Региональному директору, сделанным Европейским региональным комитетом на пятьдесят пятой сессии в 2005 г. в резолюции EUR/RC55/R8, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2008 г. проведет Министерскую конференцию, посвященную системам здравоохранения. У Конференции двойная задача: во-первых, она обеспечит более глубокое понимание того, как системы здравоохранения влияют на состояние здоровья населения и, следовательно, на экономический рост; во-вторых, на ней будет дана критическая оценка современных данных об эффективных стратегиях по совершенствованию качества работы систем здравоохранения в свете все возрастающего давления на устойчивость и солидарность.
2. На подготовительной стадии Конференции Региональное бюро проводит серии расширенных консультаций с государствами-членами, многосторонними организациями, в частности с Европейской комиссией, Всемирным банком и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), а также с ключевыми заинтересованными сторонами в государствах-членах, включая разработчиков политики, академические круги и профессиональные организации.
3. Две консультативные встречи с государствами-членами проведены в Вене и Барселоне в 2006 г. В результате этих встреч и заседаний Внешнего консультативного совета выработано соглашение по специфическим вопросам, которые будут обсуждаться на Конференции в рамках общей темы совершенствования работы систем здравоохранения. Кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ) признаны одной из шести ключевых тем Конференции. Другие темы: управление, оценка качества работы, координированная помощь, вертикальный подход в здравоохранении по сравнению с горизонтальным и общественное здравоохранение. Также согласовано, что соответствующие технические вопросы должны обсуждаться на встречах, предшествующих Конференции, которые будут организованы Региональным бюро в 2007 и 2008 гг. Техническое совещание по КРЗ предложено включить в повестку дня пятьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая пройдет в Белграде в сентябре 2007 г.
4. В последние годы Всемирная ассамблея здравоохранения приняла целый ряд резолюций, касающихся различных аспектов кризиса кадровых ресурсов здравоохранения.
 - Резолюции WHA57.19 (2004 г.) и WHA58.17 (2005 г.) “Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах” призвали государства-члены и предложили ВОЗ разработать стратегии по смягчению неблагоприятных последствий этого процесса, чтобы свести к минимуму его отрицательное воздействие на системы здравоохранения.
 - Резолюция WHA59.23 (2006 г.) “Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения” призвала государства-члены и предложила ВОЗ содействовать увеличению масштабов подготовки компетентного медико-санитарного персонала.
 - Резолюция WHA59.27 (2006 г.) “Укрепление сестринского и акушерского дела” призвала государства-члены и предложила ВОЗ разработать и внедрить комплексные программы по подготовке высококвалифицированных сестринских и акушерских кадров и повышению их профессиональной мотивации.
5. “Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.” с целью преодоления существующего на сегодняшний день кадрового кризиса призывает увеличить инвестиции в развитие людских ресурсов, повысить производительность и способствовать справедливому распределению и использованию рабочей силы. В нем также подчеркивается, что для увеличения эффективности кадров здравоохранения нужны новые стратегии, и содержится призыв к правительствам обеспечить совместно с партнерами лидерство в планировании, разработке и внедрении необходимых стратегий.

Безусловным требованием является укрепление кадровых ресурсов, для того чтобы системы здравоохранения могли противостоять разрушительным заболеваниям и достичь национальных и глобальных целей в области здравоохранения. Сильная инфраструктура трудовых ресурсов является основополагающим условием преодоления существующего на сегодняшний день разрыва между обещаниями и реальностью в области охраны здоровья и предвидения проблем здравоохранения 21-го века (1).

6. Осознавая необходимость согласованного ответа на кризис на глобальном уровне и обеспечения эффективной совместной работы агентств в дальнейшем, во время Пятдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2006 г. организован и начал свою работу Глобальный альянс по трудовым ресурсам здравоохранения (ГАТРЗ). Этот Альянс является партнерством, ориентированным на поиск и внедрение решений по преодолению кризиса кадровых ресурсов здравоохранения. Он объединяет различные заинтересованные стороны, включая правительства стран, гражданское общество, финансовые институты, работников здравоохранения, международные агентства, академические учреждения и профессиональные ассоциации. Управление Альянсом и обеспечение его работы осуществляет ВОЗ.

7. Региональное бюро за последнее время опубликовало ряд документов о ситуации с кадровыми ресурсами здравоохранения, а также о проблемах и новых угрозах, с которыми сталкиваются государства-члены в Европе. Среди этих документов: “Кадровые ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ”; “Миграция работников здравоохранения в Европейском регионе: конкретные примеры по странам и влияние на политику”, и две публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: “Кадровые ресурсы здравоохранения в Европе. Учимся на опыте” и “Кадровые ресурсы здравоохранения в Европе”. В них показано значение кадровых ресурсов для функционирования систем здравоохранения. Настоящий документ основан на заключениях и рекомендациях вышеуказанных документов, а также на недавних публикациях основных партнеров Европейского регионального бюро ВОЗ, перечисленных ниже.

- В своем недавнем докладе о достижении высокого качества работы медицинских служб ОЭРС отметила тот факт, что дефицит практикующих специалистов в области здравоохранения может стать проблемой, если не будут приняты контрмеры. В существующем контексте глобализации рынка труда дефицит персонала в богатых странах может заставить работников здравоохранения из более бедных стран “переехать на более сочные луга”. С этой проблемой уже столкнулись многие страны Европейского региона ВОЗ.
- В Заявлении Европейского союза (ЕС) о консенсусе по кризису кадровых ресурсов здравоохранения указано, что “Европа считает своей обязанностью поддерживать международные действия по решению проблем нехватки работников здравоохранения в мире и кризиса человеческих ресурсов здравоохранения в развивающихся странах” (2). ЕС оказывает поддержку в области укрепления потенциала КРЗ путем проведения в ряде стран двусторонних программ. В декабре 2006 г. Европейская комиссия достигла договоренности, озаглавленной “Европейская программа действий по борьбе с критической нехваткой медицинских работников в развивающихся странах (2007–2013 гг.)” (3). Эта договоренность демонстрирует поддержку Европой десятилетних действий в области КРЗ, к которым призвала Пятдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2004 г. В качестве финансовой поддержки Комиссия намерена использовать фонды, предоставляемые программой “Инструмент сотрудничества в развитии”, разработанной для содействия глобальным и региональным действиям, способствующим мобилизации ресурсов на уровне стран, укреплению сотрудничества с агентствами ООН и другими двусторонними и многосторонними агентствами, а также эффективному вовлечению гражданского общества.

8. Имеющийся глобальный дефицит обученного медицинского персонала и его неравномерное распределение является существенным препятствием на пути готовности систем здравоохранения, а также для осуществления программ охраны здоровья населения как на национальном, так и на общемировом уровнях. На дефицит человеческих ресурсов влияет глобальная экономика,

побудительные причины миграции и “глобальные переговоры” по услугам. Эти элементы влияния выходят за рамки сектора здравоохранения и могут быть изменены только с помощью политических действий на национальном, региональном и глобальном уровнях. В то же время развитие КРЗ составляет часть широкой программы действий по развитию систем здравоохранения, в которой основными сопутствующими проблемами являются вопросы финансирования и управления. Максимальная эффективность ответа на глобальные вызовы, стоящие перед здравоохранением, зависит от совместной деятельности коалиций и партнерств, демонстрирующих уважение к национальному суверенитету и чувство общей ответственности, как было отмечено в Декларации министров иностранных дел, принятой в Осло, “Всеобщее здоровье: актуальный вопрос внешней политики наших дней” (4).

9. На протяжении длительного периода времени многие вопросы, относящиеся к кадровым ресурсам здравоохранения, оставались без должного внимания. Сегодня Европейский региональный комитет ВОЗ выносит их на повестку дня своей Пятьдесят седьмой сессии для обсуждения с государствами-членами; эти вопросы также являются важным пунктом повестки дня Министерской конференции по системам здравоохранения, которая будет проведена в 2008 г.

Введение

Кто такие работники здравоохранения?

10. В “Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.” (1) работники здравоохранения определяются как “все люди, выполняющие работу, первичная цель которой состоит в укреплении здоровья”. Кадровые ресурсы здравоохранения неоднородны. Они включают ряд специфических групп профессионалов, выполняющих разные роли и имеющих свою собственную образовательную и организационную структуру. Они работают как в частном, так и в государственном секторе, и в различных отраслях систем здравоохранения. В данном документе проводится различие между двумя основными группами работников здравоохранения: провайдером медико-санитарных услуг и административными и вспомогательными работниками здравоохранения. Провайдеры медико-санитарных услуг предоставляют индивидуальные и массовые услуги; они могут быть терапевтами, стоматологами, медсестрами, фармацевтами, специалистами в области общественного здравоохранения, сотрудниками лабораторий и другими специалистами, составляя приблизительно две трети кадровых ресурсов здравоохранения. Остальная треть – это административный и вспомогательный персонал, например, экономисты, менеджеры и специалисты по планированию, которые напрямую не вовлечены в предоставление медицинских услуг, но обеспечивают функционирование систем здравоохранения для достижения стоящих перед ними целей.

