

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2

Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафиров В. Б.

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРЕЦИИ, ИСПАНИИ И БОЛГАРИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В статье представлен краткий описательный обзор кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании и Болгарии. Отмечено, что они отличаются избыточностью врачей-специалистов при относительном дефиците врачей общей практики. Врачебные кадры данных стран характеризуются постарением, тенденцией к миграции в другие страны, дефицитом среднего медицинского персонала, превышением необходимого количества стоматологов, что особенно выражено в Болгарии. Кроме того, снижают доступность медицинской помощи и лимиты на количество пациентов за определенный временной период у одного врача, установленные в Греции.

Уровень заработной платы врачей этих стран варьирует от минимального (Греция, Болгария) до максимального в Испании. При этом подготовка медицинских кадров осуществляется по Болонской системе (бакалавриат, магистратура и т. д.) и характеризуется длительным периодом (4–5 лет) подготовки врача к самостоятельной работе.

Ключевые слова: общественное здравоохранение; здравоохранение за рубежом; кадровый потенциал

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафиров В. Б. Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании и Болгарии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):892–896. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-892-896>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Mazharov V. N.

BRIEF DESCRIPTION OF THE PERSONNEL POTENTIAL OF HEALTHCARE IN GREECE, SPAIN AND BULGARIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article presents a brief descriptive overview of the human resources of healthcare in Greece, Spain and Bulgaria. It is noted that they differ in the redundancy of specialist doctors with a relative shortage of general practitioners. The medical personnel of these countries are characterized by aging, a tendency to migrate to other countries, a shortage of secondary medical personnel, an excess of the required number of dentists, which is especially pronounced in Bulgaria. In addition, the availability of medical care and the limits on the number of patients for a certain time period with one doctor, established in Greece, reduce.

The salary level of doctors in these countries varies from the minimum (Greece, Bulgaria) to the maximum in Spain. At the same time, the training of medical personnel is carried out according to the Bologna system (bachelor's degree, master's degree, etc.) and is characterized by a long period (4–5 years) of preparing a doctor for independent work.

Keywords: public health, healthcare abroad, human resources.

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B. Brief description of the personnel potential of healthcare in Greece, Spain and Bulgaria. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):892–896 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-892-896>

For correspondence: Karen R. Amlaev, e-mail: kum672002@mail.ru

Source of funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции

Соотношение врачей и пациентов в Греции является самым высоким в ЕС: в 2014 г. число практикующих врачей достигло 625 на 100 тыс. населения (по сравнению со средним показателем по ЕС в 350). Подавляющее большинство врачей являются врачами-специалистами, а не врачами общей практики (терапевтами). Кроме того, в Греции самое низкое число медсестер среди 27 стран ЕС, особенно в обла-

сти первичной медико-санитарной помощи, с 3,4 медсестрами на 1000 жителей (средний показатель по ЕС равен 864)¹. Нехватка медсестер особенно остро стоит в государственных больницах Греции.

В стране были установлены ежемесячные ограничения на деятельность врачей, работающих по контракту с национальной организацией предостав-

¹ OECD. Nurses Total, Per 1,000 inhabitants, 2018 n.d. URL: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

ления медицинских услуг, включая количество посещений пациентов, количество назначений лекарств и количество назначений диагностических и лабораторных тестов. В результате пациенты вынуждены искать врачей, которые не достигли своих лимитов посещения и назначения лекарств.

Максимальное количество консультаций, предоставляемых врачами по контракту, составляет 200 консультаций в месяц (50 консультаций в неделю) и не более 20 посещений застрахованных пациентов в день. Это означает, что как только будет достигнут предел для консультаций, пациентам может потребоваться обратиться за медицинской помощью в частные учреждения. Национальная организация предоставления медицинских услуг позволяет застрахованным пациентам посетить врача, не работающего с ней по контракту, заплатить ему плату за обслуживание напрямую, а затем получить возмещение в размере фиксированной суммы в диапазоне 10–20 евро, что ниже рыночной цены в среднем примерно на 50 евро. Кроме того, был установлен минимальный лимит времени в 15 мин на одного пациента. Медицинские работники, работающие в государственном секторе (например, в больницах, медицинских центрах, сельских хирургических отделениях), являются государственными служащими и получают заработную плату. Показательно, что средняя годовая зарплата специалистов составила 42 000 евро в 2015 г., в то время как средняя зарплата медсестры за тот же период была равна 21 тыс. евро. Хотя предполагается, что оплата труда в медицинских организациях на основе заработной платы способствует контролю затрат, это не создает стимулов для повышения производительности и эффективности. Врачам, работающим в государственных больницах, выплачивается ежемесячная зарплата, им не разрешается заниматься частной медицинской практикой, но допускается оказывать помощь частным пациентам, посещающим дневные амбулаторные клиники государственных больниц на платной основе [1, 2].

