

УДК 616.08 (477)

DOI 10.11603/m.2414-5998.2021.4.12697

Л. М. Лиха

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4995-7896>*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України***АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДЕФІЦИТУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР  
У СВІТОВОМУ ПРОСТОРИ**

L. M. Lykha

*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University***ANALYSIS OF THE PROBLEM OF NURSES DEFICIENCY IN THE  
WORLD SPACE**

**Анотація.** Пандемія COVID-19 є найбільшим викликом нашого часу. Оскільки коронавірус продовжує поширюватися більш ніж у 200 країнах, у яких діагностовано понад мільйон випадків захворювання, яке забирає, на жаль, істотну кількість життів, швидкість відновлення в кожній країні залежатиме від здатності реагувати шляхом обмеження передачі інфекції, забезпечення безпеки вразливих груп населення та підтримки функціональної системи охорони здоров'я. На жаль, більшість країн незадовільно обладнана засобами для реагування на пандемію такого масштабу. Частково це можна пояснити нестачею та обмеженістю дій молодшого медичного персоналу.

У статті описуються загальні тенденції, деякі теми глобалізації і міжнародної міграції медсестер та медсестринської освіти, попит, правове регулювання і працевлаштування дипломованих фахівців сестринської справи.

Дослідження присвячено аналізу тенденцій, позитивних та негативних наслідків міграції медичних працівників на світовому ринку праці, узагальненню досвіду та висновкам для України. Описано нерівномірність економічного розвитку, що в умовах нівелювання всіх перешкод руху праці породжує проблеми для бідніших країн. Їм потрібен часовий лаг для економічного зростання і захист національного ринку праці, а це суперечить спільному європейському ринку. Необхідність аналізу тенденцій та наслідків міграції медичних працівників важлива для того, аби мінімізувати негативні екстерналії, скоротити ризики. В охороні здоров'я це особливо важливо, бо прямо стосується якості життя громадян.

**Ключові слова:** медична сестра; пандемія; міграція; медичний персонал; медсестринство.

**Abstract.** The COVID-19 pandemic is the biggest challenge of our time. As the coronavirus continues to spread in more than 200 countries with more than a million cases of the disease, which unfortunately kills a significant number of lives, the speed of recovery in each country will depend on the ability to respond by limiting infection, health. Unfortunately, most countries are poorly equipped to respond to a pandemic of this magnitude. This can be partly explained by the lack and limitations of junior medical staff.

The article describes general trends, some topics of globalization and international migration of nurses and nursing education, demand, legal regulation and employment of certified nursing professionals.

The study is devoted to the analysis of trends, positive and negative consequences of migration of health workers in the global labor market, generalization of experience and conclusions for Ukraine. The unevenness of economic development is described. In such conditions, the leveling of all obstacles to the movement of labor creates problems for poorer countries. They need a time lag for economic growth and protection of the national labor market, which is contrary to the common European market. The need to analyze the trends and consequences of migration of health workers is important in order to minimize negative externalities, reduce risks. This is especially important in health care, because it directly affects the quality of life of citizens.

**Key words:** nurse, pandemic; migration; medical staff; nursing.

**Вступ.** У міру того як пандемія охопила всю земну кулю, медсестри знаходяться на передньому краї боротьби з нею і роблять навіть більше, ніж повинні, щоб зберегти працездатність систем охорони здоров'я. Фізично та розумово виснажені медсестри працюють цілодобово, забезпечуючи догляд та наражаючи себе та свої сім'ї на ризик зараження. І вони роблять це за умов, коли запаси засобів індивідуального захисту скорочуються.

За даними Італії, COVID-19 було інфіковано 20 % медичних працівників, а Іспанії – 14 %; у Китаї на початок березня було інфіковано понад 3300 людей.

Ще до початку цієї кризи чисельність середнього медичного персоналу в усьому світі зростала недостатньо швидкими темпами, щоб до 2030 р. досягти цільових показників загального охоплення медичним обслуговуванням та цілей у сфері сталого розвитку. Хоча глобальний дефіцит медичних сестер дещо скоротився з 6,6 млн осіб у 2016 р. до 5,9 млн

© Л. М. Лиха

осіб у 2018 р., майже 90 % дефіциту припадає на країни з низьким доходом та доходом, нижчим за середній рівень.

