



trio.be

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ  
ПРИНЦИПОВ №2

# Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения

Gilles Dussault, James Buchan,  
Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПРИНЦИПОВ №2

# Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения

**Gilles Dussault, James Buchan,  
Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga**

*Краткое изложение принципов подготовлено для конференции "Инвестирование в кадровые ресурсы здравоохранения Европы завтрашнего дня: возможности для инноваций и сотрудничества" (Ла-Юльп, 9–10 сентября 2010 г.), которая была организована в рамках председательства Бельгии в ЕС.*

Ключевые слова:

HEALTH MANPOWER – trends

HEALTH PERSONNEL – trends

NEEDS ASSESSMENT

HEALTH PLANNING

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г.

---

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-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

---

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и представление материалов в ней ни в коем случае не подразумевают выражения какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ или пределов. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока 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.

ISSN 2078-5011

# Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения

---

Содержание	Страница
Основные положения	iv
Реферат	v
1 Введение	1
2 Трудности, связанные с оценкой будущих потребностей в КРЗ	3
3 Подходы, стратегии и инструменты	10
4 Опыт стран	15
5 Уроки	33
Вопросы к Европейской комиссии, касающиеся стратегического курса	36
Основные положения: резюме	37
Библиография	38
Полезные источники информации и дополнительные материалы по теме	41
Приложение: Обзор источников данных для планирования КРЗ в Европе	42

## Авторы

**Gilles Dussault**, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, New University of Lisbon, Португалия

**James Buchan**, School of Health Sciences, Queen Margaret University, Эдинбург, Соединенное Королевство

**Walter Sermeus**, Centre for Health Services and Nursing Research, School of Public Health, Faculty of Medicine, K. U. Leuven, Бельгия

**Zilvinas Padaiga**, International Relations and Study Centre, Faculty of Medicine, Kaunas University, Литва

## Основные положения

- Выбор стратегии оценки будущих кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) является ценностно-ориентированным и зависит от того, какие результаты для здоровья и цели медицинского обслуживания запланированы руководителями высшего звена.
- На протяжении многих лет международными организациями, равно как и отдельными странами были предложены и опробованы разнообразные модели, подходы и наборы инструментов для оценки потребностей в кадровых ресурсах.
- Обычно анализ положения дел с кадровыми ресурсами для определения будущих потребностей в персонале строится на таких переменных, как прогнозируемый рост населения, технологические и социальные изменения, профессионально-квалификационная структура, качество выполнения профессиональных функций на индивидуальном уровне и политика здравоохранения.
- Нет смысла обучать достаточное количество врачей или медсестер, а потом видеть, как они уезжают в другие страны из-за того, что они не востребованы на отечественном рынке труда, или из-за того, что условия работы недостаточно привлекательны.
- Оценка будущих потребностей в КРЗ – это не только прогнозирование цифр. Формирующие политику руководители высшего звена также должны обращать внимание на вопросы найма, образования, распределения, сохранения, мотивирования и управления КРЗ, что требует улучшения знания об ожиданиях и поведении работников здравоохранения.
- Удовлетворение потребностей в КРЗ предполагает нечто большее, чем просто подготовка большего количества работников: рост кадрового потенциала может быть достигнут за счет повышения квалификации, изменения профессионально-квалификационной структуры кадров и повышения производительности.
- Важно воспринимать планирование КРЗ как процесс, при котором основные заинтересованные партнеры вовлечены в оценку потребностей в переменах и разработку стратегий для осуществления этих перемен.
- Чем лучше будет информационная база и технический потенциал для ее использования, тем более точным будет диагноз и выбор мер вмешательства.

- Крайне важную роль в адаптации мер вмешательства к изменяющимся условиям играет мониторинг.
- Инвестирование в развитие кадровых ресурсов требует наличия достаточных и предсказуемых средств и источников финансирования. Отдача от такого инвестирования вскоре станет очевидной: она будет выражаться в улучшении доступа к услугам, более эффективном использовании ресурсов и росте удовлетворенности граждан.

## Реферат

### **Вопрос стратегического значения и цель краткого изложения принципов**

Многим странам бывает трудно обеспечить адекватное распределение имеющихся кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), а легкость, с которой медицинские работники перемещаются из одной страны Европы в другую, осложняет планирование на национальном уровне, отчасти по причине неудовлетворительного учета миграционных потоков.

Данное краткое изложение принципов предназначено для того, чтобы проинформировать руководящих лиц, вырабатывающих политику и принимающих решения, о состоянии знаний о том, каким образом лучше всего оценивать будущие потребности в КРЗ и реагировать на них. Краткое изложение принципов начинается с обсуждения сути проблемы, связанной с оценкой будущих КРЗ. После этого описываются имеющиеся инструменты и стратегии, обсуждаются их сильные и слабые стороны, излагаются уроки из соответствующего опыта разных стран и приводится резюме основных выводов, вытекающих из анализа существующего положения дел.

### **Трудности, связанные с оценкой будущих потребностей в КРЗ**

Для того, чтобы оценка потребностей в КРЗ была реальной, она должна быть выполнена технически грамотно, но прежде всего она должна строиться на нескольких основных исходных посылах. Во-первых, потребности в кадровых и других ресурсах следует рассматривать как подчиненные по отношению к потребностям и задачам медицинского обслуживания и охраны здоровья, на основании которых они и определяются. Во-вторых, будущие потребности зависят от того, чего ожидают от "адекватно функционирующих кадровых ресурсов" с точки зрения охвата услуг и групп населения, производительности и качества конечных результатов. В-третьих, непременной предпосылкой точного прогнозирования потребностей является правильное понимание

нынешней и будущей динамики вхождения на рынок рабочей силы здравоохранения и ухода с него.

В данном документе описаны несколько основных областей, в которых возникают трудности: трудности, связанные с оценкой потребностей в услугах и работниках здравоохранения и спроса на них; трудности, связанные с оценкой предложения; методологические трудности и трудности, связанные со стратегией/политикой. Выявление и оценка этих трудностей является предпосылкой для того, чтобы руководители, формирующие политику и занимающиеся планированием на высшем уровне, смогли осознать необходимость создания таких условий, при которых критически важная работа по оценке КРЗ будет нужной и эффективной.

### **Подходы, стратегии и инструменты**

На протяжении многих лет для оценки потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения международными организациями, равно как и отдельными странами были предложены и опробованы разнообразные модели, подходы и наборы инструментов. К ним относятся оценка на основании соотношения числа медицинских работников и численности населения; подход, основанный на показателях пользования медицинскими услугами или спроса на них; подход на основе целевых показателей обслуживания и подход, основанный на потребностях в здравоохранении и услугах. Любой анализ положения дел с кадровыми ресурсами, проводимый с целью определения будущих потребностей в кадрах медицинских работников, обычно строится на таких переменных, как прогнозируемый прирост населения, технологические и социальные изменения, профессионально-квалификационная структура кадров, качество выполнения профессиональных функций на индивидуальном уровне и политика здравоохранения.

### **Опыт стран**

В подавляющем большинстве стран мира выраженной в явной форме стратегии в области кадровых ресурсов здравоохранения нет. Обычно, если чему-то и уделяется стратегическое внимание, то только установлению числа специалистов, которых необходимо обучить, и связанных с их обучением расходов, а не разработке всеобъемлющей стратегии, которая охватывала бы вопросы оплаты, условий труда, найма и сохранения кадров. Однако существуют и страны, опыт которых позволяет сформировать более полное представление о ситуации – это Англия, Бельгия, Германия, Ирландия, Испания, Литва, Словения и Финляндия, а также Австралия и Канада.

## Уроки

Балансировать и прогнозировать потребности в работниках здравоохранения, спрос на них и предложение сложно в любой ситуации. Ни в одной стране мира это не делается так, чтобы можно было назвать это "передовой практикой". Все чаще признается, однако, что делать это нужно, чтобы достичь поставленной цели – сделать услуги здравоохранения более доступными, а также более эффективными и рациональными. В документе представлены десять основных уроков для руководителей высшего звена:

1. Оценка будущих потребностей в КРЗ очень нужна и полезна.
2. При проведении оценки потребностей важно, чтобы руководители высшего звена открыто заявляли о ценностях, принципах и стратегиях, которыми они руководствуются.
3. Будущие потребности выражаются не только в цифрах – критически важными переменными являются такие аспекты рабочей среды, как разделение (профессионально-квалификационная структура кадров) и организация труда, виды компетентности, условия труда и целевые показатели производительности и качества.
4. Необходимо применять более комплексный подход к оценке: например, следует рассматривать все КРЗ в целом.
5. Опыт стран, вкладывавших ресурсы в оценку потребностей в КРЗ, убедительно демонстрирует важность информационной базы, которая способна обеспечить достоверные, надежные и современные данные для мониторинга кадровых ресурсов и изменений на рынке труда здравоохранения.
6. Даже располагая самыми точными данными и прогнозами, государство не может просто диктовать или вводить директивным способом те или иные перемены. Перемены все равно должны обсуждаться и приниматься путем переговоров, и поэтому важно как можно раньше вовлекать в этот процесс различных заинтересованных партнеров.
7. Прогнозировать будущие потребности труднее, когда эта функция децентрализована.
8. Согласия в отношении продолжительности периода планирования нет, но очевидно, что чем больше этот период, тем более рискованными становятся прогнозы.
9. Ключом к реагированию на меняющиеся потребности является гибкое осуществление стратегий, основанное на тщательном

мониторинге. План по кадровым ресурсам не должен восприниматься как документ, который создается раз и навсегда и не подлежит адаптации и изменению – он должен апробироваться и пересматриваться по мере необходимости.

10. На уровне всей страны может наблюдаться избыток или недостаток КРЗ, но эти состояния могут и сосуществовать внутри страны, когда одни регионы испытывают дефицит кадровых ресурсов, а другие имеют излишек. Это создает значительные политические и экономические проблемы стратегических масштабов, а также негативно влияет на оказание медико-санитарной помощи.

# 1 Введение

## К истории вопроса

*В рамках председательства Бельгии в ЕС (июль-декабрь 2010 года) "оценка потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения (КРЗ)" была названа одним из важных вопросов, требующих решения в контексте усилий по укреплению систем здравоохранения. Этот выбор соответствует политике ЕС и содержанию дискуссий, вызванных "Зеленой книгой по кадровым ресурсам здравоохранения в Европе", которая была представлена читательской аудитории в декабре 2008 года. Также этот выбор уместен еще и потому, что он отвечает потребностям в советах и рекомендациях, которые испытывают страны, готовящиеся встретить будущие проблемы в секторе здравоохранения. Многим странам трудно обеспечить надлежащее распределение КРЗ между уровнями и типами услуг и между географическими и социально-экономическими зонами. Мобильность кадров здравоохранения, а также потребителей услуг здравоохранения между странами Европы затрудняет планирование на уровне стран – отчасти по причине неудовлетворительной регистрации миграционных потоков.*

## Зачем нужна оценка нынешних и будущих потребностей в КРЗ?

В обоснование необходимости оценки того, сколько работников здравоохранения и какого типа, с какими видами компетентности и обязанностями потребуется отдельным странам через 5, 10 или 15 лет, можно представить четыре главных аргумента.

Первый аргумент касается изменения потребностей в услугах здравоохранения по мере изменений в демографических (половозрастная структура), эпидемиологических, культурных и социальных характеристиках населения. У стареющего населения европейских стран складывается такая структура потребностей, которая требует смещения акцентов в сторону услуг, связанных с ведением хронических состояний, оказанием социальной помощи в большем объеме и реагированием на потребности, возникающие в конце жизни. Возникновение новых инфекционных заболеваний и возвращение старых, таких как туберкулез, также создает новые потребности в добавление к уже существующим. Все это требует корректировки в составе КРЗ и в комплексе технических и культурных навыков, которыми должны овладеть работники здравоохранения, сохраняя при этом способность оказывать услуги, оказываемые в настоящее время.

Во-вторых, спрос на услуги также будет изменяться под действием таких факторов, как меняющиеся ожидания потребителей, миграция населения, технические новшества (фармацевтические препараты, оборудование

и методика диагностики и лечения, телемедицина) и организационные нововведения, направленные на повышение качества функционирования систем медико-санитарной помощи (смещение акцентов на первичную медико-санитарную помощь, работа бригадным методом, интеграция услуг, новые условия контрактов и условия работы).