В целом, заработная плата медицинского персонала в Греции была одной из самых низких в ЕС еще до кризиса. Однако в целях сокращения затрат на систему здравоохранения всем медицинским работникам, работающим в государственном секторе, включая административный персонал, врачей, медсестер, фармацевтов и средний медицинский персонал, была сокращена заработная плата на 20%. Более того, запланированные бонусы за производительность, основанные на результатах, не выплачивались [3].

Министерство здравоохранения Греции определяет количество врачей, которые могут практиковать в финансируемых государством медицинских учреждениях, но не регулирует их распределение по всей стране. Министерство образования определяет количество мест, доступных в медицинских школах, но они не соответствуют потребностям населения или системы здравоохранения ни на цен-

тральном, ни на региональных уровнях. В результате в Греции наблюдается серьезный дисбаланс в распределении и доступности врачебных ресурсов. Кроме того, в Греции имеется дисбаланс между количеством врачей общей практики и врачами-специалистами по причине исторически неразвитой первичной медицинской помощи, отсутствия качественной подготовки и более высокого социального статуса врача-специалиста [4]. Большое количество врачей может привести к увеличению спроса независимо от реальных потребностей населения в области здравоохранения [1, 5]. В свою очередь обеспеченность врачами в 2014 г. варьировала от примерно 300 на 100 тыс. населения в Западной Македонии и Центральной Греции до 874 на 100 тыс. в Аттике².

Фактические данные показывают, что в ходе реформы произошло лишь незначительное увеличение численности врачей общей практики с 3,4 на 10 тыс. жителей в 2017 г. до 3,6 в 2018 г., что по-прежнему является самым низким показателем в Европе³. Это может быть частично связано с неудовлетворенностью их уровнем дохода⁴, особенно в сельских и отдаленных районах.

В 2014 г. в Греции было самое высокое соотношение практикующих стоматологов в ЕС (125 против 68 на 100 тыс. населения), хотя в последние годы этот показатель несколько снизился.

В Греции существуют два аспекта ответственности за медицинские ошибки: дисциплинарный и юридический. Дисциплинарную ответственность налагают медицинские ассоциации, региональные дисциплинарные советы и Центральный дисциплинарный совет Министерства здравоохранения (отстранения от работы до окончательного исключения из профессии). Юридическая ответственность относится к компетенции судов. Если врач будет признан виновным, приговором может быть тюремное заключение или материальная компенсация для пациента.

В настоящее время в Греции существуют 7 государственных университетских медицинских школ, предлагающих базовый шестилетний медицинский курс, ведущий к получению медицинской степени. После окончания университета все выпускники медицинских вузов обязаны пройти специализированный курс в государственной или университетской больнице, продолжительность которого составляет от 4 лет для общей практики до 7 лет для сосудистой хирургии и нейрохирургии. Врачи также обязаны пройти обязательную годичную стажировку в сельской местности, после чего они могут свободно заниматься медицинской практикой в любом месте.

² Hellenic Statistical Authority. ELSTAT database [online database]. Piraeus; 2018. URL: <http://www.statistics.gr/en/home>

³ OECD Health Statistics. 2017 [online database]. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

⁴ Statista. The EU countries with the most (and least) GPs n.d. URL: <https://www.statista.com/chart/16680/doctors-gps-per-capita-eu/>

Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Испании

Число врачей в Испании на 100 тыс. населения в 2015 г. составило 380 человек, что немного выше среднего показателя по ЕС в 350 человек за этот год. Показатель обеспеченности медицинскими сестрами был равен 534 медсестры на 100 тыс. населения, что ниже среднего показателя по ЕС в 864 человека, при соотношении медсестер к врачам 1,4. Доля женщин-врачей достигает 55,7% в системе первичной медико-санитарной помощи и 49,5% в больничных учреждениях. Соотношение медсестер и врачей ниже среднего показателя по странам Организации экономического сотрудничества и развития (1,4 против 2,5). Органы здравоохранения автономных сообществ Испании страхуют ответственность своих специалистов. Данные структуры имеют группу инспекторов, которые, помимо прочих обязанностей, анализируют любое возможное нарушение прав пациентов.

Вознаграждение работников национальной системы здравоохранения Испании состоит из «основных» выплат при исполнении служебных обязанностей и «дополнительных» бонусов. Первые включают фактическую заработную плату и сумму, привязанную к надбавкам за выслугу лет. В свою очередь, дополнительные вознаграждения устанавливаются в соответствии с характеристиками должности, результатами работы и профессиональной карьерой (например, бонусы, связанные с научными достижениями). Заработная плата семейных врачей включает в себя надбавку (составляющую примерно 10% или 15% от общей заработной платы), которая учитывает численность и демографическую структуру выделенного им населения.