Тут кількість підготовлених медсестер ледве встигає за зростанням чисельності населення. Ці диспропорції лише посилюють надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я та створюють додаткове навантаження на наявний медичний персонал.

Вже більше 30 років в Європі існує взаємне визнання кваліфікації медсестер, покликане полегшити їхню мобільність у Європейському Союзі.

Сім професій підтримуються низкою «галузевих» директив: лікар, медична сестра, акушерка, ветеринарний хірург, хірург-стоматолог, фармацевт та архітектор. Вони передбачають гармонізацію мінімальних вимог до навчання та автоматичне визнання професійної кваліфікації для цих професій (Європейська Комісія, 2009) [4]. Директива щодо медичних сестер загального характеру встановлює мінімальні вимоги до компетентності, котрим потрібно відповідати, перш ніж розпочинати практику на території країн-членів Євросоюзу. Також передбачається, що програми, необхідні для підтвердження кваліфікації медсестри, повинні тривати щонайменше 3 роки або складати 4600 год [2].

Ці вимоги щодо освіти середнього медперсоналу відображають поточну роботу Болонського процесу в Європі. Освіта медичних сестер у Європі залежить від країни, починаючи від професійно-технічної освіти та навчання, яке не є частиною вищої освіти, до бакалаврської освіти спеціальності «Медсестринство» [4].

**Мета статті** – означити важливість медичної сестри як невід'ємний елемент інфраструктури у світовій системі охорони здоров'я. Довести перевищення попиту над пропозицією та наявність хронічного дефіциту медсестер в умовах пандемії.

**Теоретична частина.** Питання, пов'язані з нестачею медсестер та їхньою глобальною міграцією, нерозривно пов'язані. Глобальна міграція медичних сестер стала основним явищем, що впливає на надання медичних послуг як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються. Це створило світовий ринок праці для медичних працівників та стимулювало міжнародний підбір персоналу. Міжнародна міграція та вербування стали домінуючими рисами дебатів про міжнародну політику охорони здоров'я [1, 6].

Глобальний дефіцит середньої ланки медперсоналу підтримується зростаючими потребами розвинених країн, для задоволення потреб у догляді

за пацієнтами. Медсестри з інших країн розглядаються як варіанти збалансування національного попиту та пропозиції середнього медперсоналу. Залежність лікарень та систем охорони здоров'я в розвинених країнах від медичних сестер, які навчаються за межами їхніх кордонів, є суттєвою та тривалою. Зі старінням населення у розвинених країнах потреба в медичних послугах зростає. Ба більше, зміна технологій та зростання сподівань споживачів викликають подальший попит у системі охорони здоров'я [2].

Існує думка, що оскільки підготовка медсестер у багатьох розвинених країнах не відповідає попиту на них, який із кожним роком збільшується, ця прогалина заповнюватиметься медсестрами, що отримали освіту в інших країнах. Для прикладу, центр міграційної політики Американської ради з питань міграції зазначає, що іммігранти складають більше чверті всіх лікарів та хірургів у Сполучених Штатах Америки і приблизно одну п'яту всіх медичних сестер [1].

Що стосується лікарів та медсестер, останні прогнози показують, що навіть якщо кількість медичних ЗВО та медсестринських коледжів зросте, цього буде недостатньо для їх задоволення необхідної потреби в таких працівниках.

Головні причини руху медичної праці мало відрізняються від причин міграції взагалі. Звичайно, це національні відмінності ціни праці. У Фінляндії лікарі загального профілю отримують у 6 разів більше, ніж в Естонії; у Франції – у 10 разів більше, ніж у Румунії. До речі, у Румунії під негативним впливом на охорону здоров'я фінансово-економічної кризи на 25 % скоротилися заробітна плата і штатна кількість лікарів у медичних закладах [8]. Але разом із ціновим чинником міграції суттєву роль відіграють також нецінові чинники – кращі умови та зміст медичної діяльності у приймаючій країні, новітні виробничий конвент і рівень технологій, можливості для підвищення кваліфікації і тривалої кар'єри, отримання нового професійного та особистого досвіду, задовільний соціальний статус.

Потік медсестер з іноземною освітою залишається постійним, на що впливає лише імміграційна політика, яка переглядається у США, Канаді, Великобританії, Франції та Італії через високий рівень безробіття, політичну та економічну кризу [5]. Кількість медпрацівників, які мігрують, зазвичай збільшується у відповідь на вимоги роботодавців у системі охорони здоров'я.