Третий аргумент заключается в том, что и сами кадры здравоохранения тоже меняются. Они сталкиваются с социально-демографическими изменениями (например, старение) и феминизацией некоторых профессий, таких как медицина, стоматология и фармацевтика. Кроме этого, ожидания молодых работников в отношении качества жизни отличаются от ожиданий предыдущих поколений. Эти изменения влияют на активность на рынке труда и на производительность труда. Более того, привлечение кадров в сектор здравоохранения наталкивается на жесточайшую конкуренцию со стороны других секторов, особенно в сегментах с более низкой заработной платой, таких как сестринское дело и социальный уход.

Наконец, может быть достаточно большой задержка во времени между принятием решений об изменениях и достижением результатов. Расширение производства новых кадров может потребовать открытия новых учебных заведений, найма дополнительного количества преподавателей, пересмотра существующих и разработки новых учебных планов и внедрения новых педагогических стратегий. На все это уходят годы.

Руководители высшего звена все больше понимают, как трудно регулировать предложение работников здравоохранения, хотя бы уже потому, что они составляют около 10% всех кадровых ресурсов. Во многих странах руководство обязано предупреждать такие проявления дисбаланса, как нехватка или избыток кадров или нерациональное распределение по географическим регионам или организациям, которые не только влекут дополнительные экономические издержки, но и подрывают эффективность всей системы оказания медико-санитарных услуг. Было бы наивным полагать, что это регулирование будет происходить спонтанно или его осуществит невидимая рука рынка.

Оценка потребностей является лишь началом процесса построения фундамента системы медико-санитарных услуг – ее кадровых ресурсов. Полученные результаты оценки затем позволяют обсуждать и устанавливать приоритеты, цели и стратегии, соответствующие более широким направлениям политики в сфере оказания услуг и здравоохранения.

### **Цель и структура краткого изложения принципов**

Предлагаемое краткое изложение принципов предназначено для информирования лиц, определяющих политику и принимающих

решения, о состоянии знаний о том, как лучше всего проводить оценку будущих потребностей в КРЗ и реагировать на них. Представленные в нем рекомендации основываются на имеющихся фактических данных и на опыте стран, которые выработали методики оценки своих будущих потребностей – сколько работников здравоохранения им потребуется, с какими умениями и навыками, где они будут работать, в каком типе организационных структур и каковы будут условия их труда.

В кратком изложении принципов сначала обсуждается природа трудностей, связанных с оценкой будущих КРЗ. Далее рассказывается о существующих инструментах и методиках и рассматриваются их сильные и слабые стороны, после чего излагаются уроки, полученные из опыта стран, и в обобщенном виде приводятся основные выводы из анализа положения дел.

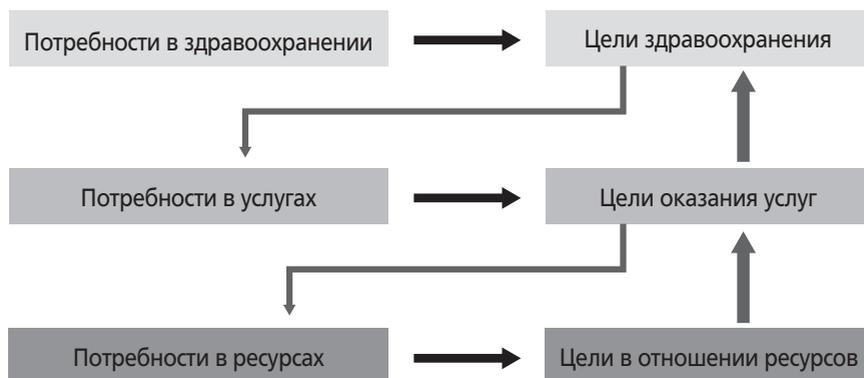
## 2 Трудности, связанные с оценкой будущих потребностей в КРЗ

### Важные исходные посылки

Для того, чтобы оценка потребностей в КРЗ была реальной, она должна быть выполнена технически грамотно, но прежде всего она должна строиться на нескольких основных исходных посылках:

- Потребности в кадровых и других ресурсах следует рассматривать как подчиненные по отношению к потребностям и задачам медицинского обслуживания и охраны здоровья, на основании которых они и определяются (рис. 1): последние могут формулироваться в национальной политике здравоохранения и основываться

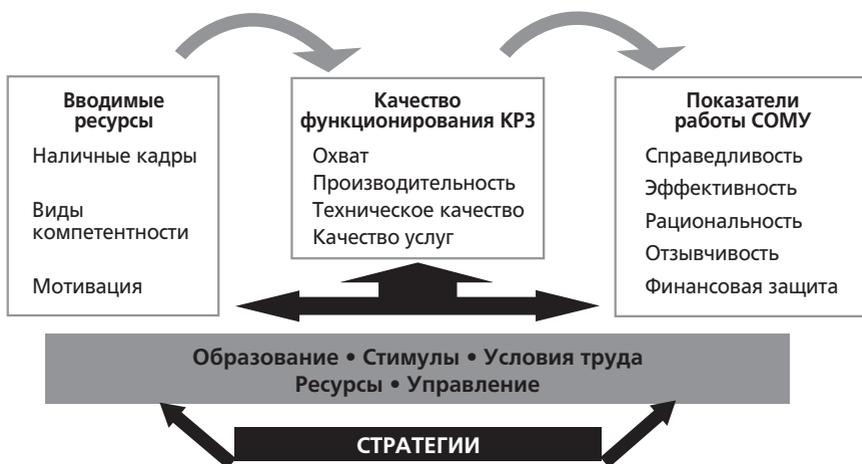
Рис. 1. Связь между потребностями и целями



на некоторой совокупности целей в отношении качества функционирования, предложенных Всемирной организацией здравоохранения (1), например, равный доступ, эффективность, рациональность, отзывчивость, финансовая защита (см. рис. 2).

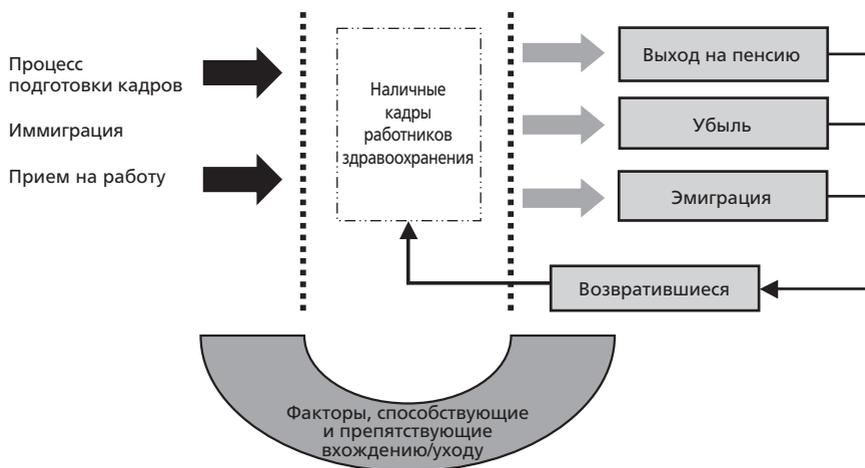
- Еще одна предпосылка заключается в том, что будущие потребности зависят от того, чего ожидают от "адекватно функционирующих кадровых ресурсов" с точки зрения охвата услуг и групп населения, производительности и качества конечных результатов (рис. 2); без подобного определения решения о будущих КРЗ будут случайными или основываться на иных критериях, нежели потребности в услугах и цели оказания услуг.

**Рис. 2. КРЗ и качество функционирования системы оказания медицинских услуг**



- В-третьих, непрременной предпосылкой точного прогнозирования потребностей и планирования ответных мер в соответствии с этими потребностями является правильное понимание нынешней и будущей динамики вхождения на рынок рабочей силы здравоохранения и ухода с него (рис. 3).

Рис. 3. Простая модель динамики наличных кадров работников здравоохранения<sup>1</sup>



### Трудности, связанные с потребностями и спросом на услуги и на работников здравоохранения

Для прогнозирования будущих потребностей и спроса необходимо вначале ответить на ряд важных вопросов, таких как:

- Какими будут демографические, эпидемиологические и социально-культурные характеристики населения через 5, 10 или 15 лет?
- Какими станут основные потребности в медицинских услугах? Больше хронических заболеваний, больше расстройств психического здоровья, возникновение новых болезней, обусловленных миграционными потоками, изменением климата, рисками, связанными с окружающей средой?
- Какую форму примет спрос на услуги? Какими будут предпочтения лучше информированных и образованных граждан и потребителей, руководителей высшего звена и тех, кто будет оплачивать услуги? Как будут финансироваться эти услуги?

<sup>1</sup> Включает всех работников, как активных (работающих или готовых работать), так и неактивных (получивших образование, но не желающих работать в секторе здравоохранения). Убыль включает и тех, кто не присутствует на рынке труда, и тех, кто по какой-либо причине уходит из сектора до обычного завершения профессиональной деятельности.

- Каким образом эти технологические и организационные изменения повлияют на спрос? Например, приоритетное значение, которое придается первичной медико-санитарной помощи в соответствии с политикой многих стран ЕС, создает спрос на увеличение количества услуг, приближенных к потребителю, включая профилактику, общественное здравоохранение и укрепление здоровья. Расширение амбулаторной медико-санитарной помощи формирует спрос на услуги, в том числе на предоставляемую по-иному стационарную помощь. Будет ли доступ к специализированным услугам облегчен благодаря информационным и коммуникационным технологиям? Будет ли он способствовать трансграничному пользованию услугами? Станет ли нормой доказательная медицина, благодаря улучшению доступа к информации?
- Какого типа работники (клиницисты, преподаватели, научные сотрудники, администраторы) будут требоваться? Сколько их потребуется? С какими видами компетентности и каким типом и уровнем образования? Какие расходы это повлечет?
- Кто будет принимать решение о том, в чем состоят "потребности", и на каком уровне?

### **Трудности, связанные с предложением, также вызывают много непростых вопросов**

- Каково предложение в настоящее время? Каковы его демографические (возраст, пол, тенденции) и профессиональные характеристики (профессионально-квалификационная структура, образовательный уровень)? Как оно распределено по типам организаций, уровню и типам служб (включая неклинические службы, такие как управление, образование, научные исследования и другие виды деятельности, связанные со здравоохранением), по географическим регионам, между частным и государственным секторам? Эти вопросы могут показаться несложными, но в действительности лишь в немногих странах существуют информационные системы, способные предоставить такого рода данные с приемлемой точностью.
- Каким будет предложение через 5, 10 и 15 лет при сохранении нынешних уровней производства кадров? Каков потенциал для увеличения производства, если это потребуется? Наблюдается ли в настоящее время перепроизводство в каких-либо категориях, и если да, то как его можно снизить? Какие механизмы воздействия на производителей и учреждения образования, позволяющие осуществлять регулирование в соответствии с потребностями, имеются у работодателей?

- Теряет ли страна рабочую силу из-за эмиграции или из-за других форм убыли, отличных от "естественных и ожидаемых", таких как ранний выход на пенсию и потери, вызванные нездоровьем, несчастными случаями, смертью или низкой удовлетворенностью работников? Это может иметь место в тех случаях, когда работники принимают решение уйти из сектора здравоохранения в поисках лучших условий труда.
- Каковы основные показатели рынка труда (например, показатели участия в трудовой деятельности; соотношение работающих на условиях частичной занятости и работающих на условиях полной занятости, численность безработных и совместителей) и как они меняются?
- Какие услуги будут предлагаться, в каких типах учреждений и кем? Как это повлияет на требования к образованию?
- Каким образом технология повлияет на потенциал производства услуг?
- Какими будут предпочтения и модели поведения поставщиков услуг с точки зрения типа и интенсивности видов деятельности (количество часов работы), специальностей, областей практики и уровней помощи?
- Каким образом будет организовано оказание услуг (интеграция помощи, работа в бригадах)? Как изменится производительность?
- Каковы критические разрывы между спросом и предложением в настоящее время, между спросом и предложением в будущем (как осуществляется измерение, калибровка разрывов)?

Все эти вопросы затрагивают проблемы, выходящие за пределы простого прогнозирования численных показателей. Примеры таких проблем включают расширение сферы практики в таких профессиях, как сестринское дело; перекладывание задач, т.е. делегирование работы, традиционно выполняемой исключительно какой-то одной категорией работников, другим категориям, или появление новых методов работы, например, в составе бригады или на расстоянии с применением телемедицины. Все это должно учитываться в рассуждениях о том, какие КРЗ потребуются стране в будущем.

---

<sup>2</sup> Подобные тенденции в сестринском деле изучаются в 10 странах ЕС в рамках "Исследования раннего ухода медсестер с рынка труда" (NEXT), которое проводится на средства Европейской комиссии. См. <http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?next-study>.

