



Европейская министерская конференция
932 по системам здравоохранения
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Профессионально- квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?

Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann,
Elena Neiterman и Sirpa Wrede



© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

PROFESSIONAL ROLE

CLINICAL COMPETENCE

PERSONNEL SELECTION

PERSONNEL STAFFING AND SCHEDULING - organization and administration

NURSE CLINICIANS

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

HEALTH POLICY

EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Стратегический вопрос: обеспечение оптимальной профессионально-квалификационной структуры и определение этого понятия	1
Альтернативные подходы к инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры в Европе	9
Высококвалифицированные медицинские сестры в Соединенном Королевстве	17
Факторы, влияющие на способность более широкого проведения инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры	21
Выводы	27
Библиография	31

Авторы

Ivy Lynn Bourgeault, Department of Sociology, McMaster University, Hamilton, Онтарио, Канада

Ellen Kuhlmann, Department of Social and Policy Sciences, University of Bath, Соединенное Королевство

Elena Neiterman, Department of Sociology, McMaster University, Hamilton, Онтарио, Канада

Sirpa Wrede, Swedish School of Social Science, University of Helsinki, Финляндия

**Под редакцией
Европейского
регионального бюро
ВОЗ и Европейской
обсерватории по
системам и политике
здравоохранения**

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск
Kate Willows
Jonathan North

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

ISSN 1998-4081

Основные положения

Инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры направлены на изменение профессиональных ролей с помощью прямых или косвенных механизмов. В рамках этих инициатив роли изменяются либо непосредственно, например, путем расширения функций или навыков, делегирования полномочий или внедрения нового типа работников, либо косвенно, например, путем изменения структурных взаимоотношений между различными звеньями и службами здравоохранения, когда изменяются уровни или места оказания медицинской помощи.

Стимулами для проведения инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры могут послужить как качественные, так и количественные факторы; первая группа включает повышение качества медицинской помощи, профессиональное развитие и улучшение сбалансированности между трудовой и личной жизнью, а вторая – нехватку или неоптимальное распределение кадров и стремление к повышению экономической эффективности.

Инструменты политики, способствующие эффективной реализации инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, включают следующее:

- изменение существующих или внедрение новых профессиональных ролей с помощью различных организационных и нормативных мер, включая регулирование диапазона профессиональных функций и преодоление институциональных барьеров;
- оказание поддержки новым или расширенным профессиональным ролям с помощью коллективного финансирования и изменения финансовых стимулов;
- создание образовательной базы (компетентность и потенциал), необходимой для выполнения новых и расширенных профессиональных ролей.

Для успеха любых инициатив такого рода крайне важно, чтобы соответствующие профессиональные организации и правительственные органы поддерживали новые профессиональные роли.

Инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры должны основываться на реальных потребностях, а при их проведении следует тщательно учитывать характерные для данной страны или региона особенности системы здравоохранения и сложившихся категорий медработников, так как применение каких-то универсальных и подходящих для всех подходов не приводит к успеху.

Реферат

Первым шагом к обеспечению оптимальной профессионально-квалификационной структуры в системе здравоохранения является формулирование самого понятия оптимальной профессионально-квалификационной структуры и формирование четкого представления о ключевых стратегических проблемах, которые могут быть решены благодаря данному подходу.

С помощью инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры профессиональные роли могут быть изменены как прямым, так и косвенным образом. Инициативы, направленные на прямое изменение профессиональных ролей, предусматривают расширение (например, расширение ролей или навыков), совмещение, делегирование и инновации (например, создание новой категории работников). С другой стороны, инициативы, направленные на косвенные изменения профессиональных ролей, предусматривают изменения структурных взаимоотношений между различными службами здравоохранения путем изменения уровня или места оказания медицинской помощи; в этих инициативах используются такие подходы, как передача функций (т.е. передача того или иного вида оказываемых услуг с одного уровня или места оказания помощи на другой), перемещение (т.е. перемещение места оказания услуг без изменения персонала, который оказывает их) и внутриотраслевое сотрудничество (т.е. использование специалистов одного звена здравоохранения для обучения или оказания поддержки работникам, работающим в другом звене).

Проблемы, которые могут быть решены с помощью оптимизации профессионально-квалификационной структуры, включают следующее: нехватка некоторых видов медицинских работников и их неадекватное распределение; повышение расходов на медицинскую помощь и связанное с этим желание повысить ее экономическую эффективность; улучшение качества, включая вопросы профессионального развития, нахождение баланса между профессиональной и личной жизнью.

В европейских странах оптимальная профессионально-квалификационная структура определяется по-разному, и в зависимости от конкретных условий соответствующие инициативы реализовывались различными путями. Иногда инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры основывались на потребности или желании изменить профессиональные роли традиционных профессий или внедрить новые профессиональные роли. В других местах в основе этих инициатив лежала потребность или желание использовать новые стратегические подходы к развитию систем здравоохранения, влекущие за собой необходимость изменения существующих профессиональных ролей. Среди пяти европейских стран различными видами систем здравоохранения и социальной защиты (Гер-

мания, Испания, Российская Федерация, Соединенное Королевство, Финляндия) наиболее широкое развитие такие инициативы получили в Соединенном Королевстве, за которым следует Финляндия; в Германии, Испании и Российской Федерации прогресс в этой области был значительно меньше. В пяти странах инициативы по изменению профессиональных ролей, как правило, включали модификацию структурных факторов, особенно факторов, относящихся к законодательству, регулированию диапазона функций, сертификации, обучению и подготовке (обычно это первое, что изменяется) а также во многих случаях коллективному финансированию и оказанию услуг за счет бюджетных средств.

Благодаря разработке и внедрению в Соединенном Королевстве модели высококвалифицированных медсестер накоплен полезный опыт, который может быть использован системами здравоохранения других европейских стран. При значительной поддержке со стороны правительства и без оппозиции со стороны врачей эта инициатива была широко реализована в Соединенном Королевстве. Следует, однако, отметить, что относительный успех данной инициативы в этой стране во многом зависел от способствующих контекстуальных факторов. Учет этих факторов в Соединенном Королевстве – это важнейшее условие для лучшего понимания жизнеспособности различных подходов к оптимизации профессионально-квалификационной структуры, которые могут быть использованы в других странах.

Контекстуальные факторы, которые влияют на осуществление (и потенциальное расширение) инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, и которые отличаются от страны к стране, включают степень чувствительности в отношении существующих профессиональных ролей, характера потребностей системы здравоохранения, а также наличие поддержки со стороны правительства и соответствующих профессиональных ассоциаций или союзов. Они могут действовать на различных уровнях, а именно, на структурном или макроуровне, на уровне взаимодействий или практики (микроуровень); и на институциональном уровне (мезоуровень). Ввиду вышеуказанного инструменты политики оптимизации профессионально-квалификационной структуры должны помочь:

- изменить существующие или внедрить новые профессиональные роли с помощью различных организационных и нормативных мер;
- обеспечить поддержку выполнению новых или расширенных профессиональных ролей через коллективное финансирование и изменение финансовых стимулов;
- создать образовательную базу (компетентность и потенциал), необходимую для выполнения новых и расширенных профессиональных ролей.

Во всех случаях для успеха необходима поддержка со стороны правительства и соответствующих профессиональных категорий.

Поскольку результаты исследований, посвященных инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, часто трудно обобщить, в заключительном разделе данного обзора подчеркивается важность двух многоэтапных подходов, которые направлены на то, чтобы вначале выявить имеющуюся проблему и первоначальные потребности, а затем создать потенциал для проведения необходимых преобразований и выбрать лучшие из имеющихся альтернативных подходов. Эти подходы, в которых подчеркивается важность контекстуальных факторов, могут помочь организаторам здравоохранения и руководителям высшего звена определить, нужно ли им проводить инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, и если да, то какие. В заключение можно отметить, что реформирование служб здравоохранения, которое может повлечь за собой необходимость изменения профессионально-квалификационной структуры, может быть более эффективным подходом, чем меры, специально направленные на изменение этой структуры.

Краткий аналитический обзор

Стратегический вопрос: обеспечение оптимальной профессионально-квалификационной структуры и определение этого понятия ¹

Определение понятия профессионально-квалификационной структуры

Профессионально-квалификационная структура (ПКС) – это довольно аморфный термин, который может означать различные понятия людей (1–3). Buchan и ряд его коллег (4–6) были одними из первых специалистов, давших более общее определение данного понятия как "модели или структуры, обеспечивающей сочетание действий или навыков, необходимых для выполнения каждой работы в рамках организации" (7), в то же время они дали и более специфическое определение, а именно: определенное сочетание профессий или должностей или постов (в зависимости от характера конкретной системы) в рамках организации. Sibbald, Shen & McBride (8) определяют это понятие как "сочетание навыков или компетентности, которыми обладает работник; соотношение в рамках какой-либо дисциплины числа работников высшей и более низких категорий; или сочетание различных категорий персонала в рамках мультидисциплинарной бригады". Другие термины, используемые в литературе для обозначения аналогичных концепций, включают *перераспределение обязанностей* (9) и *делегирование обязанностей* (10), что предполагает, что одна группа работников здравоохранения передает свои обязанности другой, более низкой категории работников или вообще новой категории работников.