Сполучені Штати Америки мають найбільшу у світі структуру системи охорони здоров'я проте, згідно з дослідженнями, прогнозований дефіцит медсестер буде зростати. Внаслідок цих прогнозів, ймовірно, попит на дипломованих спеціалістів, котрі навчаються в інших країнах, зростає. Іншими словами, медсестри з іноземною освітою в найближчому майбутньому будуть візитівкою медсестринства США.

Слід зазначити, що спад у світовій економіці у 2019 р. вплинув на міжнародну медичну працю. Лікарні переглянули плани розширення своїх приміщень, закрили ліжка та відділення, які не приносили доходу, та реструктурували свою робочу силу. Ті, хто має колективні договори, прагнуть переглянути зарплати та пільги [7].

Такі зміни, наприклад, означали, що у 2009 р. великі міські лікарні у Філадельфії повідомили, що у них немає вакансій для нових випускників медичних сестер; проте лікарні у менших містах на північному сході штату дійсно мали вакансії й активно шукали медсестер. Попит на досвідчених працівників з медсестринським фахом продовжує зростати. Критична допомога, невідкладна допомога та операційна медсестра – це сфери найбільшого попиту в медичних закладах [2, 6].

Незважаючи на спад економіки, очікується, що міграція медсестер через світові кордони триватиме. Тому успішне пристосування кваліфікованих спеціалістів з іноземною освітою до практики США має вирішальне значення. Згідно з результатами національного рандомізованого опитування зареєстрованих медсестер 2004 р., було встановлено, що, з точки зору різноманітності робочої сили, 82 % американських медсестер є європеїдної раси (не іспаномовні), а афроамериканці та латиноамериканці є недостатньо представленими відносно їх частки до населення США [5].

У 2017 р. відсоток чоловіків, які займаються RN (зареєстрована медсестра/медбрат) (9,1 %), зріс на 1,1 і 2,5 відсоткових пункти відповідно порівняно з результатами дослідження 2015 (8,0 %) і 2013 р. (6,6 %). Приблизно 5 % RN вказали, що вони іспаномовного чи латиноамериканського походження. У поточному дослідженні 19,2 % респондентів RN були меншинами: азіати (7,5 %), чорношкірий/афроамериканець (6,2 %), інші (2,9 %) і дві або більше рас (1,7 %). Відсоток медсестер, які ідентифікують себе як азіати в поточному дослідженні, перевищує 5,7 % серед населення США; відсоток медсестер, які ідентифікують себе як чорношкірі/

афроамериканці, падає нижче 13,3 % серед населення США (Бюро перепису населення США, 2017). У період з 2015 по 2017 р. робочий персонал LPN/LVN (Ліцензована практична медсестра/ліцензована професійна сестра) залишається відносно незмінним із точки зору гендерної різноманітності. Відсоток чоловіків у робочій силі LPN/LVN зріс менше ніж на половину відсоткового пункту з 7,5 до 7,7 % між двома дослідженнями [4].

За оцінками, наведеними у «Глобальній стратегії для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 р.», прийнятій ВООЗ у 2016 р., у країнах із показником забезпеченості населення кадрами лікарів, медичних сестер і акушерок нижче за порогове значення 4,45 на 1000 населення матиме місце сумарний дефіцит сестринських та акушерських кадрів на рівні 7,6 млн працівників; вищезгаданий поріг виключає більшість країн із високим рівнем доходу. При використанні тієї ж методики розрахунків та порогових значень, але стосовно пізніших даних, рівень дефіциту сестринських кадрів щодо ситуації на 2018 р. оцінюється в 5,9 млн осіб, а до 2030 р. – 5,7 млн.

Найбільший дефіцит станом на 2018 р. відзначений у таких країнах, як Бангладеш, Індія, Індонезія, Нігерія та Пакистан. Дефіцит кадрових ресурсів тісно корелює з рівнем доходу. 89 % загального обсягу дефіциту станом на 2018 р. зосереджено в країнах із низьким рівнем доходу та з доходом нижче середнього.

