

## ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

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

В «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.» работники здравоохранения определяются как «все люди, выполняющие работу, первичная цель которой состоит в укреплении здоровья»<sup>1</sup>. Кадровые ресурсы здравоохранения неоднородны. Они включают ряд специфических групп профессионалов, выполняющих разные роли и имеющих свою собственную образовательную и организационную структуру. Они работают как в частном, так и в государственном секторе, и в различных отраслях систем здравоохранения. Существуют различия между двумя основными группами работников здравоохранения: провайдерами медико-санитарных услуг и административными и вспомогательными работниками здравоохранения. Провайдеры медико-санитарных услуг предоставляют индивидуальные и массовые услуги; они могут быть терапевтами, стоматологами, медсестрами, фармацевтами, специалистами в области общественного здравоохранения, сотрудниками лабораторий и другими специалистами, составляя приблизительно две трети кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ).

Остальная треть – это административный и вспомогательный персонал, например, экономисты, менеджеры и специалисты по планированию, которые напрямую не вовлечены в предоставление медицинских услуг, но обеспечивают функционирование систем здравоохранения для достижения стоящих перед ними целей.

На 1 июля 2010 г в системе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики было занято 12 426 врача (22,9 на 10 000 населения) и 28 210 среднего медицинского персонала (52 на 10 000 населения). За период с 2006 по 2009 отмечается некоторое снижение количества врачебного (2006 -19,6 и 2009 - 18,7) и сестринского персонала (2006 -45,8 и 2009 - 43,6 на 10 000 нас.), непосредственно оказывающих практическую помощь<sup>2</sup>.

В последнее время была сделана попытка установить международные минимальные стандарты по некоторым медицинским категориям. Например, в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006» предлагается минимально необходимое соотношение - 2,3 работника здравоохранения на 1000 человек для «достижения надлежащего охвата некоторыми важнейшими мероприятиями в области

<sup>1</sup>Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе. Европейский региональный комитет. Пятьдесят седьмая сессия Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г. 3с.

<sup>2</sup>Обзор по Манас-Таалими 2010г. Раздел «Инвестирование в человеческие ресурсы».

здравоохранения и основными медицинскими услугами, связанными с достижением Целей тысячелетия в области развития» (ВОЗ, 2006). Хотя эмпирические связи между уровнями плотности работников здравоохранения и производительностью системы здравоохранения не всегда хорошо документированы, представляется очевидным, что во многих развивающихся странах уровень укомплектованности профессионалами недостаточно соответствует потребностям обслуживаемого населения<sup>3</sup>.

«Слишком высокая» или «слишком низкая» плотность работников здравоохранения по сравнению с потребностями в медицинском обслуживании обнаруживается во всем мире повсеместно. В большинстве африканских стран, например, на 10 000 населения приходится менее одного врача, а в десяти странах Африки – меньше, чем 0,3 врача на 10 000 (Всемирный банк, 1994b; Huddart&Picazo, 2003). В глобальном масштабе, 57 стран имеют меньше 2,3 медицинских работника на 10 000 населения (ВОЗ, 2006). Подобная картина наблюдается, когда целевые показатели, разработанные отдельными странами, сравниваются с реальным состоянием кадров здравоохранения. В отчете об обследовании, проведенном в 1998 году в семи африканских странах, сообщалось о высоком уровне незаполненных медицинских вакансий: например, 52,9% для медсестер в Малави и 72,9% для врачей-специалистов в Гане (Dovlo, 1999; WHO, 2002)<sup>4</sup>.

Во всех странах работники здравоохранения играют ключевую роль в организации работы служб и в предоставлении медицинских услуг. Функционирование любой организации зависит от сочетания доступности, усилий, а также профессиональной структуры кадров. Эффективность систем предоставления медицинской помощи и качество услуг здравоохранения зависят от эффективности работы персонала, что, в свою очередь, зависит от их знаний, навыков и мотивации. В любой системе здравоохранения человеческие ресурсы являются наиболее дорогостоящей составляющей – около 60–80% от общих текущих затрат<sup>5</sup>.

