

УДК 614.2

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

© 2018 г. О. В. Куделина, *Е. Ю. Киллякова

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск, Российская Федерация;
*Университет Нового Южного Уэльса, г. Сидней, Австралия

Представлен обзор литературы по проблемам управления и развития кадровых ресурсов здравоохранения, с которыми сталкиваются руководители медицинских организаций в разных странах в настоящее время. Обзор основан на материалах баз данных Scopus, Web of Science, ВОЗ (IRIS) и ОЭСР (iLibrary) за 2010–2017 гг. Рассмотрено влияние экономического кризиса на политику здравоохранения государств и на решения по оптимизации трудовых ресурсов. Проанализированы стратегии по разрешению проблем, связанных с кадровой обеспеченностью, управлением персоналом и удовлетворенностью пациентов как со стороны работников и руководителей здравоохранения, так и со стороны международного сообщества. Авторская модель сбалансированного развития кадровых ресурсов здравоохранения для повышения эффективности здравоохранения принимает во внимание интересы, мотивацию и нужды системы здравоохранения и медицинских работников. При соблюдении баланса интересов данных стейкхолдеров открываются возможности для повышения доступности медицинской помощи при разумном балансе финансовых ресурсов и трудовых затрат.

Ключевые слова: кадровые ресурсы здравоохранения, политика здравоохранения, управление трудовыми ресурсами, медицинские работники, всеобщий охват медицинскими услугами

THE ISSUES OF MANAGEMENT AND DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTHCARE. INTERNATIONAL EXPERIENCE

O. Kudelina, *E. Killyakova

Siberian State Medical University (SSMU), Tomsk, Russian Federation;
*University of New South Wales, Sydney, Australia

A literature review on the issues of management and development of human resources for health care that are currently occurring with managers of medical organizations in different countries. The review includes materials available in Scopus, Web of Science, WHO (IRIS) and OECD (iLibrary) databases through 2010-2017. Influence of economic crisis is discussed in terms of state health care policy and solutions on workforce optimization. Strategies to solve problems related to workforce security, personnel management and patient satisfaction have been analyzed, implemented both by health care workers and managers and by the international community. The strengthening of human resources in different countries is carried out through various methods, the main task of which is to correlate the supply of workforce with the needs of the population through competent planning at all stages of the life cycle of human resources, increasing productivity, developing leadership and stimulating workers. Authors' model of balanced development of human resources for health to improve health care efficiency takes into account interests, motivation and needs of health care system and medical professionals. While keeping the balance of these stakeholders interests, opportunities open up to increase the availability of medical services with a reasonable balance of financing and labor costs.

Key words: human resources for health, health care policy, workforce management, medical professionals, efficiency, universal health coverage

Библиографическая ссылка:

Куделина О. В., Киллякова Е. Ю. Проблемы управления и развития кадровых ресурсов системы здравоохранения. Международный опыт // Экология человека. 2018. № 8. С. 17–27.

Kudelina O., Killyakova E. The Issues of Management and Development of Human Resources for Healthcare. International Experience. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2018, 8, pp. 17-27.

В Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения до 2030 г., опубликованной ВОЗ в 2016 г., отмечено, что эффективность системы здравоохранения зависит от качества трудовых ресурсов, которые способны реагировать на вызовы и приоритеты XXI века [44].

Во всем мире от 20 до 40 % всех средств, выделяемых на нужды здравоохранения, расходуются непроизводительно [45], и это в значительной мере связано с неэффективностью трудовых ресурсов здравоохранения, слабостью руководства и низким уровнем контроля [44].

Одним из вызовов является нехватка отдельных категорий работников здравоохранения с прогнозируемым ростом нехватки в перспективе: в настоящее время в 100 странах обеспеченность специалистами ниже 34,5 человека на 10 000 населения [3], а глобальный дефицит кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) может достигнуть 12,9 млн специалистов (акушеры, медсестры, врачи) к 2035 г. [10].

Политические реформы, направленные на более эффективное и справедливое распределение ресурсов, часто затруднены несовершенством планирования макроэкономических показателей, в результате чего

вместо обеспечения экономической стабильности появляется недофинансирование систем здравоохранения [38], а также упущенные возможности для создания рабочих мест, экономического роста и улучшения показателей здравоохранения [2].

Оптимальные способы мотивации трудовых ресурсов, их удовлетворенность, удержание, справедливое распределение и производительность рассматриваются в Глобальной стратегии как определенный набор способов и мер, направленных на повышение эффективности затрат и обеспечения устойчивости развития, который должен быть адаптирован для каждой страны, исходя из существующих условий и особенностей. Например, к способам удержания сотрудников относят: производственную безопасность, рабочую нагрузку, организационный менеджмент, непрерывное образование и возможности профессионального развития, широкие возможности для развития карьеры, поддержка семьи и здорового образа жизни, социальные пособия и субсидии, адекватные средства и рабочий инструментарий, а также меры по улучшению охраны и гигиены труда [44].

Был поставлен исследовательский вопрос: с какими проблемами в данном контексте в настоящее время

сталкиваются руководители организаций здравоохранения в разных странах?