Почему так важны работники здравоохранения?

11. Во всех странах работники здравоохранения играют ключевую роль в организации работы служб и в предоставлении медицинских услуг. Функционирование любой организации зависит от сочетания доступности, усилий, а также профессиональной структуры кадров. Эффективность систем предоставления медицинской помощи и качество услуг здравоохранения зависят от эффективности работы персонала, что, в свою очередь, зависит от их знаний, навыков и мотивации. В любой системе здравоохранения человеческие ресурсы являются наиболее дорогостоящей составляющей – около 60–80% от общих текущих затрат. Кроме того, значительные дополнительные затраты приходится на обучение и подготовку. Эти затраты тесно связаны с тем, как и с какой эффективностью человеческие ресурсы распределяются и используются. Поскольку сегодня организации здравоохранения испытывают значительный дефицит ресурсов, важно уделять особое внимание тем ресурсам, которые требуют от системы здравоохранения наибольших затрат. Работники здравоохранения постоянно рассматривались как главный критический фактор на пути расширения приоритетных вмешательств и достижения

Целей тысячелетия в области развития. Следовательно, очень важно, чтобы разработчики политики и руководители вводили в действие такие стратегии, которые бы гарантировали, что работники здравоохранения способны предоставлять качественные услуги, имеются в достаточном количестве, хорошо образованы и обучены, и что обеспечивается их эффективное распределение, мотивация и управление.

12. Кроме того, медицинские услуги являются исключительно трудоемкими и существенно влияют на экономику, обеспечивая занятость приблизительно 10% работников Европейского региона.

Необходимость в стратегическом подходе к кадровым ресурсам здравоохранения в Европейском регионе.

13. Обеспечение соответствующими, подготовленными и устойчивыми кадрами, несомненно, является важнейшим вопросом европейской политики в области здравоохранения в настоящий момент и в будущем. Хотя, как ожидается, потребность в работниках здравоохранения будет расти во всех странах, кадровые ресурсы здравоохранения продолжают оставаться одной из наиболее сложных областей, с трудом поддающейся модификации. Все государства - члены Региона сталкиваются с глубоко укоренившимися проблемами дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения, усиливающегося под воздействием демографических, технологических, политических, социально-экономических и эпидемиологических изменений, в частности под воздействием факторов, связанных со старением и миграцией населения. Кроме того, качественные и информативные сравнения, а также принятие серьезных решений в значительной степени ограничивается отсутствием надежных данных. В дополнение к этому, для множества параметров, относящихся к КРЗ, используются различные определения, что мешает проведению эффективных сравнений и анализа.

14. Для разрешения этих проблем необходимы динамичные и хорошо подготовленные кадровые ресурсы, способные адаптироваться к изменяющейся среде, готовые смотреть в лицо новым ожиданиям общества и реагировать на них. Европейское региональное бюро ВОЗ, используя последовательные подходы и соответствующий инструментарий, будет поддерживать все государства-члены в их усилиях по совершенствованию их систем здравоохранения, включая подготовку, распределение и управление трудовыми ресурсами. Для ликвидации разрыва между повседневным опытом и контролируруемыми, основанными на фактических данных действиями, лица, ответственные за принятие решений в государствах-членах на государственном и на местном уровне, нуждаются, прежде всего, в надежной информации о состоянии КРЗ. В каждой из стран необходимо создать надежные и достоверные базы данных по КРЗ, что позволит проводить соответствующий анализ и планирование кадровых ресурсов. Также необходимо приложить усилия на уровне стран для совершенствования управления КРЗ, предоставив четкие описания служебных обязанностей, в которых ясно определены задачи, обязанности и критерии оценки качества работы, системы мониторинга для отчетности и компенсаций, а также эффективные схемы мотивации. Образование для работников здравоохранения должно стать одним из ключевых структурных элементов реформ систем здравоохранения, тесно связанным с ее другими функциями. Огромные усилия необходимо приложить для улучшения качества профессиональной подготовки и практических навыков работников здравоохранения с тем, чтобы их квалификация соответствовала нуждам населения и требованиям системы здравоохранения, а также для подготовки будущих работников здравоохранения, способных адаптироваться к работе в быстро меняющихся условиях окружающей среды, влияющих на состояние здоровья. Существует также срочная потребность в стимулировании исследований влияния КРЗ на результаты мероприятий по охране здоровья и в получении данных для принятия решений и разработки политики.

Цель этого документа

15. В этом документе рассматриваются основные проблемы, с которым сталкиваются системы здравоохранения в Европе. Особое внимание уделяется проблемам, вызванным демографическими и эпидемиологическими изменениями, появлением новых технологий, организационной реформой, а также изменением политических и экономических условий. Затем описано влияние этих проблем на кадровые ресурсы здравоохранения и то, каким образом адаптировать кадровые ресурсы к этим изменениям для адекватного реагирования. И, наконец, указаны пути, следуя которым тщательно разработанная и имеющая поддержку на политическом уровне кадровая политика может обеспечить улучшение качества предоставляемой помощи, и как ВОЗ может помочь странам Региона достичь их стратегических целей в области укрепления здоровья. Фактически, этот документ базируется на ключевых установках Белой Книги, опубликованной Региональным бюро к Всемирному дню здоровья 2006 г. “Кадровые ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ”, и подкрепляет их (5). Этот документ является одним из структурных элементов Конференции по системам здравоохранения. Тема кадровых ресурсов здравоохранения наряду с пятью другими темами (управление, оценка функционирования, интегрированная помощь, вертикальный подход в здравоохранении по сравнению с горизонтальным и общественное здравоохранение) признана 53 государствами - членами Европейского региона одной из ключевых тем для обсуждения на Конференции.

Кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ) в Европе: обзор текущих проблем

16. В начале двадцать первого века страны по всему Европейскому региону ВОЗ приложили много усилий к тому, как наилучшим образом адаптировать свои системы здравоохранения для обеспечения реальных и устойчивых улучшений в состоянии здоровья населения. Страны сталкиваются с новыми и сложными проблемами, стоящими перед системой здравоохранения. Они связаны с (1) изменяющимися в результате старения населения демографическими и эпидемиологическими характеристиками; (2) влиянием новых методов диагностики и лечения, а также с потребностью в более образованном и информированном населении для обеспечения его более широкой и более качественной медицинской помощью; и (3) с последствиями увеличившейся мобильности и миграции, которые превратились в серьезную проблему государственной политики.

17. На способность быстрого и адекватного реагирования существенно влияет наличие работников здравоохранения, владеющих необходимыми навыками, должным образом сгруппированных по типам, уровню и месту предоставления услуг и работающих в условиях, которые способствуют качественному выполнению ими своих обязанностей. Во многих странах Региона эти требования не выполняются, и эти страны нуждаются в укреплении потенциала систем предоставления услуг здравоохранения. Традиционные подходы к подготовке, распределению и управлению кадровыми ресурсами больше не удовлетворяют требованиям систем здравоохранения, поэтому требуется инновационный подход. Динамика рынка труда в секторе здравоохранения претерпевает радикальные изменения: привычная система, когда правительство напрямую нанимало, готовило и распределяло всех работников здравоохранения, теперь во многих странах не соответствует реальной ситуации. Повсюду появляются новые частно-государственные структуры, тогда как международная мобильность работников здравоохранения (и пациентов) расширила рынок и повлияла на динамику спроса и предложения.

18. Общее количество кадров здравоохранения в Европейском регионе оценивается в 16,6 млн. работников, в среднем 18,9 на 1000 населения. Провайдеры медицинских услуг составляют 69% (11,5 млн.), а административный и вспомогательный персонал – 31% (5,1 млн.) от общего числа кадровых ресурсов здравоохранения. Наблюдается выраженная неоднородность в географическом распределении и профессиональной структуре работников здравоохранения между странами и

внутри стран Региона. Соотношение числа медсестер и врачей колеблется от почти 7,2:1 в Ирландии до 0,7:1 в Италии и Греции. Наблюдается большой разброс в обеспеченности медицинскими профессионалами на 1000 населения: соотношения между странами с наиболее низкой и наиболее высокой численностью составляют: 1:6 для врачей, 1:10 для стоматологов, 1:50 для фармацевтов, 1:8 для медсестер и 1:12 для акушерок.

Таблица 1. Численность работников здравоохранения на 100 000 населения в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.

Страна/регион	Врачи	Медсестры	Акушерки	Фармацевты
Европейский регион ВОЗ	351,22	669,02	45,07	50,93
Европейский союз	343,56	708,26	35,95	77,54
Республики Центральной Азии и Казахстан	293,14	767,68	66,9	16,38
Содружество независимых государств	373,55	794,18	54,15	18,44
Самая низкая численность	118,54 (Албания)	245,15 (Турция)	11,30 (Германия)	3,03 (Узбекистан)
Самая высокая численность	618,52 (Италия)	1856,91 (Ирландия)	122,77 (Азербайджан)	204,31 (Мальта)

Источник: База данных ВОЗ “Здоровье для всех” (6).