Заработная плата врачей в 1,6—1,8 раза превышает среднюю годовую зарплату высокообразованных работников в Испании, в то время как годовой доход медсестер немного ниже среднего, хотя и выше среднего показателя по странам ОЭСР [6].

Медицинское высшее образование в Испании включает три образовательные ступени: бакалавриат, магистратуру и докторантуру. Обучение на бакалавриате в Испании длится 4—6 лет, студенты изучают фундаментальные дисциплины в области биологии, химии, анатомии и других областях. Изучив базовые предметы, учащиеся занимаются клиническими исследованиями в учебных больницах под руководством опытных специалистов. Получив диплом, выпускники могут начинать профессиональную деятельность в любом медицинском учреждении в качестве младшего сотрудника.

Для получения полного медицинского образования необходимо окончить магистратуру и набрать около 330—360 кредитов. Обычно это занимает 1—2 года. Программу обучения можно разделить на доклинические и клинические курсы — последние включают в себя практические задания, который студенты выполняют в медицинских учреждениях.

Получив диплом магистра, специалисты имеют право работать в клиниках в качестве врачей.

Особой популярностью в Испании пользуется система подготовки врачей-специалистов MIR (*médico interno residente*) — аналог интернатуры. Выпускники MIR гарантированно получают рабочие места в медицинских учреждениях по выбранной специализации. Один раз в год проводится вступительный экзамен в MIR, который считается одним из самых сложных в стране. Обучение необходимо, чтобы стать специалистом в одной из следующих областей: педиатрия, анестезия, травматология, семейным врачом и др. Претенденты с наивысшими баллами могут не только выбирать специальность, но и медицинское учреждение, в котором они будут проходить интернатуру. Студенты сдают экзамен в виде тестирования (около 200 вопросов с 4 вариантами ответов), при этом вопросы одинаковы для всех специальностей. Хирургическая интернатура длится 5 лет, нехирургическая — 4 года. После этой стажировки или ординатуры студенты должны сдать национальный экзамен на получение лицензии, проходной балл которого дает им право искать работу в конкретной отрасли медицины, в которой они получили свою степень. Чтобы сохранить эту лицензию, врачам необходимо будет пройти курсы непрерывного образования, которые будут держать их в курсе различных новых медицинских технологий и процедур.

Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Болгарии

Число врачей в Болгарии на 1000 населения было равно 4,16 в 2016 г., что ставит Болгарию выше среднего показателя по ЕС — 28 (3,5 на 1000 населения). Врачей-специалистов гораздо больше, чем врачей общей практики (терапевтов), причем последние составляют всего 16,6% общей численности врачей.

Согласно Коллективному трудовому соглашению в области здравоохранения от 2016 г. минимальная месячная заработная плата (без дополнительных бонусов) для врача, непосредственно участвующего в диагностико-терапевтических мероприятиях, варьирует от 830 левов (424,40 евро) до 1170 левов (598,20 евро) в зависимости от формы собственности больницы, квалификации и должности врача⁵.

Министерство здравоохранения и профессиональные ассоциации несут совместную ответственность за регистрацию и планирование труда медицинских работников. Региональная инспекция здравоохранения совместно с профессиональными ассоциациями и Высшим медицинским советом изучает потребности в медицинских специалистах и предлагает ежегодное количество абитуриентов, которые будут приниматься в медицинские школы. Министерство здравоохранения ежегодно определяет количество мест для последипломного обуче-

⁵ Ministry of Health/MoH. Collective Labour Agreement in the field of health care. 2016. URL: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/10/10/ktd-10-10-2016.pdf

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

ния по специальностям, субсидируемым государством, в соответствии с целями и приоритетами национальной стратегии здравоохранения. По окончании учебы медицинские работники по закону обязаны стать членами своих соответствующих профессиональных ассоциаций [7].

В Болгарии нет дефицита врачей, однако нынешняя структура человеческих ресурсов в системе здравоохранения является несбалансированной. Во-первых, не хватает врачей общей практики и медсестер, что негативно отражается на оказании первичной медицинской помощи в стране. Во-вторых, существуют значительные региональные диспропорции, а также дефицит врачей некоторых специальностей. Ситуация с кадрами усугубляется в связи с постарением врачей и эмиграцией молодых медицинских работников. Причинами уменьшения числа врачей общей практики являются большая административная нагрузка; недостаточная оплата и признание; низкая привлекательность специальности среди молодых врачей; проблемы с обучением и приобретением специальности [8]. Доля врачей в возрасте 55–74 лет в 2015 г. составила 44,5%; 13,3% всех врачей были в возрасте от 65 до 74 лет, и только 10,1% были моложе 35 лет. При этом в Болгарии зафиксирован самый высокий показатель числа специалистов-хирургов (наравне с Грецией, Литвой и Австрией) — более 1 врача на 1000 населения. Более половины врачей Болгарии работают в больницах (56,7% в 2015 г.). Женщины составляют 55,1% всех врачей. Таким образом, в Болгарии зафиксировано самое низкое соотношение медсестер на одного врача среди всех стран-членов ЕС — 1,1 медсестры на 1 врача⁶.