## Методологические трудности

Также существуют сложные и трудные проблемы методологического и технического характера, которые нужно преодолевать при оценке потребностей. Нынешнее состояние баз данных большинства стран в целом не позволяет провести адекватный и надежный анализ исходной ситуации. Данные о КРЗ не всегда являются всеобъемлющими (часто черным ящиком является частный сектор, а также неформальный сектор, особенно в сфере социального ухода и "альтернативной медицины"). Существуют пробелы в информации о таких аспектах КРЗ, как типы и уровень деятельности, совместительство, миграционные потоки и место осуществления практики<sup>3</sup>. Определения профессиональных категорий изменяются со временем, что делает невозможными сравнения во временном разрезе (например, под "иностранными" работниками могут пониматься те, кто "родился в другой стране", "имеет гражданство другой страны", "получил образование в другой стране" и т.д.). Еще один пример – множество определений "медицинской сестры". Наконец, многие базы данных не предоставляют данных в реальном времени, вынуждая планировщиков исходить из уже устаревшего представления о ситуации.

Еще одной важной задачей является принятие всеобъемлющего подхода к оценке потребностей вместо подхода, при котором потребности оцениваются по отдельным профессиям. Это требуется в том случае, когда различные профессиональные категории тесно взаимосвязаны друг с другом. Для этого предполагается согласие в отношении того, как будут выглядеть разделение и организация труда в будущем и как будут взаимодействовать различные категории работников.

Сложной методологической проблемой является и относительная непредсказуемость поведения потребителей и поставщиков: какими будут модели мобильности/миграции? Будет ли экономическая обстановка подталкивать медицинских работников к отъезду из своей страны, или же, напротив, она станет сдерживающим фактором? Будет ли развиваться медицинский туризм и пользование услугами в других странах? Будут ли поставщики услуг стремиться к раннему выходу на пенсию или будут вынуждены работать дольше? Еще одной трудной для оценки переменной является эволюция информационных технологий и ее влияние на сектор здравоохранения. Здесь достоверного ответа дать невозможно, и поэтому следует работать с различными сценариями.

---

<sup>3</sup> Например, когда данные о географическом распределении работников основаны на их домашних адресах, а не на месте осуществления практики, как часто наблюдается в профессиональных реестрах.

Способствовать возникновению методологических трудностей может и реформа систем здравоохранения. Например, могут происходить стремительные изменения в структуре (такие как децентрализация, организационная интеграция) и в финансировании системы здравоохранения (как с точки зрения уровня имеющихся финансовых ресурсов, так и с точки зрения механизмов их распределения), особенно в условиях тяжелой экономической ситуации.

Наконец, еще одной переменной, которую сложно учитывать, является неопределенность в отношении эволюции более широкой экономической и социальной среды и ее влияния на рынок труда.

### ***Трудности, связанные со стратегиями/политическим курсом***

Полезность и эффективность оценки потребностей в КРЗ зависит от способности и готовности лиц, определяющих политику и принимающих решения, к следующим шагам:

- Сформулировать видение будущих услуг здравоохранения и заручиться поддержкой и волей заинтересованных сторон в процессе воплощения этого видения в жизнь. Приспособить образовательные процессы к новым потребностям в услугах здравоохранения, к требованиям гармонизации подготовки кадров внутри страны и между странами, к новаторским методикам обучения (электронное обучение и т.д.), к непрерывному образованию в течение всей жизни. Это требует вовлечения учреждений образования (которые традиционно очень ревностно оберегают свою автономию и сосредоточены только на академическом развитии) в процесс поддержки национальных стратегий и целей в области здравоохранения. Для того, чтобы обеспечить полное сотрудничество между секторами, нужно также, чтобы работодатели признавали важность получения соответствующего клинического образования теми, кто проходит обучение в настоящее время, и способствовали этому.
- Обеспечить сотрудничество регулирующих органов и профессиональных организаций – это важнейшая составляющая таких процессов, как пересмотр рамок профессиональной практики, перекладывание служебных обязанностей, непрерывное повышение квалификации и создание условий для более полной интеграции услуг (например, больница – амбулаторная помощь – помощь на дому). Профессиональный ландшафт в здравоохранении представляет собой созвездие союзов, советов, научных объединений и регулирующих органов, и все они имеют собственные цели, интересы и представления о том, каким образом должны

развиваться КРЗ. Важным вызовом в области политики является мобилизация их всех вокруг общих целей.

- Сделать работу в сфере здравоохранения привлекательной по сравнению с конкурирующими секторами в условиях ограниченных ресурсов, а внутри сектора повысить привлекательность областей медицины, которые могут быть не столь популярными, но, тем не менее, столь же жизненно важными: гериатрия, охрана психического здоровья, гигиена труда или первичная медико-санитарная помощь.

Показывая эти трудности, авторы данного документа не имеют намерения посеять у лиц, формирующих политику и принимающих решения, неверие в возможность планирования будущих КРЗ из-за того, что этот процесс сопряжен с многочисленными трудностями. Цель краткого изложения принципов состоит в том, чтобы вызвать у них осознание необходимости создания таких условий, при которых эта критически важная работа будет нужной и эффективной. Когда какую-либо трудность хорошо понимают, ее легче преодолевать.

### 3 Подходы, стратегии и инструменты

Для любой страны идеал – это когда в стране имеются кадровые ресурсы здравоохранения с оптимальным количеством медицинских работников, с оптимальной профессионально-квалификационной структурой, расставленные там, где они нужны, обладающие нужными установками и преданные своему делу, выполняющие нужную работу эффективно и рационально при оптимальных издержках и с оптимальной производительностью (2,3,4), и с этим все согласны, но вот методы, с помощью которых можно было бы определить, что необходимо сделать, чтобы приблизиться к этому идеалу, не столь очевидны. В последние годы международные организации, а также отдельные страны предлагали и апробировали различные модели, подходы и инструменты<sup>4</sup>. В недавней публикации Всемирной организации здравоохранения содержится обзор и синтез литературы по данной теме (5). В ней представлены и обсуждаются следующие темы: (а) обзор моделей, предложенных международными организациями, таких как модель перспективной оценки предложения и потребностей в кадровых ресурсах, разработанная ВОЗ<sup>5</sup>; разработанная

---

<sup>4</sup> Ситуационный анализ, перспективные оценки, прогнозирование, моделирование, методы анализа сценариев.

<sup>5</sup> Которая включает разработанную ВОЗ методологию использования индикаторов потребностей в персонале на основании загруженности работников (WISN) и другие инструменты планирования (см. <http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/index.html>).

Программой развития Организации Объединенных Наций интегрированная модель здравоохранения; приложение в виде электронной таблицы, разработанное для оценки ресурсов, необходимых для достижения связанных со здравоохранением целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия ("Проект тысячелетия" Организации Объединенных Наций, 2007 г.); и комплекс программного обеспечения *iHRIS Plan*, разработанный проектом "Потенциал"<sup>6</sup>;

(b) примеры опыта стран со средним и низким уровнем доходов или органов местного самоуправления в планировании будущих КРЗ. Анализ ситуации с кадровыми ресурсами для определения будущих потребностей в персонале обычно основывается на таких переменных, как ожидаемый прирост населения, технологические и социальные изменения, профессионально-квалификационная структура, качество выполнения профессиональных функций на индивидуальном уровне и политика здравоохранения.

В прошлом для оценки будущих потребностей применялось не менее четырех основных подходов (5,6,7,8):

**Соотношение числа работников здравоохранения и численности населения** является простейшим и наиболее распространенным подходом. Желаемое соотношение можно определять на основании критериев, установленных государством, самими специалистами, каким-либо техническим ведомством или на основании показателей других стран, которые используются в качестве эталона (например, средние региональные показатели). О нем также могут просто договориться основные заинтересованные стороны.

**Подход, основанный на показателях пользования медицинскими услугами или спроса на них**, определяет будущие потребности на основании нынешних уровней пользования услугами с поправкой на прогнозируемые в будущем демографические характеристики.

При **подходе на основе целевых показателей обслуживания** устанавливаются целевые показатели по производству и оказанию определенных услуг, а затем эти показатели выражаются в виде нормативов укомплектования штатным персоналом и производительности труда (минимальное количество штатного персонала для обслуживания N человек населения или данного типа учреждения). Такой подход дает представление о задачах и профессиональных навыках, которые требуются для осуществления определенных вмешательств.

---

<sup>6</sup> Проект "Потенциал" является инициативой USAID, старт которой был дан в 2004 году. Задачей инициативы является укрепление кадровых ресурсов здравоохранения в странах с низким уровнем доходов (<http://www.capacityproject.org>).

**Подход, основанный на потребностях в медицинской помощи и услугах**, предусматривает оценку будущих потребностей в КРЗ на основании прогнозирования потребностей населения в медицинской помощи и определенных услугах. "Потребности в услугах" определяются здесь как функция тенденций заболеваемости в половозрастных категориях и норм обеспеченности услугами, а потом переводятся в потребности в персонале с использованием норм производительности труда, определенных по отдельным профессиям.

Каждый из этих подходов имеет свои сильные и слабые стороны, которые следует принимать во внимание при их использовании.

### **Соотношения числа работников и численности населения**

Эти соотношения служат простым и легким для расчета и понимания показателем. Он часто используется для сравнения между странами или регионами (см. Приложение), но его сложно интерпретировать, поскольку существуют определенные проблемы как с числителем, так и со знаменателем. Работники рассматриваются как однородная категория, и вариации в уровнях (количество отработываемых часов) и типах (клиническая или другие виды) деятельности или в производительности в числителе не отражаются. При сравнении между странами возникают и другие проблемы – различия в определении и круге обязанностей различных профессиональных категорий, а также в должностных инструкциях, ролях и обязанностях, в образовании и в организационных условиях, в которых они имеют право заниматься практикой. Например, определение "медицинской сестры" может охватывать диапазон от специалиста с высшим образованием, работающего самостоятельно и имеющего право диагностирования и назначения лечения, до медицинского работника со средним специальным образованием, работающего под руководством врача, и включать все, что угодно, в этом диапазоне, что делает сравнения невозможными.

Аналогичным образом, в знаменателе не учитываются демографические, эпидемиологические и социальные характеристики населения, а также структура потребления услуг населением (включая пользование услугами за границей). Одним словом, это соотношение не отражает ни реального потенциала производства, ни реальных потребностей в услугах.

### **Подход, основанный на показателях пользования медицинскими услугами или спроса на них**

Этот подход может быть полезен для оценки будущих потребностей в обслуживании в контексте, например, старения населения. Он может

быть использован для того, чтобы обратить внимание руководителей высшего звена на дополнительные расходы, которые потребуются оплачивать, если предложение работников здравоохранения будет расти такими же темпами, как и спрос на них. Недостаток подхода заключается в том, что не всегда имеется информация о пользовании или спросе, особенно касающаяся частных услуг; еще важнее то, что этот подход основывается на предположении, что наблюдаемые пользование и спрос являются приемлемыми и рациональными. В исследованиях географических различий, например, достоверно установлено, что одни модели пользования услугами являются более приемлемыми, чем другие. Спрос на услуги здравоохранения крайне чувствителен к профессиональным, экономическим и социально-культурным факторам. Асимметричность информации в пользу поставщиков может приводить к определенной форме стимулирования (добровольного или недобровольного) спроса на такие услуги, как диагностические процедуры, пребывание в стационаре и назначение лекарств. Стоимость услуг для потребителей также влияет на уровень их использования: чем она выше, тем в большей степени она становится препятствием для пользования услугами, что и демонстрируется более низким уровнем пользования услугами, не охваченными страхованием, например, услугами стоматологов. На формирование спроса влияют и такие факторы, как уровень образования, семейное положение, убеждения и социальное положение, а также место жительства. Наконец, существует разрыв между спросом, использованием услугами и потребностями в услугах, что при данном подходе игнорируется.

### **Подход на основе целевых показателей обслуживания**

Этот подход также относительно прост и привлекателен с политической точки зрения, поскольку население легко понимает целевые показатели. С другой стороны, он имеет те же недостатки, что и подход, основанный на соотношении между числом работников и численностью населения, когда предполагается, что потребности везде одинаковы, а все поставщики услуг эквивалентны. Например, предполагается, что в производительности труда или в методах осуществления практики не будет наблюдаться каких-либо вариаций. Критерии определения целевых показателей не всегда излагаются в явном виде – они могут отражать точки зрения и интересы специалистов и экспертов или же просто отражать платежеспособность страны. В случае установления нереалистичных нормативов возникнут ожидания, которые будет невозможно удовлетворить.

