

¹А.Р. Абзалиева,¹Г.К. Каусова, ²Г.Е. Аимбетова¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,²Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова**КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРАКТИКИ**

В обзоре представлен анализ литературы, посвященной проблеме кадровой политики в здравоохранении, проведен сравнительный анализ международной практики.

Ключевые слова: *кадровая политика в здравоохранении, сравнительный анализ международной практики, кадровый кризис*

Важным компонентом развития систем здравоохранения являются стратегии развития кадровых ресурсов. В мире эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг напрямую зависят от деятельности работников, которые определяются их уровнем компетенции, навыками и мотивацией [1].

Международный опыт, в частности опыт Всемирной организации здравоохранения, свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности систем здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, предпринимаемые в области управления кадрами.

Имеется множество данных, свидетельствующих о позитивном влиянии количества, качества подготовки работников здравоохранения, плотности их распределения на результаты различных мероприятий в сфере здравоохранения и в целом на здоровье людей. В соответствии с определением ВОЗ, работниками здравоохранения являются люди, основная деятельность которых направлена на улучшение здоровья. В их число входят специалисты, оказывающие медицинские услуги (врачи, медицинские сестры, фармацевты и лаборанты), а также административные и вспомогательные работники. В мире насчитывается около 60 миллионов работников здравоохранения. Примерно две трети из них оказывают медицинские услуги (провайдеры), а одна треть выполняет административные и вспомогательные функции [2].

Кадровый кризис в здравоохранении признается мировым сообществом. Современные проблемы развития кадров здравоохранения в мире связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля, дисбалансом численности врачей и сестринского и акушерского персонала, чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах [3].

Доказано, что существует прямая связь между отношением количества работников здравоохранения к численности населения и показателями здоровья.

Глобальная нехватка работников усугубляется имеющимся дисбалансом внутри страны. В сельских районах по сравнению с городами наблюдается дефицит компетентного персонала.

По оценкам ВОЗ, для восполнения нехватки требуется, как минимум, 2 360 000 медицинских работников и 1 890 000 административных и вспомогательных работников, то есть, в общей сложности, 4 250 000 работников здравоохранения [4].

На протяжении последних 30 лет в большинстве промышленно развитых стран происходило усиление роли административных работников, экономистов в сфере медицинского обслуживания. Например, во многих странах клиниками обычно руководят профессиональные администраторы, не имеющие медицинского образования [5].

Современная политика развития кадров здравоохранения во многих странах строится на совместной ответственности государства и общества, включая профессиональные медицинские ассоциации. Правительство старается регулировать, определять, удовлетворять реальные потребности в кадрах здравоохранения, а также поддерживать, направлять и контролировать мероприятия в области обучения и подготовки кадров и результативного использования их обществом.

Созданные ВОЗ региональные обсерватории кадровых ресурсов укрепляют, развивают и поддерживают базу знаний для трудовых ресурсов здравоохранения в разных регионах. Обсерватории предоставляют фактические данные для принятия политических решений с целью усиления систем здравоохранения и улучшения медицинского обслуживания. Они отслеживают практические методики и накопленный опыт и обмениваются ими [6].

Таким образом, кадровая политика развитых стран направлена на внедрение методов управления эффективностью имеющихся ресурсов, усиление роли административных работников, быстрой эволюции сестринской профессии и расширение функций среднего медицинского персонала, подготовку специалистов в сфере общественного здравоохранения, повышением требований к сфере подготовки и переподготовки кадров.

Отличительными особенностями кадровых ресурсов здравоохранения Казахстана являются более высокие показатели обеспеченности врачебными кадрами, наряду с меньшими показателями обеспеченности средним персоналом в сравнении с мировыми данными. Средний показатель обеспеченности врачебными кадрами городского населения более чем в 3 раза превышает таковую в сельской местности [7].

Численность медицинских кадров в 2013 году в сфере здравоохранения Казахстана составляла около 210 тыс. специалистов, из которых около 144 тыс. сестринского персонала. 70% от общего числа кадров - это провайдеры медицинских услуг. Более 18% от общего числа врачей и 33% среднего персонала трудятся в сельской местности. Вместе с тем, дополнительная потребность во врачебных кадрах по итогам 2011 года составляет 4,1 тыс., в т.ч. 1,9 в сельских регионах [8].

