

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ, МОБИЛНОСТ И НЕДОСТИГ НА ГЛОБАЛНАТА ЗДРАВНА РАБОТНА СИЛА

Лора Георгиева¹, Ивайло Митковски²

¹Катедра "Социална медицина и организация на здравеопазването" Медицински университет Варна

²Катедра "Ортопедия и травматология", Медицински университет Варна

DISTRIBUTION, MOBILITY AND SHORTAGE OF THE GLOBAL HEALTH WORK-FORCE

Lora Georgieva¹, Ivaylo Mitkovski²

¹Department of "Social Medicine and Health Care Organization", Medical University - Varna

²Department of Orthopedics and Traumatology, Medical University - Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: Грижи за здравето се полагат още от възникването на човешкия род. С развитието на човешката цивилизация дейностите се диференцират и се обособяват професиите.

Цел: Целта на статията е да представи многообразието на здравните професии, разпределението на глобалната здравна работна сила и дефицитите, затрудняващи достъпността на грижите за здравето сред глобалната популация.

Материал и методи: Анализирани са международни литературни източници и данни, свързани с разглежданата тематика.

Резултати и обсъждане: Трудът в здравеопазването се осъществява от лица с различна квалификация и професионална насоченост, които изпълняват медицински и немедицински дейности. Свободното движение на хора в глобализиращия се свят дава възможност на здравните работници да се реализират професионално, където пожелаят, но от друга страна, това създава дефицит на определени професии в някои региони. Увеличаването на броя на населението, популационното застаряване, както и застаряването на самите здравни работници очертава нарастваща нужда от здравен персонал.

Заключение: Здравните неравенства в различните части на света се задълбочават от недостига и неравномерното разпределение на здравната работна сила.

Ключови думи: здравна работна сила, разпределение, мобилност, недостиг

SUMMARY

Introduction: Health care has been taken since the beginning of the human race. With the development of human civilization, activities are differentiated and professions are distinguished.

Aim: The purpose of the article is to present the diversity of health professions, the distribution of the global health workforce, and the deficits impeding the accessibility of health care among the global population.

Material and methods: International literary sources and data related to the subject have been analyzed.

Results and discussion: Health care work is carried out by persons with different qualifications and professional orientation who perform medical and non-medical activities. The free movement of people in the globalizing world gives health workers the opportunity to realize themselves professionally wherever they want, but at the same time it creates a shortage of certain professions in some regions. The population growth, population ageing as well as the ageing of the health professionals lead to increasing needs for health personnel.

Conclusion: Health inequalities in different parts of the world are exacerbating by shortages and uneven distribution of the health workforce.

Key words: health workforce, distribution, mobility, shortage

Въведение

Грижи за здравето се полагат още от възникването на човешкия род. Първоначално лечебните грижи се осъществяват от едно и също лице. С развитието на човешката цивилизация дейностите се диференцират и се обособяват професиите. Подобряващият се общ стандарт на живот и нарастващата осведоменост на хората поставят пред здравеопазването все по-високи изисквания

за обхвата и качеството на предоставяните грижи.

Задълбочените познания върху структурата и функционирането на човешкото тяло и здравните детерминанти водят до фрагментация на методите за опазване, възстановяване и подобряване на здравето, което рефлектира в разнообразни видове труд в здравеопазването [2, 14].

В глобализиращия се свят свободното

движение на хора и услуги позволява на здравните работници да се реализират професионално, където желаят, а улесненият обмен на информация позволява добрите практики да се изучават и прилагат за подобряване на грижите за здравето на всички народи [1].

Цел

Целта на статията е да представи многообразието на здравните професии, разпределението на глобалната здравна работна сила и дефицитите, затрудняващи достъпността на грижите за здравето сред глобалната популация.

Материал и методи

Анализирани са международни литературни източници и данни, свързани с разглежданата тематика.

Резултати и обсъждане

Трудът в здравеопазването се осъществява от лица с различна квалификация и професионална насоченост, които изпълняват медицински и немедицински дейности. В своята голяма част трудът в сферата на здравеопазването е медицински. Медицината е наука за диагностициране, лечение и предотвратяване на болести и наранявания, тя е изкуство на лекуването. Освен традиционната диагностично-лечебна дейност, организирани усилия на обществото са създали множество трудови позиции, свързани със здравето.