## **Подход, основанный на потребностях в медицинской помощи и услугах**

При данном подходе делается попытка преодолеть недостатки, присущие предыдущим подходам. Потребности в медицинской помощи, соответствующие разрывам между наблюдаемым и желаемым состоянием здоровья и выражающиеся в количественных показателях (заболеваемость и распространенность, стандартизированные показатели смертности), представляют основу для расчета потребностей в услугах (рис. 1, стр.3). Они представляют собой разрыв между имеющимися услугами и услугами, которые необходимы для того, чтобы удовлетворить потребности в здоровье. Из потребностей в услугах, в свою очередь, выводятся потребности в ресурсах, в частности, в кадровых ресурсах здравоохранения. Этот рациональный подход может быть наиболее подходящим, но его также труднее всего применять на практике. Во-первых, весьма несовершенны знания о потребностях в медицинской помощи, поскольку определения понятий "здоровье" и "потребность" являются социальными концепциями, которые могут различаться в зависимости от возраста, пола, образования, экономического положения, вероисповедания, этнического происхождения, прежнего опыта болезни и ценностей. Работники здравоохранения, руководители высшего звена, финансирующие организации и потребители могут по-разному определять, каковы эти потребности. Поставщики часто не могут договориться между собой о том, как определять потребности. То, что является приоритетом для одной группы, может не быть таковым для другой. Измерение потребностей – это тоже непростая задача, особенно когда речь идет о таких аспектах, как психическое, психологическое или социальное благополучие. Знания о способности определенных услуг удовлетворить потребности в отношении здоровья также несовершенны; более того, большинство мер вмешательства и услуг не оценивались с точки зрения их эффективности и результативности. Потребности в медицинской помощи и услугах меняются, и для мониторинга этих изменений – насколько это возможно, в режиме реального времени – нужны особые механизмы.

Наконец, на уровне отдельных стран не проводится оценка потребностей региона или нескольких стран, например, в лечении редких заболеваний, которое лучше осуществлять на европейском уровне в высокоспециализированных центрах, и это ведет к возникновению пробела, который должен восполняться на более высоком уровне.

## 4 Опыт стран

Что же делается странами для оценки своих будущих потребностей в КРЗ? Представленный здесь обзор опыта стран не является репрезентативным. Во-первых, подавляющее большинство стран мира не имеют сформулированной в явном виде стратегии в области кадровых ресурсов здравоохранения. Обычно в большинстве стран меры вмешательства, касающиеся КРЗ, сосредоточены на определении численности новых кадров, которых необходимо подготовить, и связанных с этим расходов, а не на выработке всеобъемлющей стратегии, которая охватывала бы вопросы оплаты труда, условий труда, найма и сохранения кадров. В ЕС такая стратегия была разработана только в нескольких странах, а большинство стран по-прежнему придерживается принципа реагирования на события, т.е. принятия мер тогда, когда проблемы обостряются и становятся политически значимыми. В данном документе представлен опыт Англии, Бельгии, Германии, Ирландии, Испании, Литвы, Словении и Финляндии; эти страны были подобраны таким образом, чтобы охватить большие, средние и маленькие страны с точки зрения численности населения и включить и унитарные, и федеральные государства, а также страну, в которой сильна политика административной децентрализации (Финляндия). Также приведены примеры Австралии и Канады – двух федеральных государств, которые в течение последних 20 лет прилагали значительные усилия в области развития КРЗ.

### Австралия

В Австралии планирование КРЗ осуществляется при поддержке государства на национальном уровне и на уровне штатов/территорий. Осуществлять надзор за выделением финансовой поддержки подготовительным курсам клинического обучения, способствовать функционированию местных механизмов направления студентов в подходящие учебные заведения и поддерживать создание массивов данных по КРЗ будет Health Workforce Australia (HWA) – недавно созданное центральное государственное ведомство по кадровым ресурсам здравоохранения ([www.nhwt.gov.au/nhwt.asp](http://www.nhwt.gov.au/nhwt.asp)). Австралия также создает национальный статистический реестр КРЗ, который может помочь в разработке планов на более длительную перспективу и будет давать рекомендации в отношении развития кадровых ресурсов. На уровне штатов функции планирования/развития кадровых ресурсов для других профессиональных категорий, кроме врачей, осуществляют департаменты здравоохранения, которые обязаны вместе с учреждениями образования обеспечить подготовку достаточного количества персонала, а вместе с работодателями поощрять внедрение новых методов работы

и стимулировать эффективное использование возможностей клинической практики учащихся (9).

Прием студентов в медицинские учебные заведения регулируется правительством Содружества (федеральным правительством) посредством финансирования мест в университетах. С 90-х годов прошлого века правительство Содружества установило лимит на количество мест в медицинских учебных заведениях, но также выделило средства на создание дополнительных медицинских учебных заведений для наращивания местного кадрового потенциала. Также установлены лимиты на количество мест для специализированного обучения. Последипломное образование предоставляется главным образом в больницах, имеющих связи с университетами. В последние годы наблюдается рост количества студентов-медиков, что отчасти является результатом открытия новых медицинских учебных заведений.

Количество мест в программах, готовящих дипломированных медсестер, определяется самими университетами с учетом мнения правительств штатов. Каких-либо конкретных ассигнований на подготовку медсестер в рамках общей субсидии, выделяемой университетам правительством Содружества, не предусматривается, но университеты должны организовывать некоторое минимальное количество мест для базового обучения медсестер, чтобы обеспечить каждый штат и территорию достаточным числом сестринских кадров. Студенты, обучающиеся сестринскому делу, получают для оплаты своего обучения субсидию, которая несколько лет назад была повышена, что отражает озабоченность по поводу найма медсестер. Недавно федеральное правительство объявило о новой инициативе, предусматривающей выделение денежных средств на поощрение найма дополнительного сестринского персонала для работы с врачами общей практики в первичном звене медико-санитарной помощи; также правительством рассматривается вопрос о содействии более широкому использованию медсестер, допущенных к самостоятельной практике.

### **Англия**

Оказанием медико-санитарной помощи занимается главным образом Национальная служба здравоохранения (НСЗ). Полномочия и обязанности по выработке политики и планированию НСЗ переданы Англии, Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсу при сохранении единой нормативно-правовой базы и одинаковой – или схожей – структуры оплаты труда и карьерного роста для работников здравоохранения. В последние годы в Англии планирование КРЗ и политика в этой области занимают важное место среди стратегических вопросов повестки дня, а в 2007 г. стали

предметом расследования в одном из комитетов Палаты общин (10). В докладе комитета были отмечены такие недостатки, как отсутствие согласованности между планированием кадровых ресурсов и планированием услуг/финансирования, недостаточный потенциал для планирования и разногласия в НСЗ между идущими "сверху вниз" требованиями о выполнении приоритетных задач национальной политики и идущими "снизу вверх" требованиями об удовлетворении местных потребностей в услугах и персонале. Меры реагирования на результаты этого расследования были изложены в документе НСЗ "Next Steps Review" ["Обзор последующих шагов"], в котором главное внимание уделяется переносу ресурсов на первичную медико-санитарную помощь и оказание услуг на местном уровне на контрактной основе, а также особо отмечается значение руководства лечебной работой (11, 12, 13).

Министерство здравоохранения при поддержке других министерств и ведомств (например, министерства образования) в настоящее время в состоянии оказывать влияние на большинство ключевых факторов, влияющих на предложение кадров здравоохранения, их образование, оплату труда и международную миграцию. Оно также вполне способно требовать от работодателей в системе НСЗ представления стандартизированных и актуальных данных для целей планирования. Оценка потребностей в медицинских кадрах и их планирование осуществляется под руководством Министерства здравоохранения, причем важную роль в этом процессе будет играть недавно созданное Управление медицинского образования Англии (MEE), а также новый Информационно-аналитический центр кадровых ресурсов (CWI). Эти центральные государственные структуры будут действовать в партнерстве со Стратегическими управлениями здравоохранения (SHA) и профессиональными органами (например, королевскими коллегиями). В последнее время изменения произошли и в моделировании со стороны спроса; они касаются конкретных групп/"путей оказания" медико-санитарной помощи.

Хотя в недавнем прошлом и делались заявления о стратегических намерениях проводить линию на более ощутимую "интеграцию" планирования кадров в медицинских и немедицинских категориях персонала для того, чтобы принимались более обоснованные решения, касающиеся профессионально-квалификационной структуры кадров, и чтобы поддержать работу многопрофильных бригад, эти заявления не были в полной мере воплощены в жизнь. В докладе Tooke (14) обобщены "плюсы" децентрализованного планирования медицинских кадров, заключающиеся в том, что в его основе лежит спрос и оно способно учитывать местные потребности, и его "минусы", которые состоят в том,

что оно представляет собой "распределение функции, неадекватно выполняемой в настоящее время" и препятствует надзору на общегосударственном уровне, а результаты организации услуг на контрактной основе в децентрализованном порядке отнюдь не вызывают оптимизма (здесь же приводятся примеры "растаскивания" выделенных на образование средств на другие цели). Ответные программные меры предусматривают укрепление давнишнего разделения между политикой и планированием в области "медицинского" и "немедицинского" персонала, а вопрос полной "интеграции" планирования КРЗ для всех специальностей на повестке дня не стоит.

На региональном уровне Стратегические управления здравоохранения располагают бюджетами для организации на договорной основе так называемого "неврачебного" образования и подготовки кадров (в частности, медсестер и вспомогательного медицинского персонала), и от них требуется составление планов в области кадровых ресурсов на основании аналитической информации, полученной от местных работодателей в системе НСЗ (15).

Существует годовой цикл планирования:

- Трасы первичной медико-санитарной помощи (РСТ) и местные советы поручают подрядчикам на договорной основе оказывать услуги и "должны быть уверены" в том, что поставщики услуг располагают стратегиями в отношении кадровых ресурсов; местные поставщики услуг должны разработать комплексные планы услуг и кадровых ресурсов.
- На основании планов поставщиков услуг трасы первичной медико-санитарной помощи создают сводные планы услуг и кадровых ресурсов, которые направляются в Стратегические управления здравоохранения.
- Стратегические управления здравоохранения объединяют планы трасов первичной медико-санитарной помощи в единый региональный план и составляют комплексные планы услуг и кадровых ресурсов для региона, которые становятся основой для определения целевых показателей в сфере образования и подготовки кадров.
- Региональные планы Стратегических управлений здравоохранения через Информационно-аналитические центры кадровых ресурсов направляются для синтезирования и анализа в "соответствующие национальные и региональные профессиональные консультативные советы для внимательного изучения и вынесения рекомендаций".

- Министерство здравоохранения выдает заказ на обучение на договорной основе студентов медицинских и стоматологических специальностей (после тщательного изучения национальными профессиональными консультативными советами); обеспечивает контроль качества планов Стратегических управлений здравоохранения; обеспечивает и распределяет финансовые средства для повышения квалификации, образования и подготовки кадров "согласно планам Стратегических управлений здравоохранения, прошедшим контроль качества", и выявляет риски общенационального уровня посредством "усиленного, основанного на качественной информации двустороннего процесса" взаимодействия со Стратегическими управлениями.

В недавно опубликованном докладе (16) было отмечено, что Стратегические управления здравоохранения различаются по своему потенциалу планирования, и было указано на отсутствие реальной увязки между финансовым и кадровым планированием как на местном, так и на общенациональном уровне, а также на недостаточное внимание, уделяемое вопросам производительности труда и гибкости. В докладе было рекомендовано продолжить и даже активизировать усилия по выработке комплексного подхода к оценке будущих потребностей, несмотря на имеющиеся технические трудности.

В последней публикации о планировании НСЗ кадровых ресурсов подчеркивается, что такое планирование должно быть "основано на принципах совместного производства, делегирования инициативы низшему уровню, клинического лидерства и постоянной корректировки системы, утвержденных в качестве важнейших основ организационных изменений". Этот доклад был опубликован до избрания в мае 2010 г. нового правительства (17).

### **Бельгия<sup>7</sup>**

В Бельгии за образование медицинских работников отвечают коммуны (французские, фламандские и немецкие), а регистрация и признание дипломов является функцией федерального правительства. Федеральное законодательство допускает введение квот на доступ к профессии, для чего в конце периода обучения, когда новоиспеченные медицинские специалисты выходят на рынок труда, проводится оценка потребностей; отсюда и возникает необходимость прогнозирования будущих КРЗ.