19. Таблица 1, приведенная выше, дает лишь краткую характеристику ситуации, однако страны должны иметь представление о динамике спроса и предложения на работников здравоохранения и о возможных изменениях с течением времени. Важно оценить будущий спрос на работников здравоохранения и выявить любой важный дефицит, который может проявиться, если не будут предприняты стратегические действия. Ниже даны примеры таких оценок, проведенных недавно в странах, в частности в Англии и Финляндии.

- Согласно прогнозам, в Англии в 2010–2011 гг. имеющееся в наличии количество квалифицированных медсестер (в пересчете на занятых полный рабочий день) составит 308 700, тогда как спрос на них – 322 700, что предполагает дефицит в 14 000. В отношении врачебного персонала данные показывают, что количество врачей общего профиля составит 30 800, а спрос на них – 32 000, что дает нехватку в 1200. Количество врачей-консультантов составит 35 900, а спрос – 32 700, то есть будет наблюдаться избыток в 3200. Количество врачей-стажеров составит 60 800, а спрос – 61 900, что даст дефицит 1100. Подобные прогнозы никогда не бывают точными, но они являются ранним предупреждением о значительном дефиците или избытке, которые рассчитываются по отношению к оценкам предполагаемого спроса (7).
- В Финляндии проект “Трудовые ресурсы-2025”, реализованный Министерством труда, подразумевал интенсивное сотрудничество между административными учреждениями, включая Министерство социальных дел и здравоохранения. В соответствии с базовым сценарием, в котором учитывается возможный вариант развития, основанный на имеющихся знаниях, между 2005 и 2020 гг. в сфере социального обеспечения и здравоохранения будет 184 000 вакансий; согласно целевому сценарию, который предполагает возможность достижения целей по созданию рабочих мест, уменьшению безработицы и экономическому росту – этот показатель составит 210 000 вакансий. Соответствующие годовые цифры 11 600 и 13 100. Эти показатели уступают только показателям для сектора услуг. Около 60–70% рабочих мест освободиться в результате ухода людей на пенсию. В настоящее время 13% всех трудовых ресурсов работает в сфере социального обеспечения и здравоохранения. Увеличение количества рабочих мест в этом секторе составит около 20% от общего числа рабочих мест. Прогнозы для сферы образования будут сделаны на основе проекта “Трудовые ресурсы–2025” с учетом мер, предпринятых правительством, к концу 2007 г.

20. Некоторые страны опубликовали подсчеты количества медсестер (в пересчете на занятых полный рабочий день), необходимого для баланса спроса и предложения для каждого года следующего десятилетия. Нидерланды сообщили о дефиците в 7000 медсестер (1% от зарегистрированного практикующего персонала). Дефицит медсестер в Норвегии оценивается в 3300 или 5,4% практикующих медсестер. В Швейцарии работает на 3000 (4,6%) меньше медсестер общего профиля, чем требуется. (8,9,10).

21. В период, когда европейские системы здравоохранения претерпевают комплексные изменения, все страны сталкиваются с общими проблемами в области кадровых ресурсов (рис. 1 ниже):

- **дефицит**, связанный с географическими особенностями или подготовкой кадров: дефицит медсестер – самая распространенная проблема, о которой сообщают государства-члены;
- **дисбаланс навыков** является проблемой почти во всех странах: в некоторых из них подготовка имеющихся в ограниченном количестве и дорогостоящих профессионалов плохо соответствует местным потребностям; в большинстве же стран часто ощущается острая нехватка важнейших навыков, необходимых для охраны здоровья населения, разработки политики и управления в области здравоохранения;
- **неравномерное распределение**: почти все страны страдают от неравномерного распределения кадровых ресурсов, которое характеризуется концентрацией кадров в городах и их недостатком в сельских районах;
- **плохая рабочая среда**: отсутствие поддержки со стороны управляющего персонала, недостаточное социальное признание, слабый карьерный рост, низкие зарплаты и недостаток мотивации – обычные причины недовольства работников;
- **миграция работников здравоохранения**: во многих странах либо возможные последствия миграции работников здравоохранения вызывают озабоченность, либо внутренняя миграция рассматривается как “решение” проблемы нехватки подготовленного персонала (см. раздел “Изменение окружающей обстановки в Европе: общие тенденции и проблемы”).

Рисунок 1. Движущие силы и проблемы кадровых ресурсов здравоохранения



Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г. (1).

22. Для эффективных действий по решению проблем кадровых ресурсов в странах необходима надежная информационная и исследовательская база, а также прочная база знаний. В настоящее время операционные исследования КРЗ весьма ограничены. Лицам, формирующим политику на национальном и международном уровне, требуется качественная информация о состоянии кадровых ресурсов здравоохранения для разработки эффективных вмешательств по улучшению функционирования сферы медицинских услуг. Европейским базам данных по КРЗ не хватает

полноты и сопоставимости. В разных странах используются различные системы классификации для категоризации медицинского персонала, а определения рамок обязанностей для различных специальностей почти не дают возможности проводить сравнения между странами. Кроме того, отсутствуют согласованные стандарты для сбора данных, а достоверность и надежность данных весьма неравномерна. Но даже с учетом этих ограничений, тем не менее, необходимо попытаться представить общую картину кадровых ресурсов здравоохранения в целом по Региону.

23. Недостаток сопоставимых и полноценных эмпирических данных по КРЗ в Европе препятствует какому бы то ни было убедительному детальному анализу их потребностей. Необходима достоверная, сопоставимая и актуальная информация о возрастной структуре, участии в рынке труда, продолжительности рабочего дня, производительности, оплате труда, институциональному и географическому распределению, а также распределению по типу и уровню услуг как в государственном, так и в частном секторе. Кроме того, ощущается недостаток доступной качественной информации по потенциалу и организации процесса образования и подготовки, по условиям труда, методам управления и ожиданиям работников. Данные такого типа необходимы для разработки обоснованной политики, которая обеспечит соответствие стратегий сегодняшним и будущим требованиям сферы медицинских услуг.

24. Несмотря на это, не существует доступной систематической информации относительно того, как и в каких учебных заведениях готовят КРЗ в Европе, включая типы подразделений внутри медицинских специализаций. Существуют выраженные отличия в том, какими путями получают профессию или поддерживают свой профессиональный статус люди, получающие образование в Европе, начиная от типа учебного заведения (напр., университет или не университет) и заканчивая продолжительностью обучения и академическими тестами и экзаменами, которые нужно пройти, чтобы перейти на следующий уровень. В западной части Региона, различия постепенно сглаживаются благодаря процессу гармонизации, происходящему в ЕС. Однако в восточной части Болонский процесс лишь недавно повысил осведомленность о важности тщательного мониторинга разработки учебных программ. В целом до сих пор существуют значительные различия между странами в том, как люди становятся провайдерами медицинских услуг или работниками системы здравоохранения.

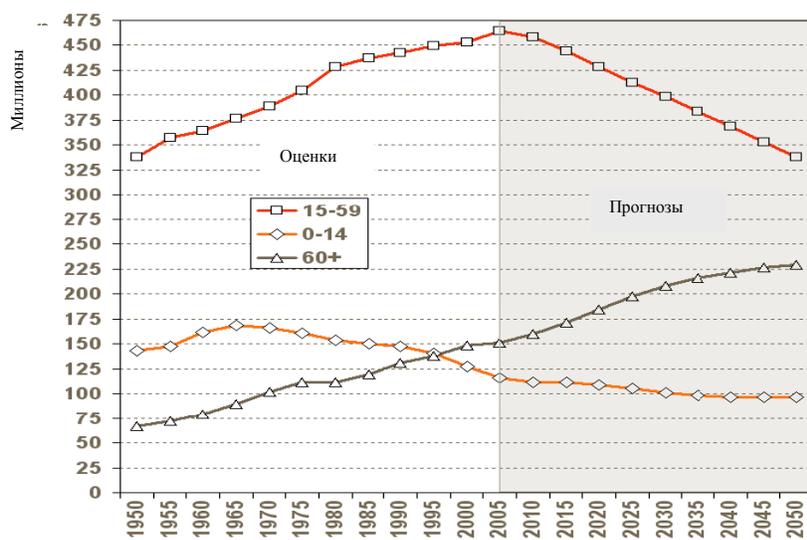
Изменение окружающей обстановки в Европе: общие тенденции и проблемы

Демографические и эпидемиологические изменения

Старение населения

25. Старение населения – основная демографическая тенденция в Европейском регионе, которая сказывается как на эпидемиологических характеристиках населения, так и на потребностях в медицинских услугах. В западной части Региона изменения происходят в направлении увеличения ожидаемой продолжительности жизни и роста числа хронических заболеваний и нарушений (в частности, на когнитивном уровне); страны восточной части Региона страдают от “двойного бремени”, вызванного высоким уровнем распространенности как неинфекционных, так и инфекционных заболеваний, включая ВИЧ/СПИД и туберкулез.