Методы

Исследование проведено на основании обзора исследовательской литературы на английском языке в международных базах данных Scopus, Web of Science, а также докладов ВОЗ и ОЭСР за период 2010–2017 гг. В работе применен подход отбора публикаций для систематического обзора и построения теоретических моделей [31]. Выбор публикаций производился по ключевым словам, которые отражали основные аспекты целей устойчивого развития в контексте КРЗ и упомянутых в Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения до 2030 г.: политика здравоохранения (health care policy), управление трудовыми ресурсами здравоохранения (healthcare workforce management), КРЗ (human resources for health). По данным ключевым словам подборка составила 8 235 работ (рис. 1). Исследовательские статьи и материалы, включающие в себя литературные и систематические обзоры, оценки показателей деятельности, опросы и результаты интервьюирования сотрудников медицинских организаций, моделирование, были оценены по

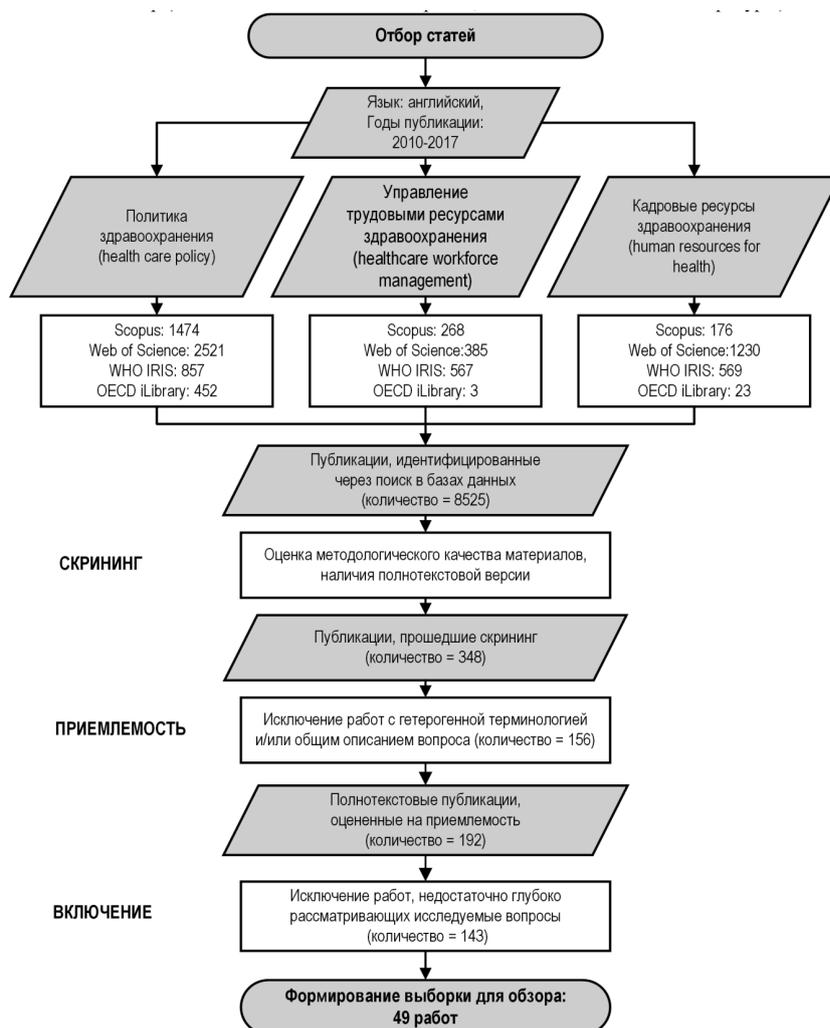


Рис. 1. Порядок отбора публикаций для обзора

степени методологического качества. Так, из выборки были исключены работы с низкой цитируемостью, малым количеством литературных источников и/или серьезными ограничениями по применимости. Далее систематически отбирались только те исследования, которые рассматривали взаимосвязь между политикой здравоохранения, обеспеченностью КРЗ, управлением и развитием КРЗ, чтобы впоследствии можно было определить сущность выявляемых проблем (348 работ). Обнаруженные публикации были проверены на соответствие целям исследования, вследствие чего выборка была сокращена до 192 работ. Детальное изучение материалов привело к сокращению еще до 49 работ, включенных в настоящий обзор (дополнительно включены 7 работ, найденные в списках литературы).

1. Политика здравоохранения в период кризиса

В условиях снижения доходов и платежеспособности населения отмечается негативное влияние кризиса, который способствует уязвимости государственной политики во всех областях деятельности, в том числе и в здравоохранении. Так, например, итальянская национальная служба здравоохранения начиная с 1990-х гг. была децентрализована и регионы стали ключевыми игроками в плане регулирования, планирования, организации и оказания медицинской помощи, кадрового обеспечения [43]. Рассматривая вопросы «гибридизации» здравоохранения, связанные с государственно-частным партнерством при оказании медицинской помощи населению, итальянские ученые высказывают обеспокоенность тем, что малообеспеченное население (население с низкими доходами и пенсионеры) будет охвачено государственным медицинским страхованием, а вот средний класс будет вынужден отказаться от государственной страховки [39]. На такой же проблеме акцентируют свое внимание израильские исследователи, которые показывают, что в условиях приватизации медицинских услуг происходит изменение финансирования, поставок и границы между частным и государственным сектором становятся размытыми [9].