---

<sup>7</sup> Подготовлено при содействии Henk Vandenbroele, Head of Department, Planning Health Professions, и г-жи Riet De Kempeneer, Attaché International and Strategic Coordination, Federal Public Service, Food Chain Safety and Environment, Бельгия.

В 1996 году для этих целей был создан национальный Комитет по планированию кадровых ресурсов медицины<sup>8</sup>. Комитет консультирует министра здравоохранения и социального развития по вопросам планирования КРЗ. В Комитет входят представители университетов, организаций медицинского страхования, профессиональных организаций, федеральных и местных органов власти и Национального института медицинского страхования (RIZIV-INAMI) – всего 31 человек. Работу Комитета обеспечивает секретариат, состоящий из четырех человек (глава департамента, выполняющий функции секретаря комитета, два статистика и один администратор, причем не все они работают на полной ставке) из службы планирования кадровых ресурсов здравоохранения, которая входит в Федеральную службу общественного здравоохранения, безопасности пищевой цепи и охраны окружающей среды<sup>9</sup>.

Первоначально модели для прогнозирования были разработаны Министерством здравоохранения для изучения влияния различных сценариев на будущие кадровые ресурсы здравоохранения. Результаты обсуждаются в Комитете по планированию, который консультирует министра. При прогнозировании используются следующие параметры: исходное наличие кадров медицинских работников с разбивкой по возрасту и полу, старение и долговечность работников здравоохранения, уровень активности по возрасту и полу, глобальная оценка сокращения рабочего времени и оценки уровня миграции, вхождения на рынок труда выпускников учебных заведений и феминизации этого контингента. На стороне спроса используются параметры нынешней и прогнозируемой численности населения с разбивкой по возрасту и полу. Сначала были подготовлены сценарии для врачей, затем последовали другие сценарии для стоматологов, физиотерапевтов и медсестер. На основании этого прогноза были определены и приняты квоты для стоматологов и физиотерапевтов.

С тех пор этот подход подвергался оценкам, усовершенствованию и расширению: в 2003 г. был проведен научный аудит сценариев и моделей; в 2003 г. было принято законодательство о федеральной базе данных (кадастре) работников здравоохранения; в 2005 г. сторона спроса модели была расширена данными о потреблении услуг здравоохранения, а в 2006 г. была начата первая многолетняя программа поддержки Комитета по планированию.

---

<sup>8</sup> Commission de planification – offre médicale/Planningscommissie-medisch aanbod.

<sup>9</sup> Service Public Fédéral de Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement/Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Первая многолетняя программа под названием PLAN1.2006 была направлена на: а) "гармонизацию" всех моделей и сведение их в одну модель, доступную для всех заинтересованных сторон; б) определение потребностей в информации и источников данных для будущей федеральной базы данных и с) восполнение пробелов в оценках параметров с помощью обследований среди работников здравоохранения. В настоящее время для заинтересованных сторон доступна модель на базе Интернета<sup>10</sup>, одна модель была опубликована (18), а другие находятся в производстве. Было проведено четыре обследования (19,20,21,22), и их результаты обсуждались с заинтересованными партнерами. Имеется доступ к нескольким новым источникам данных, наиболее важным из которых является "постоянная выборка" – произвольная выборка прогнозируемой когорты бельгийских потребителей услуг здравоохранения<sup>11</sup>.

Ведется разработка новой многолетней программы, целью которой является повторение обследований среди работников здравоохранения, расширение стороны спроса модели на сценарии, основанные на потребностях, в дополнение к сценариям, основанным на медицинских профессиях; будут получены более надежные и достоверные данные за счет объединения данных из трех источников: Министерства здравоохранения, Национального института страхования болезни (INAMI/RIZIV) и хранилища данных о национальном рынке труда. Ожидается, что объединение этих источников позволит определять работников здравоохранения в соответствии с международными определениями как "имеющих лицензию на осуществление практики", "активно работающих по специальности" и "практикующих"<sup>12</sup>.

С самого начала этого процесса в Бельгии главной целью было придти к политике, основанной на фактических данных, пусть даже в условиях ограниченности данных. Сегодня для поддержки достижения этой цели

---

<sup>10</sup> С безопасным доступом через Интернет-приложение. На французском языке модель называется "Le modèle de planification des professions de santé": [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,16454533&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,16454533&_dad=portal&_schema=PORTAL), а на голландском языке – "Het Planningsmodel van Gezondheidsberoepen": [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,16454533&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,16454533&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>11</sup> Дополнительную информацию на французском языке см. на <http://www.riziv.fgov.be/information/fr/sampling/index.htm>, или на голландском языке: <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/sampling/index.htm>

<sup>12</sup> В 2010 году ОЭСР, Евростат и ВОЗ в целях гармонизации своих статистических данных будут проводить сбор данных с помощью "Электронного вопросника для совместного сбора данных неденежной статистики медико-санитарной помощи".

в многолетних программах используются инструменты и методы управления проектами и предлагается целостный, предсказуемый во времени и ясный проект, который приходится реализовывать в политическом контексте, меняющемся порой очень быстро.

### Германия<sup>13</sup>

Германия является федеральным государством, не имеющим национальной системы планирования КРЗ; страна придерживается принципа, в соответствии с которым любой человек имеет право доступа к избранной профессии. Прием студентов в медицинские учебные заведения зависит от количества имеющихся там мест. Количество мест определяется по согласованию между лицами, формирующими политику здравоохранения, и учреждениями образования. Исторически это всегда приводило к избытку врачей, и государство начало регулировать количество должностей практикующих врачей, но не количество студентов-медиков. Поскольку спрос на медицинское образование превышает предложение мест в учебных заведениях, многие молодые люди отправляются изучать медицину за границу, главным образом, в Австрию. Нехватка должностей может заставлять врачей искать работу в других странах, однако об этих перемещениях известно мало. Германия экспортирует работников здравоохранения, в основном врачей, в соседние страны и в Англию. Интегрированной базы данных о КРЗ нет (в частности, отсутствует национальный реестр медицинских сестер). Недавно было озвучено растущее беспокойство по поводу нехватки врачей, особенно в малонаселенных районах. Рост числа врачей, работающих в других странах Европы, также вызывает вопросы в отношении адекватности оплаты труда в Германии.

Тем не менее, осуществляются различные инициативы по планированию в некоторых конкретных аспектах. В докладе о создании системы страхования длительного ухода правительство утверждало, что в будущем можно ожидать нехватки дипломированных медсестер, особенно в германской системе "*Altenpflege*" (т.е. в системе сестринского ухода за пожилыми людьми), и что различным субъектам управления необходимо принять в этой связи соответствующие меры, включая усилия по привлечению новых студентов и укреплению организационно-кадрового потенциала учебных заведений. Министерство здравоохранения

---

<sup>13</sup> Взято из: Büscher A (2009) *Long-term care workforce in Germany*. Ситуационное исследование представлено в рамках Диалога по вопросам политики в сфере планирования кадровых ресурсов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Венеция, 11–12 мая. См. <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Programme.htm>

и Министерство по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи (BMFSFJ) приступили к реализации информационной платформы и созданию региональных структур поддержки в сфере "сестринского ухода за пожилыми людьми", а также организовали кампанию по повышению привлекательности квалификации "сестринская помощь пожилым людям". В Германии активно обсуждается будущее сестринского образования. Одним из вопросов является внедрение единой программы базового сестринского образования для медсестер общего профиля и педиатрических медсестер, а также для медсестер по уходу за пожилыми людьми. Были проведены или проводятся в настоящее время несколько демонстрационных и опытных проектов. Например, один из последних проектов направлен на поиск институциональных, организационных и управленческих факторов, которые можно использовать для увеличения продолжительности работы медсестер по специальности. Он включает такие темы, как гигиена труда, эргономичные условия работы и система мер по сохранению здоровья.

Также проведенные недавно законодательные реформы предусматривают организацию демонстрационных и опытных проектов по делегированию медсестрам задач и обязанностей врачей. Особенностью опыта Германии являются меры по увеличению кадровых ресурсов для длительного ухода путем депрофессионализации этого сектора и привлечения в него на долгосрочной основе получателей социальной помощи и безработных, а также волонтеров. Влияние этих инициатив на средне- и долгосрочную медико-санитарную помощь неизвестно.

### **Ирландия<sup>14</sup>**

В 2007 г. Министерство здравоохранения Ирландии (Департамент по делам здравоохранения и детей (ДОНС)) обратилось к ирландской Экспертной группе по оценке будущих потребностей в кадровых ресурсах (EGFSN) за помощью в планировании кадровых ресурсов. В ответ Отдел исследований кадровых ресурсов и рынка труда (SLMRU) Управления по подготовке кадров и занятости Ирландии (FÁS) по поручению Экспертной группы разработал серию количественных моделей и подготовил примеры прогнозов спроса и предложения работников здравоохранения на основе моделирования. Исследования были начаты в феврале 2008 г., а отчет о проделанной работе был опубликован в июне 2009 г.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Подготовлено при содействии Jasmina Behan, Skills and Labour Market Research Unit (SLMRU), Training and Employment Authority (FÁS), Ирландия.

<sup>15</sup> EGFSN (2009): *A quantitative tool for workforce planning in healthcare: example simulations*, см. [www.skillireland.ie](http://www.skillireland.ie)

Перед исследованием были поставлены следующие основные цели:

1. Разработать количественную модель, которую можно будет использовать в качестве инструмента для оценки различных стратегических сценариев в контексте государственного планирования кадровых ресурсов здравоохранения.
2. Имитировать модель и дать количественную оценку соотношения существующих в настоящее время и ожидаемых в будущем спроса и предложения кадровых ресурсов при различных совокупностях исходных допущений в отношении параметров модели, определенных группой по связи.

В исследовании были рассмотрены двенадцать медицинских профессий: медицинский консультант, врач общей практики, специалист по медицине общественного здоровья, дефектолог/логопед, физиотерапевт, медсестра и акушерка, фельдшер, патронажный медработник, работник социальной помощи, клинический психолог, специалист по медицинской физике и специалист по лучевой терапии. Количественное моделирование проводилось на макроуровне, и его результатом не стало предложение о том, каким должен быть желаемый уровень услуг. Этот уровень был итогом применения модели на основании некоторой совокупности допущений, выведенных из имеющейся информации о нынешнем положении дел.

Прогнозирование охватывало период с 2008 по 2020 гг. Исследованием были охвачены все работники в данной профессии как в государственном, так и в негосударственном секторе. Приток работников здравоохранения из-за границы был установлен на нулевом уровне, чтобы выделить внутреннее предложение и оценить уровень самодостаточности, то есть ту степень, в которой ирландская система образования и подготовки кадров способна удовлетворить расчетный спрос. Анализ проводился на уровне всей страны, поэтому учесть какую-либо потенциальную региональную вариабельность спроса и предложения рабочей силы было невозможно. Модель по каждой профессии не зависела от других моделей, и измерить какие-либо одновременные эффекты было невозможно.

На исходном уровне спрос на работников здравоохранения прогнозировался на основании допущения о том, что растущему населению предоставляется один и тот же уровень услуг (определяемый как число, или плотность медработников на некоторое количество населения). Суммарная потребность в найме работников была выведена на основании оценки спроса, вызванного ростом населения (рассчитанного путем сохранения неизменной существующей плотности

медработников при росте населения в соответствии с прогнозами Центрального статистического управления по сценарию M0F2)<sup>16</sup>, и спроса, вызванного потребностью в замещении (убыли, вызванной выходом на пенсию, эмиграцией и т.д.). На исходном уровне было принято допущение, что общий прирост населения составит 8%, или, в среднем, 0,7% в год, и к 2020 году численность населения достигнет 4,8 миллиона человек.

Для большинства профессий путем изменения исходных допущений, принятых на исходном уровне, был разработан один или несколько альтернативных наборов прогнозов. Все эти смоделированные сценарии можно разбить на три категории:

- Сценарии, в которых плотность медработников увеличивается в соответствии с целевыми показателями, предложенными в предыдущем исследовании и документах, формулирующих политику: для демонстрации разрыва между существующим числом работающих медиков и целевым уровнем применяется концепция ступенчатого изменения, при которой целевой показатель достигается единовременным увеличением; это также позволяет оценивать соотношение между спросом и предложением после достижения целевого показателя плотности медработников. Также приводятся комментарии относительно потребности в найме медработников, вытекающей из приведения к годовому исчислению целевого прироста за прогнозный период.
- Сценарии, в которых значения плотности медработников рассчитывались на основании целевых контингентов, нуждающихся в определенных услугах медико-санитарной помощи (например, лица в возрасте 65 лет и старше, нуждающиеся в услугах врача общей практики и патронажных медработников; дети, нуждающиеся в услугах детских медсестер; количество родов в год, обуславливающее потребность в акушерках, и т.д.);
- Сценарии, в которых значения плотности медработников были рассчитаны на основании только одного сегмента оказания услуг (например, число физиотерапевтов, работающих только в государственном секторе, на общую численность населения).