Световната здравна организация (СЗО) дефинира като здравни работници „всички хора, ангажирани с действия, които първично целят подобряване на здравето“ [20]. Изхождайки от образованието, позицията и характеристиките на упражнявания труд, СЗО агрегира работещите в здравеопазването в няколко групи:

- лекари: общопрактикуващи и специалисти;
- медицински сестри и акушерки;
- дентален персонал: дентисти (зъболекари), дентални асистенти, дентални техници (зъботехници);
- фармацевтичен персонал: фармацевти, фармацевтични асистенти, фармацевтични техници, както и други сходни позиции;
- лабораторни специалисти: лабораторни учени, лабораторни асистенти, лабораторни техници, радиографисти, както и други сходни позиции;
- работещи в екологията и общественото здравеопазване: ръководители и технически работници в службите по екология и обществено здравеопазване, санитарни, областни здравни служители, инспектори по обществено здраве, инспектори по

хранене, инспектори по малария, както и други сходни позиции;

- обществени и традиционни здравни работници: работещи в обществените здравни власти, работещи в общественото здравно образование, семейни здравни работници, здравни посетители, присъстващи на раждането, както и други сходни позиции;

- други здравни работници: диетолози, физиотерапевти, оператори на медицинска и дентална техника, оптици и оптометристи, рехабилитатори, персонал за грижи, психолози, дихателни терапевти, речеви терапевти, медицински стажанти, както и други сходни позиции;

- здравни мениджъри и поддържащ персонал: мениджъри на здравни служби и служби за грижи, здравни икономисти, здравни статистици, здравни юристи, техници по електронни медицински записи и здравна информация, шофьори на линейки, поддържащи сградите, както и други сходни позиции.

Данните, обобщени от СЗО, се основават на събираните данни в отделните държави и административни институции. Те се отнасят за текущо заетата в здравеопазването работна сила, която в момента на оценката се намира на здравния работен пазар. Вариациите и комбинациите на позициите зависят от конкретните условия във всяка страна.

Въпреки че се полагат много усилия за хармонизация на данните, което да позволява транснационална сравнимост, този процес е труден поради своеобразието на националните източници, достоверността на предоставяните данни и коректното им отнасяне за определена година. Най-пълна и позволяваща сравнимост е информацията за лекари, медицински сестри и акушерки, получавана от бюрата за преброяване на населението. За останалите видове упражняван труд в здравеопазването оценяването е по-трудно, като най-неясни са сведенията за здравните мениджъри и поддържащия персонал.

Най-голямата група здравни работници в света е на медицинските сестри и акушерките. Те са обединени поради сходството на полагания медицински труд, както и поради факта, че в много страни акушерството не е самостоятелна професия, а профилиране на медицинската сестра. Втората по големина професионална група е на лекарите. Прогнозните изчисления показват, че при запазване на текущите тенденции на нарастване към 2030 г. броят на здравните работници ще се увеличи с 55% и ще достигне 67,3 милиона души [16] (Таблица 1).

Съотношението на лекарите към медицинските сестри/акушерки е 1 към 2,1 (на всеки лекар

се падат малко повече от две медицински сестри/ акушерки).

Таблица 1. Брой здравни работници (в милиони) по региони на СЗО, 2013-2030 г.

Регион	Лекари (млн.)		Мед. сестри и акушерки (млн.)		Друг персонал (млн.)		Общ брой (млн.)	
	2013	2030	2013	2030	2013	2030	2013	2030
Африкански	0.2	0.5	1.0	1.5	0.6	1.0	1.9	3.1
Американски	2.0	2.4	4.7	8.2	2.6	3.4	9.4	14.0
Югоизточноазиатски	1.1	1.9	2.9	5.2	2.2	3.7	6.2	10.9
Европейски	2.9	3.5	6.2	8.5	3.6	4.8	12.7	16.8
Източносредиземноморски	0.8	1.3	1.3	1.8	1.0	2.2	3.1	5.3
Западнотихоокеански	2.7	4.2	4.6	7.0	3.0	6.1	10.3	17.3
Глобално	9.8	13.8	20.7	32.3	13.0	21.2	43.5	67.3

Източник: WHO Global strategy on human resources for health: Workforce 2030

На всеки лекар, медицинска сестра и акушерка има средно по 1,8 други предоставящи здравни услуги. В последната група се включва и управленски и поддържащ персонал, който не извършва пряка здравна дейност.

