

Работа на благо здоровья - *наше общее дело*

Доклад о состоянии здравоохранения в мире **2006 г.**

Краткое изложение политики



Всемирная
организация здравоохранения



Работа на благо здоровья -
наше общее дело

Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.

**Краткое изложение
ПОЛИТИКИ**



Всемирная
организация здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization.

Working together for health : the World health report 2006 : policy briefs.

1.World Health Organization. 2.Health policy. 3.Education, Medical. 4.Health personnel. 5.Manpower. I.Title. II.Title: World health report 2006 : policy briefs. III.Title: Policy briefs.

ISBN 92 4 459424 2

(NLM classification: W 21)

ISBN 978 92 4 459424 7

© Всемирная организация здравоохранения 2006 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения можно получить по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ (будь то для продажи или некоммерческого распространения) следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Использованные наименования и представление материала в настоящей публикации никоим образом не подразумевают выражения какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения в отношении юридического статуса любой страны, территории, города или района, их органов власти или их границ. Пунктирными линиями на картах обозначены приблизительные пограничные линии, в отношении которых полное согласие еще не достигнуто.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых производителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их. За исключение ошибок и пропусков, наименования патентованной продукции выделены заглавными начальными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности, чтобы проверить информацию, содержащуюся в настоящей публикации. Тем не менее, публикуемый материал распространяется без каких-либо явных или подразумеваемых гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала лежит на самих читателях. Всемирная организация здравоохранения никоим образом не отвечает за ущерб, возникший в результате использования этого материала.

Напечатано в типографии ВОЗ, Женева, Швейцария.

Содержание

1. Укрепление информации и исследований в области трудовых ресурсов здравоохранения: стратегии для действий	1
2. Инвестиции в образование для расширения возможностей и обучения на протяжении всей жизни	7
3. Получить максимальную отдачу от имеющихся трудовых ресурсов здравоохранения	11
4. Решение сложных задач, связанных с миграцией работников здравоохранения	17
5. Установление связей между работниками здравоохранения в отдельных программах общественного здравоохранения	21
6. Финансирование развития трудовых ресурсов здравоохранения	25

Укрепление информации и исследований в области трудовых ресурсов здравоохранения: стратегии для действий

История вопроса

Эффективные действия (как неотложные, так и постоянные) по преодолению растущего кризиса в области трудовых ресурсов здравоохранения требуют обоснованной информации, надежных исследований и прочной базы знаний. Исследования могут помочь политикам найти ответы на важные политические вопросы, касающиеся положения с трудовыми ресурсами в их стране, уровня их эффективности и проблем, с которыми они сталкиваются.

Сегодня все страны являются частью общего рынка, одной из характеристик которого является увеличение внутренней и международной мобильности работников здравоохранения. Кроме того, реформы сектора здравоохранения, демографические и эпидемиологические изменения и внедрение новых технологий и новых моделей оказания помощи - все это способствует увеличению необходимости в работниках здравоохранения во всем мире. Поэтому правительствам необходимы точная и своевременная информация и самые современные исследования для оценки воздействия этих изменений на трудовые ресурсы своих стран, разработки гибких стратегий и принятия своевременных и эффективных мер.

Однако отсутствие полноты информации о трудовых ресурсах здравоохранения, отсутствие четкости в распределении обязанностей между различными министерствами и учреждениями, нехватка кадров и отсутствие инфраструктуры до настоящего времени ограничивали возможности стран собирать, накапливать и анализировать данные о трудовых ресурсах. Более того, даже если количество и качество данных является адекватным, для эффективного их использования политиками существуют дополнительные ограничения, которые в значительной мере вызваны отсутствием основных показателей в области трудовых ресурсов здравоохранения и наличием проблем в отношении определений, связанных с классификациями профессий.

Исследования в области кадровых ресурсов для здравоохранения являются слабыми, неравнозначными и главным образом описательными. Существует мало систематических обзоров и сборников наилучшей практики об эффективных решениях. На потенциальную роль информации о трудовых ресурсах здравоохранения, а также исследований для формулирования политики и действий влияет также отсутствие сотрудничества между соответствующими учреждениями, что, с одной стороны, ведет к дублированию усилий, а с другой - к недостаточному использованию имеющихся знаний и баз данных.

Данное краткое изложение политики содержит стратегии, которые могут помочь в построении эффективных информационных систем и создании прочной базы знаний о трудовых ресурсах здравоохранения, а также для руководства действиями в странах, их ускорения и совершенствования.

Стратегии для действий

Необходимо в неотложном порядке улучшить базу знаний о трудовых ресурсах здравоохранения, чтобы политические решения на местном, национальном и международном уровнях принимались на основе фактической информации и гибко реагировали на растущие потребности в работниках здравоохранения и на задачи, связанные с этими потребностями. Для того, чтобы информационные системы и исследования в области трудовых ресурсов здравоохранения были эффективными:

- они должны принадлежать странам и управляться странами;

- они должны использовать скоординированные усилия соответствующих министерств, академических институтов и других соответствующих партнеров;
- им необходима финансовая и техническая поддержка со стороны международных учреждений.

Изложенные ниже стратегии следует рассматривать как взаимодополняющие, и в целях максимального воздействия их следует осуществлять одновременно.

Обеспечение сбора информации о трудовых ресурсах здравоохранения, доступа к ней и ее использования

Хотя никакой один источник данных и не может описать всю сложность проблем в области кадровых ресурсов для здравоохранения, для получения важной информации о численности, характеристиках и динамике трудовых ресурсов здравоохранения можно обратиться к ряду существующих источников. Этими источниками являются:

- административные записи (например, ведущиеся в министерствах здравоохранения, образования и иммиграции, а также регистры профессиональных ассоциаций и регулирующих органов);
- обследования медицинских учреждений;
- обследования рабочей силы или другие обследования домашних хозяйств;
- национальные переписи населения и домашних хозяйств.

Данные из этих источников следует использовать оптимальным образом, но пользователи должны учитывать ограничения каждого источника и при необходимости искать альтернативные стратегии. Большинство источников данных дают неполную картину трудовых ресурсов здравоохранения и данные часто собираются через нерегулярные или длительные интервалы времени, что ограничивает их полезность для формулирования политики. В конечном счете с помощью долгосрочной стратегии страны могут создать специальную систему, которая обеспечит регулярный сбор, накопление и обработку информации о работниках здравоохранения и учреждениях по подготовке работников здравоохранения.

Инвестиции в информационную технологию

Для наилучшего использования данных, которые имеются сейчас или будут получены в будущем, странам необходимо обеспечить соответствующие учреждения адекватным технологическим оборудованием. Например, исследование, предпринятое Африканским региональным бюро ВОЗ в 2004 г., показало, что 22% департаментов по кадровым ресурсам для здравоохранения в министерствах здравоохранения этого региона не имели компьютерного оборудования, 45% - не имели доступа к электронной почте, а факсы имелись только в 32% обследованных департаментов. В этих условиях даже небольшие инвестиции могут дать значительные прибыли.

Формирование опыта и знаний на местах

Поскольку часто страны, испытывающие наибольшую потребность в укреплении своих кадров здравоохранения, имеют также самый ограниченный потенциал для мониторинга, технического сотрудничества и подготовка имеют для них жизненно важное значение. Деятельность по созданию потенциала следует распространить на соответствующие министерства, профессиональные ассоциации и органы лицензирования. Содержание подготовки должно быть многосторонним и формировать навыки в таких областях опыта, как поиск и сбор данных о трудовых ресурсах здравоохранения, ведение баз данных, анализ и составление отчетов. Преимущества создания потенциала включают постоянный сбор и анализ соответствующих

данных на местном и национальном уровнях и их наличие для своевременного планирования и принятия решений.

Гармонизация классификаций трудовых ресурсов здравоохранения

Сбор, накопление и анализ данных о трудовых ресурсах здравоохранения требуют последовательной и связной системы классификации. Для улучшения определений и классификации профессий в области здравоохранения необходимы местные и международные усилия; это может включать создание согласованной в международных масштабах системы классификации трудовых ресурсов здравоохранения в поддержку Международной стандартной классификации профессий (МСКП), разработанной Международной организацией труда. Помимо обеспечения оптимального использования существующих данных, усиленная гармонизация поможет улучшить сбор данных в будущем и упростить задачу сравнения данных из разных источников, стран и периодов времени.