В другом исследовании было рассмотрено, каким образом политика в области трудовых ресурсов здравоохранения развивалась в трех странах Южной Европы, которые находились под внешними ограничениями, введенными финансовыми чрезвычайными программами по согласованию с Международным валютным фондом, Европейским Центральным банком и Европейской комиссией. Например, на Кипре врачам общей практики отводится ключевая роль в сокращении государственных расходов за счет контроля доступности медицинской помощи населению, в то время как в Португалии и Греции сдерживание расходов в основном достигается за счет ограничения полномочий принятия решений узкими специалистами [6]. В сочетании с внедрением клинических рекомендаций и увеличением использования новых информационных и коммуникационных инструментов это способствовало повышению эффективности государственных

расходов [40]. Последствия финансового кризиса для здравоохранения Португалии сопровождались значительным сокращением расходов на лекарства, что было достигнуто главным образом за счет внедрения клинических руководств, систем мониторинга, обязательного электронного рецепта и приоритета препаратов-дженериков как в государственном, так и в частном секторе. Другие механизмы были связаны с сокращением существующего персонала и ограничением его набора, сокращением сверхурочных часов и суммы, выплачиваемой за сверхурочную работу, и др. Так, рабочее время у врачей увеличилось до 40 часов в неделю, а вознаграждение врачей общей практики стало более ориентированным на результат [27].

Несмотря на некоторое реформирование сектора здравоохранения в Португалии в период 2010–2016 гг., остается несколько нерешенных проблем. Отмечается, что увеличение продолжительности здоровой жизни до возраста 65 лет сопряжено с достижением баланса между финансовой устойчивостью и возможностью расширения для национальной системы здравоохранения (НСЗ). Другая проблема связана с заработной платой медицинских работников в государственном секторе, которая ниже, чем в частном секторе [35]. В последние годы наблюдалась волна эмиграции среди работников здравоохранения, в основном медсестер, и задача на ближайшие годы для НСЗ заключается в поддержании мотивации своих трудовых ресурсов, сдерживании утечки специалистов [35]. В настоящее время пересматривается роль медицинских сестер в системе здравоохранения, роль участия гражданского общества в разработке и оценке политики в области здравоохранения, расширение прав и возможностей граждан. Создание в 2016 г. Национального совета по здравоохранению, которое включает представителей пациентов, медицинских работников, муниципалитетов, университетов и многих других организаций, может стать важным шагом в этом направлении [35].

Период кризиса в таких странах, как Испания, Италия, Португалия, сопровождался реформированием в системе здравоохранения [13]. Кризис послужил акселератором для реформ, которые больше не могут откладываться, и правительства Европейских стран вынуждены проводить инновационные низкочастотные долгосрочные программы в сфере здравоохранения. В ЕС разнообразие систем здравоохранения велико, причем не только с точки зрения их институционального состава, их масштабов, содержания и политики в области здравоохранения, но и с точки зрения политических и демократических институтов, а также национальных стилей политики [13]. На данный аспект также обращено внимание в Глобальной стратегии развития трудовых ресурсов здравоохранения до 2030 г. [44].

2. Обеспеченность медицинским персоналом

Общее число врачей, их возраст, гендерный состав и различные категории специализации важны для

настоящего и будущего предложения медицинских услуг. Наибольшее число врачей в 2015 г. было зафиксировано в Греции и Австрии (6,3 и 5,1 врача на 1 000 населения соответственно), наименьшее — в Турции и Чили (1,8 на 1000 населения), что на 47 % меньше, чем в среднем по ОЭСР (3,4 на 1 000 населения) [22]. Средний возраст трети врачей в ОЭСР превышает 55 лет, тогда как в 2000 г. лишь одна пятая от общего состава попадала в эту возрастную категорию, а во Франции, Италии, Испании и Австрии их количество удвоилось. Только в некоторых странах, например Великобритании и Южной Кореи, количество врачей моложе 55 лет составило 83–87 %, что связывают с большим количеством выпускников, приступивших к работе по специальности. В среднем количество выпускников в странах ОЭСР составило 12 на 100 тыс. населения, наибольший показатель зафиксирован в Ирландии (24 выпускника на 100 тыс. населения) [22].

Структура врачей по специальностям весьма неоднородна и требует управленческих решений со стороны правительства. В среднем по ОЭСР врачи общей практики составляют около 30 % от всех врачей в 2015 г., что близко к показателю 2005 г. Греция (6 %), Венгрия и США (по 12 %) показали минимальную долю этой категории врачей на рынке медицинских услуг [22].

В систематическом обзоре (2009–2013) греческих исследователей о влиянии проводимых антикризисных реформ на здоровье населения указывается на сокращение государственных расходов на здравоохранение, ухудшение показателей здоровья населения [36]. В результате предварительной оценки было установлено, что из-за финансового кризиса около трети дипломированных медицинских сестер будут не трудоустроены в течение 4 лет после окончания учебного заведения, а медсестры на скорой помощи будут вынуждены работать сверхурочно, с еще более ограниченным количеством ресурсов (например, лекарства и стерильное оборудование), с меньшим количеством выходных и более низкой зарплатой, чем три года назад [13]. Это привело к высокому уровню неудовлетворенности работой и профессиональному выгоранию медицинских сестер, многие из которых, например работающие на скорой помощи, планируют досрочно уйти на пенсию [14], как и многие другие сотрудники сферы здравоохранения [15].

Греческая система не знакома с концепцией «терапевтов», а количество врачей общей практики намного меньше, чем количество узких специалистов, и является одним из самых низких в Европе. Первичная медицинская помощь не получает достаточного финансирования — их система ориентирована на стационарную помощь, а доля врачей, работающих в больницах, составляет около 90 % [36], что приводит к ограниченному финансированию первичной медико-санитарной помощи и снижает ее доступность [46].

В глобальном масштабе прогнозируется рост работников здравоохранения к 2030 г. (при условии, что

тренды в обучении и трудоустройстве КРЗ останутся неизменными, на 55 % по сравнению с 2013 г. При этом численность работников будет значительно варьировать как по уровню доходов стран, так и по регионам ВОЗ (таблица).