Выходя за рамки этих общих определений, можно провести более полезное различие между подходами к оптимизации профессионально-квалификационной структуры, непосредственно нацеленными на изменение профессиональных ролей, и подходами, которые изменяют роли косвенно посредством изменения характера предоставления услуг (табл. 1).

Если оптимизация профессионально-квалификационной структуры является решением, то в чем же заключается проблема?

Чтобы лучше понять, что вопросы профессионально-квалификационной структуры относятся к вопросам политики, важно сделать следующее: проанализировать причины обеспокоенности, высказываемой в отношении существующих функций и ролей; дать описание связанных с этим проблем

¹ Применительно к отдельным работникам понятие "skill mix", как правило, означает предъявляемые к ним профессионально-квалификационные требования (*прим. переводчика*).

Таблица 1. Категоризация инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры

Характер инициативы	Действия
<i>Изменение функций/ролей</i>	
Усиление	Увеличение глубины выполняемых функций путем расширения роли или навыков определенной категории работников
Замещение	Расширение диапазона выполняемых функций – в частности перешагивая через профессиональные барьеры или заменяя для выполнения конкретных заданий одну категорию работников на другую
Делегирование	Делегирование заданий вверх или вниз по традиционной служебной лестнице внутри одной дисциплины
Инновации	Создание новых видов работы путем учреждения новой категории работников
<i>Изменение механизмов координации работы различных служб</i>	
Передача функций	Передача полномочий на оказание того или иного вида услуг от одного звена медицинского обслуживания другому – например, замещение стационарной помощи медицинским обслуживанием на уровне общины
Перемещение	Перемещение места, которое предоставляет услуги, с одного звена медицинского обслуживания на другое без каких-либо изменений персонала, который оказывает эти услуги (например, размещение стационарной службы в медицинском учреждении первичного уровня)
Поддержание и развитие связей	Использование специалистов одного звена медицинского обслуживания для обучения и поддержания работников, занятых в другом звене (например, больничные врачи, консультирующие на уровне первичной медико-санитарной помощи).

Источник: Sibbald, Shen & McBride (8).

или задач, стоящих перед системами здравоохранения стран Европейского региона; а также изучить, какое влияние эти проблемы оказали на определенные группы или сферы полномочий. В докладе, изданном Европейским региональным бюро ВОЗ в 2006 г. (11) отмечается, что кадровые ресурсы здравоохранения являются одним из вызовов, стоящих перед всеми системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, который можно охарактеризовать следующим образом:

- прогнозируемый дефицит некоторых категорий работников здравоохранения;
- усиливающаяся миграция работников здравоохранения;

- несбалансированное распределение различных категорий работников здравоохранения, например, по географическому, половому, профессиональному и институциональному признаку;
- качественная (квалификационная) несбалансированность медицинского персонала (например, недостаточная или неправильная его квалификация).

Взятые вместе, эти вызовы заставили людей наконец признать, что вопрос кадровых ресурсов является ключевым при проведении любых действий, относящихся к охране здоровья населения (12). На оптимизацию профессионально-квалификационной структуры указывают как на один из стратегических подходов к решению многих проблем, связанных с устойчивым обеспечением кадровых ресурсов здравоохранения. Для выполнения этой задачи необходимо не только изменить функции и роли различных профессиональных категорий, но и улучшить связи между различными службами или разработать и реализовать стратегии, обеспечивающие, чтобы нужные работники всегда работали в нужном месте. Таким образом, основные вопросы, которые потенциально могут быть решены путем оптимизации профессионально-квалификационной структуры, включают следующее: дефицит определенных категорий медицинских работников и их неправильное распределение; стремление к повышению экономической эффективности медицинских услуг на фоне повышения затрат на медицинскую помощь; повышение качества, включая профессиональное развитие работников и обеспечение оптимального баланса между их профессиональной и личной жизнью (5). Все эти вопросы часто взаимосвязаны, и поэтому для их решения необходимо сочетание различных инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры (табл. 2).

Кадровые ресурсы здравоохранения: дефицит и неравномерное распределение кадров

Большинство стран, как правило, указывают на проблему нехватки персонала здравоохранения; в частности, они часто испытывают проблему кадрового дефицита в определенных географических зонах или в отношении определенных профессий. Проблема нехватки кадров может быть особенно острой в определенных странах или применительно к определенным профессиональным группам. При этом почти во всех странах наблюдается проблема неравномерного распределения кадровых ресурсов, характеризующаяся их концентрацией в городах и дефицитом в сельской местности (13). В большинстве стран также отмечается проблема несоответствия между сложившейся профессионально-квалификационной структурой и потребностями местного населения в услугах здравоохранения. Проблема кадрового дефицита особенно выражена в таких областях, как общественное здравоохранение, политика здравоохранения и управление

Таблица 2. Новые роли и оптимизация профессионально-квалификационной структуры: основные стимулы, актуальные вопросы и возможные действия

Основные стимулы и актуальные вопросы	Возможные действия
Необходимость решения проблем, связанных с дефицитом работников в определенных должностях или профессиях	Замещение навыков Повышение уровня реализации имеющихся навыков Разработка новых ролей
Совершенствование механизмов управления организационными расходами – особенно затрат на рабочую силу	Уменьшение удельных затрат на рабочую силу или повышение производительности путем изменения профессионально-квалификационной структуры или квалификационного уровня персонала
Улучшение качества оказываемых услуг	Повышение уровня использования навыков персонала и более эффективное его размещение путем достижения наилучшего сочетания различных категорий и ролей персонала
Обеспечение экономически эффективного применения новых медицинских технологий и вмешательств	Переподготовка персонала Обучение новым навыкам Внедрение иного сочетания навыков или новых ролей или новых категорий работников
Обеспечение максимальной отдачи для здоровья населения от новых программ или инициатив путем обеспечения того, чтобы соответствующие квалифицированные работники всегда имелись в нужных местах	Оценка экономической эффективности имеющейся профессионально-квалификационной структуры Повышение навыков имеющегося персонала Внедрение новых ролей
Реформирование систем здравоохранения с целью сдерживания расходов, совершенствования деятельности системы и оказываемых услуг, а также повышения отзывчивости учреждений здравоохранения	Перепрофилирование Улучшение управления трудовыми ресурсами Внедрение новых ролей Внедрение новых категорий работников
Наличие возможностей изменить роли (или ограничения, которые на них накладываются) различных профессий и должностей	Изменение или повышение ролей Повышение квалифицированных требований к персоналу
Изменения в законодательной практике, например, относящейся к увеличению в медицинской практике расходов на возмещение нанесенного вреда	Внедрение новых категорий работников

Источник: Buchan & Dal Poz (7).

здравоохранением. Все вышеуказанные проблемы также усугубляются возросшей мобильностью работников здравоохранения в рамках Региона (11).

Нехватка кадров – это один из важнейших факторов, лежащих в основе инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры в здравоохранении. Так, например, в Соединенном Королевстве число врачей на 100 000 населения значительно меньше, чем в других странах, проанализированных в данном обзоре и находится ниже среднего для Европейского Союза (ЕС) (табл. 3). Эта проблема выделяется в качестве одной из наиболее актуальных для национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства. В целях решения данной проблемы правительство страны взяло на себя четко сформулированное обязательство обеспечить население не только большим количеством работников здравоохранения, но и повысить их способности выполнять более разнообразные функции (14).

Таблица 3. Число работников здравоохранения на 100 000 населения в отдельных странах Европейского региона ВОЗ (2006 г.)

Страна	Врачи-специалисты	ВОП	Медсестры	Акушерки
Финляндия	329,86	166,29	855,95	35,92
Германия	343,86	98,71	780,03 ^a	20,56 ^a
Российская Федерация	430,89	27,27	805,93	45,98
Испания	322,11 ^b	73,76	743,68	~15 ^c
Соединенное Королевство	212,61 ^d	67,31 ^e	~932 ^c	62,46 ^b
Среднее по ЕС	315,04	97,71	741,56	36,01 ^a

^a Данные за 2005 г.

^b Данные за 2003 г.

^c Оценка основана на соотношении числа врачей и медсестер, приведенном в работе Rechel, Dubois & McKee (11).

^d Данные за 2002 г.

^e Данные за 2004 г..

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (16).

В Финляндии в 2003 г. нехватка врачей-специалистов составила 8%, а врачей, работающих в первичной медико-санитарной помощи – 11%. Кроме того, согласно оценкам, 21% главных врачей и 26% главных медсестер уйдут на пенсию в 2006–2010 гг., что еще больше усугубит проблему кадрового дефицита (15).