Использование стандартных показателей

Базы данных о трудовых ресурсах здравоохранения имеет смысл вести только в том случае, если они используются для получения информации и фактов в поддержку политических решений. Использование основных показателей может способствовать преобразованию данных в информацию и фактические свидетельства. Хотя использование соответствующего показателя в конкретном контексте зависит от конкретных политических вопросов, характера и вида имеющихся данных, для стран важно использовать стандартный набор показателей, который облегчит сравнения.

Несмотря на то, что еще предстоит разработать и согласовать основные показатели, которые будут простыми для применения, но достаточно всеобъемлющими, чтобы обеспечить сопоставимость и охват вопросов, представляющих интерес для самых разнообразных участников, полезными являются следующие показатели:

- общее число и плотность распределения работников здравоохранения (на 10 000 населения);
- отношение врачей к медсестрам или другим работникам здравоохранения;
- географическое распределение и социально-демографический состав работников здравоохранения;
- институциональное распределение (государственный, частный и неправительственный сектора) работников здравоохранения;
- уровень безработицы и частота случаев двойной занятости работников здравоохранения;
- относительные различия в доходах между работниками здравоохранения и работниками других секторов, между врачами и медсестрами или между профессиональными работниками здравоохранения мужчинами и женщинами.

Дополнительные показатели, представляющие интерес, особенно те из них, которые относятся к притоку и формированию трудовых ресурсов и к учебным заведениям в области здравоохранения, включают: число поступивших в медицинские учебные заведения и закончивших их; международные и межрегиональные миграционные потоки; выход на пенсию и случаи смерти среди работников здравоохранения; и число учебных заведений по виду программ подготовки.

Приведенный выше список является лишь ориентировочным; страны могут изучить другие показатели и взаимосвязи, которые могут соответствовать их конкретным потребностям и обстоятельствам.

Содействие исследованиям новаторских действий

Эффективные информационные системы могут обеспечить надежные и своевременные данные о характеристиках трудовых ресурсах здравоохранения и дать возможность оценить тенденции и сопоставимость во времени. В настоящее время проводится очень мало оперативных научных исследований и оценочных исследований воздействия в области трудовых ресурсов здравоохранения, отчасти из-за ограниченного финансирования. Увеличение финансирования имеет важное значение, как признали делегаты Встречи на уровне министров по исследованиям в области здравоохранения, которая состоялась в октябре 2004 г. в Мехико-Сити. Политикам следует поощрять страновые исследования, проводимые в рамках национальной стратегии исследований систем здравоохранения, которая учитывает приоритеты исследований трудовых ресурсов здравоохранения.

Странам следует поощрять исследования, которые:

- основываются и развиваются на основе чисто описательных исследований в концептуальные исследования, политический анализ и оценку воздействия;
- способствуют международным и сравнительным исследованиям в результате рассмотрения проводимых во многих местах, на многих уровнях и во многих странах исследовательских проектов, направленных на улучшение сравнимости результатов и возможности их передачи, таких как исследование о миграции в Африке или исследование об "утечке" медицинских сестер в Европе;
- включают исследования в ведущиеся или планируемые мероприятия и процессы, такие как реформы сектора здравоохранения, с тем чтобы можно было извлечь, сравнить опыт различных стран и обменяться им;
- оценивают проблемы трудовых ресурсов здравоохранения в контексте программ борьбы с конкретными болезнями, финансируемых глобальными инициативами в области здравоохранения, и документируют воздействие этих инициатив на трудовые ресурсы здравоохранения и другие программы, например программы охраны здоровья матери и ребенка. Подобно этому, странам целесообразно изучить связи между результатами в отношении здоровья и плотностью распределения кадровых ресурсов.

Создание, укрепление и поддержка сетей

Формирование знаний и создание базы данных о трудовых ресурсах здравоохранения должно включать скоординированные усилия многих секторов - здравоохранения, образования, труда, гражданского общества и частного сектора, а также системы регулирования, национального статистического бюро, академических институтов и других участников. Поэтому важно создавать и укреплять механизмы, которые объединяют производителей и пользователей информацией и результатами исследований о трудовых ресурсах здравоохранения на национальном, региональном и международном уровне.

Потенциальные преимущества включают улучшение качества данных, усиление согласования данных и увеличение потенциала по сбору, анализу и распространению информации и исследований о трудовых ресурсах здравоохранения. Примерами успешных сетей являются обсерватории трудовых ресурсов здравоохранения в странах Америки и Европейская обсерватория систем и политики в области здравоохранения. Другой возможной инициативой, которая нуждается в полной международной поддержке является Африканская обсерватория, предложенная Региональным бюро ВОЗ для стран Африки и ее партнерами.

Подобные сети следует создавать, укреплять и поддерживать для устранения разрыва между производителями и пользователями результатов исследований. Одной из таких инициатив является Сеть фактических данных для информированной политики (EVIPNet) - инициатива, возглавляемая ВОЗ, направленная на оказание поддержки взаимодействию политиков, исследователей и представителей гражданского общества в преобразовании научной

информации в политику здравоохранения. Деятельность EVIPNet включает выявление основных политических проблем и приоритетов и преобразование результатов исследований в такие предложения в отношении политики, которые будут понятны пользователям.

Политики также должны поддерживать связь с исследователями в своих странах, чтобы создать критическую массу специалистов по исследованиям трудовых ресурсов здравоохранения и увеличить число и доступность исследований, проводимых на местах. Не менее важным является содействие доступу к внешним исследованиям через сети исследователей и посредством создания библиотек наилучшей практики.

Дальнейшая информация

Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.

Black, N. Health care workforce: how research can help. Editorial. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):S1-2.

Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz MR. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (14 April 2003).

Dubois C-A, Mckee M. Cross-national comparisons of human resources for health. What can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.

Hamid M, Bustamante-Manaog T, Viet Dung T, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, Zhong X, Salmela R, Panisset U, Pang T. *EVIPNet: translating the spirit of Mexico*. *The Lancet*, 2005, 19 November, 366(9499):1758–1760.

Hasselhorn H-S, Müller BS, Tackenberg P, eds. *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work*. Nurses Early Exit Study – NEXT. NEXT Scientific Report. Wuppertal, University of Wuppertal, July 2005.

Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres T, Dal Poz MR. *Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, 2004, 364:1451–1456.

Human Resources of European Health Systems: Final Report. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.

Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health providers in sub-Saharan Africa*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Ministerial Summit on Health Research: Mexico City, Mexico. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities. Geneva, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2004. (available at: <http://www.who.int/rpc/summit/en/>).

Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E, Dal Poz MR, Rigoli F. *Human resources for health: options for analysis and monitoring*. Unpublished manuscript, 2005.

Report of the Task Force on Health Systems Research. Geneva, World Health Organization, 2005. (available at: http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf, accessed on 12 February 2006).

Report on WHO workshop on formulating a global research agenda for human resources for health. Cape Town, 6-8 September 2004. Geneva, World Health Organization, 2004.

Rigoli F, Arteaga O. *The experiences of the Latin America and Caribbean observatory of human resources in health, 2004* (<http://www.lachsr.org/Observatório/eng/pdfs/arteaqaObservatoryHR.pdf>).

Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcome. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Working together for health: the world health report 2006. Geneva, World Health Organization, 2006.

Инвестиции в образование для расширения возможностей и обучения на протяжении всей жизни

Для чего необходимо сконцентрироваться на образовании и подготовке?

Ни одна система здравоохранения не может позволить себе риск плохого образования работников здравоохранения. Система здравоохранения не может хорошо функционировать, если подготовка ее работников не соответствует медико-санитарным потребностям населения. Однако во многих странах такое образование игнорируется и изменяется медленно, даже несмотря на то, что медико-санитарные потребности людей быстро изменяются.

Имеется три неотложные причины, чтобы обратить новое внимание на подготовку работников сектора здравоохранения.

- Во-первых, во всем мире не хватает работников здравоохранения. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.* указывается, что в мире не хватает 4,3 миллиона работников здравоохранения. Для подготовки таких работников учебным заведениям необходимо будет расширить свои возможности.
- Во-вторых, многим секторам здравоохранения необходимы работники различного профиля - не только больше врачей и медсестер, но и менеджеров, специалистов общественного здравоохранения и работников в общине. Во всем мире число учебных заведений по подготовке врачей (около 1600 учебных заведений) и медсестер (около 6000 учебных заведений) значительно превышает число учебных заведений по подготовке специалистов общественного здравоохранения (около 375 школ). Для подготовки рабочей силы с более широким диапазоном квалификаций секторам медицинского образования необходимо расширить виды и диапазон подготовки.
- В-третьих, работники сектора здравоохранения действуют в постоянно меняющемся мире. Риски заболеваний эволюционируют и протоколы лечения пересматриваются. Структуры управления изменяются. Отдельные люди, семьи и общины становятся все более хорошо осведомленными о своем здоровье и о лечении, которого они хотят. Для подготовки работников здравоохранения, которые смогут хорошо приспособиться к изменяющимся условиям, учебным заведениям необходимо подготавливать таких работников, которые будут иметь соответствующие компетенции и смогут обучаться на протяжении всей жизни.