Рисунок 2. Изменение состава населения Европы по основным возрастным группам



Источник: Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам (11)

26. В целом, население Европы стареет быстрее, чем население какого-либо другого континента. В настоящее время население Европы является самым старым (медианный возраст – 39 лет), за ним следует население Северной Америки (36 лет) и Океании (32 года). Сегодня Европа сталкивается с беспрецедентными демографическими изменениями: в 1995 г. численность людей в возрасте 60 лет и старше превысила численность детей (моложе 15 лет). К 2050 г. в Европе будет вдвое больше пожилых людей, чем детей. Фактически ожидается, что в Европе увеличится только пожилая часть населения при снижении численности людей моложе 60 лет (рис. 2). Такое сочетание уменьшения численности детского населения при одновременном уменьшении численности людей трудоспособного возраста (от 15 до 59 лет) приводит к очень быстрому старению населения и создает огромные проблемы для социальной и экономической адаптации общества. К 2025 г. из стран мира с населением не менее 10 млн. человек в Европе будет находиться 8 из 10 стран с “самым старым” населением (те страны, где наиболее высока доля людей в возрасте 60 лет и старше) (11).

27. Демографические изменения в Европе будут усугублять экономические, бюджетные и социальные проблемы вследствие увеличения продолжительности жизни и приводить к потенциальному снижению численности рабочей силы из-за снижения рождаемости. В западной части Региона количество людей, возраст которых превысил 64 года, увеличилось по сравнению с 1950-ми годами двадцатого века более чем вдвое, а число тех, кому больше 80 лет, – в четыре раза. Хотя во многом такая ситуация может рассматриваться как триумф общественного здравоохранения, она создает специфические проблемы для медицинского и социального секторов. Согласно прогнозам, в Европейском союзе в период с 2005 по 2050 гг. отношение количества пожилых, экономически неактивных людей (старше 65 лет) к числу людей трудоспособного возраста увеличится более чем в два раза. Сегодня как никогда важно, чтобы люди оставались здоровыми и могли вести независимый образ жизни как можно дольше. Это означает предотвращение преждевременной смертности среди населения среднего трудоспособного возраста и смещение заболеваемости к концу жизни.

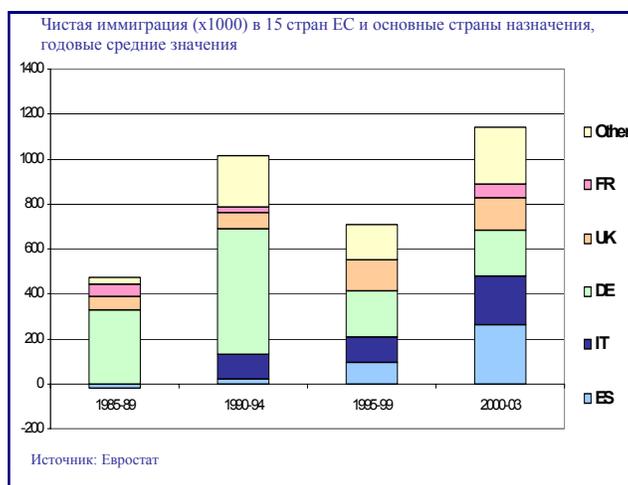
28. С 1950-го года ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась на 20 лет. Хотя частично эта цифра отражает снижение показателей младенческой смертности, в большей степени она связана с повышением ожидаемой продолжительности жизни в пожилом возрасте. Сегодня европейский мужчина 60 лет может рассчитывать, что он проживет еще 17 лет, а европейская женщина того же возраста – 22 года (12). Теперь влияние старения на состав населения сказывается гораздо раньше и, следовательно, имеет значение как для рынка труда, так и для секторов здравоохранения и долгосрочного ухода. Демографические данные,

опубликованные в “зеленом документе”, выпущенном Европейской комиссией в 2005 г. (13), показывают, что к 2030 г., население трудоспособного возраста в ЕС сократится на 20,8 млн. (6,8%). В 2030 г. примерно два человека активного возраста (15–65) будут заботиться об одном человеке неактивного возраста (65+). Наибольшая доля будет приходиться на пожилых людей в Испании (36%), Италии (35%), Германии, Греции и Португалии (по 32%), а наименьшая – в Люксембурге (22%).

Миграция для компенсации старения населения

29. Миграция в пределах Европейского региона и извне могла бы смягчить последствия убывания численности населения в период, начиная с сегодняшнего дня по 2025 г., хотя только миграции недостаточно для решения всех проблем, связанных со старением, и она не может заменить экономические реформы. Как указано в “зеленом документе” Европейской комиссии, могут понадобиться более многочисленнее, чем когда-либо, миграционные потоки для того, чтобы удовлетворить потребности Европы в рабочей силе и обеспечить ее процветание (13). Учитывая демографическую ситуацию в Европе и географическую среду этого Региона, подобная иммиграция будет направлена на пополнение населения в целом, а не только на обеспечение рабочей силой. В 2004 г. в Европейском союзе было зарегистрировано 1,8 млн. иммигрантов. Значительная чистая иммиграция будет наблюдаться в Европе в течение последующих 15–20 лет. По прогнозам Евростата, около 40 млн. человек эмигрируют в Европейский Союз до 2050 г. Поскольку многие из них – люди работоспособного возраста, мигранты будут способствовать снижению среднего возраста населения. Однако, несмотря на наблюдающиеся сегодня иммиграционные потоки, иммиграция может лишь частично компенсировать влияние низкой рождаемости и повышения ожидаемой продолжительности жизни на возрастную структуру населения Европы.

Рисунок 3. Тенденции чистой миграции



30. Растущее значение миграции как источника роста населения показано на рис. 3. Более того, без миграции общая численность населения Европы уже начала бы снижаться. В тех случаях, когда у мигрантов показатели рождаемости выше, чем у коренного населения, миграция может способствовать естественному увеличению популяции. Германия всегда была излюбленной страной для мигрантов, которые часто переселялись туда из Восточной Европы. Однако в последнее время ее место заняли Италия, Испания и Соединенное Королевство. Большая часть мигрантов приезжают в Испанию из Южной Америки, а для мигрантов из Азии популярным направлением стали Ирландия и Соединенное Королевство. Значительная часть миграции – результат воссоединения семей.

Сдвиг в сторону преобладания хронических заболеваний и инвалидности

31. По мере того как население Европейского региона стареет, увеличивающаяся сложность медицинских проблем, связанных со старением, и связь между старением и когнитивными нарушениями начинают оказывать глубокое воздействие на потребности в медицинской и социальной помощи в будущем. Кроме того, это происходит в то время, когда традиционные структуры семейной поддержки ослабевают, а в некоторых странах восточной части Региона в период, когда старая система здравоохранения разрушена, а альтернативных структур на ее месте не создано. Увеличение потребности в услугах здравоохранения будет приводить к увеличению потребности в работниках служб здравоохранения, особенно тех, кто работает на стыке медицинской и социальной помощи.

32. Демографические тенденции в Регионе привели к серьезному сдвигу в сторону преобладания хронических заболеваний, в частности инсульта, сердечных заболеваний, рака, катаракты, риска падений и недержания. В Европе у людей старше 65 лет в 75% случаев причиной смерти являются рак и сердечно-сосудистые заболевания. Множество хронических заболеваний будет развиваться у пожилых людей одновременно, что приведет к выраженной недееспособности и создаст сложные проблемы при лечении болезней. Для эффективного ведения пациентов с хроническими заболеваниями в местных учреждениях необходимо внедрять интегрированные модели оказания помощи, сочетающие медицинские и социальные услуги. Хронические заболевания определяются как проблемы со здоровьем, которые требуют постоянного лечения и наблюдения в течение нескольких лет или десятилетий; к ним относятся: диабет, заболевания сердца, астма, хроническое обструктивное заболевание легких, рак, ВИЧ/СПИД, депрессия и физическая недееспособность (1). Существует множество других хронических заболеваний, но их объединяет один общий признак – они обычно влияют на социальную, психологическую и экономическую стороны жизни человека.

Службы, ориентированные на пациента, и новая роль работников здравоохранения

33. Хотя в странах Европейского региона депрессия часто остается нераспознанной, а диагноз носит выраженный стигматизирующий характер, она регистрируется у 10–15% людей старше 65 лет. У пожилых людей, страдающих депрессией, вероятность двух или более хронических заболеваний повышена в 2–3 раза, а вероятность хотя бы одного нарушения, ограничивающего ежедневную активность, в 2–6 раз. Депрессия – основная причина самоубийств среди пожилых людей в Европе. У европейцев, достигших 65 лет, частота самоубийств и самоповреждений приблизительно на 26% выше, чем в возрастной группе 25–64 лет. В 90% стран ЕС самая высокая частота самоубийств наблюдается среди тех, кому больше 75. Для профилактики, диагностики и лечения депрессии позднего возраста необходимо соответствующее обучение работников здравоохранения, повышенная общественная осведомленность и улучшение доступа к лечению.