Численность работников здравоохранения в 2013
(по данным Глобальной обсерватории здравоохранения, ВОЗ) и
2030 г. (прогноз ВОЗ [32]), млн человек

Показатель	Врачи		Медсестры/ акушерки		Остальной персонал*		Всего работников здравоохранения		
	2013	2030	2013	2030	2013	2030	2013	2030	Рост, %
Группа дохода									
Высокий	3,7	4,4	9,1	14,1	4,8	5,8	17,6	24,3	38
Верхний средний	3,9	5,4	6,6	9,5	4,3	7,8	14,7	22,6	54
Нижний средний	2,0	3,5	4,5	8,1	3,6	6,7	10,0	18,3	82
Низкий	0,2	0,5	0,5	0,6	0,4	1,0	1,1	2,1	86
Регионы ВОЗ									
Африка	0,2	0,5	1,0	1,5	0,6	1,0	1,9	3,1	63
Америка	2,0	2,4	4,7	8,2	2,6	3,4	9,4	14,0	50
Восточное Средиземноморье	0,8	1,3	1,3	1,8	1,0	2,2	3,1	5,3	72
Европа	2,9	3,5	6,2	8,5	3,6	4,8	12,7	16,8	32
Юго-Восточная Азия	1,1	1,9	2,9	5,2	2,2	3,7	6,2	10,9	75
Западная часть Тихого океана	2,7	4,2	4,6	7,0	3,0	6,1	10,3	17,3	68
Мир	9,8	13,8	20,7	32,3	13,0	21,2	43,5	67,3	55

Примечания: Абсолютные величины выражены в миллионах, округленных до 100 000. Величина в колонке «Всего» может не сходиться из-за округления. * — имеются в виду семь остальных широких категорий персонала здравоохранения, определенные в Глобальной статистической базе данных трудовых ресурсов здравоохранения ВОЗ: стоматологический, фармацевтический персонал; работники лабораторий; работники, осуществляющие мониторинг окружающей среды; работники системы общественного здоровья; управленцы здравоохранения и пр.

Целью немецких исследователей было изучение взаимосвязи между стратегическим управлением кадровыми ресурсами, проблемами нехватки персонала и удовлетворенностью пациентов. Кроме того, проанализированы управленческие решения по заполнению краткосрочных вакансий путем приглашения временного персонала [25]. Полученные результаты опроса 436 848 пациентов на предмет удовлетворенности в 732 больницах свидетельствуют о том, что снижение остроты проблем нехватки медицинского персонала, особенно врачей, положительно влияет на удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Напротив, привлечение временного персонала значительно снижает степень удовлетворенности пациентов [25].

С одной стороны, в условиях дефицита медицинских сестер врачи клиник вынуждены частично выполнять их функции [8], а с другой стороны, ряд исследователей указывают на то что медицинские сестры могут

заменить врачей безопасно и эффективно в различных условиях [11]. Более того, лучшее обслуживание со стороны среднего медперсонала может вести к снижению будущих затрат на пациента и снижению не прямых издержек (расходы на транспортировку для посещения врача или меньшее количество времени, затрачиваемое членами семьи на уход за больным родственником) [47]. В целом было установлено, что медсестры могут обеспечить экономически эффективное лечение [11], но в некоторых случаях, например при передаче сестрам функций принятия решений по выписке или маршрутизации пациентов, это сопряжено с большими расходами при аналогичном уровне обслуживания [12, 29].

В канадском исследовании было рассмотрено Руководство по экономической оценке технологий здравоохранения Канады. Установлено, что существующие руководящие принципы уместны для оценки и медсестринской практики [18]. При оценке эффективности клиник сестринского ухода (Австралия, Великобритания, Канада, Новая Зеландия, США, Швеция) отмечено положительное влияние на результаты лечения пациентов (влияние на поведение, в том числе продвижение практик здорового образа жизни — половое воспитание и снижение курения; снижение респираторных заболеваний, снижение индекса массы тела у детей с ожирением), удовлетворенность пациентов (обеспечение ощущения безопасности, комфорта и осведомленности) и доступность медицинской помощи (снижение времени ожидания) по сравнению с больницами в рамках первичной медицинской помощи [28].

На примере четырех стран (Бразилия, Гана, Мексика, Таиланд), добившихся устойчивых улучшений в политике и финансовых обязательствах по кадровым ресурсам здравоохранения, установлено, что КРЗ имеет решающее значение для расширения охвата медицинским обслуживанием; стратегии КРЗ по каждому параметру НДПК (наличие, доступность, приемлемость, качество) совместно обеспечивают более эффективный охват услугами; успех достигается благодаря партнерским отношениям с организациями как связанными со здравоохранением, так и работающими вне этой области [4].

Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендует использовать различные подходы, направленные на улучшение кадрового обеспечения систем здравоохранения: переосмысление функций работников здравоохранения и оптимизацию профессиональной структуры кадров; инвестирование в систему образования и подготовку кадров; повышение эффективности работы персонала; реализацию мер, призванных обеспечить наличие достаточных и надежных кадровых ресурсов здравоохранения; обеспечение способности кадров здравоохранения к быстрому реагированию на резкую смену событий [48].

3. Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения

Эволюция методов оказания медицинской помощи

и реформирование системы оплаты труда способствовали расширению сотрудничества между врачами и руководством больниц, что является важной составляющей для достижения более низкой стоимости и более высокого качества медицинской помощи [26].

Финансовые факторы. Основными движущими силами реформирования системы оплаты труда, выделяемыми в литературе, являются экономические: сочетание снижения доходов при увеличении накладных расходов [26].