Что необходимо сделать?

Определить и оценить программы для работников здравоохранения

Для того чтобы узнать, какие изменения необходимы, политикам следует оценить подготовку, имеющуюся для их работников здравоохранения, и сравнить ее с потребностями сектора здравоохранения. Это будет означать получение информации для ответа на некоторые ключевые вопросы, например такие, как следующие.

- Какие учебные заведения имеются для дослужебной и внутрислужебной подготовки рабочей силы? В каких областях эти учебные заведения могут осуществлять подготовку? Какое количество выпускников они могут подготавливать ежегодно? Где они расположены? На каком языке они проводят подготовку?
- Каковы нынешние и возможные будущие потребности сектора здравоохранения? Какие навыки и компетенции работников здравоохранения необходимы в настоящее время и потребуются в будущем? (Следует рассмотреть не только технические медицинские навыки, но и другие профессиональные навыки, такие как навыки руководства в области

общественного здравоохранения, и личные качества, например, способности к иностранным языкам.) Необходимы ли новые кадры, такие как практикующие медсестры, медицинские помощники или работники в общине?

- Где находятся недостатки? В какой степени страна может в различных ситуациях полагаться местные, региональные или международные школы? Сколько денег необходимо затратить и каким образом, чтобы улучшить подготовку трудовых ресурсов здравоохранения?

Обеспечить наличие соответствующих учебных заведений и учебных программ и контролировать качество их работы

Существуют различные решения для политиков, которые стремятся усилить дослужебную и внутрислужебную подготовку работников здравоохранения. Целесообразность и правильность выбора будет зависеть от конкретного места. Некоторые страны будут инвестировать в полный диапазон учебных заведений внутри страны. Другие признают необходимым сочетание подготовки внутри страны и международной подготовки. В некоторых регионах с несколькими рабочими языками страны могут решить координировать свои подходы таким образом, чтобы одна страна имела медицинскую школу, а соседняя - школу общественного здравоохранения.

Каким бы ни был выбранный вариант, политики должны обеспечить наличие механизмов контроля качества. Аккредитация учебных заведений (и иногда в некоторых местах аттестация работающих в них преподавателей) является средством оценки эффективности работы и необходимости в улучшении. Аккредитация, проводимая правительственными органами или организациями, созданными группами школ, требует от учебных заведений, чтобы они показали, насколько хорошо они достигают свои цели обучения. Недавнее обследование медицинских школ показало, что программы аккредитации распределены в мире неравномерно. Необходимо также предпринять усилия, чтобы распространить аккредитацию за пределы медицинских школ и школ медсестринского дела на другие учебные заведения в области здравоохранения.

Обратить внимание на инфраструктуру

Специально выделенные здания, специализированные лаборатории, соответствующие места для практических работ и учебные материалы - это лишь некоторые примеры инфраструктуры, необходимой для учебных заведений по подготовке работников здравоохранения. Отсутствие соответствующей инфраструктуры может ограничить число учащихся и возможности для расширения учебного заведения.

Обеспечение доступа к высококачественным учебникам и другим учебным материалам является серьезной задачей для многих стран с низким и средним доходом. Сейчас разработаны некоторые решения для этой проблемы. Программа PALTEX в странах Латинской Америки и Карибского бассейна контролирует качество и предоставляет скидки на большое количество продажи целого ряда учебников и базисных диагностических средств более чем 600 учебным заведениям. Программа HINARI, созданная ВОЗ совместно с крупными издателями, дает возможность учебным и исследовательским учреждениям, правительственным учреждениям и больницам с учебной базой в развивающихся странах получить доступ к одной из самых крупных в мире коллекций биомедицинской литературы и литературы по вопросам здравоохранения. Более 3200 полнотекстовых журналов и других ресурсов сейчас имеется бесплатно для медико-санитарных учреждений в 69 странах и по очень низкой стоимости - еще в 44 странах.

Обеспечить наличие финансирования для различных учащихся

Для участия в большинстве учебных программ, предназначенных для профессиональных работников здравоохранения, требуется наличие среднего образования. Однако многие страны страдают от недостаточного финансирования на этом уровне, и этот фактор серьезно ограничивает круг учащихся, которые могут принять участие в учебных программах для продвижения по службе в сфере здравоохранения. Кроме того, индивидуальные качества обучающихся для получения профессии в области здравоохранения редко отражают присущее всей стране социальное, языковое и этническое разнообразие, так как учащиеся диспропорционально принимаются из более высоких социальных слоев и доминантных этнических групп в обществе. Растет осознание значения социально-культурных и лингвистических вопросов при оказании помощи, и это привлекло новое внимание к разного рода дисбалансам в процессах приема в учебные заведения. Например, для обеспечения такого положения, при котором провайдер медико-санитарных услуг будет говорить на языке той группы населения, которую он обслуживает, возможно, необходимо сформировать специальные группы обучения.

Обеспечить изменения в учебных программах и перейти к обучению, ориентированному на пациентов и основанному на практике

Учебные планы отражают знания и умения, которые должны получить различные виды работников здравоохранения. Включение нового курса в учебную программу узаконивает предмет и может вызвать такие изменения, которые приведут к появлению новых дисциплин, департаментов, школ и видов работников здравоохранения и которые окажут сильное воздействие на практику медико-санитарной помощи. Например, за последние 40 лет клиническая эпидемиология переместилась с второстепенного места в медицине и стала движущей силой основанных на фактических данных преобразований медицины и медико-санитарной помощи.

Внесение изменений в учебные планы может быть трудным делом. Существующие учебные планы и программы необходимо оценивать по их целесообразности, и любые рекомендуемые изменения, как может показаться, создают угрозу существующим профессиональным границам и иерархиям. Крупные изменения могут потребовать новых способностей и навыков, учебных материалов или мест подготовки, а это, в свою очередь, может иметь последствия для распределения ресурсов.

Неопровержимые факты подтверждают, что обучение, основанное на практике (когда учащиеся применяют свои знания в реальных ситуациях), является исключительно эффективным. Оценки неизменно показывают, что этот метод обучения вырабатывает лучшие навыки, формирует позиции и поведение у профессиональных работников здравоохранения, чем учебные программы, которые не используют обучение на основе практики. Усиление внимания к практическому обучению может полезным образом улучшить учебные программы в области здравоохранения. Подобно этому, включение подготовки по вопросам общественного здравоохранения в клинические дисциплины может привести к разработке комплексных подходов к здоровью отдельных людей и общин.

Какими бы ни были изменения в учебных планах или методах обучения уровень профессиональной подготовки учащихся будет зависеть от постоянного содействия изменениям и обновлению навыков. Кроме того, непрерывные программы поддержки развития навыков и способностей, связанные с карьерным ростом, не только повысят эффективность работы, но и могут также стать мотивирующим средством и способствовать сохранению кадров. Вероятно, особое внимание следует обратить на то, чтобы женщины имели равные возможности.

Подчеркивать самостоятельные и ориентированные на проблемы подходы для формирования учащихся, продолжающих обучение всю жизнь

Темпы изменений в секторе здравоохранения и постоянное возникновение новых знаний означают, что учебные программы не могут научить людей всему, что им потребуется на протяжении всей их карьеры. Вместо этого, учебные заведения должны помочь учащимся "научиться учиться". Способность приобретать новые навыки и знания на протяжении всей жизни сама по себе является одной из основных компетенций, развитию которой должны способствовать учебные планы. Признавая это, преподаватели как дослужебного образования, так и непрерывного обучения переходят от "дидактического преподавания" к обучению, сосредоточенному на учащихся и на проблемах, с акцентом на том, чтобы они "знали как", а не "знали все". Имеются данные о том, что учащиеся очень удовлетворены таким изменением и что преподавательский состав также получает удовлетворение от обучения на основе решения конкретных проблем. Однако необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять эффективность и стоимость проблемного обучения в различных странах мира.

Вывод

Обучение трудовых ресурсов здравоохранения имеет чрезвычайно важное значение для того, чтобы весь мир выполнил стоящие перед ним крупные задачи в области здравоохранения, такие как Цели тысячелетия в области развития, профилактика и лечение хронических болезней и реагирование на чрезвычайные ситуации. Политики во всем мире должны сконцентрироваться на расширении потенциала для подготовки и обучения будущих трудовых ресурсов. Всему миру необходимы приспособляемые и надлежащим образом квалифицированные трудовые ресурсы здравоохранения, способные к "обучению на протяжении всей жизни" и знающие, как найти и применить новую информацию и новые навыки. Стоимость формирования такой рабочей силы будущего будет значительной.