В Германии после этапа избыточной подготовки врачей имело место снижение, а затем стабилизация числа студентов, закончивших обучение и включаемых в регистр врачей в период с 1993 по 2000 гг. (17). Однако затем число врачей на душу населения вновь стало подниматься. Поэтому в западной части страны во всех звеньях системы здравоохранения продолжает иметься большое число врачей, в то время как проблема кадрового дефицита, особенно в сельской местности, в восточной части Германии вызывает обеспокоенность как среди работников здравоохранения, так и среди руководителей высшего звена.

В Российской Федерации, несмотря на то, что советская система образования готовила производила огромное число врачей (в результате чего в конце 1990-х годов на 100 000 населения приходился 471 врач), только 1500 врачей (менее 0,2%) проходили обучение по современной семейной медицине или общей практике (18). Советский вариант врача общей практики (участковый терапевт – врач с узким диапазоном клинических функций, который служит звеном первого контакта с медицинской службой для определенной группы населения и который, как правило, направляет пациентов к врачам-специалистам) постепенно вымирает. В связи с тем, что эта специальность не пополняется новыми врачами, в первичной медико-санитарной помощи, как правило, наблюдается огромный кадровый дефицит.

С другой стороны, в Испании наиболее актуальной проблемой является недостаточное количество медицинских сестер. Число медсестер на душу населения в Испании – одно из самых низких в ЕС (11). Кроме того, географическое распределение медицинских сестер является более неравномерным в сравнении с распределением врачей. Так, различия между регионами с самым низким и самым высоким числом медсестер на душу населения составляют более чем двукратную величину.

Хотя инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры (ПКС) используются для решения вопросов нехватки кадровых ресурсов здравоохранения, в целом ряде стран, такие инициативы могут непреднамеренно привести к нехватке других категориях медицинских работников, если они недостаточно тщательно проработаны или продуманы (6). Данный аспект проблемы рассматривается более подробно в разделе о факторах, влияющих на способность активизировать инициативы по оптимизации ПКС.

Повышение расходов на медицинскую помощь

Во многих случаях действия по оптимизации профессионально-квалификационной структуры ограничиваются направленными на сдерживание расходов дискуссиями об эффективности и реформировании, что часто приводит к делегированию определенных функций менее квалифицированным и, что даже более важно, менее оплачиваемым работникам здравоохранения. Во многих странах все чаще наблюдается замена более высокооплачиваемых работников на менее оплачиваемых, например, в виде замены медицинских сестер на медицинских помощников (7). Однако при проведении таких мер, их экономическая эффективность обычно не анализируется, и экономия за счет замены высокооплачиваемого персонала на низкооплачиваемый не гарантирована, так как это зависит от того, не потребляет ли низкооплачиваемый персонал больше ресурсов при оказании того же объема и качества медицинской помощи, в сравнении с высокооплачиваемым персоналом (8). Кроме того, на первом этапе изменение ПКС повышает объем расходов из-за необходимости переподготовки персонала и постепенного отказа от старых методов работы. Таким образом, потенциал для уменьшения затрат существует только в более длительной перспективе, когда будут установлены новые роли и внедрены необходимые программы подготовки. Поэтому стремление к снижению расходов не должно быть основной причиной инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, особенно в ближайшей перспективе.

Профессиональное развитие и нахождение правильного баланса между профессиональной и личной жизнью

Состав и ориентация кадровых ресурсов здравоохранения также изменяется качественно – как с точки зрения сбалансированности между профессиональной и личной жизнью, так и в плане стремления к профессиональному совершенствованию. Внедрение в 1993 г. директивы ЕС о рабочем времени (93/104/ЕС) привело, например, к законодательным изменениям в Соединенном Королевстве, которые уменьшили время, которое начинающие врачи могут работать, что усугубило уже имеющуюся проблему кадрового дефицита (5). Более того, решения относительно карьерного роста персонала, принимаемые врачебным персоналом (характеризующиеся постоянным увеличением доли женщин) и направленные на достижение более реалистичного баланса между профессиональной и личной жизнью, приводят к нехватке врачей в Соединенном Королевстве и врачей в Европе в целом (11); модели профессиональной деятельности мужчин также изменяются.

Что касается профессионального развития, то профессиональный статус медицинских сестер в большинстве европейских стран повысился, в результате нужно выделять больше времени для их обучения и подготовки.

В частности, медсестры в Германии и Испании повысили образовательные требования к начинающим медикам. Кроме того, медицинские сестры стали в большей степени интересоваться вопросами, связанными с их недостаточным социальным признанием, неадекватными возможностями для служебного роста, низкой оплатой труда, плохими условиями труда и недостаточной поддержкой со стороны руководства. Вопросы, относящиеся к качественным аспектам работы различных категорий медперсонала и их профессиональному признанию в инициативах по оптимизации профессионально-квалификационной структуры пока рассматриваются недостаточно.

Цели и методы

Цель настоящего обзора – проанализировать методы, позволяющие как определить оптимальную профессионально-квалификационную структуру, так и обеспечить ее создание. Основываясь на определениях оптимизации такой структуры и причинах, лежащих в основе этого явления, основное внимание в обзоре уделяется трем общим элементам:

1. изменение профессиональных ролей в рамках уже сложившихся категорий работников (расширение функций, замещение);
2. предложения относительно новых профессиональных ролей (инновации);
3. предложения относительно новых стратегических направлений работы систем здравоохранения, требующих передачи профессиональных ролей.

Особое внимание в этом обзоре будет уделено рассмотрению ситуаций в Германии, Испании, Российской Федерации, Соединенном Королевстве и Финляндии, где действуют различные виды систем социального обеспечения и здравоохранения, существующие в Европе (19–21). В табл. 4 приводится сравнение этих систем по таким критериям, как их регулирование, координация деятельности различных категорий медработников и оказываемых услуг, а также кадровые ресурсы в управлении здравоохранением. Данный аналитический обзор основывается на тщательном анализе литературы, включая крупные стратегические и исходные документы, взятые как из первичных, так и вторичных источников. Это также включает поиск сайтов соответствующих заинтересованных групп и центров формирования политики в Европе и других регионов ВОЗ, равно как и обширный поиск соответствующих базовых данных.

В обзоре анализируется конкретный пример (высококвалифицированные медицинские сестры в Соединенном Королевстве), который может помочь лучше понять требования, относящиеся к оптимизации профессионально-

квалификационной структуры, и вытекающих из этого последствий. Помимо этого, в нем обсуждается потенциал развертывания инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры с подчеркиванием ключевых контекстуальных факторов, влияющих на итоги этих инициатив, а в заключение рассматривается ряд важных вопросов, касающихся пригодности таких инициатив в решении хронических проблем, относящихся к кадровым ресурсам здравоохранения.

Альтернативные подходы к инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры в Европе

В данном разделе рассматриваются те различные подходы к инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры (изменение ролей, создание новых ролей, замещение ролей), которые использовались в конкретных условиях различных стран, в том числе с учетом реализуемых в них стратегий.

Изменение профессиональных ролей в рамках сложившихся профессиональных категорий

Предложения по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, относящиеся к изменению профессиональных ролей в рамках сложившихся профессиональных категорий хорошо отражены в двух моделях, описываемых в работе Sibbald, Shen & McBride (8): и касающихся расширения и замещения ролей (см. табл. 1). Некоторые из инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, проводимые в Соединенном Королевстве (СК), были включены в принятую на 2001–2005 гг. национальную программу "Изменение кадровой структуры", в которой предлагалось развитие ролей медицинских сестер и других категорий младшего и среднего медперсонала в целях решения проблемы нехватки врачей. Отчет также включал предложение о развитии роли подготовленных медицинских помощников, которые смогут взять на себя часть работы, традиционно выполняемой медсестрами и другими профессиональными работниками здравоохранения (6). Впоследствии это также было еще раз отмечено в докладе Wanless, в котором указывалось, что помимо передачи ряда функций от врачей медсестрам, в результате структурных изменений медицинские помощники могут взять на себя около 12,5% нынешнего объема работы, выполняемой медсестрами (22).