Культурные факторы также влияют на решение врачей о сотрудничестве с больницей. Авторы указывают, что имеются трудности в привлечении молодых специалистов, которые отдают предпочтение работе в больших организациях или больницах, а баланс работы и личной жизни для молодых специалистов является большим приоритетом, чем для врачей предыдущих поколений [26].

Изучены и установлены категории факторов, которые оказывают наибольшее влияние на текучесть кадров среднего медицинского персонала:

1) *личностные характеристики* — возраст, период работы в организации, на данной должности, пол, а также: доброжелательность, добросовестность, образование, общая способность к познанию, невротизм (как отражение уровня тревожности), семейное положение, открытость к инновациям, пройденные тренинги, профессиональная этика и др.;

2) *статус должности* — производственная нагрузка, напряженность работы, а также конфликт работы и семьи;

3) *характеристики работы* — трудоустройство на полную/неполную ставку, степень влияния сотрудника на происходящее, заработная плата, а также гарантированность рабочего места, сложность и напряженность должностных обязанностей, управленческий уровень, поощрения/награды, график работы;

4) *взаимоотношения в коллективе (групповые/лидерские отношения)* — лидерство, сплоченность команды, а также агрессивное поведение сотрудников на рабочем месте, намерение коллег покинуть должность;

5) *восприятие микроклимата организации* — корпоративная культура, политика организации, незащищенность в сфере труда, существование альтернативных рабочих мест, агрессивность пациентов;

6) *оценочные реакции* — принятие ценностей организации и удовлетворенность [21].

Были выделены следующие предикторы намерений персонала покинуть организацию: низкий уровень организационной поддержки, низкая централизованность системы, несоответствие ценностей сотрудника ценностям организации, негативный организационный климат, высокая производственная нагрузка, низкий уровень влияния на рабочий процесс, напряженность должности, конфликт между семейными и профессиональными приоритетами, низкий уровень сплоченности команды и поддержки и коммуникации с руководителем, недостаточное признание заслуг и достижений [21].

Например, греческими исследователями было установлено, что среди женщин-врачей семейные обязанности и отсутствие поддержки среди родственников является значительным препятствием для профессионального роста для 92 и 59 % соответственно [5].

При этом факторы, имеющие наибольшее влияние, могут быть откорректированы с помощью тренингов, развития социального капитала, ясности должностных обязанностей, гибкости графика работы. Рекомендуется обращать внимание на подготовку менеджеров здравоохранения с целью понимания потребностей и нужд отдельных сотрудников для повышения их удовлетворенности работой и вовлечения в развитие организации [21].

Мета-анализ, проведенный R. D. Zimmerman (2008) [49], выявил, что сложность работы и сложность производственных задач имеет прямой негативный эффект на текучесть сотрудников, однако сотрудники, занимающие должности, требующие более сложных трудовых навыков, менее склонны к смене работы. При этом создание профессиональной среды для эффективных коммуникаций (networking) и сотрудничества на рабочем месте также побуждает работника оставаться с текущим работодателем, как и ощущение работника, что он контролирует ситуацию на рабочем месте [21].

В современных условиях обязательным компонентом управления КРЗ является лидерство и планирование карьеры [17]. В 2013 г. в клинике Мейо (США) исследовалось мнение 3 896 врачей о влиянии организационного лидерства на профессиональную удовлетворенность сотрудников и синдром профессионального выгорания (по методу MBI – Maslach Burnout Inventory [19]) [34]. Так, 40 % врачей из числа опрошенных имеют синдром профессионального выгорания. Из них только 36 % удовлетворены планированием карьерного роста вместе с лидером/руководителем, тогда как 51 % специалистов считают, что лидер/руководитель не занимается с ними обсуждением вопросов карьеры.

В результате исследования была обнаружена корреляционная связь ($-0,330$, $p < 0,0001$) между рейтингом удовлетворенности лидером и уровнем выгорания [34]. Синдром профессионального выгорания чаще всего зависит от таких неблагоприятных факторов рабочего микроклимата, как завышенные или нереалистичные требования в процессе выполнения должностных обязанностей наряду с недостатком ресурсов, отсутствием контроля и неадекватной поддержкой сотрудников [20, 34].

Сербские исследователи проанализировали результаты реформирования здравоохранения страны в 2003–2013 гг. [30]. Выявлено значительное неравенство в обеспечении медицинскими кадрами в разных районах страны, в распределении медицинских пособий, что во много обусловлено отсутствием в Сербии единого органа, несущего общую ответственность за эффективное и скоординированное планирование, управление и развитие КРЗ [30].

Проблемам недостаточного кадрового обеспечения здравоохранения в европейских странах, а также разработке эффективных стратегий найма и удержания (R&R – recruitment and retention) посвящено исследование, основанное на подходе мульти-метод (multi-method approach). Данный подход сочетает в себе обширный литературный обзор и множественные тематические исследования в 20 европейских странах [16]. В таких странах, как Австрия, Бельгия, Германия и Нидерланды, принимались меры, направленные на повышение привлекательности сестринского дела, включая рекламные кампании; в Болгарии, Эстонии, Венгрии и Румынии привлечение врачей общей практики в недостаточно обслуживаемые районы осуществлялось в основном за счет финансовых стимулов [16].

Анализ литературы и тематические исследования показали, что результаты процессов рекрутинга и удержания в здравоохранении сильно зависят от экономического, правового, политического и/или организационного контекста [1, 16, 37]. Например, в Чешской Республике были увеличены размеры пособий по заработной плате в сочетании с такими показателями, как повышение квалификации и поддержка после отпуска по беременности и родам: в результате нехватка медсестер в стране за 1 год уменьшилась в 1,9 раза [33].