Для разных стран характерно разнообразие в уровне квалификации, в соотношении численности младшего медицинского персонала к численности врачей. Также существенными остаются диспропорции в спектре основных специальностей и квалификаций.

Наиболее проблемными в кадровой сфере здравоохранения являются вопросы правильного планирования кадровых ресурсов, их численности, устранения диспропорций в структуре распределения квалифицированных работников.

В последние годы в Англии кадровая политика занимает важное место среди стратегических вопросов. Среди недостатков кадровой политики отмечено отсутствие согласованности между планированием КРЗ и планированием услуг/финансирования. Министерство здравоохранения при поддержке других министерств и ведомств (например, министерства образования) оказывает влияние на предложение кадров здравоохранения, их образование, оплату труда и международную миграцию [9].

Оценка потребностей в медицинских кадрах и их планирование осуществляется под руководством Министерства здравоохранения в сотрудничестве с Управлением медицинского образования Англии (МЕЕ), а также Информационно-аналитического центра кадровых ресурсов (CWI). Эти центральные государственные структуры действуют в партнерстве со Стратегическими управлениями здравоохранения (SHA) и профессиональными органами [10]. В Англии существует годовой цикл планирования: разрабатываются комплексные планы услуг и кадровых ресурсов на местных уровнях. Затем составляются сводные планы услуг и кадровых ресурсов, которые направляются в Стратегические управления здравоохранения. Стратегические управления здравоохранения объединяют эти планы 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.

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».

Несмотря на видимые преимущества такого планирования, было отмечено «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» [11].

Среди прогнозируемых проблем КРЗ в Англии отмечены следующие:

- значительный дефицит сестринского персонала;
- высокая зависимость от привлечения иностранных кадров
- сложности в привлечении персонала в общую практику (ВОП)

Планирование КРЗ в Англии включает такие компоненты, как: предоставление данных и информации о количестве, потребностях в обучении, а также демографическом, профессиональном развитии КРЗ; проводится регулярный анализ предложения и спроса на КРЗ в будущем; составляются кадровые планы с учетом соответствия спросу.

В соответствии с планами проводятся мероприятия по развитию персонала, которые включают введение новых и расширенных клинических обязанностей/полномочий, перераспределение обязанностей персонала, повышение производительности и эффективности труда [12].

В Бельгии Федеральное законодательство допускает введение квот на доступ к профессии, для чего в конце периода обучения, когда молодые медицинские специалисты выходят на рынок труда, проводится оценка потребностей; отсюда и возникает необходимость прогнозирования будущих КРЗ [13]. Национальный Комитет по планированию кадровых ресурсов медицины, в состав которого входят представители университетов, организаций медицинского страхования, профессиональных организаций, федеральных и местных органов власти и Национального института медицинского страхования (RIZIV-INAMI) консультирует министра здравоохранения и социального развития по вопросам планирования КРЗ [14].

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, вхождение на рынок труда выпускников учебных заведений.

Для оценки спроса на КРЗ 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.

Таким образом, с самого начала этого процесса в Бельгии главной целью было достижение политики планирования КРЗ, основанной на фактических данных.

Германия является федеральным государством, не имеющим национальной системы планирования КРЗ в отличие от Англии и Бельгии; 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 [15]. Поскольку спрос на медицинское образование превышает предложение мест в учебных заведениях, многие молодые люди отправляются изучать медицину за границу. Нехватка должностей нередко заставляет 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). Имеется нехватка 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 частности, отмечено, что в будущем можно ожидать нехватки дипломированных медсестер в системе сестринского ухода за пожилыми людьми. В этой связи Министерство здравоохранения 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». 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 [16].

Планирование врачебных кадров в Литве началось в 2000 г., медсестер – только в 2006 г., а планирование кадров стоматологов, фармацевтов и специалистов общественного здравоохранения все еще находится на этапе становления [17].

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.». 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 создана модель планирования предложения и спроса КРЗ с учетом видов компетентности и производительности труда. Создан реестр КРЗ [18].