В Финляндии ряд предложений, относящихся к расширению и замещению ролей в здравоохранении, был стимулирован принятым в 2002 г. принципиальным решением Государственного совета относительно обеспечения будущего медицинской помощи (23). Это решение послужило стимулом к проведению множества местных инициатив, благодаря чему медицинские

Таблица 4. Координация деятельности различных групп медперсонала и управление кадровыми ресурсами здравоохранения: сравнение используемых моделей

Финляндия	Германия	Российская Федерация	Испания	Соединенное Королевство
Регулирование				
Централизованное государственное регулирование, осуществляемое национальным управлением по медико-правовым вопросам при Министерстве социальных дел и здравоохранения.	Децентрализованное корпоративное регулирование. Сеть государственных учреждений, базирующаяся на фондах обязательного медицинского страхования (ОМС) и ассоциациях врачей (совместное самоуправление медицинским обслуживанием, оплачиваемым ОМС).	Централизованное государственное регулирование.	Децентрализованное регулирование. Автономные сообщества разрабатывают планы медицинского обслуживания населения. Кроме того, в стране имеется централизованный план охраны здоровья населения.	Централизованное государственное регулирование. В состав регулирующих органов все чаще включаются представители различных заинтересованных сторон.
Профессионализация и управление кадровыми ресурсами здравоохранения				
Функционирует система лицензирования широкого круга категорий медработников, что дает им исключительное право на ведение профессиональной практики. Все профессиональные категории общественного сектора, включая врачей, являются служащими, получающими зарплату, уровень которой определяется путем переговоров и фиксируется в соглашениях о доходах. С 2007 г. в стране наблюдаются признаки перехода на местные соглашения о зарплатах.	Академизация различных профессий в здравоохранении (Болонские соглашения) наряду с отсутствием юрист-ников как самоуправляемой профессиональной категории. Определенное управление кадровыми ресурсами осуществляется, но в основном это касается врачей. Контроль качества людей, отбираемых в медицинские вузы и в амбулаторные службы.	До последнего времени главный врач больницы выполнял функции ее руководителя. В последнее время в стране стали проводиться курсы по вопросам управления здравоохранением.	Большинство врачей и других категорий медперсонала являются гражданскими служащими. Все переговоры по условиям труда проводятся на центральном уровне, и поэтому у менеджеров здравоохранения мало возможностей для управления персоналом. После успешной сдачи вступительных экзаменов, необходимых для включения в регистр сертифицированных работников региональной системы здравоохранения, медработники получают постоянный профессиональный статус в рамках этой системы.	Быстрый процесс профессионализации. Новые регулирующие органы Действуют определенные формы управления кадровыми ресурсами, особенно в отношении врачей и медсестер. Активный прием на работу медработников из других стран.

Координация деятельности различных групп медперсонала и оказываемых ими услуг, которые они оказывают			
Муниципалитеты являются основными поставщиками услуг общественного здравоохранения. Муниципалитеты руководят работой центров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и покупают специализированные медицинские услуги в больницах. Роль частного сектора в медицинском обслуживании увеличивается в результате процесса маркетинга. Частное оказание медицинских услуг дает врачам выгоды, однако оказанием частных медицинских услуг часто занимаются крупные фирмы.	В основных регулирующих органах здравоохранения интересы сектора медицинского обслуживания представляются врачами. Другие категории работников здравоохранения не представлены в органах управления здравоохранением. В последнее время наблюдается тенденция к включению медсестер в органы управления больниц. Медицинские службы характеризуются высокой степенью фрагментации. Координация действий стационарных и амбулаторных служб недостаточна.	Большинство медицинских работников, работающих в государственных учреждениях, получают зарплату. Зарплата медработников очень низкая, но у них нет профессиональной организации, которая могла бы лоббировать в пользу повышения их зарплат. В частном секторе ситуация с оплатой труда несколько лучше, но этот сектор все еще недоразвит.	Имеются определенные механизмы регулирования взаимоотношений различных профессиональных категорий. Осуществляется координация работы стационарных и амбулаторных служб здравоохранения и служб социальной помощи. В стране также имеется определенное число врачей общей практики, работающих на уровне ПМСП, которые выставляют счета за оказанные ими услуги. Степень координации работы врачей общей практики и врачей-специалистов является низкой.

сестры стали выполнять функции, которые ранее относились к компетенции врачей, такие, например, как профилактическое лечение и долгосрочное динамическое наблюдение за больными с некоторыми хроническими болезнями (диабет 2-го типа, ожирение, гипертензия, астма, ревматизм), диагностика и лечение ряда острых инфекционных заболеваний в легкой форме (например, инфекции респираторных и/или мочевых путей) и выписка ряда медицинских справок.

Как правило, изменения в распределении функций между врачами и медсестрами и между лицензированными медсестрами с высшим образованием и медсестрами, прошедшими практическую профессиональную подготовку, достигаются в Финляндии путем ведения на местном уровне переговоров между больничными округами и центрами здравоохранения (24). Свыше половины этих первоначальных пилотных проектов затем внедряются в практику на постоянной основе (25). В ходе этих проектов широкий круг сложных функций был передан другим профессиональным категориям, однако в ходе этого процесса были выявлены определенные проблемы и трения, связанные с разделением функций. Поскольку зарплата врачей значительно выше, чем у медсестер, последние рассчитывают, что взятие ими на себя новых обязанностей и функций будет сопровождаться повышением зарплаты. Также возникли трудности с наймом медсестер для выполнения все более сложных заданий. В частности, это связано с тем, что для выполнения новых и более сложных заданий им нужны новые знания и навыки, для получения которых им приходится проходить дополнительные обучающие курсы в свободное от работы время. Более того, в ряде случаев переговоры на местном уровне между различными профессиональными категориями были сопряжены с трудностями. И наконец, о продолжающемся существовании символических границ между профессиональными категориями можно судить по тому факту, что некоторые функции, такие например, как диагностика легких нарушений здоровья и выписка соответствующих препаратов, не были переданы медсестрам или акушеркам.

В Германии вопрос об оптимизации профессионально-квалификационной структуры как одного из вариантов реформирования здравоохранения был впервые обсужден в 2007 г. Инициатором этого шага было не правительство и не работники здравоохранения, а Консультативный совет по мониторингу развития системы здравоохранения, который, как правило, рассматривается как центр формирования политики. После обсуждения этого вопроса с различными категориями медицинских работников, Совет предложил рассматривать оптимизацию профессионально-квалификационной структуры как новую стратегию более эффективного управления кадровыми ресурсами (3). В его докладе также указано, что существующая нормативно-правовая база и система образования являются препятствиями

для проведения инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры. Таким образом, хотя перераспределение функций, включая предоставление определенным категориям медсестер права назначать лекарственные средства, является желательным для Германии, для этого потребуются внесение существенных изменений в существующую нормативно-правовую базу.

В Российской Федерации вопросы оптимизации профессионально-квалификационной структуры главным образом касаются усиления роли врачей общей практики (ВОП), работающих на первичном уровне, или обеспечения оптимальной сбалансированности функций ВОП и врачей-специалистов, работающих в стационарах. Хотя необходимость привлечения врачей к работе в первичном звене здравоохранения и в изменении профессионально-квалификационной структуры в пользу ВОП была провозглашена на всех уровнях аппарата управления здравоохранением, усилия в этом направлении не имели необходимой поддержки со стороны руководителей здравоохранения высшего звена. Кроме того, существующая структура здравоохранения затрудняет проведение таких преобразований. Ввиду вышеуказанного работа в этом направлении проводится скорее через реформирование системы здравоохранения, чем непосредственно через изменение ролей различных категорий медперсонала.

На сегодняшний день инициативы по расширению функций были направлены почти исключительно на медицинских сестер. В рамках этих инициатив расширенные функции медсестер включали следующие формы: возглавляемые медсестрами учреждения первичного уровня для больных астмой; тромболизис, проводимый по инициативе медсестер; проводимое медсестрами обучение пациентов на этапе реабилитации; медсестры, оказывающие помощь и поддержку на дому больным с хронической обструктивной болезнью легких или рассеянными склерозом. Sibbald, Shen и McBride установили, что хотя медсестры первичного звена здравоохранения и оказывают в целом такую же высококачественную медицинскую помощь как врачи, зарегистрированный выигрыш для здоровья пациентов был незначительным во всех случаях (8). Они также обнаружили, что хотя пациенты и давали высокую оценку медсестрам по навыкам коммуникабельности, совокупность таких факторов, как более продолжительные консультации, большее число проводимых обследований и более частые вызовы пациентов на обследование, привела к тому, что общая экономия в расходах на зарплату медсестер по сравнению с врачами была крайне незначительной. На других уровнях результаты замены врачебной помощи на помощь медсестер и акушерок были такими же как на первичном уровне, в то время как база фактических данных в поддержку замены медсестер менее квалифицированным персоналом не содержит какой-либо информации о стоимости, эффективности и качестве оказываемой помощи.

Расширение и замещение функций медсестер в отдельных странах Европы

Прогресс в расширении и замещении функций медсестер в Германии, Греции, Ирландии, Нидерландах, Словакии, Соединенном Королевстве и Швеции обобщается ниже (5).

- Соединенное Королевство является единственной страной, сообщающей о том, что оно в настоящее время существенно повысило роль медсестер в практике оказания медицинской помощи, в частности, предоставив им полномочия назначать лекарственные средства.
- Греция, Ирландия, Нидерланды и Словакия сообщают о том, что в настоящее время в этих странах проводятся соответствующие пилотные проекты или рассматривается вопрос об их проведении.
- Германия планирует уделять больше внимания вопросам междисциплинарного сотрудничества.
- В Швеции ведется работа по повышению компетентности медсестер в таких областях, как анестезиология и оказание помощи больным диабетом и астмой; сведений о проведении в этой стране каких-либо инициатив по замещению функций не имеется.