Отмечается, что для рекрутинга и удержания специалистов важное значение имеет сотрудничество на разных организационных уровнях: министерства, муниципалитетов, образовательных организаций, сообществ и др. [16].

На основании данных, представленных в базе данных ОЭСР и полученных в результате целенаправленного поиска документов, была построена модель, сочетающая в себе два направления: первое моделирует проектируемый приток медицинских специалистов в каждой категории в отдельной стране, модифицированный с учетом уровня участия и активности кадровых ресурсов здравоохранения; второе моделирует потребности в кадровых ресурсах здравоохранения в будущем (рис. 2) [42].

Модель совершенствует имеющиеся подходы и позволяет планировать кадровые ресурсы здравоохранения в странах ОЭСР с высоким уровнем дохода. При построении модели использован авторский подход планирования ресурсов здравоохранения, основанный на следующих критериях:

1. Согласованность с целями системы здравоохранения страны.
2. Потребность в кадрах для системы здравоохранения согласуется с особенностями страны, например потребностью населения, обусловленной уровнем заболеваемости, новыми технологиями и др.
3. Подход учитывает требования к ресурсам здравоохранения в контексте производственных функций для обеспечения медицинского обслуживания, т. е. зависит от доступности и эффективности использования материальных ресурсов, и моделей предоставления медицинского обслуживания.

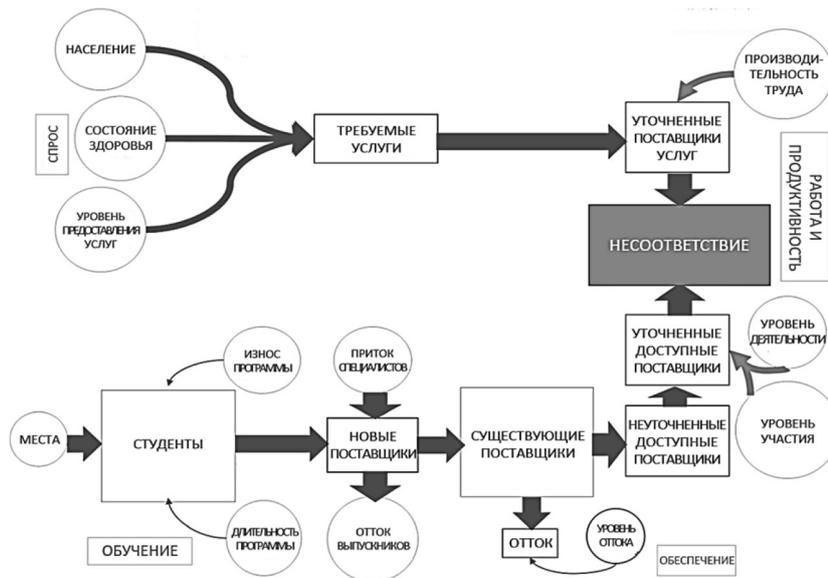


Рис. 2. Модель моделирования потребности и уровня обеспеченности кадровыми ресурсами [41]

4. Подход принимает во внимание роль и определяющие факторы продуктивности (количество услуг, оказанных в час и т. п.)

5. Приток трудовых ресурсов здравоохранения измеряется в условиях времени, затраченного на определенные медицинские услуги (приток обусловлен уровнем обеспеченности кадровыми ресурсами системы здравоохранения).

6. Подход принимает во внимание уровень затрат (количество отработанных часов) и обеспеченности (количество специалистов, присоединившихся/покинувших профессию) как факторы, определяющие стратегию.

7. Подход учитывает потенциальные последствия, связанные с затратами на планирование трудовых ресурсов здравоохранения и степень согласованности планирования человеческих ресурсов и финансового планирования системы здравоохранения в целом.

Описанный метод позволяет выявлять рычаги планирования стратегии обеспечения кадровыми ресурсами [42].

Заключение

Для обеспечения доступности к услугам здравоохранения необходимо обеспечить адекватное число врачей, соответствующее соотношению врачей общей практики (терапевтов) и узких специалистов, а также их равномерное распределение на территории страны [23]. Стратегиями влияния на государственном уровне при выборе врачами региона для практической деятельности могут стать: 1) предоставление финансовых стимулов для врачей, желающих работать в районах, испытывающих потребность в данных специалистах; 2) увеличение целевого набора в образовательные организации студентов-медиков, поступающих из конкретного региона; 3) регулирование выбора места работы выпускников; 4) совершенствование органи-

зации оказания медицинских услуг с целью улучшения условий труда врачей в районах с недостаточным уровнем обеспеченности, использование новаторских технологий, в частности телемедицины [24].

Отмечается возрастающая роль медицинских сестер в больницах, а также их высокая потребность в процессе реабилитации пациентов и ухода на дому. Начиная с 2000 г. число медицинских сестер постепенно увеличивается в большинстве стран Европы, составляя в среднем по 2,5 медсестры на одного врача [23]. При этом менеджеры среднего звена играют ключевую роль в больницах, представляя собой своеобразные «мосты» между руководителями высшего звена и персоналом, непосредственно работающим с пациентами [7].

Концептуальные подходы, представленные в Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения, затрагивают интересы различных стейкхолдеров здравоохранения, что соответствует Целям устойчивого развития [44]. Для того чтобы разработать и осуществить стратегии по удержанию сотрудников в долгосрочной перспективе, необходимо принимать во внимание интересы, мотивацию и нужды двух основных стейкхолдеров — системы здравоохранения/медицинской организации и работников здравоохранения. Факторы, играющие важную роль в развитии КРЗ и способствующие удержанию сотрудников, должны быть уравновешены и сбалансированы для обеспечения наилучших показателей деятельности и высокой эффективности использования ресурсов (рис. 3).