Одна із змін до опитування 2017 р. включала зміну ознак раси та етнічної приналежності. Раніше расові та етнічні категорії були перераховані в одному питанні. Питання було змінено, тому етнічна приналежність і національність тепер є двома різними питаннями. Респондентів спершу запитали, чи мають вони латиноамериканське або латиноамериканське походження, а потім попросили вказати свою расу. Кожен, хто вибрав більше ніж одну категорію перегонів, був перекодований у категорію двох або більше перегонів. У період з 2013 по 2017 р. кількість RN, яка вказує на те, що вони латиноамериканці або афроамериканці, зросла на 1,9 %.

До 2030 р. необхідно збільшити кількість випускників та робочих місць для повного вирішення проблеми нестачі кадрів.

Також для вирішення цього завдання потрібні значні кошти, проте ще більше значною стане проблема, яку дадуть ці інвестиції для суспільства та економіки країн у плані покращення здоров'я со-

тень мільйонів людей, створення мільйонів кваліфікованих робочих місць, особливо для жінок та молоді, та підвищення рівня глобальної безпеки у сфері громадського здоров'я.

Країнам слід прискорити впровадження своїх національних систем обліку кадрових ресурсів охорони здоров'я, включаючи дезагреговану звітність щодо сестринських кадрів. У найбільш невідкладному порядку слід усунути прогалини в основних елементах даних для проведення національного аналізу ринку праці в галузі охорони здоров'я. Це завдання повинно бути вирішене шляхом всеосяжних зусиль із зміцнення та нарощування потенціалу інформаційної системи по кадрових ресурсах охорони здоров'я.

Ефективне здійснення моніторингу, стратегічно-го керівництва та регулювання стосовно процесів міжнародної мобільності сестринського персоналу може вимагати нарощування потенціалу, розвитку партнерств та співпраці між регулюючими органами, інформаційними системами з кадрових ресурсів охорони здоров'я, роботодавцями, міністерствами та іншими зацікавленими сторонами, такими як професійні асоціації. Країни, що стикаються з надмірним відтоком сестринського персоналу у зв'язку з еміграцією, повинні передбачати вжиття заходів щодо утримання кадрів, таких як підвищення заробітної плати (і забезпечення справедливої оплати праці), поліпшення умов праці, створення гідних робочих місць, а також, у міру необхідності, надання цільових пакетів заходів щодо забезпечення кадрової стабільності.

У різних куточках світу існують значні відмінності в тривалості навчання та професійної підготовки сестринського персоналу. При цьому переважна більшість країн (154 з 169 представили відомості) повідомила про наявність у них стандартів утримання і тривалості базового навчання та професійної підготовки. Найважливіші вимоги розглядаються під час розробки таких стандартів, полягають у тому, щоб вони допомагали викладачам забезпечувати студентів компетенціями, необхідними для задоволення потреб населення в галузі охорони здоров'я, включаючи підготовку до надання первинної та профілактичної медичної допомоги, навички надання допомоги при лихах, надзвичайних ситуаціях та конфліктах, лідерські якості та вміння використовувати сучасні технології [3].

Усі навчальні програми мають бути спрямовані на забезпечення належного надання сестринської допомоги. У доповнення до технічних знань та на-

вичок проведення конкретних клінічних процедур працівники сестринських служб мають отримати належну підготовку в таких областях, як: робота у складі міжпрофесійних команд; прояв чуйності та участі по відношенню до пацієнтів; прийняття рішень в екстреній ситуації; використання інструментів для безперервного продовження освіти протягом десятиліть на своєму трудовому шляху.

Освітні програми повинні відповідати як колу майбутніх професійних обов'язків випускників, так і потребам охорони здоров'я населення. Традиційні методи навчання з успіхом повинні доповнюватися застосуванням цифрових засобів надання навчального контенту. Успіх таких зусиль щодо «розподіленого навчання» вимагатиме, щоб студенти в процесі навчання набували мінімально необхідного рівня грамотності у питаннях цифрової охорони здоров'я, щоб при розробці навчальних програм використовувалися відповідні цифрові та телемедичні технології навчання для формування необхідних компетенцій поряд із забезпеченням належної клінічної практики [3].