Предложения относительно новых профессиональных ролей

Инновации в этой области относятся к тем инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, которые связаны с созданием новых профессиональных ролей. В частности, это касается врачей общей практики с той или иной специализацией, практикующих медсестер, специализированных клинических медсестер и высококвалифицированных медицинских сестер (8). Однако различие между этими инициативами и обсужденными выше инициативами по расширению и замещению функций является весьма слабым. Так, например, изменения в профессионально-квалификационной структуре включают создание новой категории медсестры-консультанта в стационарах (6). Но является ли это действительно новой профессиональной ролью или просто расширением имеющейся роли? Часто трудно понять, действительно ли инициативы ведут к созданию новых видов работников или просто новых видов работы, выполняемой имеющимся персоналом (7).

Хотя они и не являются новой категорией медперсонала, фельдшеров в Российской Федерации также можно включить в данную категорию. Из-за нехватки врачей общей практики особенно острой в сельской местности, почти 10% среднего медицинского персонала Российской Федерации – это фельдшеры. Использование новых профессиональных ролей в первичной медико-санитарной помощи в сельской местности не является уни-

кальным явлением для Российской Федерации. Для решения проблемы дефицита врачей в сельской местности были созданы новые профессиональные категории, такие как практикующие медсестры в ряде стран и помощники врачей в Соединенных Штатах Америки (США). Интерес к помощникам врачей дошел до Соединенного Королевства (26), и ряд подготовленных в США помощников врачей были взяты на работу в некоторых звеньях национальной службы здравоохранения (27).

Новые профессиональные роли не только трудно четко определить, их также трудно внедрить в практику. Прежде всего, для этого требуется их официальное признание, а затем соответствующее и последовательное регулирование со стороны клинических административных органов. Помимо этого, работники здравоохранения, выполняющие новые роли, нуждаются в переподготовке и в новых навыках и компетентности. Эти и другие аналогичные вопросы рассматриваются в разделе о факторах, влияющих на способность активизировать инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры.

Передача профессиональных ролей как средство адаптации к изменениям в системе здравоохранения

В большинстве предложений о передаче профессиональных ролей (так называемые стратегии передачи функций) предусматривается смещение акцента с оказания помощи в стационарах на оказание помощи на уровне общины (8). В частности, это означает замену амбулаторных клиник на клиники врачей общей практики (как в Соединенном Королевстве), а также оказание помощи пациентам не в пунктах и отделениях неотложной помощи, а на уровне первичного звена здравоохранения. Уровень удовлетворенности пациентов, как правило, оказывается выше, когда помощь оказывается на уровне общины, а ее качество аналогично качеству помощи, оказываемой в стационарах. Однако каких-либо адекватных оценок экономической эффективности инициатив по передаче функций пока не проведено.

В Соединенном Королевстве наиболее значительной реформой здравоохранения по передаче профессиональных ролей было создание в ноябре 2000 г. службы "Медицинская помощь по телефону", благодаря которой, набрав один телефонный номер, пациенты могут круглосуточно получать квалифицированную консультативную помощь. На телефонные звонки отвечают медсестры, которые пользуются компьютерной системой поддержки принятия решений, обеспечивающей последовательное применение клинических критериев. Эта служба также дополняется онлайн-службой и сайтом, благодаря которым пользователи имеют доступ к соответствующей информации и руководству по наиболее распространенным симптомам. В соответствии с этой моделью консультации на уровне пер-

вичной медико-санитарной помощи вошли в компетенцию медсестер, отвечающих на телефонные звонки, что является изменением традиционных функций медицинских сестер и сопряжено с необходимостью как изменения места работы этих медсестер, так и их дополнительного обучения.

В Финляндии процесс передачи функций происходит в форме создания такой новой транссекторальной профессиональной категории как медико-социальный работник. Эта категория была создана для решения вопросов, связанных с оказанием медицинской и социальной помощи лицам старшего возраста, что было сделано с учетом изменения демографической ситуации и роста расходов. Эта новая роль объединяет большое число более узких профессий в одну широкую категорию (28). В течение первых двух лет обучения все студенты проходят один и тот же базовый курс по оказанию медицинской и социальной помощи, а в течение последнего, третьего года, они специализируются по одной дисциплине.

Другая инициатива, проводимая в Финляндии, заключается в создании междисциплинарных бригад первичной медико-санитарной помощи, что также происходит и в Испании, но в меньшей степени. В результате этого в Финляндии возникла необходимость в изменении роли врачей общей практики и медсестер общественного здравоохранения. В Испании, благодаря проведенной в 1984 г. реформе первичной медико-санитарной помощи, врачи общей практики перешли от модели работы в отдельных практиках к бригадной модели работы в государственных центрах медико-санитарной помощи.

Самые различные инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры осуществлялись в Соединенном Королевстве, за которым следует Финляндия. В Германии, Испании и Российской Федерации такие инициативы были меньшими по своему масштабу. Во всех странах в рамках этих инициатив предусматривается, что работники здравоохранения либо изменяют свои профессиональные роли, либо изменяют характер оказываемых ими услуг. В первом случае эти преобразования, как правило, требуют изменения структурного контекста (в основном через изменения нормативно-законодательной базы) в таких областях, как компетенция конкретных категорий работников, их сертификация, обучение и подготовка и зачастую коллективное финансирование и общественное обслуживание. Поскольку эти факторы являются ключевыми с точки зрения потенциальной активизации инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, они рассматриваются в разделе о факторах, влияющих на возможность расширения таких инициатив. Однако прежде всего мы рассмотрим пример из Соединенного Королевства о высококвалифицированных практикующих медсестрах, опыт которых может быть

применен для активизации аналогичных инициатив в системах здравоохранения других европейских стран.

Высококвалифицированные медицинские сестры в Соединенном Королевстве

Согласно определению Международного совета медицинских сестер, высококвалифицированная медсестра – это зарегистрированная медсестра, обладающая основными экспертными знаниями, навыками принятия сложных решений и клинической компетентностью, – как правило, со степенью магистра (29). Высококвалифицированные медсестры умеют принимать независимые и совместные решения, связанные с оказанием соответствующей помощи пациенту (5). В данном обзоре используется термин "высококвалифицированная медсестра" (*advanced practice nurse*), в то время как в Соединенном Королевстве, согласно решению Королевского колледжа сестринского дела, используется термин "высококвалифицированная практикующая медсестра" (*advanced nurse practitioner*). В Соединенном Королевстве функции этой категории медицинских сестер вначале сформировались на первичном уровне здравоохранения, но потом они расширились и стали даже включать третичную медицинскую помощь, и прежде всего неотложную помощь.

Хотя высококвалифицированные медсестры и были частью Национальной службы здравоохранения с начала 1970-х годов, дополнительный акцент на их роли был поставлен в 1999 г. в докладе Департамента здравоохранения (30). В тот период в Соединенном Королевстве было приблизительно 3000 высококвалифицированных медсестер (5). Вскоре после этого в крупном докладе по реформированию национальной службы здравоохранения было указано на важность разрушения традиционных барьеров между клиническими ролями различных категорий медработников (31). В опубликованном в 2002 г. докладе Wanless было в частности сделано предложение о том, что высококвалифицированные медсестры могут выполнять около 20% работы, которой в настоящее время занимаются врачи общей практики и начинающие врачи (22).

Особым типом высококвалифицированных медсестер являются специально подготовленные медсестры, которые могут выписывать лекарственные средства и ставить диагнозы по утвержденному перечню отдельных болезней или патологий. В мае 2001 г. правительство предоставило право назначения лекарственных средств более широким группам медсестер, а также расширило перечень назначаемых ими препаратов. К 2006 г. в стране насчитывалось почти 7000 медсестер с расширенными полномочиями назначения лекарств и свыше 6500 медсестер, получивших ограниченные полномочия по выписке лекарственных средств. Первая группа

имеет так называемую независимую ответственность по назначению лекарств из расширенного списка препаратов, назначаемых медсестрами для лечения определенных видов болезней и патологических состояний, в то время как вторая группа может выписывать любой рецептурный препарат, включенный в план клинического ведения пациента, утвержденный врачом.

В мае 2006 г., когда была учреждена категория *медсестер, имеющих право самостоятельно выписывать лекарства*, эта роль была еще больше расширена, а рецептурный справочник медсестер был отменен. Эта новая категория медсестер может выписывать любой лицензированный препарат для лечения любой патологии, входящей в их компетенцию, а также ряд контролируемых лекарств, используемых при лечении некоторых медицинских состояний. Медсестрам, имеющим право самостоятельно назначать лекарства, не требуется какая-либо специальная подготовка, а любые дополнительные индивидуальные потребности в обучении будут удовлетворяться в рамках программ непрерывного профессионального развития. Однако для включения в эту категорию они должны вначале подтвердить свое соответствие профессиональным критериям, установленным Советом по сестринскому делу и акушерству. После подтверждения соответствия этим критериям решение о найме таких медсестер принимается на местном уровне с учетом конкретных нужд и обстоятельств.