Не съществува златен стандарт за оценка на достатъчността на здравната работна сила, адресирана към посрещането на здравните потребности на дадена популация. СЗО приема, че страни с по-малко от 23-ма квалифицирани здравни професионалисти (отчитат се само лекари, медицински сестри и акушерки) на 10 000 души от населението не могат да постигнат адекватно покриване на първичната здравна помощ, както е приоритизирано в Целите на ООН за човешкото развитие през второто хилядолетие [13, 20].

Европейският регион има най-голяма гъстота на квалифициран здравен персонал, която надвишава двукратно средната за света, четирикратно тази в Югоизточноазиатския и Източно средиземноморския регион и десетократно тази в Африканския регион. Като се има предвид, че този показател е главният ориентир за преценка на осигуреността с базова здравна работна сила, ясно се откроява голямото неравенство, заложено в различните възможности за посрещане на масовите здравни потребности на населението. Американският регион е втори по гъстота на квалифициран здравен персонал, а Африканският регион е последен.

В глобален план здравната работна сила е неравномерно разпределена, със сериозен дисбаланс между развитите и развиващите се страни. Около 40% от държавите имат по-малко от 1 лекар на 1000 души население, което прави посрещането на здравните потребности проблематично. В 43% от държавите има по-малко от 2 медицински сестри и акушерки на 1000 души от населението, като в 28% този брой е дори по-малък от 1. Оралните заболявания са най-разпространени и същевременно най-пренебрегвани - системите за

дентални грижи не могат да се справят с посрещането на потребностите от зъболечение, защото в 91% от държавите има по-малко от 1 дентален здравен работник на 1000 души от населението.

Страните с най-голяма тежест на заболяванията имат най-малка здравна работна сила. Например Африканският регион е с над 24% от глобалната тежест на заболяванията, но с едва 3% от световната здравна работна сила и под 1% от световните финансови ресурси за здравеопазване. В пълен контраст е Американският регион: на Канада и САЩ принадлежат 10% от глобалната тежест на заболяванията, но 37% от световната здравна работна сила и над 50% от световните финансови ресурси за здравеопазване.

Потенциалът за мобилност при всяка професия е заложен в притежаването на конкретни компетентности, изключително присъщи на съответната професия, които дават сила на представителите на тази професия на пазара на труда и могат да бъдат прилагани на различни работни места. Монополът в собственото поле на дейност е критерий за категоризиране на един труд като професионален. Автономността, която произтича от този критерий, означава, че знанията и уменията са притежание на самия професионалист, а не на организацията, в която работи. Като се има предвид също, че професиите в здравеопазването са едни от най-високоспециализираните, представителите на различните здравни професии имат големи възможности за мобилност (движение) от един работодател към друг в рамките на своята страна и по света.

Характерни посоки на мобилността на здравните работници са:

- от селата към градовете;
- от слаборазвитите към силноразвитите региони;
- от извънболничната към болничната медицинска помощ;
- от здравеопазването към други сектори (този тип мобилност е силно изразен при медицинските сестри, които напускат здравния сектор поради ниското заплащане).

Основните мотиви са търсенето на по-добри условия за живот и труд, по-високото възнаграждение, възможностите за научна работа и кариерно развитие.

Миграцията от една държава в друга може да е за определен интервал от време, да е периодична или да е емиграция без намерение за завръщане. Предпочитани дестинации за здравните работници от източноевропейските страни са западноевропейските. Значителният миграционен поток към Западна Европа се формира след прехода

към пазарна икономика на бившия социалистически лагер, чиито страни се превръщат от имащи най-висока осигуреност с медицински персонал в неможещи да посрещнат потребностите на своето население от здравни услуги. Това движение се дължи освен на атрактивната сила на високото възнаграждение, добрите условия на труд и перспективите за кариерно развитие, също и на активната политика на богатите западноевропейски страни за набиране на здравни професионалисти. От своя страна здравните работници от западноевропейските страни търсят още по-високо заплащане, стандарт на живот, технологична свобода. Предпочитани от тях посоки за емиграция и практикуване на професията са САЩ, Канада, Австралия и Нова Зеландия. Привлекателни с високия си стандарт на живот и технологичен капацитет са и развитите арабски държави [3, 4, 6, 8, 12]. Форсираната глобализация на пазара на интелектуалния труд води до „изтичане на мозъци“ от страните, където и без това не достигат здравни работници, към страните, където и без този внос има добре развити системи за здравно образование и внушителна здравна работна сила.