34. Рост доли пациентов, страдающих инвалидизирующими и хроническими заболеваниями, требует предоставления в учреждениях комплексных услуг, использования персонала различного профиля, перенесения значительной части медицинской помощи на дом и в учреждения первичной помощи, а для этого во многих европейских странах отсутствует необходимая инфраструктура. Эти новые парадигмы оказания помощи ведут к сдвигу от неотложной высокоспециализированной помощи в больнице к ориентированной на пациента помощи на дому. Эта помощь должна предоставляться командой медицинских работников, требует новых навыков, сотрудничества между медицинскими специальностями и непрерывности оказания медицинских услуг – что продемонстрировали инновационные подходы во многих европейских странах. Кроме того, рост числа хронических заболеваний требует, чтобы лица, формирующие политику, при разработке стратегий по долгосрочной помощи признали потребность в людях, предоставляющих неформальную помощь. С ростом децентрализации служб на территории Европы бремя, которое ляжет на людей, оказывающих неформальную помощь, вероятно, возрастет. Выполнение этой группой людей жизненно важной роли не должно восприниматься как нечто само собой разумеющееся. Без поддержки многие люди, оказывающие неформальный уход, не смогут справиться с возложенными на себя обязанностями, и пожилые люди, о которых они заботятся, не получат необходимой помощи.

Технологические новинки и организационная реформа

35. Технологические новшества и научные знания позволяют непрерывно расширять диапазон возможностей для структуризации оказания помощи. Информационные технологии становятся неотъемлемым компонентом предоставления услуг как инструмент, позволяющий хранить и находить информацию о пациентах, а также как помощь в принятии клинических и организационных решений путем “управления знаниями”. Новые знания становятся доступными почти в режиме реального времени, и их можно получить, находясь в любой точке земного шара. Телемедицина развивается быстрыми темпами, позволяя специалистам консультировать своих коллег и осуществлять вмешательства на расстоянии. С каждым днем диагностические методы становятся более совершенными, повышая возможность более ранней и более точной диагностики, что предъявляет новые требования, которым должны соответствовать службы здравоохранения. Методы и стратегии лечения, например, неинвазивные вмешательства, оказывают большое влияние на стационарные услуги. В некоторых странах до 85% хирургических вмешательств можно проводить теперь в амбулаторных условиях, а для этого необходимы глубокие организационные изменения и новые методы работы. И, наконец, недавние технологические разработки, такие как генная терапия и клонирование, порождают моральные и этические дилеммы, которые требуют реагирования со стороны работников здравоохранения в целом и врачей в частности.

36. Организационная реформа является ключевой характеристикой многих систем здравоохранения. Необходимость уменьшения затрат и повышения эффективности услуг стимулировала проведение детального анализа того, как организованы и предоставляются услуги. Во многих стратегиях сделан акцент на методах повышения эффективности и сдерживания затрат, например на использовании моделей, стимулирующих оказание помощи на дому и развитие первичной медицинской помощи. Оценка работы становится более распространенной практикой, и от руководителей учреждений ожидается, что они будут принимать информированные решения на основе данных, полученных в ходе проведения оценки и исследований. Развитие общества потребления и увеличение объема доступной информации также способствуют тому, что потребители услуг становятся более осведомленными. Они больше не хотят слепо следовать предложенной им модели лечения и рассчитывают на то, что услуги будут отвечать их ожиданиям в плане уважения их ценностей и т.д. Во многих странах Региона продолжается организационная реформа с целью улучшения качества медицинских услуг. Цель подобных реформ обычно состоит в том, чтобы добиться более справедливого доступа к услугам, их высокого качества с точки зрения технической эффективности и реагирования на ожидания пациентов, и в то же время обеспечить эффективное использование имеющихся ресурсов.

Изменения политического и экономического климата с акцентом на миграцию

Глобализация и международная торговля

37. Глобализация – реальность и характерная примета нашего времени. Как источник экономического роста для индивидуумов, предприятий и государств сейчас и в будущем, сектор услуг сегодня вызывает наибольший интерес на мировом рынке. По оценкам Всемирной торговой организации, услуги обеспечивают 60% мирового производства и занятости. Международные торговые соглашения подготавливают почву для увеличения мобильности медицинских работников в будущем. Процесс глобализации и экономической интеграции неминуемо приводит к увеличению потоков трудовой миграции. Число международных мигрантов за последние три десятилетия увеличилось вдвое и в 2005 г. достигло почти 200 млн. человек (14). Половина этих мигрантов – женщины. Общее число мигрантов в Европе, включая европейскую часть бывшего Советского Союза, составляет около 56,1 млн. или 7,7% населения этого региона. Работники здравоохранения являются частью расширяющегося мирового рынка труда.

Внутренняя миграция

38. Миграция работников здравоохранения существовала всегда. Потоки обычно направлялись из городских районов с низким доходом в городские районы с более высоким доходом, из более бедных стран – в более богатые и из развивающихся стран – в развитые. Внутренняя миграция часто является первым шагом в процессе, который ведет к международной миграции. Как говорят, потоки направляются вверх по лестнице роста благосостояния. Медицинские работники мигрируют из государственного в частный сектор, из больниц – в фармацевтические компании. Внутренние мигранты часто составляют значительную часть медицинских профессионалов, и все же их трудно выделить при существующей на сегодняшний день статистике. Исход из государственного сектора в частный нередко определяется как значительный, но в большинстве стран это наблюдение редко подкрепляется реальными данными. Не существует надежных систем мониторинга для того, чтобы сравнить убыль медицинских работников в государственном секторе из-за внутренней миграции по сравнению с международной миграцией. Однако информация о распределении между внутренней и международной миграцией является важной при планировании всеобщего медицинского обслуживания и для достижения этой цели.

Международная миграция

39. Международная миграция часто повторяет картину внутренней миграции. Исход из районов с более низким доходом в районы с более высоким доходом и из менее доходных секторов в более доходные создает проблемы с достижением цели всеобщего медицинского обслуживания населения. Международную миграцию часто рассматривают как причину резкого дефицита медицинских специалистов, который наблюдается в развивающихся странах. Мотивы миграции характеризуются факторами “отталкивания и притяжения”. В таблице 2 ниже суммируются некоторые из возможных основных факторов отталкивания и притяжения, относящихся к работникам здравоохранения. До определенной степени они являются зеркальным отражением друг друга – по вопросам относительной оплаты, перспектив карьерного роста, условий труда в странах исхода и странах назначения. Там, где разрыв (или предполагаемый разрыв) значительный, будет ощущаться притяжение страны назначения. Однако существуют и другие причины, которые могут также действовать как важные факторы отталкивания в определенных странах в определенное время, например, опасения за личную безопасность в областях конфликтов или экономическая нестабильность. Другие факторы притяжения, например, возможность свободно передвигаться или принимать участие в гуманитарной деятельности, также могут иметь значение.

Таблица 2. Основные факторы “отталкивания” и “притяжения” международной миграции

Факторы отталкивания	Факторы притяжения
Низкая оплата (абсолютная и/или относительная) Плохие условия труда Недостаток ресурсов Ограниченные возможности карьерного роста Ограниченные возможности получения образования	Более высокая оплата Возможность зарабатывать и отправлять деньги домой Более благоприятные условия труда Возможность карьерного роста Лучшее обеспечение систем здравоохранения Наличие условий для получения дальнейшего образования
Воздействие ВИЧ/СПИДа Нестабильная/опасная рабочая среда Экономическая нестабильность	Политическая стабильность Возможность свободного передвижения Гуманитарная деятельность

Источник: Buchan, Parkin and Sochalski (15).

40. Существует два основных показателя относительной важности миграции и международного найма для страны: приток работников в страну из других стран (и/или отток в другие страны) и реальная численность иностранных работников здравоохранения, находящихся в стране в определенный промежуток времени. В некоторых из недавно опубликованных политических

документов и докладов по международной миграции специалистов в области здравоохранения подчеркивалась необходимость совершенствования мониторинга трансграничных миграционных потоков. На сегодняшний день даже самые лучшие из доступных данных, касающихся любой, отдельно взятой страны, не отличаются полнотой и не позволяют провести сравнение между странами, что сводит на нет любую попытку представить общую международную картину миграции. Тем не менее имеется возможность сосредоточиться на конкретных странах и, используя доступные данные, рассмотреть ситуацию в любой отдельно взятой стране в рамках международной динамики. Таким образом, можно будет оценить связи с другими странами, касающиеся потоков работников здравоохранения.

41. За последние 30 лет в Западной Европе число специалистов в области здравоохранения, получивших образование за пределами страны проживания, значительно возросло. Примеры для некоторых европейских стран, показывающие процент врачей, получивших образование за рубежом, представлены в таблице 3. Они отражают колебания – от очень низких уровней до очень высоких.