Дальнейшая информация

Aronson B. Improving online access to medical information for low-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(10):966–968.

Butler R, Inman D, Lobb D. Problem-based learning and the medical school: another case of the emperor's new clothes? *Advances in Physiology Education*, 2005, 29:194–196.

Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*, 2004, 329:1017–1021.

Daly J. *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*. New York, NY, University of California Press, New York, and Milbank Memorial Fund, 2005.

Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 2005, 39:732–741.

Illife S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *International Journal of Health Services*, 2003, 33(1):85–98.

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) [The Expanded Textbook and Instructional Materials Program]. Washington, DC, Pan American Health Organization and Pan American Health and Education Foundation, 2005 (<http://www.pahef.org/pahef/pages/paltex>).

Survey of medical education accreditation capacity at national level, as part of the strategic partnership to improve medical education. Geneva, World Health Organization/Copenhagen, World Federation for Medical Education, 2005 (<http://www.wfme.org>).

Получить максимальную отдачу от имеющихся трудовых ресурсов здравоохранения

Для чего необходимо сконцентрироваться на повышении эффективности работников?

Хорошо работающие работники являются отзывчивыми, честными и эффективными и добиваются наилучших результатов в своей работе с учетом имеющихся ресурсов и обстоятельств. Мир не может решить стоящие перед ним задачи в области здравоохранения, не обеспечив хорошей работы работников здравоохранения, однако есть свидетельства того, что политики могут помочь работникам добиться большего, создавая условия для руководителей, которые будут способствовать улучшению работы и условия работы.

Имеются три причины, по которым политикам и руководителям сейчас необходимо предпринять действия, чтобы значительно повысить эффективность работников здравоохранения. Во-первых, повышение эффективности работников здравоохранения, вероятно, окажет более быстрое воздействие, чем инвестиции в увеличение численности трудовых ресурсов здравоохранения. Во-вторых, даже при увеличении численности работников здравоохранения, новое поступление таких работников всегда будет ограниченным, и политикам необходимо будет обеспечить наилучшее использование этих ограниченных ресурсов. В-третьих, действия по повышению эффективности работников связаны также с лучшей мотивацией, а хорошая мотивация трудовых ресурсов, вероятно, будет способствовать лучшему сохранению имеющихся работников и приему на работу новых. Параметры эффективности трудовых ресурсов приведены в Рамке 1.

Рамка 1. Параметры эффективности трудовых ресурсов

Наличие	Наличие с точки зрения пространства и времени: охватывает распределение и выход на работу существующих работников, адекватное количество, соответствующее потребностям
Компетенция	Охватывает сочетание технических знаний, навыков, позиций и поведения на работе.
Отзывчивость	К людям относятся с уважением, независимо от социально-экономического статуса или состояния здоровья, от того, кем они являются, и от того, улучшается их здоровье или нет.
Результативность	Оказание максимально эффективных медико-санитарных услуг и достижение максимально возможных результатов в отношении здоровья с помощью имеющихся сотрудников; сокращение расточительного использования рабочего времени или навыков и других дополнительных ресурсов.

Что можно сделать?

Контекст управления в секторе здравоохранения значительно отличается во всем мире, например, между более или менее развитыми странами, между государственным и частным сектором, между городскими и сельскими или отдаленными районами и между первичной и неотложной помощью. Во всех местах главные управленческие рычаги, имеющиеся для поддержки эффективности, включают рычаги, *связанные с работой*; рычаги, связанные со *вспомогательными системами*, необходимыми всем работникам для выполнения своей работы; и рычаги, которые формируют и создают *способствующую работе среду*. Редко можно установить прямую связь между одним конкретным рычагом и желаемым изменением.

Не все из этих рычагов относятся ко всем местам, но в совокупности они являются контрольным списком вариантов для политиков.

Рычаги, связанные с работой

Должностные инструкции. Должностные инструкции с четко изложенными задачами, обязанностями, полномочиями и линиями подотчетности непосредственно связаны с улучшением достижения целей работы для работников всех видов. Более того, разработка четких должностных инструкций может дать довольно быстрый эффект. Работникам здравоохранения во многих странах по-прежнему не хватает четких должностных инструкций, так что эта стратегия имеет значительный потенциал.

Нормы и правила поведения. Многие работодатели сейчас внедряют четко изложенные кодексы поведения для всех своих служащих, в которых указано, например, что они должны приходить на работу вовремя, достойно и уважительно обращаться с пациентами и предоставлять полную информацию пациентам. Эффективность таких кодексов, вероятно, зависит от степени их распространения и применения работниками здравоохранения и руководителями. Профессиональные кодексы поведения, такие как "Клятва Гиппократата", которую дают выпускники медицинских учебных заведений, может стать важным источником внутренней мотивации к хорошей работе.

Соответствие профессиональных навыков потребностям. Реорганизация сменной работы и повышение гибкости использования рабочего времени может дать еще одно средство повышения производительности работников. Эта стратегия потенциально может обеспечить большее согласование между укомплектованием штатами и рабочей нагрузкой при незначительных затратах. Кроме того, поручение выполнения квалифицированной работы или изменение задач являются другим способом повышения общей производительности трудовых ресурсов в результате передачи ответственности за некоторые виды деятельности от медсестер работникам общины или от врачей медсестрам.

Контроль. Контроль, особенно в сочетании с ревизией и информированием сотрудников, всегда считался средством повышения эффективности многих видов работников здравоохранения - от тех, кто оказывает услуги, до руководителей. Важное значение имеет вид контроля. Если контрольные посещения превращаются в безрезультатные административные мероприятия или если их цель состоит в поиске ошибок и наказании, они окажут незначительный положительный эффект. В отличие от этого, контроль, который является поддерживающим, обучающим и последовательным и который помогает решить конкретные проблемы, может улучшить эффективность, удовлетворенность работой и мотивацию.

Рычаги, связанные с поддержкой

Вознаграждение. Три аспекта вознаграждения связаны с поведением работников здравоохранения: уровень и регулярность оплаты, способ оплаты и другие стимулы. Работники здравоохранения должны оплачиваться разумно за работу, которую они выполняют. Им необходимо получать заработную плату, обеспечивающую прожиточный минимум; они также должны быть уверены в том, что их заработная плата соизмерима с их обязанностями и справедлива по сравнению с заработной платой других работников, выполняющих ту же или эквивалентную работу. Внешние учреждения могут помочь повысить эффективность работников в странах с низкими доходами посредством поддержки заработных плат в течение среднесрочного периода. Кроме того, по возможности, следует применять сочетание систем оплаты и других стимулов.

Информация и коммуникация. Известная поговорка гласит: "Вы можете справиться с тем, что можете измерить". Любые конкретные усилия по повышению общей производительности трудовых ресурсов должны основываться на надежных данных об уровне рабочей силы, распределении, сочетании профессиональных навыков, а также на информации о факторах,

которые признаны препятствующими большей эффективности работников, и на изучении возможных политических вариантов. Хорошо функционирующая информационная система является ключевым элементом для улучшения эффективности трудовых ресурсов.

Инфраструктура и снабжение. Независимо от того, как мотивированы и квалифицированы работники здравоохранения, они не смогут правильно выполнять свою работу, если в учреждении нет чистой воды, правильного освещения, отопления, транспортных средств, рабочего оборудования и других предметов снабжения. Имеется очень мало надежных данных о преимуществах для эффективности улучшения базисной инфраструктуры и снабжения, но представляется вполне вероятным, что такие улучшения, после их внедрения, могут дать значительные и практически немедленные преимущества. Одним из простых и очевидных, но иногда игнорируемым способом определения действий, которые приведут к самым крупным и немедленным улучшениям, является опрос самих работников здравоохранения. Кроме того, рассмотрение рисков насилия и преследований на работе в сфере здравоохранения может усилить мотивацию и приверженность.

Рычаги, связанные с рабочим местом

Обучение на протяжении всей жизни. Работникам здравоохранения для хорошей работы необходимы самые последние знания. Быстрое расширение знаний и изменяющиеся системы здравоохранения усиливают необходимость в непрерывном профессиональном развитии на протяжении всей карьеры работников здравоохранения. Непрерывное профессиональное развитие можно определить как "систематический постоянный, циклический процесс самостоятельного обучения" отдельных людей. Такой подход выходит за рамки профессионального обучения и включает, например, карьерные возможности, обратную связь с другими, наставничество и командирование. Дистанционное обучение в его различных формах также заслуживает дальнейшего изучения, учитывая географическое распределение многих профессиональных работников здравоохранения, которым необходимо непрерывное профессиональное развитие.