Кроме того, значительные дополнительные затраты приходятся на обучение и подготовку. Эти затраты тесно связаны с тем, как и с какой эффективностью человеческие ресурсы распределяются и используются. Поскольку сегодня организации здравоохранения испытывают значительный дефицит ресурсов, важно уделять особое внимание тем ресурсам, которые требуют от системы здравоохранения наибольших затрат. Работники здравоохранения постоянно рассматривались как главный критический фактор на пути расширения приоритетных вмешательств и достижения Целей тысячелетия в области развития.

Обеспечение соответствующими, подготовленными и устойчивыми кадрами, несомненно, является важнейшим вопросом государственной политики в области здравоохранения в настоящий момент и в будущем. Хотя, как ожидается, потребность в работниках здравоохранения будет расти во всех странах, кадровые ресурсы здравоохранения продолжают оставаться одной из наиболее сложных областей, с трудом поддающейся модификации. Кыргызстан сталкивается с глубоко укоренившимися проблемами дисбаланса кадровых ресурсов здравоохранения, усиливающегося под воздействием демографических, технологических, политических и социально-экономических изменений, в частности под воздействием факторов, связанных со старением и миграцией населения.

Из года в год остро стоит вопрос обеспеченности врачами в регионах, где отмечается выраженная географическая неравномерность распределения врачей в некоторых районах соотношение врачей составляет менее 10,0 на 10 тыс. населения. Так,

---

<sup>3</sup>WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health / Thomas Bossert[... et al.]. 13p.

<sup>4</sup> Там же 59p.

<sup>5</sup> Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе. Европейский региональный комитет. Пятьдесят седьмая сессия. Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г. 4с.

в Бишкеке (27,7 на 10 тыс.нас.) и Оше (24,3 на 10 тыс.нас.) врачей почти втрое больше, чем в некоторых районах Ошской (7,5 на 10 тыс.нас.), Джалал-Абадской (8,3 на 10 тыс.нас.), Иссык-Кульской (8,5 на 10 тыс. нас.) или Таласской (8,5 на 10 тыс.нас.) областях. Причиной концентрации врачей в городах, с одной стороны, является концентрация организаций здравоохранения в столице и областных центрах. С другой стороны, основными причинами нежелания медицинских работников работать в сельской местности являются низкая зарплата, неразвитая инфраструктура в регионах, ограниченная возможность профессионального роста и неустроенность быта.

Средняя заработная плата врачей за четыре года увеличилась на 998 сом, если в 2006 году она составила 2 292 сома, в 2009 году средняя заработная плата составила у врачей 3290 сомов, при среднем прожиточном минимуме по данным Нацстаткомитета в 2006 году – 2377,24, 2009 году -3263,22 сомов.<sup>6</sup>

Таблица 1.

Средняя заработная плата врачей 2006-2009 г. на одного человека в месяц

Годы	Средняя з/плата врачей (сом)	Средний прожиточный минимум (сом)
2006	2292	2377,24
2007	2870	2795,88
2008	3652	3570,95
2009	3290	3263,22

Как видно из таблицы 1. если средняя заработная плата врачей приближена к среднему прожиточному минимуму.

Имеется ряд свидетельств о наличии причинно-следственной связи между заработной платой (и другими финансовыми стимулами) и географическим распределением кадров здравоохранения. Обнаружено, что низкие зарплаты в сельской местности являются важным фактором, препятствующим сельской практике.

Например, Siziya&Woelk (1995) в исследовании, проведенном среди студентов-медиков и молодых врачей в Зимбабве, выявили, что три фактора делают работу в сельских районах непривлекательной для опрошенных: низкая зарплата, низкий уровень жизни и низкий престиж работы в сельских районах по сравнению с городскими. В другом исследовании, также проведенном в Зимбабве, Mutziwa-Mangiza (1998) обнаружил, что многие зимбабвийские врачи-стажеры и врачи средней квалификации, которые при других обстоятельствах не выбрали бы работу в сельских больницах Южной Африки, сделали это исключительно из-за более высокоденежного вознаграждения<sup>7</sup>.