Възприемането на здравето като глобална ценност налага преоценка на стремежа към концентрация на здравни работници за целите на една нация. Осигуряването на професионални здравни грижи за всички хора може да се реализира чрез формиране на „хуманитарен инстинкт“, който да търси и намира механизми за преодоляване на неравенствата в достъпа до здравна помощ [11].

Отчитайки, че през последните десетилетия има засилена емиграция на здравни работници от по-слабо развитите страни, на 21 май 2010 г. Световната здравна асамблея приема Глобален кодекс за работа при международно набиране на здравен персонал. Кодексът промотира етичните принципи, на които трябва да почива набирането на здравни работници, за да се гарантират техните права и да не се допусне неравнопоставено отношение към тях в сравнение с местните професионалисти. Съгласно Кодекса „вниманието към настоящия и очаквания недостиг на здравна работна сила е решаващо за глобалното здраве“ [15]. Препоръчва се въздържане на развитите страни от активно набиране на здравен персонал от развиващи се страни с критичен недостиг на здравни работници, страни с икономики в преход и малки островни държави. Развитите страни се призовават да предоставят техническа и финансова помощ на развиващите се с цел укрепване на техните здравеопазни системи и здравен персонал.

В Зелената книга на Европейската комисия (2008) се посочва, че работната сила в здравеопазването в страните членки на Европейския съюз е изправена пред сериозни предизвикателства:

застаряване на населението и застаряване на самата работна сила. Броят на младите хора, които се вливат в здравните професии, е недостатъчен да замени тези, които поради възрастта си напускат професиите. Миграцията на здравните професионалисти вътре и извън Европейския съюз, от една страна, е положително явление, защото е израз на свободата на движение и избор на работно място, но от друга страна, създава дефицит на определени професии в някои региони [5, 7]. Целта на Зелената книга е да набележи бъдещи действия за решаване на проблемите с осигуреността и разпределението на здравните професионалисти.

В своята Стратегия 2013-2016 г. Глобалният алианс на здравната работна сила изтъква необходимостта от универсално покритие на населението със здравен персонал [10].

СЗО алармира за необходимостта от справяне с недостига на здравни работници, свързан с тяхната международна миграция и оголването на страните им на произход. Държавите искат да подобрят достъпа на населението до здравни услуги, което значи, че трябва да положат усилия за справяне с дефицита на здравен персонал [18, 19].

Докладът на Глобалния алианс на здравната работна сила „Универсална истина: няма здраве без работна сила“ (2013) акцентира върху недостига, непропорционалното разпределение и застаряването на здравния персонал. Освен наличие е необходим и реален достъп до тях, за да се изпълни смисълът на системите на здравеопазване. Достъпът до здравен професионалист е ключов във визията на Алианса: „всички хора, навсякъде, трябва да имат достъп до здравен работник“ [9]. Достъпността трябва да бъде териториална (включително наличие на удобен транспорт), времева (включително работно време на здравните работници и време за пътуване до тях) и финансова.

В Глобалната стратегия на СЗО за здравната работна сила до 2030 г. се изтъква несъответствието и противоречието между здравните потребности на населението, търсенето и предлагането на здравни работници и здравни услуги. Увеличаването на броя на населението, демографската и епидемиологичната трансформация водят до нарастваща нужда от здравен персонал. Идентифициран е недостиг от 17,4 милиона здравни работници, от които 2,6 милиона лекари и 9 милиона медицински сестри и акушерки. В перспектива към 2030 г. общият дефицит се очаква да бъде около 14,5 милиона [16, 17].

През 2014 г. СЗО и Световната банка предлагат рамка за мониторинг на здравното покритие, по която страните да следят своя напредък в осигуряването на пълен спектър от здравни услуги, както и финансова защита на всички свои граждани.

Поставянето на усилията на такава платформа има за цел фокусът към справедливостта в грижите за здравето на всички хора да се задържи продължително време. СЗО и Световната банка в своя съвместен Първи глобален мониториращ доклад относно универсалното покритие със здравни услуги изразяват тревога от състоянието на здравеопазването в някои страни, които нямат достатъчно възможности да осигурят адекватно здравно обслужване на своето население. Универсално здравно покритие означава, че всички хора получават есенциалните здравни услуги, от които се нуждаят, включително здравни инициативи по промоция на здравето и профилактика на болестите, осигурено лечение, рехабилитация и палиативни грижи с достатъчно качество, като в същото време получаването на тези услуги не е съпроводено с финансови затруднения [21]. Универсалното здравно покритие е мощен социален изравнител и допринася за социална кохезия и стабилност. Постигането му е продължителен процес, в който трябва да се намира подходящ отговор на демографските, епидемиологичните и технологичните промени и на очакванията на населението.