Групповая работа. Групповая работа и процессы, такие как совместная разработка руководящих принципов и рассмотрение на уровне коллег, могут быть довольно успешными в повышении эффективности работников здравоохранения. Отмеченные преимущества групповой работы включают улучшение благополучия сотрудников и повышение качества помощи. Фактические данные об эффективности применяемых в масштабах всего учреждения подходов для непрерывного улучшения услуг являются ограниченными. Однако люди положительно реагируют на множество нефинансовых стимулов, которые вместе можно объединить под рубрикой хорошего группового руководства или лидерства. Они включают предоставление четкой перспективы, признание людей и оценка их работы, заслушивание персонала и увеличение их участия в принятии решений, поощрение инноваций, создание условий для установления промежуточных показателей и для сравнений, обеспечение карьерных структур и возможностей для продвижения по службе, обеспечение обратной связи о высокой эффективности, а также использование наград и санкций справедливым и последовательным образом.

Ответственность и подотчетность. Службы могут быть организованы многими различными способами, но руководители не смогут управлять ими, если им не будут даны возможности осуществлять, по крайней мере некоторый, контроль над деньгами и персоналом. В различных системах здравоохранения были определены три последовательных результата. Во-первых, несмотря на широко распространенное стремление к децентрализации, на руководителей на местах часто возлагаются новые обязанности по оказанию услуг без какого-либо контроля над деньгами и сотрудниками, необходимыми для этой цели. Во-вторых, часто имеется мало функционирующих механизмов для обеспечения подотчетности за использование денег, прием на работу сотрудников или за качество оказанных услуг. В-третьих, распространенным явлением стали запутанные линии отчетности, особенно в периоды реорганизации. Это не

только снижает подотчетность и ослабляет ее использование в качестве рычага повышения эффективности работы, но может также уменьшить мотивацию у сотрудников. Предоставление руководителям на местах по крайней мере минимальной свободы в распределении средств, может значительно изменить ситуацию для сотрудников и для эффективности учреждения, так как эти руководители смогут быстро решать проблемы, возникающие на местах.

Вывод

Повышение эффективности работников является не только вопросом использования управленческих подходов, описанных выше. На эффективность работников влияют также характеристики обслуживаемого населения и характеристики самих работников здравоохранения (такие как образование, опыт работы и личная мотивация). Однако условия, связанные с работой, поддержкой и рабочим местом, играют важную роль для эффективности. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. продемонстрировано, что научная обоснованность относительной эффективности описанных методов является неоднозначной. Безусловно, необходимы дальнейшие исследования по вопросам руководства работниками здравоохранения. Тем не менее, политики могут лучше использовать имеющиеся трудовые ресурсы здравоохранения посредством создания условий для улучшения управленческого потенциала по использованию рычагов в области кадровых ресурсов для здравоохранения, а также с помощью инвестиций в подготовку и развитие по вопросам управления.

Дальнейшая информация

Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et al. *The effectiveness of healthcare teams in the National Health Service. Final report submitted to the Department of Health, 2000.* London, Department of Health, 2000.

Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 1999, 8:361–371.

Boyne GA, Walker RM. Introducing the “determinants of performance in public organizations symposium”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:483–488.

Buchan J. *Increasing the productivity of an existing 'stock' of health workers: Unpublished review for United Kingdom Department for International Development, 2005.*

De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems.* Ottawa, International Development Research Centre, 2004.

Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. *Strengthening management in low-income countries.* Geneva, World Health Organization, Department of Health System Policies and Operations, 2005 (Making health systems work. Working Paper No. 1).

Franco LM, Bennett S, Kanfer, R. Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework, 2002. *Social Science and Medicine*, 54:1255–1266.

George A. Accountability in health services. *Transforming relationships and contexts.* Cambridge, MA, Harvard Center for Population and Development Studies, 2002 (Working Paper Series, Vol. 13, No. 1).

Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT – nurses early exit study, 2003.* Stockholm, National Institute for Working Life, 2004.

Howie JG, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42:181–195.

- Developing through partnership – Continuous professional development portfolio for healthcare managers. London, Institute of Healthcare Management. 2004.
- Kekki P. *Teamwork in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1990.
- Kelly P. Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at district level in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:111–117.
- Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burani CB. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33:271–283.
- Mathauer I, Imhoff I. *The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya*. Eschborn, German Technical Cooperation (GTZ), 2004.
- Moynihan DP, Pandey SK. Testing how management matters in an era of government by performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:421–439.
- Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
- Stekelenberg J, Kyanamina S S, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 2002, 65:109–118.
- Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:533–542.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.

Решение сложных задач, связанных с миграцией работников здравоохранения

Миграция квалифицированных работников здравоохранения в последнее десятилетие стала более сложной, более глобальной, и в странах растет обеспокоенность по поводу того, что они теряют столь необходимых работников здравоохранения. Люди имеют право перемещаться и искать наилучшие условия работы, какие они могут получить, однако сохраняя право на свободу перемещения, некоторые страны диспропорционально страдают от отрицательных последствий миграции. Если уезжает значительное количество врачей и медсестер, страны, финансировавшие их учебу, сами того не желая, предоставляют "порочную субсидию" ¹ более богатым странам, которые их принимают. Однако финансовые потери не являются самым разрушительным результатом. Если система здравоохранения страны является слабой, потеря части ее трудовых ресурсов создаст дополнительное напряжение и воздействие будет наиболее острым в сельских и недостаточно обслуживаемых районах, в которых эмиграция часто является наибольшей.

Миграция квалифицированных специалистов порождает переводы денежных средств (мигрантами в свои страны), исчисляемые ежегодно миллионами долларов, в страны с низкими доходами и, следовательно ассоциируется с уменьшением нищеты. Однако миграция работников здравоохранения может повлиять на право всех людей иметь доступ к медицинской помощи и должна рассматриваться как особый случай, оправдывающий иные политические меры, применяемые к другим квалифицированным работникам.

Как ни странно, все обследования, даже предпринятые в период усиления миграции, подчеркивают тот факт, что большинство работников здравоохранения предпочли бы работать в своих странах, если бы у них была заработная плата, обеспечивающая прожиточный минимум, и определенная степень экономической и политической стабильности.

Политика в отношении миграции

Как страны происхождения, так и принимающие страны могут разработать политику и двусторонние соглашения, которые повлияют на перемещения квалифицированных работников здравоохранения. Базисным требованием для формирования политики является адекватность данных о количествах и потоках, включая прием на работу и убыль персонала.

Страны происхождения

Инвестиции в формирование большего числа работников здравоохранения. Признавая возможность потери, некоторые страны считают необходимым подготавливать больше работников здравоохранения, чем обычно необходимо, и также могут рассмотреть стратегии экспорта работников здравоохранения. Хотя до настоящего времени и не делались систематические оценки последствий экспортной стратегии, это является одним из вариантов для стран наибольшего оттока специалистов.

Одной из причин миграции работников здравоохранения является очевидный парадокс, который заключается в том, что в некоторых странах нехватка кадров сосуществует с высокой безработицей среди работников здравоохранения. Возможности трудоустройства выпускников также должны возрасти - либо в государственном секторе (если позволяют фискальные

¹ Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skill drain' of health professionals from the development world: a framework for policy formulation*. London, MEDACT, February 2005 [http://www.medact.org/article_health.php?articleID=337].

ограничения), либо в частном секторе. Инвестиции в персонал, подготовленный на местах по учебным планам, сосредоточенным на местных условиях, в некоторых местах поощряли сохранение персонала в сельских районах и уменьшали миграцию.

Контрактные соглашения, в соответствии с которыми выпускники соглашались работать на работодателя в течение указанного периода времени, считаются связывающими. Хотя эта практика и широко распространена, ее эффективность недостаточно понимается, и является неэффективной при частном обучении. Опыт в отношении связывания контрактом является неоднозначным: он обеспечивает охват, но сильно связан с низкой эффективностью работников и высокой текучестью кадров.