Таблица 3. Врачи, работающие в некоторых европейских странах, получившие образование за рубежом

Страна пребывания	1970	2005
	%	%
Франция	1	6
Германия	5	5
Швеция	5	5
Дания	3	11
Нидерланды	1	6
Португалия	1	4
Соединенное Королевство	26	33

Источник: Meija (16), данные по 1970-м гг.; Mullan (17) и различные источники из профессиональных реестров по 2000-м гг. (предварительные данные).

42. В последние годы в Европе миграции придается дополнительное значение из-за того, что в ЕС были приняты 12 новых членов (стимулирование трудовой миграции является ключевым моментом политики ЕС, основанной на принципе свободного передвижения людей в соответствии с требованиями единого европейского рынка). При существующем разрыве между доходами в старых членах ЕС и вновь вступивших странах Восточной и Центральной Европы, который намного больше, чем в случае предыдущего расширения Евросоюза, кроме “естественного” потока мигрантов, пересекающих границы по личным мотивам, существует процесс “активного” найма медсестер, врачей и других работников здравоохранения.

43. В этом контексте миграция представляет собой специфическую проблему, когда некоторые восточноевропейские страны (а в некоторых случаях и развивающиеся страны за пределами Европы) сталкиваются с серьезной “утечкой мозгов”, что поднимает важные этические вопросы. Обобщение ситуационных исследований, подготовленное Европейским региональным бюро ВОЗ, высвечивает колебания уровней потоков работников и повышение политического внимания к воздействию миграции работников здравоохранения. Доступные данные не позволяют нарисовать общеевропейскую картину тенденций в отношении потока врачей, медсестер и других работников здравоохранения. Также невозможно определить соотношение между временными и постоянными мигрантами или сравнить уровни миграции между странами. Эта общая нехватка специфических данных, относящихся к работникам здравоохранения, особенно для восточной части Региона, говорит о необходимости проведения первичных исследований, скоординированных со всеми вовлеченными в процесс миграции странами.

44. Международные соглашения, направленные на уменьшение торговых ограничений, предоставили новую нормативную базу, регулирующую подготовку (образование, лицензирование и повышение квалификации) работников здравоохранения, а также их глобальное, региональное и страновое распределение, практическую деятельность и организацию в соответствии с общими межгосударственными стандартами. Разработка подобных общих образовательных стандартов вместе с гармонизацией и взаимным признанием квалификаций между странами предоставляет больше свободы для передвижения профессионалов, например, внутри ЕС.

Воздействие на кадровые ресурсы здравоохранения

45. Демографические изменения также влияют на обеспечение кадровыми ресурсами здравоохранения и их состав: кадры стареют, а в более богатых странах они включают все больше работников, которые получили образование вне страны. В более бедных странах наблюдаются потери из-за эмиграции, и повсюду на национальном уровне количество потенциальных работников здравоохранения уменьшается из-за уменьшения численности населения, достигающего трудоспособного возраста, и из-за конкуренции со стороны других секторов рынка труда.

46. Старение кадров здравоохранения наблюдается сегодня во многих странах Региона. В таких странах как Дания, Франция, Исландия, Норвегия и Швеция наблюдается старение сестринского персонала, средний возраст работающих там медсестер составляет 41–45 лет. В Соединенном Королевстве возраст одной из пяти медсестер составляет 50 лет или больше, а почти половина из них – старше 40 лет. Уменьшающееся число более молодых медсестер вызывает большую тревогу. В Соединенном Королевстве в период с 1988 по 1998 г. доля медсестер моложе 30 лет упала с 30% до 15%. Подобные тенденции наблюдаются и среди врачей. Так, в 1985 г. 55% французских врачей были моложе 40 лет, а к 2000 г. эта доля снизилась и составила всего 23%. Перепись населения, проведенная в Соединенном Королевстве, показала, что в 2001 г. только 19% консультантов (медицинских специалистов) были в возрасте до 40 лет, и это при том, что, вероятно, около 40% тех, кому больше 50, выйдут на пенсию в течение следующих 10–15 лет. Эти цифры свидетельствуют о том, что прошлая политика, напр., ограничения приема на медицинские факультеты или в сестринские школы, наряду со старением населения и уменьшением шансов быть востребованным на европейском рынке труда, приведут к серьезному дисбалансу между спросом и предложением на рынке кадров здравоохранения (18).

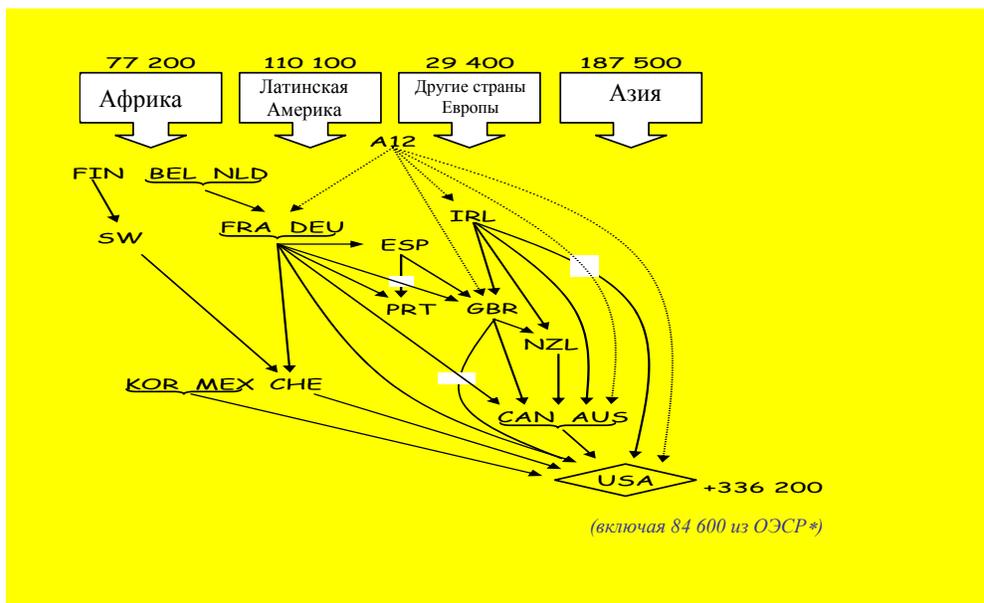
47. Участие женщин в рынке труда в некоторых областях здравоохранения – другая тенденция, которую необходимо принимать во внимание; предполагается, что оно будет расти и в дальнейшем, и что женщины могут стать основным источником роста обеспеченности рабочей силой в Регионе. В большинстве западноевропейских стран доля женщин-врачей (как общего профиля, так и специалистов) стабильно росла в течение 1990-х гг. Феминизация медицинской профессии имеет важные последствия для планирования кадровых ресурсов, так как женщины с большей вероятностью будут прерывать карьеру или работать неполный рабочий день. Эти факторы следует учитывать для обеспечения реалистических оценок численности имеющихся и требующихся врачей.

48. Международный найм работников здравоохранения в некоторых странах рассматривается как “решение” проблемы нехватки квалифицированных кадров. Но это может создавать дополнительные проблемы дефицита в других странах, что обсуждалось на Пятдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2006 г. Кроме того, при международном найме работников здравоохранения возникают важные этические вопросы. При том, что миграция может иметь положительные стороны (она может быть решением проблемы нехватки персонала в некоторых странах; может помочь странам, в которых наблюдается избыток рабочей силы; для конкретного медицинского работника она может стать способом улучшить его навыки, получить

возможность карьерного роста и улучшить качество жизни), она вызывает дополнительные проблемы нехватки медицинского персонала в странах, где уже ощущается его дефицит.

49. Как показано на рис. 4 ниже структура миграции отличается сложностью и постоянно меняется.

Рисунок 4. Каскадная модель миграции профессиональных кадров здравоохранения



Источник: Dumont JC, Zurn P. (19)

50. Научно-технический прогресс требует, чтобы работники здравоохранения адаптировали предоставляемые услуги в соответствии с доступными сегодня новыми научными данными. Технологические изменения оказывают важное влияние на КРЗ, определяя типы услуг, которые могут предоставлять работники здравоохранения; учреждения, где они будут их предоставлять, и организацию практической работы. Работники здравоохранения должны быть готовы постоянно пересматривать и обновлять свои навыки. Лицам, осуществляющим обучение и подготовку, необходимо адаптировать свои педагогические стратегии таким образом, чтобы будущие работники здравоохранения были готовы к тому, что их профессиональная жизнь будет постоянным процессом приобретения новых знаний и навыков.

51. Одновременно организационные реформы ставят под сомнение традиционное разделение труда, стимулируя улучшение интеграции и координации услуг, а также коллективную работу. Кроме того, научно-технический прогресс и реорганизационные реформы являются стимуляторами перемен в структуре, ролях и характеристиках рабочей силы: это изменения соотношения требований для одних профессий, создание новых возможности для других и изменения в требованиях к знаниям, навыкам и умениям, необходимым для новых видов деятельности. Новые подходы к работе сглаживают традиционные границы между специальностями и бросают вызов традиционной иерархической структуре здравоохранения. Изменяющиеся отношения между медицинскими работниками и пациентами также требуют изменений в коммуникативных навыках.