---

<sup>16</sup> Это сценарий наиболее медленного роста населения, разработанный Центральным статистическим управлением в апреле 2008 года. В нем исходно принимается только естественный прирост населения (рождения при более низком коэффициенте фертильности минус смерти) и нулевой уровень чистой миграции на протяжении всего периода прогнозирования.

На основании результатов исследования были выдвинуты следующие рекомендации:

- Устранить пробелы в данных для проведения более точного количественного моделирования и прогнозирования спроса и предложения для профессий, связанных с медико-санитарной помощью.
- Начать применять интегрированный подход к установлению типа и уровня оказания услуг, позволяющий учитывать межпрофессиональную зависимость и профессионально-квалификационную структуру кадров, совместить количественный и качественный методы для оценки демографических изменений, социально-экономического развития, нормативно-правовой среды, бюджетных ограничений, миграционных потоков, инициатив в области политики и технологических изменений.
- Начать подходить к планированию кадровых ресурсов как к непрерывному процессу, предотвращая тем самым дефицит или переизбыток кадровых ресурсов или чрезмерную убыль.

### Испания<sup>17</sup>

В Испании управление службами здравоохранения децентрализовано и осуществляется на уровне автономных коммун. В 2000-х гг. на смену переизбытку врачей в стране пришла их нехватка, которая затронула одни специальности в большей степени, чем другие. В 2006 г. Министерство здравоохранения поручило группе ученых провести исследование существующих в настоящее время и будущих потребностей во врачах по отдельным специальностям, которое стало бы основой для планирования, необходимость в котором стала общепризнанной. Основанная на программе Systems Dynamics имитационная модель для планирования общей численности медицинских специалистов (2008–2025 гг.) прослеживает профессиональный жизненный цикл врача с момента поступления в медицинское учебное заведение до выхода на пенсию. Для оценки потребностей по каждой специальности использовался ряд переменных – существующие ограничения числа студентов, количество учебных мест для каждой специальности, возраст выхода на пенсию, убыль и смертность (с разбивкой по возрасту и полу), показатели

---

<sup>17</sup> Взято из: Gonzalez B (2010) *Health workforce planning in Spain*. Исследование представлено в рамках Диалога по вопросам политики в сфере планирования кадровых ресурсов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Венеция, 11–12 мая. См. <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Programme.htm>

эмиграции и иммиграции; демографический профиль населения, прогнозы роста и нормативная потребность в специалистах (число медицинских специалистов на количество населения) по каждой специальности, рассчитанная на основании данных рынка; незанятые должности в государственных центрах и поступающие от медицинских ассоциаций и брокеров на рынке труда индикаторы рынка труда. Оценка эволюции будущих потребностей была проведена Министерством здравоохранения с помощью независимых экспертов и персонала из автономных коммун методом Дельфи. Комиссия экспертов разбила 43 медицинские специальности на четыре группы в соответствии с прогнозируемым увеличением нормативной потребности. Этим экспертам было предложено основывать свои прогнозы на эпидемиологических и технологических данных.

Данная модель может применяться при планировании и разумном регулировании предложения специалистов здравоохранения. Разработчики планов могут использовать модель для получения ответов на условные вопросы типа "что, если?" Она позволяет проводить анализ чувствительности наиболее неопределенных параметров: например, прирост населения был установлен на трех альтернативных уровнях (низкий, средний, высокий). Министерство здравоохранения планирует применять модель к медсестрам, но в отношении других работников ничего подобного не предполагается. Планирование численности медсестер с технической стороны проще, чем планирование врачей, но представляет собой более деликатную задачу с политической точки зрения, поскольку профессиональные профили медсестер определены недостаточно хорошо и со временем меняются. Использование формальной модели позволило дисциплинировать дебаты, заставив их участников оперировать не мнениями, а фактами, а также излагать свои предположения в явной форме. Модель указывает на пробелы в информации и на потребность в более достоверных и полных данных. В настоящее время в Испании признается необходимость создания реестра специалистов здравоохранения.

### **Канада**

Канада также является федеральным государством, в котором некоторые аспекты политики в области здравоохранения определяются или координируются на национальном уровне, но обязанности, связанные с выработкой политики и планированием, лежат на властях провинций/территорий. Каждая провинция применяет свой собственный подход к управлению системой здравоохранения, а также своими КРЗ. Медико-санитарная помощь финансируется через получающую средства от

государства систему медицинского страхования и оказывается как государственными, так и частными структурами. В дополнение к ресурсам, выделяемым провинциями, федеральное правительство выделяет средства в форме паушальной суммы, которая зависит от численности населения провинции. Это делается для того, чтобы стимулировать соблюдение провинциями общенациональных норм и правил, таких как принципы всеобщего покрытия, бесплатного доступа к услугам и возможности переносить это покрытие из одной провинции в другую.

На национальном уровне подход к планированию кадровых ресурсов здравоохранения был сформулирован в 2003 г. в Единой канадской стратегии в области кадровых ресурсов здравоохранения (23). Цели заключались в обеспечении наличия нужных кадровых ресурсов, необходимых для того, чтобы гарантировать высокий уровень медико-санитарной помощи, и включали основные элементы планирования КРЗ, улучшение системы найма и сохранения кадров и содействие совместному обучению специалистов разных профессий. Канада располагает относительно качественными данными о КРЗ и на уровне провинций, и на национальном уровне, которые предоставляет Канадский институт информации о здравоохранении ([www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)). Провинции финансируют места в учебных заведениях, что дает им де-факто право контроля над ростом кадровых ресурсов. Места для обучения в медицинских учебных заведениях и для последипломного обучения регулируются, и количество обучаемых определяется в соответствии с прогнозируемым спросом. Последипломное образование осуществляется только в больницах и медицинских центрах, связанных с университетами. После получения диплома врачи не попадают под какие-либо ограничения в отношении количества специалистов, которые могут вести практику в Канаде (доступ к практике затруднен для врачей-мигрантов из стран, у которых нет соглашений с Канадой о взаимном признании дипломов и квалификаций).

Правительства провинций/территорий финансируют высшие учебные заведения для медицинских сестер. Количество мест в учебных заведениях для медсестер определяется по соглашению между министерствами здравоохранения и образования. Во многих провинциях/территориях существуют финансируемые государством консультативные комитеты по сестринскому делу, которые дают рекомендации правительству относительно планов в области образования медицинских работников.

Как признание того факта, что простого регулирования соотношения между числом работников и численностью населения в соответствии с демографическими прогнозами недостаточно для того, чтобы надлежащим образом реагировать на будущие потребности, значительные усилия были направлены на разработку стратегий планирования,

основанных на потребностях, но пока успехи в этом направлении весьма ограничены (24,25). При частой смене правительств и политических приоритетов стабильную работу по планированию КРЗ можно считать трудной задачей (26).

## **Литва**

Планирование врачебных кадров началось в 2000 г., кадров медсестер – только в 2006 г., а планирование кадров стоматологов, фармацевтов и специалистов общественного здравоохранения все еще находится на этапе становления. В результате долгосрочного прогнозирования числа врачей выявилась неотложная необходимость увеличить набор студентов. Предложение было одобрено министерствами образования, здравоохранения и финансов и осуществлено в 2002 г. Прогнозы показали, что в 2012 г. выпуск из университетов должен удовлетворить потребности страны с учетом показателей убыли, демографических изменений, структуры миграции и т.д. В 2005 г. Министерство здравоохранения начало направлять университетам рекомендации по распределению учебных мест в резидентуре, и эти рекомендации в целом принимаются во внимание.

В 2003 г. Министерство здравоохранения утвердило программу "Стратегическое планирование кадровых ресурсов здравоохранения в Литве на 2003–2020 гг.". В 2005 г. программа была дополнена новыми задачами, предусматривающими более полную интеграцию планирования КРЗ в общую реформу сектора здравоохранения. Основные стратегические задачи стратегии включают:

- изучение изменений в области КРЗ на национальном, областном и районном уровне;
- содействие планированию КРЗ по каждой специальности на уровне областей и районов на основании прогнозов численности населения, смертности, тенденций заболеваемости и целей реформы медико-санитарной помощи;
- создание модели планирования предложения и спроса, основанной на реформе медико-санитарной помощи;
- прогнозирование спроса и предложения по каждой специальности.

В настоящее время модель планирования предложения и спроса утверждена приказом министра. Министерство здравоохранения Литвы продолжит финансирование прогнозирования КРЗ с учетом видов компетентности и производительности труда. На средства из структурных фондов ЕС при Министерстве здравоохранения будет создан реестр КРЗ,

что позволит существенно повысить потенциал для правильной оценки нынешней ситуации и будущих потребностей в работниках здравоохранения в Литве.

### Словения<sup>18</sup>

Планирование кадровых ресурсов здравоохранения осуществляется посредством стратегий Министерства здравоохранения и соответствующих профессиональных организаций и, отчасти, Министерством высшего образования. Последнее консультируется с другими министерствами по вопросу количества студентов, которых предполагается принять в различные университетские программы обучения. Что касается обучения будущих врачей, стоматологов, фармацевтов и медсестер, каждый год правительство выносит на утверждение парламента лимит на прием в вузы (*numerus clausus*). Было предпринято несколько попыток добиться "самодостаточности" Словении путем наращивания потенциала, необходимого для образования работников здравоохранения. В 2003 г. был открыт второй медицинский факультет в городе Марибор, а в период с 2003 по 2008 гг. были открыты четыре дополнительных учебных заведения для медсестер.

В настоящее время для прогнозирования спроса и предложения специалистов здравоохранения используются только две модели: демография контингента в отдельной профессии и простая равновесная модель, учитывающая нынешнее число специалистов здравоохранения. В 90-х гг. прошлого века и в 2000-х гг. в основе прогнозов лежали исходные допущения о том, что необходимо лишь подыскивать замену тем работникам здравоохранения, которые выходят на пенсию, становятся нетрудоспособными или просто меняют профессию.

### Финляндия<sup>19</sup>

Начиная с 1991 г. в стране каждые четыре года проводится всеобъемлющий анализ спроса и предложения рабочей силы во всех отраслях, включая социальное обеспечение и здравоохранение. Это делается для того, чтобы обеспечить соответствие между образованием

---

<sup>18</sup> Подготовлено на основании заметок, представленных Tit Albreht, Director, School of Public Health of Slovenia.

<sup>19</sup> Взято из: Vallimies-Patomäki M (2009) *Health workforce in Finland*. Исследование представлено в рамках Диалога по вопросам политики в сфере планирования кадровых ресурсов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Венеция, 11–12 мая. См. <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Programme.htm>

и долгосрочными потребностями в рабочей силе. В этом процессе принимают участие целый ряд структур, таких как министерства, Национальный совет по образованию, Ассоциация местных и региональных органов власти Финляндии, Статистическая служба Финляндии, Финский пенсионный центр и научно-исследовательские институты. В "Докладе о кадровых ресурсах до 2025 г." дается оценка спроса в 2005–2020 гг. с учетом тенденций в области экономики, занятости, демографии и производительности труда. Модель для расчетов, используемая Национальным советом по образованию, позволяет преобразовать спрос на рабочую силу в целевые показатели набора студентов с учетом убыли, показателей присутствия на рынке труда и т.д. Ожидается рост потребностей в социальных услугах и услугах здравоохранения. Число принимаемых в вузы студентов устанавливается каждый год в процессе переговоров, и Министерство образования подписывает трехлетние соглашения о сотрудничестве с политехническими институтами и университетами. Министерство образования консультируется с Министерством социального обеспечения и здравоохранения в отношении того, какие требуются виды компетентности. В "Национальный план развития служб социальной и медико-санитарной помощи на 2008–2011 гг." входят несколько мер по обеспечению достаточного предложения кадровых ресурсов для социальной и медико-санитарной помощи: а) анализ условий труда для повышения привлекательности работы в сфере первичной медико-санитарной помощи, особенно для врачей и стоматологов; б) усиление сотрудничества между организациями медико-санитарной помощи и организациями, занимающимися образованием и подготовкой кадров; в) национальные руководства по функционированию медсестер на более высоком уровне и д) закон о праве медсестер назначать лечение. В настоящее время Министерство социального обеспечения и здравоохранения входит в консорциум, который заказывает прогнозы спроса на кадровые ресурсы у Государственного института экономических исследований при Министерстве финансов<sup>20</sup>. Принятые в начале 2010 г. поправки к законам усилили роль региональных структур/заинтересованных сторон в прогнозировании спроса на рабочую силу и потребностей в образовании.