Улучшение условия работы. Одно лишь повышение заработной платы в странах происхождения миграции в корне не изменит структуру миграции, так как разница в заработных платах между странами происхождения и принимающими странами является слишком высокой. Однако регулярная и своевременная выплата заработной платы имеет чрезвычайно важное значение. Необходим также всесторонний пакет реформ рабочих мест, в котором будут учтены условия работы, транспорта, жилищные условия и условия получения образования для работников здравоохранения и членов их семей. Возможности для профессионального развития и карьеры являются мотивирующими факторами, которые способствуют сохранению кадров. Руководство и контроль имеют значительный потенциал для содействия удовлетворенности работой, однако, если они не выполняются хорошо, то лишают сотрудников мотивации и способствуют их потере.

Поощрение мигрировавших работников к возвращению. Активное институциональное руководство мигрантами может содействовать их благополучию не только за границей но и после их возвращения. Специальные миграционные службы также могут помочь сохранить продуктивные связи работников с местными учреждениями здравоохранения во время их пребывания за границей.

Принимающие страны

Инвестиции в подготовку большего количества работников. Лучшее согласование планирования трудовых ресурсов в принимающих странах, обеспечение соответствие темпов подготовки трудовых ресурсов темпам их убыли изменит характер рынка труда и уменьшит спрос на работников здравоохранения, удовлетворяемый за счет их перемещения из бедных стран в более богатые.

Внедрение ответственной практики приема на работу. Многие принимающие страны пытались использовать более ответственные способы приема на работу работников здравоохранения из уязвимых систем здравоохранения, делая это, например, с помощью кодексов практики или двусторонних соглашений. Переговоры с учебными заведениями и министерствами здравоохранения/подразделениями по планированию рабочей силы помогут избежать "переманивания" сотрудников и других бесчестных видов приема на работу.

Ответственное поведение включает также обеспечение справедливого отношения к работникам-мигрантам: они должны приниматься на работу на тех же условиях, что и принимаемый на работу местный персонал, и им должны быть даны возможности для приспособления к местным культурным условиям.

Поддержка развития кадровых ресурсов здравоохранения в странах происхождения миграции. Многие принимающие страны оказывают также помощь развитию здравоохранения за рубежом. Такая поддержка может быть более непосредственно направлена на расширение трудовых ресурсов здравоохранения не только для сокращения воздействия эмиграции, но и для преодоления ограничений, связанных с кадрами здравоохранения, для достижения ЦТР, связанных со здоровьем.

Оказание прямой поддержки странам происхождения миграции в области кадровых ресурсов здравоохранения. Прямая поддержка может быть оказана с помощью добровольцев-работников здравоохранения или международных НПО. В осуществлении прямых связей между медицинскими учреждениями богатых и бедными странами (распространенная форма помощи в области развития) потоки трудовых ресурсов здравоохранения перемещаются в обоих направлениях. Более систематические усилия для понимания коллективного опыта таких программ могут увеличить краткосрочные и долгосрочные преимущества как для стран происхождения миграции, так и для принимающих миграцию стран.

Международные инициативы

Достижение международной согласованности. Необходимость сбалансировать права работников здравоохранения-мигрантов с проблемами обеспечения справедливости в отношении наличия адекватных трудовых ресурсов здравоохранения в странах происхождения миграции привела к разработке этических принципов международного найма и кодексов практики. В течение последних пяти лет было выпущено много документов национальными органами, профессиональными ассоциациями и международными органами. Хотя они и не являются юридически обязательными, в них содержатся нормы поведения для основных действующих лиц, участвующих в международном приеме на работу работников здравоохранения. Достаточно ли действенными являются эти нормы, еще предстоит увидеть.

Двусторонние соглашения. Двусторонние соглашения о провайдерах медицинских услуг могут обеспечить четкие и установленные путем переговоров рамки для решения проблем, связанных с миграцией. Учитывая сложность структур миграции (страны могут принимать работников здравоохранения из многих стран и отправлять работников здравоохранения во многие страны), встает важный вопрос об осуществимости многочисленных двусторонних соглашений для любой конкретной страны.

Вывод

В большинстве стран мире не хватает квалифицированных работников здравоохранения. Эта нехватка компенсируется, главным образом, скорее за счет миграции, чем с помощью стратегий, направленных на улучшение сохранения кадров и приема на работу, следовательно, в обозримом будущем с увеличением нехватки увеличится и миграция. Расходы по глобальной мобильности в настоящее время неравномерно ложатся на более бедные страны происхождения миграции, а преимущества концентрируются в принимающих миграцию странах.

Хотя сопоставимые заработные платы могут быть недостижимы для развивающихся стран, создание эффективной системы медико-санитарной помощи зависит всего лишь от "улучшенной экономической эффективности, стабильной политической ситуации и спокойной рабочей среды", однако все эти условия часто не только являются труднодостижимыми, но в климате проповедования во всем мире "правильного управления" они фактически только ухудшаются.

Поскольку миграцию невозможно остановить, и странам происхождения потребуется время для существенного изменения внутренней политики, которая улучшит численность и статус работников здравоохранения, груз ответственности все больше перемещается на принимающие страны и их роль ответственных производителей и принимающих на работу. Настало время для того, чтобы понятие "управляемая миграция" (еще одно новое заклинание) получило некоторую практическую основу.

Дальнейшая информация

Allen H, Aggergaard Larsen J. *"We need respect" - experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London, Royal College of Nursing, 2003 [<http://www.rcn.org.uk>].

Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Connell J, Brown R. *Remittances in the Pacific: an overview*. Manila, Asian Development Bank, 2005 [<http://www.adb.org>].

Global economic prospects: economic implications of remittances and migration. Washington, DC, World Bank, 2005.

Healers abroad: Americans responding to the human resource crisis in HIV/AIDS. Fitzhugh Mullan, Claire Panosian, Patricia Cuff, editors. Washington, DC, Institute of Medicine Committee on the Options for Overseas Placement of US Health Professionals, Institute of Medicine, 2005.

Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: Ijumba P, ed. *South African Health Review*, 2002. Durban, Health Systems Trust, 2003 [<http://www.hst.org.za>].

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujcic, M., Adams, O., Dal Poz, M. (2004) Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(8):595–600.

World migration report: costs and benefits of international migration. Geneva, International Organization for Migration, 2005..

Установление связей между работниками здравоохранения в отдельных программах общественного здравоохранения

Введение

Задачи, стоящие перед сектором здравоохранения являются многочисленными и разнообразными, и их могут решить только трудовые ресурсы здравоохранения. Согласование подготовки, задач, планов работы, стимулов и контроля работников здравоохранения в соответствии со многими приоритетами может уменьшить напрасную трату времени и дублирование усилий. Достижение такого согласования потребует сотрудничества всех приоритетных программ в области здравоохранения и единообразного подхода со стороны международных доноров к работе на страновом уровне. Важно то, что это потребует также сильного централизованного руководства. Потребуется сотрудничество между учреждениями и действующими лицами во всем мире, чтобы помогать министерствам здравоохранения или департаментам правительств осуществлять такую руководящую роль.

Цель данного краткого изложения политики состоит в том, чтобы рассмотреть задачи, стоящие перед руководителями программ на всех уровнях, по наилучшему использованию их трудовых ресурсов. Конкретно в нем рассматриваются ситуации, возникающие в тех случаях, когда конкурирующие приоритетные программы пытаются достичь своих целей с помощью имеющихся у них финансовых рычагов для привлечения людских ресурсов друг у друга.

Для чего необходима гармонизация?

Трудовые ресурсы должны отвечать широкому диапазону требований, связанных с укреплением здоровья, профилактикой и лечением. Поэтому они должны противостоять растущему бремени хронических болезней, реагировать на чрезвычайные ситуации, такие как стихийные бедствия, гражданские беспорядки, войны и их последствия, и предпринимать специальные усилия для содействия выполнению задач, связанных со здоровьем, которые установлены в Целях тысячелетия в области развития (ЦТР). Однако во многих местах трудовые ресурсы являются раздробленными, отвлеченными от достижения одной цели здравоохранения к другой, что приводит к дублированию усилий и расточительному использованию ресурсов.

Одни лишь ЦТР привели к принятию ряда резолюций и инициатив во всем мире, таких как создание Глобального фонда для борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии, которые, в свою очередь, способствовали укреплению приоритетных программ в странах. В каждой стране программы и проекты устанавливают свои задачи и цели, налагая соответствующие требования на службы и кадровые ресурсы. Однако количество работников здравоохранения является ограниченным. Мероприятиям в области здравоохранения не хватает ресурсов, и часто для привлечения кадров они используют более высокую оплату труда и другие стимулы. В результате персонал перемещается между различными провайдерами медико-санитарных услуг и инициативами. Кроме того, во многих странах, округах и учреждениях не хватает комплексного планирования кадровых ресурсов или оно полностью отсутствует. Результатом является перегруженность персонала требованиями выполнять задачи каждой программы.