Программа получения высшего медицинского образования в Болгарии длится 6 лет и включает в себя 5 лет теоретической подготовки и 1 год практики. В течение последнего года выпускники медицинских вузов должны сдать 5 государственных экзаменов. После окончания учебы врачи продолжают свое обучение по специальности, продолжительность которого составляет 4–5 лет для большинства специальностей, но может длиться и дольше, в то время как специализированное обучение по общей медицине занимает 3 года. Обучение стоматологии длится 5 лет, за которыми следуют 6 мес практического обучения.

Заключение

Таким образом, кадровый потенциал отрасли здравоохранения описанных стран отличается высоким соотношением числа врачей к пациентам (Греция, Болгария), при этом среди врачей данных государств специалисты преобладают над врачами общей практики. Другими особенностями кадрового состава отрасли являются постарение и эмиграция кадров, выраженный дефицит среднего медицинского персонала и избыточное количество сто-

матологов (Болгария). Ограничения в объеме приема врачами пациентов приводят к снижению доступности медицинской помощи (Греция), для решения этой проблемы введена практика обязательной годичной стажировки в сельской местности. В то же время избыток врачей может приводить к искусственному увеличению спроса на медицинскую помощь (Болгария).

Разброс заработной платы медицинского персонала данных стран значительный, минимальный — в Греции и высокий, превышающий среднюю зарплату в стране до 2 раз, — в Испании. Кроме того, в Испании страхуют юридическую ответственность своих специалистов.

Подготовка медицинских специалистов в этих странах характеризуется длительным периодом последилового обучения врачей, достигающим для специалистов терапевтического профиля 4 года, а хирургического — 5 лет (Испания). Соответствующие государственные и общественные структуры определяют количество абитуриентов и специалистов по направлениям. Тем не менее такой подход не позволил достичь странам адекватного кадрового обеспечения здравоохранения.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... // *Eur. J. Health Econ.* 2016. Vol. 17, N 2. P. 159–170. DOI: 10.1007/s10198-015-0666-0
2. Kyriklidis K., Kaitelidou D., Angelopoulos G. et al. The impact of cost sharing arrangements in the use of health care services during the economic crisis in Greece and the attitudes of citizens // *Value in Health.* 2016. Vol. 19. P. A461. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.664
3. Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A. et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece // *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience* / eds. A. Maresso et al. Copenhagen; 2015.
4. Mariolis A., Mihos C., Alevizos A. et al. General practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece // *BMC Med. Educ.* 2007. Vol. 7. P. 15. DOI: 10.1186/1472-6920-7-15
5. Kaitelidou D., Mladovsky P., Leone T. et al. Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power // *Int. J. Health Serv.* 2012. Vol. 42, N 4. P. 719–738. DOI: 10.2190/HS.42.4.h
6. Karakolias S., Kastanioti C., Theodorou M., Polyzos N. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration // *Inquiry.* 2017. Vol. 54. P. 46958017692274. DOI: 10.1177/0046958017692274
7. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 4. P. 1–230.
8. Valentinova Ts., Nedkova-Milanova V. Factors influencing the motivation of general practitioners to work // *General Medicine.* 2018. Vol. 20, N 1. P. 13–16.

Поступила 27.02.2023
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...

⁶ Eurostat. Eurostat database. Luxembourg; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

- Eur. J. Health Econ.* 2016;17(2):159—170. DOI: 10.1007/s10198-015-0666-0
2. Kyriklidis K., Kaitelidou D., Angelopoulos G. et al. The impact of cost sharing arrangements in the use of health care services during the economic crisis in Greece and the attitudes of citizens. *Value in Health.* 2016;19:A461. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.664
3. Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A. et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A. et al. (eds.) *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience.* Copenhagen; 2015.
4. Mariolis A., Mihos C., Alevizos A. et al. General practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med. Educ.* 2007;7:15. DOI: 10.1186/1472-6920-7-15
5. Kaitelidou D., Mladovsky P., Leone T. et al. Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *Int. J. Health Serv.* 2012;42(4):719—738. DOI: 10.2190/HS.42.4.h
6. Karakolias S., Kastanioti C., Theodorou M., Polyzos N. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration. *Inquiry.* 2017;54:46958017692274. DOI: 10.1177/0046958017692274
7. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(4):1—230.
8. Valentinova Ts., Nedkova-Milanova V. Factors influencing the motivation of general practitioners to work. *General Medicine.* 2018;20(1):13—16.