Прогнозы спроса на кадровые ресурсы и потребностей в образовании на национальном уровне в Финляндии достаточно точны, однако сохраняется определенный географический дисбаланс, поэтому в будущем планируется урегулировать обязанности центров здоровья и больничных округов по прогнозированию спроса на кадровые ресурсы на районном уровне.

---

<sup>20</sup> Резюме на английском языке см. на: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/t154.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t154.pdf)

Также идут дискуссии по вопросу о том, как добиться соответствия региональных прогнозов потребностей в образовании предложению образовательных услуг на региональном уровне.

Меры по выработке методик, которые помогли бы странам в оценке потребностей в КРЗ, принимаются и на международном уровне. Во врезке 1 приведен пример усилий, направленных на усовершенствование типовых моделей планирования кадровых ресурсов при помощи факторов, учитывающих влияние условий работы и квалификации медицинских сестер на сохранение сестринских кадров, производительность труда, а также на исходы лечения больных.

### **Врезка 1. RN4CAST – Проект прогнозирования кадровых ресурсов для сестринского дела в Европе**

В существующих моделях планирования кадровых ресурсов в сестринском деле часто все внимание направляется на получение цифр, но при этом игнорируется качество медико-санитарной помощи больным. Проект RN4CAST, осуществляемый на средства Седьмой рамочной программы Европейской комиссии, преследует цель внедрить инновационные методы прогнозирования, в которых уделяется внимание не только численности, но и качеству сестринского персонала и его влиянию на оказываемую больным помощь.

Исследование проводится консорциумом исследовательских коллективов из Бельгии, Германии, Греции, Ирландии, Испании, Нидерландов, Польши, Соединенного Королевства, Финляндии, Швейцарии и Швеции, к которому позднее присоединились и ученые из Норвегии. Проектом будет охвачено до 500 больниц, 50 000 медицинских сестер, 12 000 пациентов, а также данные выписных эпикризов сотен тысяч пациентов. В рамках исследования изучается медицинская и хирургическая помощь, которая оказывается в больницах скорой помощи общего профиля. В дополнение к выписным эпикризам собирались анонимные данные от медсестер и пациентов. Они позволят изучить, каким образом такие элементы, как квалификация медсестер, демографические характеристики, рабочая нагрузка, благополучие и условия осуществления практики могут влиять на производительность труда, безопасность пациентов и исходы лечения больных (см. <http://www.RN4CAST.eu>).

## 5 Уроки

Балансировать и прогнозировать потребности в работниках здравоохранения, спрос на них и предложение сложно в любой ситуации. Ни в одной стране мира это не делается так, чтобы можно было назвать это образцом "передовой практики". Некоторые страны прилагают серьезные усилия для оценки потребностей в КРЗ, но подавляющее большинство стран даже в ЕС пока еще не приступали к этому процессу. Растет признание того, что такая оценка нужна, чтобы добиться цели улучшения доступа к услугам здравоохранения, а также сделать их более эффективными и рациональными, и поэтому этот вопрос стал занимать более важное место в стратегической повестке дня. Чему могут научиться страны из имеющегося опыта? Какие общие уроки могут извлечь руководители высшего звена? Вот десять пунктов, которые предлагается принять во внимание:

1. Оценка будущих потребностей в КРЗ очень нужна и полезна. Она может помочь предупредить риск возникновения дисбаланса (дефицита, избытка, нерационального распределения), ограничивающего эффективность деятельности служб здравоохранения, или смягчить его, указывая на последствия сохранения существующего уровня кадровых ресурсов здравоохранения, его уменьшения или увеличения. Такая оценка позволяет вести предметные дискуссии и переговоры по вопросам финансирования и организации услуг здравоохранения на основе данных и фактов, а не мнений и интересов.
2. При проведении оценки потребностей важно, чтобы руководители высшего звена открыто заявляли о ценностях, принципах и стратегиях, которыми они руководствуются. То, чем они руководствуются, будет определять выбор методов и даже инструментов для оценки потребностей<sup>21</sup>. Например, цель удовлетворения будущих потребностей, а не только будущего спроса, требует уже совершенно иной стратегии и иных методологических подходов.
3. Будущие потребности выражаются не только в цифрах – критически важными переменными являются такие аспекты рабочей среды, как разделение (профессионально-квалификационная структура кадров) и организация труда, виды компетентности, условия труда и целевые показатели производительности и качества. Необходимость количественных моделей и инструментов очевидна, но они не могут

---

<sup>21</sup> "... для определения потребностей той или иной категории населения в поставщиках медико-санитарной помощи научные методы могут систематически применяться только тогда, когда положительно выражены социальные и политические позиции в отношении доступа к помощи и ее предоставления" (27).

заменить выработку суждений о том, что в конечном счете является нужным и доступным.

4. Необходимо применять более комплексный подход к оценке: например, следует рассматривать все КРЗ в целом. Это обосновано самой природой взаимодействия и взаимодополняемости между различными профессиональными группами в сфере здравоохранения, а также общепризнанной необходимостью бригадной организации работы. Отсутствие примеров передовой практики в настоящее время не должно препятствовать усилиям по дальнейшему продвижению в этом направлении. Это включает учет всего множества профессий и структур, входящих в систему здравоохранения, и определение всех экономических, политических и социальных переменных, которые играют роль в определении будущих потребностей в КРЗ.
5. Опыт таких стран, как Англия, Бельгия, Ирландия, Испания, Финляндия, и других стран, вкладывавших ресурсы в оценку потребностей в КРЗ, убедительно демонстрирует важность информационной базы, которая способна обеспечить достоверные, надежные и современные данные для мониторинга кадровых ресурсов и рынка труда в секторе здравоохранения. Без надежных данных оценка потребностей в образовании превращается в гадание<sup>22</sup>. Поскольку в принятии решений, касающихся будущих КРЗ, участвуют организации из разных секторов (образование, здравоохранение, финансы, планирование, профессиональные организации, работодатели), конфликтов избежать невозможно. Доступ к надежным данным помогает внести в дискуссии и переговоры рациональность.
6. Даже располагая самыми точными данными и прогнозами, государство не может просто диктовать или вводить директивным способом те или иные перемены (например, пересмотреть рамки профессиональной практики). Перемены все равно должны так или иначе обсуждаться и приниматься путем переговоров, и поэтому важно как можно раньше вовлекать в этот процесс различные заинтересованные стороны. Участие заинтересованных сторон, позволяющее использовать существующий опыт планирования кадровых ресурсов и развивать процесс планирования КРЗ, является, пожалуй, самым главным аспектом этой деятельности, поскольку она требует наличия единой повестки дня, общения на одном

---

<sup>22</sup> Более подробную информацию о данных и эталонах для сравнения, необходимых для налаживания эффективно функционирующей системы информации по КРЗ см. World Health Organization (2010) Report of the first meeting of the Health Workforce Information Reference Group, WHO, Global Health Workforce Alliance, Health Metrics Network, Geneva, WHO (<http://www.who.int/hrh/resources/hirg/en/index.html>).

языке и априорного консенсуса в отношении методов и концепций планирования кадровых ресурсов. Облегчить эту работу могут диалоги по вопросам политики, которые необходимо начинать как можно раньше, что явствует из описанного выше опыта стран.

7. Прогнозирование будущих потребностей осложняется в тех случаях, когда эта функция децентрализована: например, в НСЗ в Англии существует конфликт между требованиями, идущими "сверху вниз" о выполнении приоритетов национальной политики и "снизу вверх" о выполнении приоритетных задач в отношении услуг и персонала на местном уровне (28). На центральном уровне должен существовать какой-то механизм координации, чтобы все ответственные ведомства разговаривали друг с другом на одном языке. Также следует учесть возможность очень высокой степени мобильности потребителей и поставщиков услуг, поэтому может понадобиться вносить в прогнозы поправки, которые может предлагать только организация общенационального уровня. С другой стороны, оценки в национальном масштабе могут быть верны на уровне страны, но в них могут не учитываться различия в потребностях на региональном и местном уровне.
8. Согласия в отношении продолжительности периода планирования нет, но очевидно, что чем больше этот период, тем более рискованным становится прогнозирование. Использование в качестве периода планирования профессионального жизненного цикла когорты новых выпускников учебных заведений – что является вполне логичным вариантом – влечет за собой риск, связанный с предположениями о будущих изменениях в период продолжительностью 30–40 лет. В качестве разумной альтернативы за период планирования можно взять продолжительность процесса образования наиболее квалифицированной части медицинского персонала (около 10 лет). В любом случае это оправдывает вариант, при котором прогнозы ассоциируются со сценариями, охватывающими разные возможные пути эволюции КРЗ и условия, в которых они работают.
9. Ключом к реагированию на меняющиеся потребности является гибкое осуществление стратегий, основанное на тщательном мониторинге. План по кадровым ресурсам не должен восприниматься как документ, который создается раз и навсегда и не подлежит корректировке и изменению – он должен апробироваться и пересматриваться по мере необходимости. Для того, чтобы лучше регулировать спрос и предложение работников здравоохранения, нужны динамичные и прямые каналы обратной связи организаций медико-санитарной помощи с учебными заведениями.

10. На уровне всей страны может наблюдаться избыток или недостаток КРЗ, но эти состояния могут и сосуществовать внутри страны, когда одни регионы испытывают дефицит кадровых ресурсов, а другие имеют излишек. Это создает значительные политические и экономические проблемы стратегических масштабов, а также негативно влияет на оказание медико-санитарной помощи. Непринятие мер или реагирование только тогда, когда проблемы становятся острыми, дорого обходится как с экономической, так и с политической точки зрения, но прежде всего с точки зрения здоровья, поскольку из-за дисбаланса КРЗ население не может пользоваться доступными, эффективными и оптимальными услугами здравоохранения. Большую пользу для стран могут принести обмен передовой практикой с помощью "открытого метода координации" в отношении географического распределения и оплаты труда специалистов здравоохранения, а также подходы к оптимизации распределения КРЗ в системе здравоохранения.

## **Вопросы к Европейской комиссии, касающиеся стратегического курса**

Европейская комиссия, начав консультации по подготовленной ею *Green Paper on the European Workforce for Health* ["Зеленой книге по кадровым ресурсам здравоохранения в Европе"] ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/workforce\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm)) в целом и по оценке будущих потребностей в КРЗ в частности, может посчитать нужным изучить некоторые вопросы, касающиеся стратегического курса и его вариантов и возникшие в связи с ее решимостью оказывать странам поддержку в решении проблем КРЗ. Например:

- Нужны ли ЕС стандартизированные определения профессиональных категорий и индикаторов рынка труда в секторе здравоохранения, а также стандартные форматы и процедуры отчетности?
- Следует ли ЕС предложить (поощрять/требовать) использование стандартизированных инструментов для сбора данных и форматов отчетности?
- Какова в этой связи роль ЕС по сравнению с ролью технических организаций, таких как ВОЗ? Будет ли целесообразно создать в ЕС Обсерваторию по КРЗ, в задачи которой будет входить (а) поддержка стран в создании баз данных по КРЗ, в проведении анализа данных и в выработке политики в области КРЗ; (b) консолидация информации от стран и проведение анализа на региональном уровне; (c) анализ и сравнение квалификаций КРЗ и стандартов

подготовки кадров в государствах-членах ЕС; (d) мониторинг, анализ и распространение опыта стран?

- Должен ли ЕС поощрять создание в масштабе Европейского Союза сети, объединяющей лиц, которые планируют и определяют политику в отношении КРЗ, чтобы они могли осуществлять обмен знаниями и опытом?
- Должен ли ЕС поощрять и технически поддерживать развитие КРЗ на международном уровне, например, между странами, в которых уже наблюдаются значительные трансграничные перемещения?