Эта проблема касается также подготовки и контроля. Ежегодно организуются тысячи учебных курсов для улучшения помощи при конкретных проблемах здоровья. Каждый курс отвлекают сотрудников от их основной работы, что приводит к сотням тысяч рабочих дней, потерянных для пациентов и профилактической деятельности. Часто такие курсы дублируют друг друга; ценное время теряется на обучение одним и тем же навыкам. Подобно этому, контроль является раздробленным. Контрольные посещения каждой конкретной программы следуют

одно за другим, тогда как они могли быть проведены одновременно комплексным образом в результате скоординированного планирования.

Национальные программы, направленные на решение конкретных проблем здоровья и имеющие свои конкретные цели, создаются из благих побуждений. Однако это непреднамеренно приводит к неэффективной и непродуктивной конкуренции между программами здравоохранения за рабочее время работников здравоохранения. В конечном счете эти проблемы могут полностью свести на нет достижение целей в отношении здоровья, к которым стремятся программы.

В то же время готовность использовать персонал здравоохранения в чрезвычайных ситуациях является ограниченной, а некоторых местах совершенно не обеспечена. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.* определены стратегии в области кадровых ресурсов, которые могут помочь достичь ЦТР, решить проблемы хронических болезней и обеспечить правильное реагирование на чрезвычайные ситуации. Для избежания проблем фрагментации и дублирования усилий необходимо координировать и согласовывать кадровые ресурсы во всех конкретных программах, а также планировать потребности в чрезвычайных ситуациях.

Что необходимо делать и как?

Лучшая координация внутрислужебной подготовки и, по возможности, децентрализация подготовки

Все те, кто занимается учебной деятельностью в области здравоохранения, наряду с правительствами, международными учреждениями и НПО, должны рассмотреть учебные модули, сосредоточенные на конкретных медико-санитарных потребностях, чтобы согласовать их содержание. Учебные планы могут быть объединены для отражения всех приоритетных задач различных программ, которые фактически ежедневно решают работники здравоохранения. Например, использование метода перехода от борьбы с диарейными болезнями к комплексному ведению детских болезней может значительно сократить время отрыва от работы, потерянное на подготовку. Более децентрализованная подготовка, подготовка на местах и дистанционное обучение, в том числе курсы "электронного здравоохранения", также должны быть изучены для уменьшения времени отрыва сотрудников от работы.

Комплексный контроль

Национальные департаменты здравоохранения должны быть организованы таким образом, чтобы как можно теснее сблизить приоритетные программы здравоохранения и обеспечить тем самым менее раздробленный контроль. Органам здравоохранения на районном уровне необходимо предоставить возможность действовать в качестве передаточного звена для комплексного контроля различных приоритетных программ здравоохранения. Предоставление *одному* проверяющему полномочий для проверки нескольких задач во время поездок на места может повысить эффективность.

Например, поездки в сельские населенные пункты для проверки деятельности по охране здоровья матери и ребенка можно объединить с проверкой других медико-санитарных мероприятий на местах (таких как распределение и обработка инсектицидом надкроватных сеток), однако планирование таких мероприятий часто находится в руках отдельных руководителей программ, которые могут не иметь разрешения для сотрудничества. Другой пример: автотранспортные средства, выделенные для выполнения конкретных задач, могут быть использованы для нескольких мероприятий, однако у местных руководителей может не быть разрешения на такое использование. Для достижения цели объединенного контроля необходима поддержка на всех уровнях, в том числе и со стороны международных доноров.

Согласование вознаграждения и стимулов

Для достижения своих программных задач руководители приоритетных программ здравоохранения часто получают средства на предоставление персоналу специальных стимулов, таких как дополнительная оплата труда. Намерение обычно является хорошим - усилить мотивацию посредством обеспечения адекватных доходов работникам здравоохранения, однако выплаты такого рода лишают мотивации других сотрудников, которые могут работать бок о бок с теми сотрудниками, которые получают дополнительные выплаты. Гармонизация политики стимулирования во всех приоритетных программах здравоохранения, а также включение всех сотрудников учреждения и других уровней системы может помочь уменьшить ощущение несправедливости и тем самым повысить мотивацию.

Пересмотр деятельности и обязанностей по обслуживанию

Для того, чтобы помочь работникам здравоохранения справиться со многими предъявляемыми к ним требованиями, можно применить два простых правила: упростить задачи и делегировать полномочия. Например, упрощение всех базисных задач является первым элементом Инициативы по ликвидации полиомиелита. Все имеющиеся кадровые ресурсы - от неквалифицированных добровольцев до работников высокой квалификации, как внутри сектора здравоохранения, так и за его пределами - считаются потенциальными "вакцинаторами" и контролерами.

Кроме того, некоторые услуги могут выполняться менее квалифицированными сотрудниками. Например, поручение добровольным работникам здравоохранения проведения диагностики малярии с помощью микроскопии, проводимой на месте, оказалось надежным и улучшило лечение малярии. Во многих случаях решение ряда задач по обслуживанию следует перевести из больниц в пункты первичной медико-санитарной помощи.

Сотрудничество с пациентами

Имеется много данных, свидетельствующих о том, что меры, принимаемые для усиления роли пациентов в профилактике и ведении хронических болезней, могут привести к улучшению результатов и сэкономить время персонала. То, что пациенты и их семьи делают для себя ежедневно - занимаются физическими упражнениями, правильно питаются, избегают употребления табака, соблюдают режим сна и точно следуют плану лечения - сильно влияет на их здоровье. Например, инициатива ВОЗ "3 к 5" показала, что люди с ВИЧ/СПИДом могут внести значительный вклад в службы профилактики ВИЧ/СПИДа, его лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе.

План на случай чрезвычайных ситуаций

Количество случаев заболевания и потери жизни, вызываемых вспышками болезней и стихийными бедствиями может быть уменьшено, если планы обеспечения готовности будут в наличии и их можно будет легко и быстро активировать. Готовность к чрезвычайным ситуациям требует обновленной базы данных о фактических компетенциях имеющихся работников здравоохранения и плана развертывания, чтобы избежать дублирования при использовании трудовых ресурсов здравоохранения. Для того чтобы быть готовым "взять на себя командование и контроль" при преодолении чрезвычайной ситуации, странам необходимо также развить специальные качества у руководства в ряде секторов (таких как сектора здравоохранения, телекоммуникаций и транспорта).

Дальнейшая информация

Aylward RB, Linkins J. Polio eradication: mobilizing the human resources for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:268–273.

Bell D, Rouel G, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A. Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:933–941;

Cho-Min-Naing, Gatton M.L. Performance appraisal of rapid on-site malaria diagnosis (ICT malaria Pf/Pv test) in relation to human resources at village level in Myanmar. *Acta Tropica*, 2002, 81:13–19.

Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstadt H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20(5):267–276.

Evaluation of short-term training activities of technical divisions in the WHO African Region. Final draft. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39:1217–1223.

Nair VM, Thankappan KR, Sarma PS, Vasan RS. Changing roles of grass-root level health workers in Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(2):171–179.

Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 2005, 330:637–639.

Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resource perspectives. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf)

Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(5):293–302.

Финансирование развития трудовых ресурсов здравоохранения

Почему важно найти дополнительные ресурсы?

Мир столкнулся с кризисом трудовых ресурсов здравоохранения. Большинство стран - богатых и бедных, крупных и малых - страдают от нехватки персонала, несоответствующего сочетания квалификаций или плохого распределения своих работников здравоохранения. Во многих странах к сектору здравоохранения, не получавшему в течение длительного времени достаточного финансирования, сейчас предъявляются неотложные новые требования, связанные, например, с пандемиями болезней, старением населения или увеличением его численности. Особенно острой ситуация является в развивающихся странах. Без необходимых кадровых ресурсов планы сектора здравоохранения, связанные с Документами о стратегии сокращения нищеты и Целями тысячелетия в области развития, не будут выполнены. Поэтому кризис в области трудовых ресурсов здравоохранения является фактором, препятствующим достижению основных показателей развития.

Согласно оценке, содержащейся в *Докладе о состоянии здравоохранения 2006 г.*, приблизительно 4,3 миллиона дополнительных работников здравоохранения не хватает в 57 странах, которые испытывают наибольшую нехватку и многие из которых находятся в Африке к югу от Сахары и в Азии. Преодоление этой нехватки трудовых ресурсов потребует значительных финансовых обязательств для обучения и оплаты труда дополнительных работников здравоохранения. Как показано в Докладе, расходы на быстрое расширение подготовки, направленной на ликвидацию нехватки только лишь врачей, медсестер и акушерок к 2015 году (целевому сроку достижения целей Декларации тысячелетия), для «средней» страны по ценам 2004 г. составят 136 млн. долл. США в год.