Критические контекстуальные факторы

Основные стимулы к созданию категории высококвалифицированных медсестер включали нехватку персонала или отсутствие необходимых навыков, соответствующие государственные инициативы, а также внедрение новых форм обслуживания (5). Все эти три стимула указывают на наличие значительной поддержки правительства, которое, принимая согласованные нормативно-законодательные меры, помогает устранить барьеры, мешающие процессу оптимизации профессионально-квалификационной структуры.

Как уже отмечалось, поддержка со стороны врачей также имеет большое значение. В Соединенном Королевстве врачи в большей степени поддерживают усилия по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, в сравнении с врачами в других странах, например, в Соединенных Штатах Америки. Это может объясняться различными моделями финансирования. Так, например, в США преобладает система оплаты труда врачей, основанная на том, что пациенты сами оплачивают оказанные им услуги (что в финансовом отношении ставит врачей в конкурентные отношения с медсестрами). С другой стороны, в Соединенном Королевстве преобладает система подушевой оплаты (плата поставщику медицинских услуг в соответствии с общим числом пациентов, которые к нему прикреплены), а

также выплата врачам фиксированного оклада, а это способствует тому, что врачи делегируют часть своих функций и поддерживают бригадные методы работы. Внедрение в 1990 г. предназначенной для врачей общей практики контрактной системы (фондодержание, когда ВОП контролирует свой бюджет на закупки стационарных услуг) в Соединенном Королевстве привело к тому, что ВОП побуждают медсестер первичного уровня выполнять более широкие функции, например, относящиеся к укреплению здоровья и ведению хронических больных. Эти роли были расширены благодаря инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, что способствовало достижению новых целей в сфере медицинского обслуживания и, следовательно, привлечению большего объема средств. Экономия за счет масштабов ускорила рост как размеров бригад общей практики, так и сложности выполняемых ими функций (8). Для обеспечения вышеуказанных изменений в профессионально-квалификационной структуре также необходимы соответствующие финансовые стимулы как положительного, так и отрицательного характера.

Фактические данные как один из важных способствующих факторов

Помимо структурных и политических факторов, способствующих проведению инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, в Соединенном Королевстве важную роль в этом отношении также сыграли научные данные об инициативах, направленных на расширение функций различных категорий персонала. В одном из самых ранних систематических обзоров и метаанализов в этой области был рассмотрен вопрос о том, оказывают ли медсестры ПМСП медицинскую помощь, эквивалентную помощи, оказываемой врачами (32). Результаты обзора показали, что помощь, оказываемая медсестрами, была по крайней мере эквивалентной помощи врачей, а уровень удовлетворенности пациентов увеличился. Аналогичные результаты были также получены и в систематическом обзоре, проведенном в Финляндии (33).

В более позднем метаанализе, где врачи и медсестры сравнивались по таким параметрам, как результаты оказанной помощи, процесс оказываемой помощи, использование ресурсов и затраты на медицинскую помощь, каких-либо существенных различий между двумя этими категориями не обнаружено (34). Как и в предыдущих исследованиях, в этом метаанализе было выявлено, что результаты помощи для пациентов были аналогичными, но степень их удовлетворенности была выше в случаях, когда помощь оказывали медсестры. С другой стороны, результаты метаанализа, относящиеся к рабочей нагрузке врача и прямой стоимости помощи, были менее однозначными. Авторы метаанализа указали также на то, что качество многих исследований не было высоким.

Соображения справедливости

В отличие от некоторых категорий средних медицинских работников в других странах, например, в отличие от фельдшеров в Российской Федерации, практикующие медсестры и высококвалифицированные медсестры в Соединенном Королевстве работают в различных географических зонах, а не только в сельской местности или в отдаленных недостаточно обслуживаемых районах.

Устойчивость и активизация инициатив

Следует отметить, что если одни факторы способствуют инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, то другие мешают им. В Соединенном Королевстве двумя важнейшими ограничивающими факторами были нехватка средств и дефицит медсестер с соответствующим уровнем подготовки (5). Собственно говоря, нынешняя образовательная и обучающая инфраструктура не дают возможности для подготовки значительно большего числа высококвалифицированных медсестер. Королевский колледж сестринского дела приступил к решению этой проблемы путем разработки ряда образовательных квалификаций и навыков для практикующих медсестер (35), и особенно для медсестер, имеющих право выписывать лекарства. Тем не менее, несмотря на присвоение соответствующей квалификации (по окончании подготовки на курсах Совета по сестринскому делу и акушерству) и на включение в профессиональный регистр, должность практикующей медсестры не имеет юридического статуса, и поэтому ее нельзя считать защищенной. Отсутствие ясности в определении понятия "высококвалифицированная медсестра и практикующая медсестра" было отмечено как одна из серьезных проблем с точки зрения охраны здоровья населения, которое не могло понять, какие именно роли и функции эти медсестры могут выполнять.

В заключение, можно сказать, что благодаря значительной поддержке со стороны правительства и отсутствию оппозиции со стороны врачей инициативы по изменению профессионально-квалификационной структуры, предусматривающие расширение функций, были широко осуществлены в Соединенном Королевстве. Относительный успех этих инициатив во многом объясняется наличием в Соединенном Королевстве следующих специфических условий: централизованная система государственного финансирования, большая и постоянная нехватка кадровых ресурсов (особенно врачей), оплата труда работников здравоохранения по принципу подушевого финансирования, развитие системы групповой практики в первичной медико-санитарной помощи, сильная организация медицинских сестер. Обстоятельства в Соединенном Королевстве в

целом способствовали осуществлению данной инициативы, но имеется необходимость в более глубоком анализе конкретных контекстуальных факторов, что позволит более эффективно оценивать жизнеспособность инициатив по изменению профессионально-квалификационной структуры в других странах.

Факторы, влияющие на способность более широкого проведения инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры

Контекстуальные факторы

Контекстуальные факторы, которые способствуют или препятствуют активизации инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, можно разделить на три уровня: микро-, мезо- и макроуровень (табл. 5) (36,37).

Контекстуальные факторы макроуровня оказывают влияние на все инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры. В частности, к ним относятся воздействие нормативных положений на масштабы практики (профессионализация, признание статуса, образовательная система) и экономические факторы, которые включают ряд услуг (общественных или индивидуальных), оказываемых различными категориями работников здравоохранения, а также модели оплаты труда (например, оклад или оплата за оказанные услуги). Факторы макроуровня также влияют на вопросы ответственности, относящиеся к экономической и нормативной сферам. Контекстуальные факторы на мезоуровне должны учитываться при проведении программы в конкретном организационном контексте, и они включают те институциональные механизмы, которые воздействуют на инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры в стационарах или других учреждениях здравоохранения и на уровне общины, а также любые образовательные программы (например, обучение при поступлении на работу или непрерывное обучение), которые способствуют инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры и междисциплинарной практике в более широком масштабе. Успех инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры в рамках повседневной практики во многом зависит от контекстуальных факторов микроуровня, которые включают личные отношения между различными категориями работников здравоохранения и имеющийся у них опыт по проведению вышеуказанных инициатив и т.д.

Таблица 5. Контекстуальные факторы, влияющие на инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры (ПКС)

Уровень и факторы	Вопросы и потребности, требующие анализа и оценки
Макроуровень	
<i>Экономические факторы</i>	
Финансирование	Стабильность и уровень финансирования инициатив по оптимизации ПКС
Оплата труда	Механизмы оплаты труда медицинских работников в рамках отдельных дисциплин и на стыке между ними
Страховое покрытие	Необходимость в страховом покрытии увеличивается в связи с расширением роли медицинских работников или созданием новых ролей; это также зависит от конкретных условий (мезоуровень)
<i>Нормативные и правовые факторы</i>	
Диапазон профессиональных функций	Частичное совпадение практических функций позволяет работникам с различной профессиональной подготовкой выполнять новые задачи.
Регистрационные требования	Образовательные уровни, требуемые для регистрации различных категорий медработников
Ответственность поставщиков услуг	Сочетаемость форм страхового покрытия ответственности поставщиков услуг в различных дисциплинах Наличие отлаженных механизмов передачи полномочий наиболее надежному поставщику услуг
<i>Образование и подготовка</i>	Существующие уровни образования: возможности для его совершенствования и новые требования
Мезоуровень	
Потребности населения в медицинской помощи	Демографические, культурные и медицинские потребности местного населения
Наличие необходимого числа поставщиков услуг	Наличие необходимого числа различных категорий медработников с различными сочетаниями навыков и умений, позволяющими удовлетворить потребности населения в медицинской помощи
Учет особенностей местной системы здравоохранения	Признание того факта, что инициативы по оптимизации ПКС должны соответствовать имеющемуся сочетанию различных служб и что они должны устранять пробелы в медицинском обслуживании и обеспечивать эффективную преемственность и последовательность медицинской помощи на различных уровнях
Поддержка со стороны различных заинтересованных сторон	Поддержка инициатив по оптимизации ПКС и лоббирование в пользу таких инициатив или наоборот в противодействие им