## Основные положения: резюме

- Выбор метода оценки будущих КРЗ является ценностно-ориентированным и зависит от того, какие результаты для здоровья и цели обслуживания определили руководители высшего звена.
- Оценка будущих потребностей в КРЗ – это не только прогнозирование цифр. Формирующие политику руководители высшего звена также должны обращать внимание на вопросы найма, образования, распределения, сохранения, мотивирования и управления КРЗ, что требует улучшения знания об ожиданиях и поведении работников здравоохранения. Нет смысла обучать достаточное количество врачей или медсестер, а потом видеть, как они уезжают в другие страны из-за того, что они не востребованы на отечественном рынке труда, или из-за того, что условия работы недостаточно привлекательны.
- Удовлетворение потребностей в КРЗ предполагает нечто большее, чем подготовка большего количества работников: рост кадрового потенциала может быть достигнут путем повышения квалификации, изменения профессионально-квалификационной структуры кадров и повышения производительности.
- Важно воспринимать планирование КРЗ как процесс, при котором основные заинтересованные партнеры вовлечены в оценку потребностей в переменах и разработку стратегий для осуществления этих перемен.
- Чем лучше будет информационная база и технический потенциал для ее использования, тем более точным будет диагноз и выбор мер вмешательства.
- Важнейшую роль в корректировке мер вмешательства сообразно с изменяющимися условиями играет мониторинг.
- Наконец, не менее важно и то, что инвестирование в развитие кадровых ресурсов требует достаточного и предсказуемого финансирования. Отдача от такого инвестирования вскоре станет очевидной: она выразится в улучшении доступа к услугам, более эффективном использовании ресурсов и росте удовлетворенности граждан.

## Библиография

1. ВОЗ. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.
2. Birch S. Health human resource planning for the new millennium: inputs in the production of health, illness and recovery in populations. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2002, 33(4):109–114.
3. ВОЗ. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г. Совместная работа на благо здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.
4. Hornby P. Exploring the use of the World Health Organization Human Resources for Health Projection Model. *Presented at the HRH Workforce Planning Model Workshop, Washington, DC, 13–14 December 2007*.
5. WHO. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Health Information and Governance, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599016\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599016_eng.pdf), accessed 21 July 2010).
6. Hall T, Mejia A, eds. *Health manpower planning: principles, methods, issues*. Geneva, World Health Organization, 1978.
7. Green A. *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
8. Dreesch N et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20(5):267–276.
9. Productivity Commission. *Australia's health workforce*. Canberra, Productivity Commission, 2006 (<http://www.pc.gov.au/projects/study/healthworkforce/docs/finalreport>, accessed 21 July 2010).
10. Health Committee, House of Commons. *Fourth Report: Workforce Planning*. London, The Stationery Office, 2007 (22 March 2007, HC 171–1).
11. Department of Health. *High quality care for all: NHS Next Stage Review final report*. London, Department of Health, 2008 ([http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH\\_085825](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_085825), accessed 21 July 2010).
12. Department of Health. *A high quality workforce: NHS Next Stage Review*. London, Department of Health, 2008.

13. Department of Health. *NHS Next Stage Review: quality workforce: strategy impact assessment*. London, Department of Health, 2008.
14. Tooke J. *Aspiring to excellence: final report of the independent inquiry into modernising medical careers*. London, Universities UK, 2008.
15. Buchan J. *Nurse workforce planning in the UK: a report for the Royal College of Nursing*. London, Royal College of Nursing, 2007 ([http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/107260/003203.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf), accessed 21 July 2010).
16. Imison C, Buchan J, Xavier S. *NHS workforce planning: limitations and possibilities*. London, King's Fund, 2009 ([http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs\\_workforce.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_workforce.html), accessed 21 July 2010).
17. Department of Health. *Planning and developing the NHS workforce: the national framework*. London, Department of Health, 2010 ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_114866.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_114866.pdf), accessed 21 July 2010).
18. Cop C, Vandenbroele H. *Perspectives d'avenir de la Commission de Planification-Offre médicale: Rapport scénario de base Médecins 2009*. Brussels, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises, Cellule Planification des professionnels de santé, 2009 (<http://www.health.fgov.be>, accessed 4 May 2010).
19. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Kinesitherapeuten. Eindrapport. [Planning models for health care professions. Parcel 3: the realisation of surveys in health care professions - physiotherapists. Final report]*. Brussels, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [Federal Public Service (FPS) Health, Food Chain Safety and Environment, Directorate-General Primary Health Care and Crisis Management, Service for the Planning of Health Professions], 2008 (<http://www.health.fgov.be>, accessed 4 May 2010).
20. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Tandartsen Eindrapport [Planning models for health care professions. Parcel 3: the realisation of surveys in health care professions - dentists. Final report]*. Brussels, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [Federal Public Service (FPS) Health, Food Chain Safety and Environment, Directorate-General Primary Health Care and Crisis Management, Service for the Planning of Health Professions], 2009 (<http://www.health.fgov.be>, accessed 4 May 2010).

21. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Artsen-specialisten Eindrapport [Planning models for health care professions. Parcel 3: the realisation of surveys in health care professions - medical specialists. Final report]*. Brussels, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [Federal Public Service (FPS) Health, Food Chain Safety and Environment, Directorate-General Primary Health Care and Crisis Management, Service for the Planning of Health Professions], 2009 (<http://www.health.fgov.be>, accessed 4 May 2010).
22. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Verpleegkundigen Eindrapport [Planning models for health care professions. Parcel 3: the realisation of surveys in health care professions - nurses. Final report]*. Brussels, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [Federal Public Service (FPS) Health, Food Chain Safety and Environment, Directorate-General Primary Health Care and Crisis Management, Service for the Planning of Health Professions], 2010 (<http://www.health.fgov.be>, accessed 27 July 2010).
23. Health Canada. Pan Canadian Health Human Resource Strategy [web site]. Ottawa, Health Canada, 2003 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index-eng.php>, accessed 21 July 2010).
24. O'Brien-Pallas L et al. Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advance Nursing*, 2001, 33(1):120–129.
25. Tomblin Murphy G et al. Planning for what? Challenging the assumptions of health human resources planning. *Health Policy*, 2009, 92(2–3):225–233.
26. O'Brien-Pallas L, Hayes L. Challenges in getting workforce research in nursing used for decision-making in policy and practice: a Canadian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(24):3338–3346.
27. Birch S et al. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 2007, 33(Suppl):S1–S16.
28. Curson JA et al. *Who does workforce planning well? Workforce Review Team Rapid Review Summary*. Coventry, University of Warwick, Institute for Employment Research, 2008 ([http://www.wrt.nhs.uk/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=54&Itemid=](http://www.wrt.nhs.uk/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=54&Itemid=), accessed 21 July 2010).

## Полезные источники информации и дополнительные материалы по теме

- Aiken L, Cheung R. *Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (OECD Health Working Paper 35).
- Behan J et al. *A quantitative tool for workforce planning in healthcare: example simulations*. Dublin, Expert Group on Future Skill Needs, Training and Employment Authority, 2009.
- Capacity Project. *Human resources information systems (HRIS) strengthening implementation toolkit*. Chapel Hill, NC, Capacity Project, 2009 (<http://www.capacityproject.org/hris/tools>, accessed 27 July 2010).
- Dal Poz MR et al., eds. *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health, with special applications for low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, World Bank and United States Agency for International Development, 2009 (<http://www.who.int/hrh/resources/handbook/en/index.html>, accessed 27 July 2010).
- Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). *A framework for collaborative pan-Canadian health human resources planning*. Ottawa, Health Canada, 2007 ([http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf), accessed 27 July 2010).
- Health Metrics Network, World Health Organization. *Framework and standards for country health information systems*, 2nd edn. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/index.html>, accessed 27 July 2010).
- NHS Skills for Health – Workforce Projects Team [web site]. Health care workforce portal. Manchester, NHS Skills for Health – Workforce Projects Team, 2010 (<http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/tools.html>, accessed 27 July 2010).
- Scottish Government. *Better health, better care: planning tomorrow's workforce today*. Edinburgh, Scottish Government, 2007 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/206845/0054945.pdf>, accessed 27 July 2010).
- Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working Paper 21).

- Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. *Tackling nurse shortages in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper 19).
- WHO. *Tools and guidelines for human resources for health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hrh/tools/en>, accessed 27 July 2010).

## **Приложение: Обзор источников данных для планирования КРЗ в Европе**

Лица, формирующие политику и осуществляющие планирование в ЕС, могут пользоваться тремя основными базами данных по КРЗ: данными по здравоохранению ОЭСР, Европейской базой данных "Здоровье для всех" Европейского регионального бюро ВОЗ (БД ЗДВ) и базой данных Евростата. Все три базы данных доступны в онлайн-режиме. Данные по здравоохранению ОЭСР и база данных "Здоровье для всех" могут быть загружены в компьютер и использоваться автономно. База данных Евростата и база данных "Здоровье для всех" являются бесплатными.

Информация в этих трех базах данных частично повторяется и дополняет информацию в других базах, но каждая база данных организована по-другому и в некоторых случаях сформирована с использованием разных источников данных. Главные различия баз данных приведены в Таблице 1.

Таблица 1. Данные по КРЗ: охват, наличие данных и типы данных. Данные о здравоохранении ОЭСР, Европейская база данных "Здоровье для всех" и Евростат

Данные о здравоохранении ОЭСР	Европейская база данных "Здоровье для всех"	Евростат
Количество стран	53	33
Период	С 1960 г.	С 1970 г.
Источники	Разные	Национальные институты статистики
Типы данных	Численность, плотность	Численность, плотность, %
Переменные	Выпускники медицинских учебных заведений Зарегистрированные врачи Практикующие врачи: с разбивкой по полу, врач общей практики/специалист Врачи, получившие образование за границей  Выпускники учебных заведений для медсестер Акушерки Практикующие медсестры Медсестры-специалисты Медсестры, имеющие лицензию на ведение практики Соотношение медсестер, работающих в неотложной помощи, и общей численности персонала	Работники здравоохранения, абсолютное количество и на 100 000 населения  Сестринский персонал и персонал по уходу, абсолютное количество и на 100 000 населения  Количество работников здравоохранения по регионам, абсолютное количество и на 100 000 населения  Врачебные специальности, абсолютное количество и на 100 000 населения  Врачи с разбивкой по возрасту и полу, абсолютное количество
	Количество врачей (ФЛ) Врачи, (ЭПЗ) на 100 000 населения, врачи общей практики, терапевты, Хирургические специальности, акушерство и гинекология, педиатрия % врачей, работающих в больницах Количество выпускников – врачей, медсестер, акушеров, стоматологов, фармацевтов ФЛ и на 100 000 населения в год  Медсестры (ФЛ и ЭПЗ) на 100 000 населения % медсестер, работающих в больницах Акушерки (ФЛ и ЭПЗ) на 100 000 населения  Стоматологи и фармацевты (ФЛ и ЭПЗ) на 100 000 и (ЭПЗ) на 100 000 населения	

Примечание: ФЛ – физические лица; ЭПЗ – эквивалент полной занятости.

Из 30 стран, включенных в базу данных ОЭСР, 18 являются членами ЕС. Евростат охватывает все страны ЕС плюс страны-кандидаты – бывшую Югославскую Республику Македонию, Хорватию и Турцию, и еще три страны Европы – Исландию, Норвегию и Швейцарию. В европейскую базу данных "Здоровье для всех" входят 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ.

Ни одна из этих баз данных не производит "собственных" данных – все они используют источники стран, которые в них входят. Данные могут различаться по применяемым определениям, процессу и периодичности их сбора и другим аспектам. Евростат работает главным образом с национальными институтами статистики, Европейское региональное бюро ВОЗ сотрудничает главным образом с министерствами здравоохранения и профессиональными организациями, а ОЭСР – с институтами и министерствами статистики. В качестве примера различий можно привести применение различных определений и концепций: Евростат проводит различие между "практикующими", "активными с профессиональной точки зрения" и "лицензированными" специалистами медико-санитарной помощи. ОЭСР также использует термин "практикующий", но отмечает, что в некоторых странах сюда также входят не практикующие специалисты (например, медсестры в таких странах, как Греция, Исландия, Нидерланды и Франция), а в других странах включены и специалисты, вышедшие на пенсию (например, Польша). В некоторых странах данные о медицинских сестрах включают также акушеров. Все три базы данных предоставляют информацию о плотности работников здравоохранения на 100 000 населения. Сравнимость данных осложняется различиями в определениях и периодичности сбора данных. Например, в отношении плотности медсестер во всех трех базах данных содержатся данные только двух из 27 стран ЕС. Евростат предоставляет данные по большинству стран (15 из 27). Хотя различия между базами данных часто незначительны, в некоторых случаях они весьма существенны (от менее 1% до более 70%), что указывает на вероятность получения совсем другой "картины" КРЗ в зависимости от того, какая база данных (или несколько баз данных) будет использоваться.

### **Сеть фактических данных по вопросам здоровья**

(СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена во всех 53 государствах-членах 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 информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-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 обеспечивает поддержку и содействие процессу формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и строго научного 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 всестороннего освещения стратегических вопросов. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.healthobservatory.eu>.