Нами выделено семь факторов, влияющих на эффективность затрат и непрямую экономию ресурсов за счет повышения эффективности личных затрат сотрудников:

1. Признание квалификации и профессиональных компетенций врача. Данная стратегия является

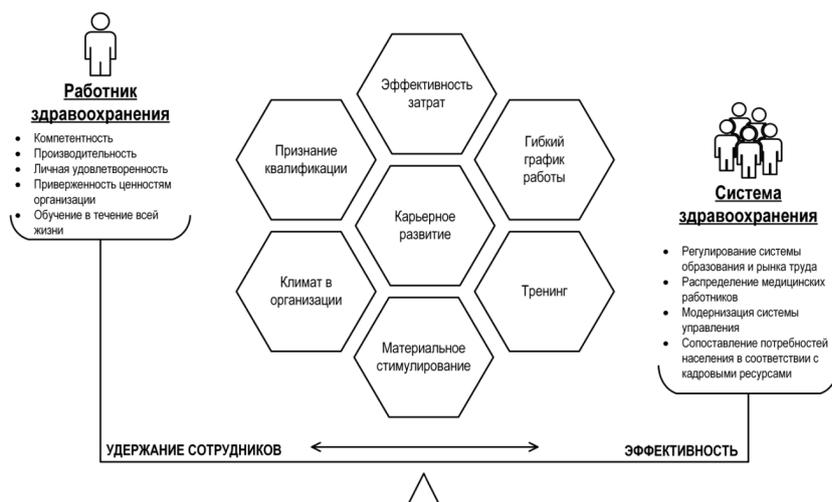


Рис. 3. Модель сбалансированного развития кадровых ресурсов здравоохранения для повышения его эффективности

эффективной для КРЗ независимо от возрастной категории персонала и может выражаться в форме вербальной похвалы за достижение индивидуальных результатов в работе, а также поощрение вклада сотрудников.

2. *Климат в организации*, поощряющий обучение и способствующий повышению производительности труда.

3. *Гибкий график работы*, позволяющий балансировать профессиональную деятельность и личную жизнь, что является одним из ключевых факторов, способствующих удержанию сотрудников.

4. *Эффективность* как трудозатрат персонала, так и затрат системы здравоохранения.

5. *Тренинг*. Является одним из ключевых факторов удержания сотрудников любой возрастной категории, способствует персональному и профессиональному росту сотрудников, оказывает благоприятное влияние на организационное развитие в целом.

6. *Материальное стимулирование* производственных коллективов представляет собой еще один вариант повышения профессиональной продуктивности и персональной мотивации.

7. Возможности для *карьерного развития* и роста через программы планирования карьеры. Планирование карьеры как часть программы развития сотрудников позволяет им почувствовать, что работодатель заинтересован в них и производит инвестиции, направленные на их профессиональное развитие. Другие инициативы включают в себя наставничество, сервисы психологической поддержки, профилактические программы оздоровления (велнесс).

Для достижения наилучших результатов необходим сбалансированный подход, учитывающий особенности и нужды врача для его эффективной работы с одной стороны, и задачи национальной системы здравоохранения, ответственной за контроль и распределение финансовых и трудовых ресурсов, а также регулирующий спрос и предложение — потребности населения в медицинских услугах и наличие и распределение

КРЗ — с другой. При соблюдении баланса интересов данных стейкхолдеров открываются возможности для предоставления эффективной медицинской помощи населению, которая учитывает нужды и потребности населения, при этом разумно сбалансированы финансовые ресурсы и трудозатраты.

Воспроизводство кадровых ресурсов здравоохранения не происходит само собой: это требует долгосрочного стратегического планирования, основанного на информации об успешных международных практиках, реалистичного прогнозирования, политических обязательств наряду с адекватными политическими процессами и стабильным финансированием, чтобы обеспечить государственную заинтересованность во всеобщем охвате медицинскими услугами [10]. Глобальная стратегия подчеркивает важность и необходимость межсекторальных связей (между секторами образования, здравоохранения, труда и финансов), эффективного аналитического обоснования и выравнивания политических решений между секторами экономики и стейкхолдерами [2, 44].

Авторство

Куделина О. В. внесла существенный вклад в концепцию и дизайн исследования, получение, анализ и интерпретацию данных; окончательно утвердила присланную в редакцию рукопись.

Киллякова Е. Ю. подготовила первый вариант статьи, участвовала в анализе и интерпретации данных.