Микроуровень	
Неуверенность в успехе/опасения	Степень неуверенности относительно успеха инициатив по оптимизации ПКС среди соответствующих профессиональных категорий, а также любой предыдущий опыт с такого рода инициативами
Профессиональная культура и стиль практики	Степень, в которой различия в профессиональной культуре и стиле практики учитываются в рамках инициатив по оптимизации ПКС, а также характер модификаций, сделанных для удовлетворения различных потребностей и ожиданий
Коммуникация	Формальные и неформальные методы коммуникации среди профессиональных групп, участвующих в инициативах по оптимизации профессионально-квалификационной структуры
Профессиональные взаимоотношения	Традиционные и новые развивающиеся взаимоотношения между профессиональными группами, вовлеченными в инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры

Ввиду этой многоуровневой перспективы инструменты политики оптимизации профессионально-квалификационной структуры должны быть в состоянии:

- изменять существующие или внедрять новые профессиональные роли с помощью различных организационных и нормативных механизмов;
- обеспечивать поддержку выполнению новых или расширенных профессиональных ролей через коллективное финансирование, привлекая соответствующих работников к оказанию общественных услуг, а также путем изменения финансовых стимулов;
- создавать и поддерживать образовательную базу (компетентность и потенциал), необходимую для выполнения новых и расширенных профессиональных ролей.

Как было указано ранее, крайне важно обеспечить поддержку со стороны соответствующих профессиональных организаций. Это особенно касается тех инициатив, которые направлены непосредственно на изменение профессиональных ролей, а не на изменение связей и отношений между различными службами, которые, как правило, не вызывают открытой оппозиции, наблюдаемой в некоторых примерах из практики, отмеченных в данном обзоре, например, в Германии.

Организационные и нормативные механизмы

Во многих научных исследованиях, посвященных оптимизации профессионально-квалификационной структуры, подчеркивается, что организационные и нормативные механизмы могут как способствовать, так и наоборот препятствовать изменениям. В ряде случаев изменения затрагивают несколько секторов, например, сектор здравоохранения и сектор социальной защиты, особенно если инициатива относится к созданию новой службы или переводу существующей службы из одного сектора в другой (8). Регулирование профессиональных практических функций имеет особенно важное значение и может либо улучшать, либо ухудшать возможности для расширения или передачи функций в зависимости от того, насколько хорошо учтено имеющее место дублирование функций в различных секторах (36). Во многих случаях для более широкого осуществления инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры по истечению пилотной фазы нужно изменить нормативную базу, что требует поддержки со стороны правительства и ключевых заинтересованных сторон.

В Германии, где инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры проводились главным образом для преодоления фрагментации служб путем большей их интеграции, фрагментация системы здравоохранения в целом продолжает оставаться барьером для осуществления необходимых перемен. Дополнительные препятствия, связанные с нормативной базой и действующими механизмами сотрудничества различных заинтересованных сторон, включают отсутствие однородного регулирования деятельности организаций, оказывающих помощь, и плохую координацию действий различных секторов и профессиональных групп. Система здравоохранения также сильно поляризована действиями ассоциаций врачей и фондов медицинского страхования, которые активно препятствуют созданию новых профессиональных групп и новых категорий работников, принимающих участие в формировании политики здравоохранения (38). Кроме того, механизмы регулирования и организации медицинского обслуживания, прежде всего, отвечают интересам врачей. Хотя правительство и принимает все более активное участие в формировании стратегий в области здравоохранения, новые такие стратегии и соответствующие стимулы попрежнему сфокусированы на врачах.

Аналогичная ситуация сложилась в Испании, где множество учреждений с различными интересами вовлечены в процесс принятия решений по кадровым ресурсам здравоохранения и где система медицинской помощи является весьма децентрализованной. Все это затрудняет достижение консенсуса о необходимом числе врачей или медсестер, а также

координацию централизованного регулирования условий образования и подготовки и условий труда. Хотя официальная ответственность за медицинскую помощь и делегирована 17 автономным сообществам страны, нормативно-правовая база, регулирующая оплату труда работников здравоохранения, трудовые взаимоотношения и переговоры об условиях труда, отражает систему гражданской службы и утверждается центральным правительством. В результате этого, организаторы здравоохранения на региональном уровне и в учреждениях здравоохранения имеют лишь ограниченные возможности для испытания новых моделей профессиональной структуры, внедрения необходимых стимулов и усиления приверженности работников здравоохранения целям новой модели организации здравоохранения (39).

Таким образом, централизация может как способствовать, так и препятствовать инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры (ПКС) в зависимости от того, оказывает ли центр поддержку этим инициативам и того, как местные структуры относятся к центральным органам управления. В Соединенном Королевстве центральные органы оказали такую поддержку, хотя следует отметить, что они просто позволили развиваться инициативам по оптимизации ПКС на местном уровне, а затем обеспечили их расширение и не стали применять вертикальный подход, чтобы разработать определение более широких профессиональных ролей, а затем принять меры для их регулирования (5).

Коллективное финансирование и изменение системы стимулов

Было отмечено, что ключевыми факторами для обеспечения успеха и устойчивости инициатив по оптимизации ПКС является надлежащее финансирование новых или расширенных профессиональных ролей и изменение системы финансовых стимулов (как положительного, так и отрицательного характера) для имеющихся категорий персонала. Это подтверждает как опыт Соединенного Королевства с высококвалифицированными медсестрами, так и опыт стран из других регионов ВОЗ, включая Канаду и Соединенные Штаты Америки (36,37,40).

В Финляндии в связи с расширением ролей медицинских сестер выяснилось, что важным фактором в этом процессе является соответствующая оплата труда новой категории медперсонала за выполнение новых функций, что имеет большое значение для потенциальной экономической эффективности таких инициатив. Если модифицированные профессиональные категории требуют за свой труд такого же вознаграждения, как и нынешняя профессиональная категория, – то любая потенциальная экономия от реализации таких мер сводится на

нет. Как правило, для проведения таких инициатив по изменению профессионально-квалификационной структуры нужны другие причины, например, нехватка работников, выполняющих данную функцию в настоящее время.

В Российской Федерации, где большинство вопросов, связанных с кадровыми ресурсами, такие как продолжительность рабочего времени, отпуск, условия увольнения, возраст выхода на пенсию, определяется федеральным законом о труде и где федеральный закон о тарифах регулирует уровень государственных окладов, имеется потенциал для центрального финансирования инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры. Дополнительное финансирование может также быть изыскано самой администрацией, например, за счет услуг, оплачиваемых самими пациентами, или за счет фондов добровольного медицинского страхования. Для выполнения новых задач, стоящих перед системой здравоохранения Российской Федерации, начат процесс реформирования системы управления, развития и подготовки медперсонала (18). Основные трудности на переходном этапе включают неблагоприятные нормативно-правовые и трудовые условия, неадекватная инфраструктура здравоохранения, слабые механизмы финансирования.

Образовательная компетентность и образовательный потенциал

Как показывает пример Соединенного Королевства, образовательная компетентность имеет ключевое значение как для расширения имеющихся профессиональных ролей, так и для создания таких новых ролей. Потенциал, необходимый для подготовки работников, способных выполнять расширенные или новые роли, также имеет огромное значение. В свою очередь, для этого необходимы соответствующие стандарты для новых или расширенных ролей, а также соответствующий механизм обучения и подготовки необходимого персонала.

В Испании с ее короткой программой обучения медицинских сестер вопрос об образовательном потенциале имеет особенно большое значение. Решение о том, должна ли быть программа подготовки медсестер расширена и соответственно увеличена по своей продолжительности, обсуждается в настоящее время; такое изменение программы будет одним из важнейших условий какого бы то ни было расширения функций медсестер в этой стране. Однако в условиях Испании внедрение категории практикующих медсестер представляется мало реалистичным ввиду имеющегося дефицита медсестер, с одной стороны, и относительного избытка врачей, с другой.

В Российской Федерации, где акцент был поставлен на расширение роли врачей общей практики, централизованная образовательная система может играть роль мощного стимулирующего фактора. Но хотя федеральное правительство и поддерживает усилия по увеличению числа врачей общей практики, только ограниченное число врачей выбирает эту профессию, главным образом из-за ее низкой престижности. Для улучшения ситуации полезным может быть использование финансовых стимулов, например, специальных стипендий для студентов, получающих профессию врача общей практики. Для устранения проблемы, связанной с низкой престижностью ВОП, более полезным подходом может быть внедрение более высоко оцениваемой степени, такой, например, как специальность семейного врача.