52. Ожидаемое влияние демографических и технологических изменений на будущие кадровые ресурсы здравоохранения в Европе представляется парадоксальным. В то время как эти изменения ведут к повышению спроса на медицинские услуги, старение населения и его демографическое сжатие уменьшает размер населения трудоспособного возраста, что негативно влияет на обеспечение здравоохранения кадровыми ресурсами. Следовательно, чтобы сократить разрыв между спросом и предложением людских ресурсов в сфере здравоохранения, как никогда нужны

инновационные стратегии для расширения участия медицинских работников в рынке труда, в особенности женщин, медицинских работников старшего возраста и мигрантов.

Текущая и будущая политика

Стратегии в отношении КРЗ для совершенствования работы системы здравоохранения

53. Многие страны Региона уже направили свои усилия на решение проблем, связанных с КРЗ. Это не всегда делается систематическим путем, который был намечен в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006 г. ”. В принципе, для стран было бы полезно сформулировать четкую стратегию в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, которая согласовывалась бы с их политикой в области здравоохранения в целом. Такая стратегия должна основываться на тщательной оценке сегодняшней ситуации с КРЗ, включая оценку имеющихся в наличии работников здравоохранения, их состава, возрастной структуры, распределения и размещения; их прогнозируемой эволюции в соответствии с различными сценариями; анализ динамики рынка труда медицинских работников с позиции притока (включая миграцию) и оттока, и внутренней мобильности между государственным и частным сектором; оценку влияния освоения новых технологий; оценку качества работы учреждений и качества программ по образованию и подготовке; обзор нормативно-правовой базы, определяющей разделение обязанностей между различными специальностями и обеспечивающей качество работы; и анализ условий труда и систем стимулирования. На базе этих оценок может быть запущен процесс определения потребностей путем выявления расхождений между существующей сегодня и более желательной ситуацией. Требуется определить необходимые затраты на осуществление, различных вариантов стратегий, направленных на сокращение обнаруженных расхождений, чтобы определить реализуемость политических изменений. В идеальном варианте политика по развитию КРЗ помогла бы установить, работники какого типа, с какими навыками и в каком количестве будут нужны; как будет организован процесс их найма, обучения и подготовки в течение их профессиональной жизни; какие условия труда и методы стимулирования могут быть предложены им для их удержания и мотивации для выполнения качественной работы, а также то, каким образом может отслеживаться и обеспечиваться соответствующее качество работы. Для того, чтобы гарантировать достаточную степень выполнимости подобных стратегий при внедрении, их выбор должен согласовываться с различными заинтересованными сторонами.

54. Политика в отношении КРЗ должна также помочь определить сферы ответственности всех участников процесса. Понятно, что обязанность государства - гарантировать гражданам доступ к качественному медицинскому обслуживанию, но многие функции, способствующие выполнению этой задачи, уже делегированы или могут быть делегированы автономным регулирующим организациям, образовательным учреждениям, профессиональным советам или другим профессиональным организациям. Межотраслевой консультативный подход, включающий все заинтересованные стороны в процесс разработки решений, является условием успеха. Это означает использование стратегии вовлечения министерств и правительственных организаций, не относящихся к сектору здравоохранения, и мобилизацию всех заинтересованных сторон в рамках этого сектора. Министерство здравоохранения может и должно управлять этим процессом и уделять время консультациям с теми, кого затронет внедрение политики в отношении КРЗ. Планы, разработанные за закрытыми дверями, имеют мало шансов дать ожидаемый результат. Как показано в таблице 4 ниже, в отношении миграции медицинских работников существует целый спектр возможных стратегий и решений на национальном и международном уровнях.

Таблица 4. Стратегии вмешательств в отношении международного найма, о которых сообщили в Европейское региональное бюро ВОЗ страны, где проводились ситуационные исследования

Тип	Вмешательство	Страны ^а
Организационный		
Двусторонние связи	Лечебные учреждения в странах исхода и назначения устанавливают связи, обмен персоналом, организуют поддержку и приток ресурсов в страну исхода.	Э, Г, СК
Обмен персоналом	Временное перемещение персонала в другую организацию в зависимости от возможностей для персонального, карьерного и организационного развития.	Г, СК
Поддержка в сфере образования	Направление преподавателей и образовательных ресурсов из организации назначения в организацию исхода.	Э, Г, СК
Двусторонние соглашения	Работодатели в стране назначения разрабатывают соглашения с работодателями или преподавателями в стране исхода по частичной или полной компенсации затрат на подготовку дополнительного персонала, или по найму персонала на фиксированный период, связанный с подготовкой перед возвращением в страну исхода.	Г (регионы), СК
Национальный		
Соглашение между правительствами	Страна назначения вырабатывает соглашение со страной исхода по покрытию затрат на подготовку дополнительного персонала и/или для найма персонала на фиксированный период, связанный с обучением и подготовкой перед возвращением в страну исхода или для найма дополнительного персонала в стране исхода.	СК, И, П, Н
Этический кодекс найма	Страна назначения вводит кодекс, ограничивающий выбор работодателями стран найма персонала и время нахождения работников в стране назначения. Вопросы охвата, содержания и соблюдения должны быть ясно очерчены и подробно разработаны.	СК
Компенсация	Страна назначения выплачивает средства или предлагает другую компенсацию стране исхода, например, связанную со временем нахождения в стране, стоимостью подготовки или стоимостью найма, возможно определяемые международными организациями. В любом случае, это редко происходит.	
Управляемая миграция (может быть также региональной)	Страна (или регион), откуда исходит персонал, инициирует программу по препятствию незапланированной эмиграции, пытаясь уменьшить влияние факторов отталкивания, и поддерживая плановую миграцию.	
Подготовка персонала «на экспорт»	Правительство или частный сектор принимает четкое решение по развитию инфраструктуры подготовки медицинских кадров для внешнего рынка, чтобы подстегнуть получение средств за счет перевода средств домой теми, кто работает за границей, или взимания предоплаты (со стран назначения) за обучение персонала.	

^а Г: Германия; И: Испания; Н: Нидерланды; П: Польша; СК: Соединенное Королевство; Э: Эстония
Источник: Buchan, J., Perfilieva G. (20).

55. На международном уровне уже существует один пример кодекса, принятого несколькими странами. Это кодекс разработан Британским Содружеством. “Кодекс стран Содружества по международному найму работников сферы здравоохранения” устанавливает ряд руководящих принципов международного найма и регулирует прозрачность, справедливость и взаимную выгоду. Он также охватывает аспекты, касающиеся компенсаций, возмещения убытков, процедур отбора, регистрации и планирования рабочей силы. Кодекс “предоставляет инструкции по порядку международного найма работников здравоохранения, при котором принимается во внимание возможное влияние подобного найма на службы в странах исхода ..., направлен на предупреждение запланированного найма работников здравоохранения из тех стран, которые сами испытывают их дефицит... (и) нацелен на защиту прав нанимаемых работников” (21).

Повестка дня на будущее

Ликвидация разрыва между информацией и действиями

56. Для преодоления разрыва между ежедневным опытом и контролируемые, основанные на научных данных, действиями лица, принимающие решения в государствах-членах на местном, национальном и международном уровнях, нуждаются в надежной информации о состоянии КРЗ, в том числе о миграции. Первой преградой, которую нужно преодолеть, является отсутствие полноценных и сравнимых баз данных по КРЗ и крайне ограниченный, недостаточный объем литературы, основанной на научных данных. Это усложняет извлечение уроков, принятие

информированных решений и разработку новых, более эффективных стратегий. Если усилия на уровне страны принесут плоды, можно составить более общее представление о состоянии КРЗ на более широком уровне. Поэтому международные организации играют важную роль в поддержке этого процесса, внося свой вклад в обеспечение однородности форматов данных и оказывая помощь странам со слабыми экономическими ресурсами или недостатком квалифицированных работников. Неудача в этом направлении может еще больше увеличить разрыв в информационном обеспечении и состоянии здоровья населения между богатыми и бедными странами Региона. Рекомендуемые действия перечислены ниже.

- На начальном этапе стратегии по повышению эффективности кадровых ресурсов здравоохранения необходимо сфокусировать на имеющемся персонале, так как подготовка новых работников здравоохранения требует времени.
- Для того чтобы обеспечить возможность проведения соответствующего анализа и планирования кадровых ресурсов, в каждой стране должны быть созданы надежные и заслуживающие доверия базы данных по КРЗ. Там, где странам не хватает необходимого технического персонала и/или финансовых ресурсов для осуществления таких инициатив, для поддержки их внедрения необходимы значительные усилия государств-членов, международных организаций и стран-доноров.
- Для обеспечения гармонизации данных специалисты по информационным системам из государств-членов должны работать совместно с министерствами здравоохранения, статистическими бюро и международными координационными комитетами. Необходимо уделять особое внимание соответствующему преобразованию специфических для каждой страны данных для их введения в общие информационные системы.
- Базы данных должны быть спроектированы таким образом, чтобы способствовать сравнению и интеграции данных на международном уровне и получать полный спектр информации об опыте стран в области КРЗ.
- Одним из способов представления информации по КРЗ является создание национальных профилей КРЗ. Они могли бы служить инструментом для систематического описания ситуации, стратегий и управления в этой сфере, а также и облегчить обмен информацией и сравнение между странами.
- Международные агентства должны способствовать проведению исследований по ключевым аспектам взаимоотношений между КРЗ и результатами мероприятий по охране здоровья. Необходимо стимулировать государства-члены к участию в подобных исследованиях (и оказывать им поддержку, если они испытывают нехватку средств).