Различия в оплате труда между сельскими и городскими районами успешно использовались в качестве политического рычага для уменьшения географической диспропорции в распределении рабочей силы здравоохранения. Например, в Индонезии премия, составляющая 100% от обычной зарплаты, оказалась достаточно привлекательной для выпускников медицинских учебных заведений, чтобы они покинули Джакарту ради работы на отдаленных от центра островах (Chomitz, 1998). Выводы, сделанные Gruenetal. (2002), показывают, что финансовые стимулы могут с успехом побуждать недавних врачей-выпускников к работе в сельских областях. Jacksonetal. (2003) показали, что в Соединенных Штатах финансовые стимулы являются мотивацией для переезда врачей на работу в плохо обеспеченную услугами сельскую местность в Западной Виржинии<sup>8</sup>.

С одной стороны, использование финансовых стимулов может быть подходящим рычагом для мотивации медицинских работников практиковать в сельской местности, поскольку они указывают на социальную значимость их услуг и создают ощущение

<sup>6</sup>Обзор по Манас-Таалими 2010г. Раздел «Инвестирование в человеческие ресурсы».

<sup>7</sup> WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health / Thomas Bossert [... et al.]. 63p.

<sup>8</sup>Там же 63с.

признания (Adams&Hicks, 2000). С другой стороны, хотя финансовыестимулы могут быть успешными, они могут иметь и ряд недостатков. Во-первых, они дорого обходятся: болеевысокая заработная плата в сельской местности должна компенсировать медицинским работникам не толькоощутимое снижение качества жизни и возможности профессионального роста, но и потерю дополнительногоисточника дохода, возможного в городах, но отсутствующего в сельской местности (Roenenetal., 1997).

Во-вторых, финансовые стимулы могут привлекать на работу в сельские районы медицинских работников,обладающих недостаточными навыками и мотивацией (Chomitz, 1998). Имеются данные о том, что на долговременную работу в сельских условиях меньше влияет уровень заработной платы и больше – образовательныеи демографические факторы, например, учебный план медицинского учебного заведения или сельское происхождение работника (Humphreysetal. 2001; Brooksetal. 2002)<sup>9</sup>.

Для разрешения этих проблем необходимы динамичные и хорошо подготовленные кадровыересурсы, способные адаптироваться к изменяющейся среде, готовые смотреть в лицо новыможиданиям общества и реагировать на них. Для ликвидации разрыва междуповседневным опытом и контролируемыми, основанными на фактических данных действиями,лица, ответственные за принятие решений в Кыргызстане на государственном уровне, нуждаются, прежде всего, в надежной информации о состоянии КРЗ. Поэтому необходимо создать надежные и достоверные базы данных по КРЗ, что позволит проводитьсоответствующий анализ и планирование кадровых ресурсов. Также необходимо приложитьусилия для совершенствования управления КРЗ, предоставив четкие описанияслужебных обязанностей, в которых ясно определены задачи, обязанности и критерии оценкикачества работы, системы мониторинга для отчетности и компенсаций, а также эффективныесхемы мотивации. Образование для работников здравоохранения должно стать одним изключевых структурных элементов реформ систем здравоохранения, тесно связанным с ее другимифункциями. Огромные усилия необходимо приложить для улучшения качества профессиональнойподготовки и практических навыков работников здравоохранения с тем, чтобы их квалификациясоответствовала нуждам населения и требованиям системы здравоохранения, а также дляподготовки будущих работников здравоохранения, способных адаптироваться к работе в быстроменяющихся условиях окружающей среды, влияющих на состояние здоровья.

---

<sup>9</sup> WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health / Thomas Bossert [... et al.]. 64p.