Профессиональные ассоциации

Важным фактором для успеха также является поддержка (или по крайней мере отсутствие оппозиции) со стороны профессиональных ассоциаций или союзов, интересы которых в наибольшей степени затрагивают инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры. Как отмечалось выше, врачи в Соединенном Королевстве поддержали инициативу по созданию категории высококвалифицированных медицинских сестер. В таких странах, как Германия и Испания, врачи активно лоббируют свои интересы в правительстве и оказали очень маленькую поддержку тем инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, которые влияют на их традиционно сложившиеся функции. Кроме того, как было отмечено в Финляндии, врачи особенно неохотно делегируют свои символические функции, такие, например, как диагностика и назначение лекарственных средств.

Выводы

В данном аналитическом обзоре мы дали описание основных факторов, стимулирующих инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, различные подходы к такой оптимизации, а также основные контекстуальные факторы, содействующие или, наоборот, препятствующие работе в этом направлении в различных странах Европейского региона ВОЗ, которые все без исключения испытывают проблемы с кадровыми ресурсами здравоохранения, некоторые из которых являются общими для многих стран, а некоторые – специфическими для отдельных стран. Мы также указали на данные (или на дефицит данных) о расходах, которые, как правило, будут связаны с некоторыми из проводимых инициатив и принимаемых решений, и на

вытекающие из этого последствия. Однако по некоторым из результатов исследований, посвященных инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, трудно делать общие выводы. Более того, инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры должны основываться на учете потребностей конкретных категорий пациентов и особенностей конкретных систем здравоохранения, а не на общей установке на обеспечение универсальной идеальной кадровой сбалансированности в здравоохранении (7).

Тем не менее, для того чтобы помочь руководителям здравоохранения, в том числе руководителям кадровых служб, определить, нужно ли им проводить инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, и если да, то какими должны быть эти инициативы, мы предлагаем два полезных подхода. Первый из них представляет собой следующий четырехэтапный процесс:

1. оценка состояния служб, проводимых мероприятий и кадровой структуры;
2. оценка возможностей управления текущей ситуацией с учетом конкретных контекстуальных ограничивающих факторов;
3. оценка ресурсов, имеющихся для проведения необходимых мер и для их оценки;
4. выбор и реализация подхода к оптимизации профессионально-квалификационной структуры, учитывая при этом как период времени, необходимый для проведения изменений, так и желательный охват конкретной инициативы.

Особенно важное значение при этом имеет диапазон управления. Ряд его отдельных элементов уже отмечался, а более полный их перечень включает следующее (41):

- национальная система оплаты труда;
- штатные нормативы, в том числе по соотношению различных категорий персонала;
- регулирование трудовых отношений – фиксированное распределение работ в рамках государственной службы и в общественном секторе;
- регулирование деятельности работников здравоохранения и их аккредитация;
- автономность образовательного сектора;

- аккредитация организаций;
- внешний контроль бюджетов;
- сочетание государственных и частных форм медицинского обслуживания;
- факторы рынка труда, такие как относительный уровень оплаты труда и защита рабочего места;
- общая экономическая ситуация;
- общественные и культурные ценности.

Второй подход является вспомогательным, и он состоит из пяти шагов (9):

1. сбор и анализ имеющихся данных о кадровых ресурсах до этапа принятия каких-либо решений, что предусматривает обязательную постановку ряда вопросов, например: какие виды функций и работ нужны; кто выполняет их сейчас; и кто мог бы их выполнять при изменении профессионально-квалификационной структуры;
2. создание стратегических партнерств в целях обеспечения лидерства и коррекции политики, необходимых для проведения инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры;
3. сбор взглядов и мнений клиентов и сообщества, что является важным условием для обеспечения того, чтобы изменения профессионально-квалификационной структуры были приняты теми, для кого они предназначены;
4. тщательная оценка того воздействия, которые принимаемые меры могут оказать на кадровые ресурсы;
5. тщательный анализ и рассмотрение стратегий набора персонала и критериев подбора работников, что будет способствовать достижению целей оптимального размещения кадров, таких, например, как улучшение обслуживания населения сельских или недостаточно обслуживаемых областей.

Помимо этих двух полезных многоэтапных подходов, в каждом из которых подчеркивается значимость тех ключевых контекстуальных элементов, которые были рассмотрены выше, важно еще раз отметить, что инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры должны основываться на нуждах местных систем здравоохранения и конкретных групп пациентов. При этом полезно помнить, что с точки зрения возможного принятия стратегических решений, реформирование служб здравоохранения, из которого вытекает

необходимость в изменении профессионально-квалификационной структуры, может быть более эффективным подходом, чем меры, специально направленные на изменение этой структуры.

Библиография

1. Richards A et al. Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2000, 37:185–197.
2. Richardson G et al. Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy*, 1998, 45:119–132.
3. *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007 (<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf>, accessed 23 April 2008).
4. Buchan J. Determining skill-mix: lessons from an international review. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999; 3:80–90.
5. Buchan J, Calman L. *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper No. 17; <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>, accessed 23 April 2008).
6. Buchan J, Maynard A. United Kingdom. In: Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The Health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:129–143 (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, accessed 23 April 2008).
7. Buchan J, Dal Poz MR. Skill-mix in the health-care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(7):575–580.
8. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce, *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):28–38.
9. Bluestone J. *Task shifting for a strategic skill mix*. Chapel Hill, NC, The Capacity Project, IntraHealth International, Inc., 2006 (Technical Brief 5; http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_5.pdf, accessed 23 April 2008).
10. *The world health report 2006. Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 23 April 2008).
11. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, accessed 23 April 2008).

12. Chen L et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364(9449):1984–1990.
13. *Health workforce policies in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/rc571edoc09.pdf>, accessed 23 April 2008).
14. *HR in the NHS Plan – more staff working differently*. London, Department of Health, 2002 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009112, accessed 23 April 2008).
15. *Sosiaali- ja terveystietäminen 2006 [Report on social affairs and health 2006]*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006 (Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, 2006:4).
16. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 23 April 2008).
17. *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2006*. Berlin, Bundesärztekammer, 2007 (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008>, accessed 23 April 2008).
18. Rese et al. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *British Medical Journal*, 2005, 331:204–207.
19. Blank RH, Burau VD. *Comparative health policy*, 2nd ed. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2007.
20. Freeman R. *The politics of health in Europe*. Manchester, Manchester University Press, 2000.
21. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the UK, the USA and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
22. Wanless D. *Securing our future health: taking a long term view*. London, HM Treasury, 2002.
23. *Decision in principle by the Council of the State on securing the future of health care*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2002 (Brochures 2002:2eng).
24. Kärkkäinen O et al. Lääkärien ja hoitajien välisen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä [Developing the division of labour between doctors and nurses through interprofessional work]. *Suomen Lääkärilehti*, 2006, 61(24):2647–2652.

25. *Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2005 toiminnasta [Report by the Monitoring Group for the National Health Care on Actions in Spring 2005]*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2005 (Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, 2005:17).
26. Hutchinson L, Marks T, Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *British Medical Journal*, 2001, 323:1244–1247.
27. Parle JV, Ross NM, Doe WF. The medical care practitioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. *Medical Journal of Australia*, 2006, 185(1):13–17.
28. Wrede S. Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. In: Kuhlmann E, Saks M, eds. *Rethinking governance, remaking professions: international directions in health care*. Bristol, Policy Press, 2008:127–140.
29. ICN announces its position on advanced nursing roles. *International Nursing Review*, 2002, 49:202–206.
30. *Making a difference: strengthening the nursing, midwifery and health visitor contribution to health and healthcare*. London, Department of Health, 1999 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007977, accessed 23 April 2008).
31. *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform report*. London, Department of Health, 2000 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960, accessed 23 April 2008).
32. Horrocks S, Anderson E, Sailsbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 2002, 324:819–823.
33. Vallimies-Patomäki M, Perälä M-L, Lindström E. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus [How has the expansion of the nursing work profile succeeded? A systematic review]. *Tutkiva Hoitotyö*, 2003, 1(2):10–14.
34. Laurent M et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (2):CD001271.
35. *Competencies in nursing: nurse practitioner – an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*. London, Royal College of Nursing, 2002.

36. Bourgeault IL, Mulvale G. Collaborative health care teams in Canada and the U.S.: confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 2006, 15(5):481–495.
37. Mulvale G, Bourgeault IL. Finding the right mix: how do contextual factors affect collaborative mental health care in Ontario? *Canadian Public Policy*, 2007, 33(Suppl. 1):49–64.
38. Kuhlmann E. *Modernising health care. Reinventing professions, the state and the public*. Bristol, Policy Press, 2006.
39. Rico A, Sabes R. *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>, accessed 23 April 2008).
40. Bourgeault IL. Gendered professionalization strategies and the rationalization of health care: midwifery, nurse practitioners, and hospital nurse staffing in Ontario, Canada. *Knowledge, Work and Society/Savoir, Travail et Société*, 2005, 3(1):25–52.
41. Buchan J, O'May F. Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health Development Journal*, 2000, 4(2):111–118 (<http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj10/pdf10/buchanm.pdf>, accessed 23 April 2008).

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

– это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).