С 1991 г. в Финляндии 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 и долгосрочными потребностями в рабочей силе [19]. В процессе принимают участие министерства, Национальный совет по образованию, Ассоциация местных и региональных органов власти Финляндии, Статистическая служба Финляндии, Финский пенсионный центр и научно-исследовательские институты.

Так, например, в «Докладе о кадровых ресурсах до 2025 г.» дана 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 Финляндии на 2008–2011 гг. входят несколько мер по обеспечению достаточного предложения кадровых ресурсов для социальной и медико-санитарной помощи, в частности:

а) анализ условий труда для повышения привлекательности работы в сфере первичной медико-санитарной помощи; б) усиление сотрудничества между организациями медико-санитарной помощи и образовательными организациями; в) разработаны национальные руководства по функционированию медсестер на более высоком уровне; г) законодательное обеспечение.

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. 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 [20].

Для совершенствования кадровой политики Всемирная организация здравоохранения предлагает принимать во внимание следующие факторы:

необходимость оценки будущих потребностей в КРЗ для предупреждения кадрового дисбаланса и снижения эффективности деятельности здравоохранения; выбор адекватных методов и инструментов при проведении оценки потребностей в КРЗ; обязательный учет таких переменных как: профессионально-квалификационная структура кадров, организация труда, виды компетентности, условия труда и целевые показатели производительности и качества; комплексный подход при оценке КРЗ; наличие достоверной информационной базы для обеспечения надежных и современных данных для мониторинга КРЗ и рынка труда; межсекторальное сотрудничество в принятии решений, касающихся будущих КРЗ (образование, здравоохранение, финансы, планирование, профессиональные организации, работодатели); централизация процесса прогнозирования будущих потребностей в КРЗ [21].

Необходимо отметить, что, 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 должны обсуждаться и приниматься путем переговоров всех заинтересованных сторон. Очевидно, что чем больше период прогнозирования, тем более рискованным оно становится. Наиболее оптимальным является продолжительность процесса образования наиболее квалифицированной части медицинского персонала (около 10 лет) [22].

Необходим постоянный мониторинг КРЗ для реагирования на меняющиеся потребности. План по кадровым ресурсам не должен восприниматься как документ, который создается раз и навсегда и не подлежит корректировке и изменению. Необходима эффективная обратная связь организаций медико-санитарной помощи с учебными заведениями для внесения изменений в планирование потребности в КРЗ [23].

Таким образом, в настоящее время в здравоохранении остается много серьезных кадровых проблем: низкий уровень планирования кадров, дефицит многих категорий работников, серьезные диспропорции в их составе. В развитых странах кадровая политика здравоохранения имеет три направления развития: 1) повышение эффективности использования кадровых ресурсов, 2) поиск оптимального уровня специализации врачебной деятельности, 3) изменения в разделении труда между отдельными профессионально-квалификационными группами работников отрасли (делегирование).

Существующие значительные различия в положении врачей в системе здравоохранения за рубежом (размер и структуре оплаты труда, формы занятости, организационно-правовой статус) во многом определяют отставание страны по показателям качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов. В последнее время в западных странах прилагаются усилия по преодолению чрезмерной специализации врачебного труда, особенно в сфере первичной медико-санитарной помощи.

За рубежом усиливается процесс разделения труда между врачами и средним медицинским персоналом, а также новыми категориями работников, что снижает объем рутинных функций, выполняемых врачами.