Совершенствование подготовки персонала для улучшения качества работы

57. Формирование генерации КРЗ имеет отдаленную и, следовательно, относительно слабую связь с результатами деятельности систем здравоохранения. Этим можно объяснить тот факт, что, несмотря на технический прогресс и достижения в клинической области, подготовка КРЗ пропитана устаревшими представлениями. Ниже дается ряд рекомендаций.

- Обучение работников здравоохранения должно стать одной из ключевых составляющих реформы системы здравоохранения. Эта деятельность должна быть тесно связана с другими функциями системы здравоохранения. Необходимо создать более динамичные и прямые каналы обратной связи между учреждениями, оказывающими медицинские услуги, и образовательными учреждениями, где работники получают медицинское образование и повышают свою квалификацию.
- Необходимо приложить огромные усилия для совершенствования подготовки персонала. Для этого, во-первых, разрешение готовить новые кадры для системы здравоохранения должны получать только компетентные учебные заведения, во-вторых, необходимо проводить оценку качества программ подготовки и, наконец, гармонизировать структуру, чтобы аналогичные дипломы подразумевали аналогичные знания и навыки. И вновь

потребуется международные усилия по решению финансовых и координационных вопросов.

- Особое внимание следует уделять подготовке менеджеров и других работников системы здравоохранения, например экономистов. Назрела необходимость ввести элементы менеджмента в плановую подготовку медицинских работников, а также в содействовать подготовке менеджеров в области здравоохранения.
- Необходимо, чтобы кадровые ресурсы здравоохранения были динамичными и квалифицированными, то есть способными адаптироваться к изменяющейся среде благодаря постоянному обучению и желанию смотреть в лицо растущим ожиданиям общества и реагировать на них.

Управление кадровыми ресурсами здравоохранения и превращение медицинских работников в активную часть системы

58. Системы здравоохранения ориентированы на предоставление услуг; они характеризуются высоким уровнем контакта с пользователями, поэтому им необходимы кадры, которые не только хорошо обучены и подготовлены, но и преданы своему делу. Крайне важно наличие надлежащей профессиональной структуры и эффективное использование профессиональных знаний и умений. Инициативность и вовлеченность требуют тесного партнерства между организациями здравоохранения и их персоналом. Ниже представлены некоторые рекомендации.

- Требуются усилия по совершенствованию потенциала управления людскими ресурсами на уровне стран. Необходимо предпринять шаги для гарантии того, что КРЗ и управлению ими уделяется достаточно внимания, и что заинтересованные органы власти сотрудничают в этом вопросе.
- Надежные управленческие информационные системы могут играть важную роль в оказании поддержки работникам здравоохранения в решении поставленных перед ними задач, являясь платформой для оценки качества работы, проверки должностных обязанностей и внесения изменений в систему материального и нематериального стимулирования. Необходимо содействовать проведению исследований по мотивации работников и их эффективному стимулированию, выходящему за рамки обычного денежного поощрения.

Регулирование структуры КРЗ и содействие переходу от стратегий к реальности

59. Изменяющиеся потребности в сфере здравоохранения, новые ожидания общества и сложные условия существования в мире, переживающем глобализацию, требуют четких правил по управлению КРЗ. Эти правила должны вырабатываться на уровне стран при участии государства и заинтересованных профессионалов. Также необходимо учитывать требования современного рынка труда: использование только контрольно-административных мер редко позволяет добиться поставленных целей в таких открытых системах как современные системы здравоохранения. Это особенно касается Восточной Европы и республик Центральной Азии, где такие правила вводятся в настоящий момент и где настоятельно рекомендуется корректировать их в соответствии с наилучшей международной практикой. При этом следует признать, что «идеальные международные модели» не всегда можно приспособить к потребностям и ресурсам конкретных стран. Ниже представлены рекомендуемые действия.

- На уровне стран необходимо создать современную нормативно-правовую базу для КРЗ, которая будет охватывать широкий спектр вопросов, связанных с подготовкой, распределением, стимулированием и управлением кадровыми ресурсами. Рамки действий по КРЗ (22), разработанные Глобальным альянсом по трудовым ресурсам здравоохранения являются ценным исходным документом.
- В создании соответствующих национальных регламентирующих документов по КРЗ должны принимать участие все заинтересованные стороны. Тесное сотрудничество между

различными уровнями правительства, профессиональными представителями профессий, неправительственными организациями и частным сектором является исключительно важным условием.

- Необходим соответствующий баланс между децентрализацией и централизацией. Децентрализация позволяет приблизить контролирующие органы непосредственно к людским ресурсам и местному населению, но это не должно означать потерю более широкой точки зрения. Следует избегать как потери координации и чрезмерного распыления информации, так и установления слишком жестких рамок действий.
- В объединенном мире, для того чтобы смотреть в лицо грядущим угрозам здоровью населения, необходима международная координация для соответствующего регулирования КРЗ. Это требует содействия сотрудничеству между странами и международными организациями. Международные организации должны взять на себя руководящую роль, работая вместе со странами и оказывая поддержку в выработке ими собственных решений.

Библиография

1. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Совместная работа на благо здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, по состоянию на 15 июня 2007 г.).
2. *EU Consensus Statement on the Crisis in Human Resources for Health*. Luxembourg, Council of the European Union, 2006 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/06/st08/st08359.en06.pdf> (Annex II), по состоянию на 25 июня 2007 г.).
3. *A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013)*. Brussels, Commission of the European Communities, 2006 (COM(2006) 870 final) (http://www.eepa.be/wcm/mambots/editors/mostlyce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/EU_061221_Communication_Healthworkers.pdf, по состоянию на 25 июня 2007 г.).
4. Ministers of Foreign Affairs et al. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*. 2007, 369 (9570):1373–1378 (<http://multimedia.thelancet.com/pdf/oslo.pdf>, по состоянию на 20 июня 2007 г.).
5. *Human resources for health in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>, по состоянию на 25 июня 2006 г.).
6. Европейская база данных “Здоровье для всех” [он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://data.euro.who.int/hfad/>, по состоянию на 14 июня 2007 г.).
7. Mooney H, Donnelly L. Workforce plan predicts ‘bitter opposition’ and ‘volatility’. *Health Service Journal*, 2007, 4 January:4–9.
8. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA) (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>, accessed 22 June 2007).
9. Askildsen JE, Holmås TH. Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses’ labour supply. *Health Economics*, 2003, 12(9):705–719.
10. Irwin J. Migration Patterns of Nurses in the EU. *Eurohealth*, 2001, 7(4):13–15.
11. *World Population Prospects: the 2006 revision*. United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York, 2007 (<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>, по состоянию на 25 июня 2007 г.).
12. *Population Ageing 2002*. United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York, 2002 (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf>, по состоянию на 20 июня 2007 г.).
13. *Communication from the Commission. Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations”*. Brussels, European Commission, 2005 (COM(2005) 94 final) (http://ec.europa.eu/employment_social/news/2005/mar/comm2005-94_en.pdf, по состоянию на 20 июня 2007 г.).

14. *Migration in an interconnected world: New directions for action*. Geneva, Global commission on international migration, 2005 (<http://www.gcim.org/attachements/gcim-complete-report-2005.pdf>, по состоянию на 21 июня 2007 г.).
15. Buchan J., Parkin T, Sochalski J. *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf, по состоянию на 21 июня 2007 г.).
16. Mejía A, Pizurski H, Royston E. *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications*. Geneva, World Health Organization, 1979.
17. Mullan F. The metrics of the physician brain drain, *New England Journal of Medicine*, 2005, 353(17):1810–1818 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/353/17/1810>, по состоянию на 21 июня 2007 г.).
18. Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, по состоянию на 26 июня 2006 г.).
19. Dumont JC, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries: an assessment of the situation in the broader context of highly skilled migration. In: *International Migration Outlook 2007*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2007.
20. Buchan J, Perfilieva G. *Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, по состоянию на 21 июня 2007 г.).
21. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2003 (http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D_CommonwealthCodeofPractice.pdf, по состоянию на 21 июня 2007 г.).
22. HRH Action Framework [web site]. Chapel Hill, NC, Global Health Workforce Alliance, 2007 (<http://www.capacityproject.org/framework/index.php>, по состоянию на 26 июня 2007 г.).