Освен да обслужват населението в страната, където живеят, здравните работници трябва да са подготвени за поемане на грижите за големите потоци мигранти, характерни за последните години. Осигуряването на здравни грижи е предизвикателство не само за страните, които приемат бежанци, но още повече за транзитните държави. Хигиената в бежанските лагери и по пътя на бежанците е проблематична. Не е ясен имунизационният статус на мигрантите. Съществува сериозен риск от пренос на инфекциозни агенти и избухване на епидемии от внесени инфекциозни болести.

Друго предизвикателство, изискващо постоянна готовност, са природните бедствия и свързаните с тях хуманитарни кризи.

Заключение

Признаването на универсалното човешко право на здраве и стремежът към справедливост в реализиране на това право създават организираното предоставяне на здравни услуги, но за здравните услуги е важно не просто да съществуват, а да бъдат достъпни на хората там и тогава, когато са им необходими. Здравните неравенства в различните части на света се задълбочават от неравномерното разпределение на здравната работна сила.

Вътрешната и външната миграция задълбочават дисбаланса в разпределението на здравната работна сила и допринасят за увеличаване на здравните неравенства в различните части на света и в рамките на една държава.

Както класическите медицински професии,

така и другите в здравеопазването имат неоспорима собствена значимост – всяка със своята компетентност и всички заедно в обединения здравен екип и глобалната здравна работна сила. Всеки труд, свързан с организирането и предоставянето на грижи за здравето, допринася за благополучието на отделния човек и на обществото като цяло. Упражняващите тези професии са се посветили на най-голямото богатство – здравето. Необходимостта от тях ще бъде все по-голяма.

Литература:

1. Георгиева Л. Глобално здраве. Варна: Стено, МУ-Варна, 2018.
2. Георгиева Л., С. Попова. Професии в здравеопазването. Варна: СТЕНО, 2016.
3. Buchan J. Health worker migration in Europe: Assessing the policy options. Eurohealth 2007; 13(1):6-8.
4. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J (Eds.). Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and diverse responses. Observatory Studies Series 32, World Health Organization, 2014.
5. Commission of the European Communities. Green Paper on the European workforce for health. Brussels, 2008.
6. Danishevski K. Russian Federation. In: Rechel B, Dubois CA, McKee M (Eds.). The Health Care Workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
7. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Quality in and equality of access to healthcare services. Brussels, 2008.
8. Georgieva L. Russia. Mobility of Health Professionals. MoHProf, 2011.
9. Global Health Workforce Alliance. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
10. Global Health Workforce Alliance. Strategy 2013-2016: advancing the health workforce agenda within universal health coverage. Geneva: WHO, 2012.
11. Gostin LO. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people: toward a framework convention on global health. Washington: Georgetown University Law Center, 2007.
12. Tjadens F, Weilandt C, Eckert J. (Eds.) Mobility of health professionals. Health systems, work conditions, patterns of health workers' mobility and implications for policy makers. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013.
13. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2006. New York, 2006.
14. Woods M, Woods MB. The history of medicine. Minneapolis: Lerner Publishing Group, 2006.
15. World Health Organization. Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: WHO, 2010.
16. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO, 2016.
17. World Health Organization. Health workforce and services. Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030. Report by the Secretariat (EB138/36). Geneva: WHO, 2015.
18. World Health Organization. The health workforce: advances in responding to shortages and migration, and in preparing for emerging needs. Report by the Secretariat (A66/25). Geneva: WHO, 2013.
19. World Health Organization. Universal health coverage: Report by the Secretariat (EB132/22). Geneva: WHO, 2013.
20. World Health Organization. World health report 2006: Working together for health. Geneva: WHO, 2006.
21. World Health Organization, World Bank Group. Tracking universal health coverage: First global monitoring report, 2015.

! Адрес за кореспонденция:
проф. д-р Лора Георгиева, д.м.
e-mail: lorahg@abv.bg