Изучение международного опыта дают основания для практических рекомендаций совершенствования кадровой политики в здравоохранении Казахстана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012-2020 годы
- 2 Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе, Пятьдесят седьмая сессия ЕРБВОЗ, Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы // Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.
- 4 Markham B, Birch S. Back to the future: a framework for estimating health-care human resource requirements // Canadian Journal of Nursing Administration. – 1997. - №10. – P. 7–23.
- 5 Модели и инструменты планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах здравоохранения // Обозреватель состояния кадровых ресурсов здравоохранения. – 2010. - №3. – С. 18-24.
- 6 Михайлова, Ю.В. Международный опыт развития медицинских кадров // Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Научно-организационные аспекты прогнозирования, планирования и сохранения кадров в здравоохранении Российской Федерации". – М.: 2013. – С. 8-12.
- 7 Турумбетова, Т.Б. Калиева М.А. Абдрахманова А.О. Методика расчета потребности в медицинских кадрах системы здравоохранения РК // Методические рекомендации. – Астана: 2013. – С. 13-17.
- 8 Турумбетова, Т.Б., Мусина Г.А. Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения // Методические рекомендации. – Астана: 2015. – С. 8-10.
- 9 http://www.who.int/hrh/resources/HRH_issue3_RUS_WEB.pdf?ua=1
- 10 Buchan J, Calman L (2005), Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles // OECD Health Working Papers. – Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2005. - №17. – P. 26-34.
- 11 ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000. – 63 с.
- 12 Михайлова, Ю.В. Методика расчета потребности субъектов российской федерации в медицинских кадрах. Методические рекомендации. – М.: 2011. – 48 с.
- 13 Флек, В.О. Совершенствование подходов к определению потребности в медицинских кадрах в медицинских организациях в условиях реализации Программы государственных гарантий на 2013 -2015 годы // Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Научно-организационные аспекты прогнозирования, планирования и сохранения кадров в здравоохранении Российской Федерации". – М.: 2013. – С. 156-161.

- 14 World Health Organization: Applying the WISN Method in Practice: Case Studies from Belgium, Denmark and Spain. - Geneva: WHO Press, 2010. – 39 p.
- 15 Available at: <http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/> BscherA. (2009) Long-term care workforce in Germany. Case study presented at Policy.
- 16 Gonzalez B Health workforce planning in Spain. Case study presented at Policy Dialogue on workforce planning, European Observatory on Health Systems and Policies, Venice, 11–12 May2010. Available at: <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/>
- 17 Андреев, И. X. Анализ заболеваемости и демографических процессов как основа для планирования подготовки врачебных кадров [Текст] : Автореф. дис. ... канд.мед.наук – М., 2006. – 94 с.
- 18 Силин, А.А. Концепция трудовых и производственных отношений // Труд за рубежом. - 1993. - №1. - С. 5-11.
- 19 Субботина JL Н. Пути совершенствования контроля качества медицинской помощи. // Медицинское страхование. - 1996. - № 13(14). - С. 25-37.
- 20 Frappaz, D., ChinotO.,BatallardA / et al. Summary version of the standards, options and recommendations for the management of adult patients with intracranial glioma // Br. J.Cancer. - 2003.- Vol. 89. - P. 73-83.
- 21 G.Dussault et al., (2010) Assessing future health workforce needs. (Online) Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf/
- 22 Дубинина, Е.И., Резников А.А. К вопросу использования ресурсов здравоохранения // Экономика здравоохранения. - 1999. - № 2. - С.28-31
- 23 Щепин О.П., Филатов В.Б. Нечаев В.С. Проблемы реформирования здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М.: 1998. - №2. - С. 3-5.

¹А.Р. Абзалиева,¹Г.К. Каусова, ²Г.Е. Аимбетова

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті

²С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ САЯСАТ: САЛЫСТЫРМАЛЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕГЕ ТАЛДАУ

Түйін: Әдеби шолуда денсаулық сақтаудағы кадрлық саясатқа қатысты мәселелер қарастырылып, халықаралық тәжірибе бойынша салыстырмалы талдау жүргізілді.

Түйінді сөздер: Денсаулық сақтаудағы кадрлық саясат, халықаралық салыстырмалы тәжірибе, кадрлық дағдарыс.

¹A.R. Abzalieva, ¹G.K. Kausova, ²G.E. Aimbetova

¹Graduate School of Public Health

²Asfendiyarov Kazakh National medical university

PERSONNEL POLICY IN PUBLIC HEALTH: A COMPARATIVE ANALYSIS OF INTERNATIONAL PRACTICE

Resume: The review presents an analysis of the literature on the problem of personnel policy in health care, a comparative analysis of international practice.

Key words: health workforce, Personnel policy in health care, the comparative analysis of the international practice, personnel crisis.