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Наразі основними тенденціями міграції медичних працівників на європейському просторі є переважання мобільності медичних працівників над мобільністю робочих місць, мобільності праці середнього і молодшого персоналу над мобільністю праці лікарів, посилення асиметрії потоків між багатими і бідними країнами Європи, зростання попиту на сімейних лікарів порівняно з іншими лікарями. Інституціоналізація спільного ринку, поєднання вигод вільного руху робочої сили з вигодами наднаціонального регулювання робить медичну професію однією з наймобільніших у Європі.

У міру зростання конкуренції та попиту на кваліфікованих медичних сестер етична практика найму має збалансувати права осіб на міграцію та водночас запобігти негативному впливу на системи охорони здоров'я різних країн. Даний пункт висвітлено у Декларації прав людини ООН (1948). Міграція медичних сестер з країн, що розвиваються, у розвинені країни була піддана критиці і сприймалася як безвідповідальний відтік кваліфікованих працівників [4]. Це свідчить про недосконалість політики соціального забезпечення багатьох країн стосовно регулювання рівня заробітної плати, доступності соціальних пакетів на ін.

Оскільки більшість медичних сестер працює у державному секторі, бездіяльність керівництва стосовно заповнення вакантних посад може спричи-

нити безробіття в країні та стимулювати міграцію. Урядова політика щодо грошового забезпечення також є фактором, який спонукає середній медперсонал шукати роботу в інших країнах [8].

Розвинені країни продовжують залучати кваліфікованих медичних працівників (у тому числі медсестер) з країн, що розвиваються, що і є серйозною етичною проблемою.

### Список літератури

1. Aluko J. O. Manpower capacity and reasons for staff shortage in primary health care maternity centres in Nigeria: A mixed-methods study / J. O. Aluko, R. Anthea, R. R. Marie Modeste // *BMC Health Services Research*. – 2019. – Vol. 19 (1). – P. 10.
2. Heijden B. Impact of job demands and resources on nurses' burnout and occupational turnover intention towards an age-moderated mediation model for the nursing profession / B. Heijden, C. B. Mahoney, Y. Xu // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2019.
3. Learning procedural skills with a virtual reality simulator: an acceptability study / M. S. Bracq, E. Michinov, B. Arnaldi [et al.] // *Nurse Education Today*. – 2019. – Vol. 79. – P. 153–160.
4. Nurse Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes / A. Kutney-Lee, H. Germack,

L. Hatfield [et al.] // *J. Nurs. Adm.* – 2016. – Vol. 46 (11) (Nov.). – P. 605–612.

5. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews / M. Halter, O. Boiko, F. Pelone [et al.] // *BMC Health Serv. Res.* – 2017. – Vol. 17 (1) (Dec. 15). – P. 824.

6. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing / D. Tuohy // *Nurs. Stand.* – 2019. – Vol. 34 (2). – P. 45–50.

7. W.H.O., Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance. 2020, World Health Organization: Geneva.

8. World Health Organization (WHO), Global strategy on human resources for health: workforce 2030. – 2016. – World Health Organization : Geneva, Switzerland.

### References

1. Aluko, J.O., Anthea, R., & Marie Modeste, R.R. (2019). Manpower capacity and reasons for staff shortage in primary health care maternity centres in Nigeria: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 10.
2. Heijden, B., Mahoney, C.B., & Xu, Y. (2019). Impact of job demands and resources on nurses' burnout and occupational turnover intention towards an age-moderated mediation model for the nursing profession. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
3. Bracq, M.S., Michinov, E., Arnaldi, B., Caillaud, B., Gibaud, B., Gouranton, V., & Jannin, P. (2019). Learning procedural skills with a virtual reality simulator: an acceptability study. *Nurse Education Today*, 79, 153-160.
4. Kutney-Lee, A., Germack, H., Hatfield, L., Kelly, S., Maguire, P., Dierkes, A., ... Aiken, L.H. (2016). Nurse

Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes. *J. Nurs. Adm.*, 46(11), 605-612.

5. Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., ... Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv. Res.*, 17(1), 824.

6. Tuohy, D. (2019). Effective intercultural communication in nursing. *Nurs. Stand.*, 34(2), 45-50.

7. W.H.O., Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance. (2020). *World Health Organization: Geneva*.

8. World Health Organization (WHO), Global strategy on human resources for health: workforce 2030. (2016). *World Health Organization: Geneva, Switzerland*.

Отримано 04.10.21  
Рекомендовано 13.10.21

Електронна адреса для листування: lykha@tdmu.edu.ua