Куделина Ольга Владимировна — SPIN 4061-9947; ORCID 0000-0003-2921-3272

Киллякова Елена Юрьевна — ORCID 0000-0003-4107-5183

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы/References

1. Barriball L. et al. *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe*. Luxembourg, European Union, 2015, 54 p.

2. Buchan J., Dhillon I. S., Campbell J. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva, World Health Organization, 2017, 455 p.
3. Campbell J. et al. A universal truth: No health without a workforce. Forum Report Third Global Forum on Human Resources for Health Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. In: *Forum Report Third Global Forum on Human Resources for Health Global Health Workforce Alliance and World Health Organization*. Geneva, Global Health Workforce Alliance, World Health Organization, 2013, 104 p.
4. Campbell J. et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013, 91 (11), pp. 853-863.
5. Chrysafi P. et al. Bullying and Sexual Discrimination in the Greek Health Care System. *Journal of Surgical Education*. 2017, 74 (4), pp. 690-697.
6. Correia T., Dussault G., Pontes C. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*. 2015, 119 (12), pp. 1600-1605.
7. Engle R. L. et al. What roles do middle managers play in implementation of innovative practices? *Health Care Management Review*. 2017, 42 (1), pp. 14-27.
8. Eremina S. L., Kudelina O. V. World experience in assessing the effectiveness of the health system. *EKO*. 2014, 10, pp. 133-146.
9. Filc D., Davidovitch N. Rethinking the private-public mix in health care: Analysis of health reforms in Israel during the last three decades. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2016, 21 (4), pp. 249-256.
10. *Global Health Workforce Alliance. Human Resources for Health: foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda*. WHO, Geneva, World Health Organization, 2014, 70 p.
11. Goryakin Y., Griffiths P., Maben J. Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011, 48 (4), pp. 501-512.
12. Griffiths P. et al. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age and Ageing*. 2001, 30 (6), pp. 483-488.
13. Helderma J.-K. The crisis as catalyst for reframing health care policies in the European Union. *Health Economics, Policy and Law*. 2015, 10 (1), pp. 45-59.
14. Kalafati M. How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. *Emergency Nurse*. 2012, 20 (3), pp. 26-27.
15. Kentikelenis A., Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *European Journal of Public Health*. 2012, 22 (1), pp. 4-5.
16. Kroezen M. et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015, 119 (12), pp. 1517-1528.
17. Kudelina O. V. Competencies Model of a Leader in a Healthcare Organization: International Experience of Distributed Leadership Implementation. *Russian Management Journal*. 2016, 14 (4), pp. 81-104.
18. Lopatina E. et al. Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, 72, pp. 71-82.
19. Maslach C., Jackson S., Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: *Mind Garden*. 3rd ed. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 2013.
20. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016, 15 (2), pp. 103-111.
21. Nei D., Snyder L. A., Litwiller B. J. Promoting retention of nurses. *Health Care Management Review*. 2015, 40 (3), pp. 237-253.
22. OECD. *Health at a Glance 2017*, OECD Indicators., 2017. OECD Publishing. OECD Publishing, 2017, 216 p.
23. OECD. *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. OECD Publishing, 2016, 210 p.
24. Ono T., Schoenstein M., Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. In: *OECD Health Working Papers*. OECD Publishing, 2014, 69, pp. 1-66.
25. Oppel E.-M., Winter V., Schreyögg J. Evaluating the link between human resource management decisions and patient satisfaction with quality of care. *Health Care Management Review*. 2017, 42 (1), pp. 53-64.
26. Page A. E., Butler C. A., Bozic K. J. Factors driving physician-hospital alignment in orthopaedic surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2013, 471 (6), pp. 1809-1817.
27. *Portuguese Observatory on Health Systems. Relatório de primavera 2012: crise & saúde: um país em sofrimento*. Lisbon, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, 213 p.
28. Randall S. et al. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, 73, pp. 24-33.
29. Richardson G. et al. Economic Evaluation of a Nursing-Led Intermediate Care Unit. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2001, 17 (3), pp. 442-450. <https://doi.org/10.1017/S026646230110615X>
30. Santric Milicevic M., Vasic M., Edwards M. Mapping the governance of human resources for health in Serbia. *Health Policy*. 2015, 119 (12), pp. 1613-1620.
31. Sarto F., Veronesi G. Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research*. 2016, 16 (2), pp. 85-97.
32. Scheffler R. et al. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2016, 17, pp. 1-40.
33. Sermeus W., Bruyneel L. *Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Summary report of the three Policy Dialogues*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, 53 p.
34. Shanafelt T. D. et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*. 2015, 90 (4), pp. 432-440.
35. Simoes J. et al. Portugal: Health System Review. *Health systems in transition*. 2017, 19 (2), pp. 1-184.
36. Simou E., Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*. 2014, 115 (2-3), pp. 111-119.
37. Steinhäuser J. et al. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: A stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC Research Notes*. 2013, 6 (1), p. 314.

38. Stuckler D. et al. An Evaluation of the International Monetary Fund's Claims about Public Health. *International Journal of Health Services*. 2010, 40 (2), pp. 327-332.
39. Taroni F. Health care policy and politics in Italy in hard times. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2015, 20 (4), pp. 199-200.
40. Theodorou M. et al. Cyprus: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012, 14 (6), pp. 1-128.
41. Tomblin Murphy G. et al. An Applied Simulation Model for Estimating the Supply of and Requirements for Registered Nurses Based on Population Health Needs. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2009, 10 (4), pp. 240-251.
42. Tomblin Murphy G. et al. Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*. 2016, 14 (1), p. 77.
43. Vicarelli G., Pavolini E. Health workforce governance in Italy. *Health Policy*. 2015, 119 (12), pp. 1606-1612.
44. WHO. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. WHO. Geneva, World Health Organization, 2016, 64 p.
45. WHO. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. In: *The World Health Report*. Geneva, World Health Organization, 2010, pp. 1-3.
46. WHO. Greece Highlights on Health and Well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016, 19 p.
47. WHO. Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis. Geneva, World Health Organization, 2003, 318 p.
48. WHO. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015-2020: walking the talk on people centredness. Vilnius, World Health Organization, 2015, 19 p.
49. Zimmerman R. D. Understanding the impact of personality traits on individuals' turnover decisions: A meta-analytic path model. *Personnel Psychology*. 2008, 61 (2), pp. 309-348.

Контактная информация:

Куделина Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2

E-mail: koudelina@ngs.ru