Дополнительная стоимость оплаты труда этих работников здравоохранения после ликвидации нехватки составит более 311 млн. долл. США на страну при нынешнем уровне заработных плат. Предположив, что расширение масштабов потребует более 20 лет, необходимые ежегодные инвестиции в подготовку составят 88 млн. долл. США на страну. Дополнительные расходы на заработную плату после полного укомплектования штатами по этому сценарию будут выше (так как численность населения в период между 2015 и 2025 годами увеличится, так же как и потребность в работниках здравоохранения) и превысит 400 млн. долл. США в год на страну. Для покрытия инвестиционных расходов на подготовку за 20-летний период «средней» стране необходимо будет увеличить свой общий уровень расходов на здравоохранение в расчете на душу населения до уровня в 1,60 долл. США ежегодно. К 2025 г. для выплаты заработной платы трудовым ресурсам этот уровень необходимо будет повысить, как минимум, до 8,30 долл. США на душу населения.

Эти расходы, рассчитанные в среднем по земному шару, являются лишь ориентировочными. Между странами и регионами имеются значительные различия. Однако очевидно, что увеличение численности трудовых ресурсов здравоохранения за 10 или 20 лет потребует весьма значительного целевого финансирования. Дополнительные расходы будут связаны с другими необходимыми инициативами, такими как улучшение стимулов для преодоления плохого распределения работников, создание новых кадров с необходимым сочетанием навыков и повышение заработных плат и выплат для сохранения работников.

Откуда поступят средства?

Дополнительное финансирование для трудовых ресурсов здравоохранения должно поступить как в результате инициатив на национальном уровне, так и в результате международной помощи для развивающихся стран. На национальном уровне страны могут применить три широких варианта: выделение большей доли расходов на здравоохранение, повышение

эффективности расходов на здравоохранение и выявление дополнительных источников поступлений для здравоохранения.

Страновой уровень

Увеличение доли общих расходов, выделяемых на работников здравоохранения

Особый характер трудовых ресурсов здравоохранения оправдывает необходимость как в моральных так и политических принципах. Без здорового населения страна не добьется экономического роста. Без необходимых трудовых ресурсов здравоохранения не будут достигнуты основные цели развития, связанные со здоровьем. Периодические расходы, такие как заработная плата, для работников здравоохранения следует рассматривать в бюджете не только как расходы на потребление, но и как необходимые инвестиции в повышение общей производительности национальной экономики.

Как представляется, правительства многих стран имеют возможность выделить сектору здравоохранения большую долю внутренних ресурсов. Однако политика, связанная с перемещением правительственных ресурсов из других секторов, будет важным фактором для определения намерения стран выполнить свое обязательство по приданию приоритета сектору здравоохранения. Руководители этого сектора должны начать диалог и переговоры, чтобы получить поддержку необходимым инвестициям. Например, для увеличения финансирования образования, вероятно, необходимо начать переговоры между различными источниками инвестиций как в государственном, так и в частном секторах. Задача состоит в том, чтобы на основе фактических данных убедить, что увеличение расходов даст большие выгоды, в том числе и для экономического роста.

Повышение эффективности

Обоснование необходимости в увеличении финансирования для кадровых ресурсов здравоохранения будет более убедительным для политических кругов, если повысится эффективность. Более эффективное использование ресурсов позволит также распространить далее финансирование. Однако во многих странах имеются данные о значительных утечках. Например, обследование государственных расходов, предпринятое в некоторых странах для оценки поведения гражданских служащих в секторах здравоохранения и образования, показало, что 2,4% сотрудников, оплачиваемых правительством в секторе здравоохранения, были "мертвыми душами". Пропуски также были причиной серьезной обеспокоенности, так как 39% сотрудников отсутствовали на работе без уважительной причины. Результатом этого является потеря производительности, которая составляет 10% общего рабочего времени. Ликвидация "мертвых душ" и понижение расходов с помощью внешнего подряда могут повысить эффективность.

Выявление новых источников финансирования.

- **Целевые налоги:** Для финансирования государственным сектором медико-санитарной помощи общие поступления от налогообложения не должны рассматриваться как единственный источник ресурсов. Специальные налоги - такие как целевые налоги на употребление табака и алкоголя, - могут быть предназначены для расходов на здравоохранение. Возможным источником поступлений могут быть также специальные лотереи для здравоохранения.
- **Системы страхования:** Социальное страхование здоровья, частное страхование здоровья, страхование здоровья в общине и сберегательные счета для медицинских расходов - все они являются потенциальными средствами финансирования сектора здравоохранения.

- **Частный сектор:** Работники частного сектора могут располагать возможностями для большего вклада в расходы здравоохранения, особенно те, которые связаны со здоровьем и безопасностью.

Международный уровень

В развивающихся странах мобилизация значительных средств, необходимых для финансирования увеличения численности трудовых ресурсов здравоохранения, должна осуществляться посредством сочетания улучшенных правительственных бюджетов с международной помощью в области развития. Имеются некоторые обещающие свидетельства международной поддержки для кадровых ресурсов в области здравоохранения. Например, Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) недавно выделил 500 млн. долл. США на 5 лет для укрепления систем здравоохранения; некоторые двусторонние доноры финансируют инициативы по трудовым ресурсам здравоохранения в чрезвычайных ситуациях.

Несмотря на то, что финансирование чрезвычайных планов снизу вверх является оптимальным, тем не менее необходимы финансовые принципы, которые могут обеспечить соответствие ответных мер потребностям и вокруг которых может быть мобилизовано международное сообщество. В отношении общих потоком международной помощи в области развития, предназначенной для здравоохранения (приблизительно 12 млрд. долл. США в год в 2004 г.) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.* рекомендует применять принцип 50:50, то есть 50% этого финансирования должно быть направлено на укрепление систем здравоохранения, по крайней мере половина которого выделяется на поддержку планов создания трудовых ресурсов здравоохранения для чрезвычайных ситуаций. Обоснованием такой пропорции финансирования является доверие работников здравоохранения к функционирующим системам здравоохранения и необходимость в целевом финансировании стратегий в области рабочей силы.

Каковы пределы государственного финансирования?

Для сохранения макроэкономической стабильности и фискальной устойчивости международные финансовые учреждения и министерства финансов используют такие критерии как государственные расходы: долю ВВП для установления верхних пределов.

Для сектора здравоохранения наибольшие последствия имеют предельные значения, устанавливаемые для приема на работу и "замораживание" заработных плат работников здравоохранения на государственной службе. Моратории на прием на работу ограничивают расширение медико-санитарных служб и в некоторых регионах создают безработицу. Стратегии сокращения нищеты, например, часто содержат такие ограничения. Поэтому учреждения многих стран воздерживаются от приема на работу работников здравоохранения, так как они не могут найти способы, чтобы обойти эти ограничения.

Признание необходимости расширить финансовое пространство для здравоохранения (то есть предоставить большую бюджетную свободу для расходов в области здравоохранения) требует придания исключительного статуса государственному финансированию здравоохранения и его трудовых ресурсов. Обсуждение обеспечения фискального пространства для трудовых ресурсов здравоохранения потребует от всех тех, кто занимается развитием здравоохранения, начать продуктивные переговоры с министерствами финансов, международными финансовыми учреждениями и основными международными участниками.

Беспокойство по поводу государственного финансирования увеличения трудовых ресурсов отчасти относится к способности правительств оплачивать сотрудников на протяжении всей их карьеры. Поскольку страны не желают подвергать себя риску потенциально нестабильного государственного долга, им необходима предсказуемая долгосрочная донорская поддержка. Однако донорские средства отражают текущие приоритеты правительств, и механизмы долгосрочных обязательств или гарантий поддержки, как правило, отсутствуют.

Следовательно, задачи финансирования увеличения трудовых ресурсов здравоохранения невозможно отделить от более широкой дилеммы мобилизации ресурсов для здравоохранения. Твердые обязательства и новые механизмы могут помочь обеспечить большую предсказуемость глобальных потоков помощи. Они должны быть дополнены национальными стратегиями, направленными на обеспечение устойчивого финансирования сектора здравоохранения.

Дальнейшая информация

A summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health, CMH Support Unit, 2001.

Foster M. *Fiscal space and sustainability – towards a solution for the health sector.* Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf>, accessed 26 February 2006).

G8 Summit. *The Gleneagles communiqué.* Gleneagles, Scotland, July 2005.

Government of Zambia. *Human resources for health strategic plan 2006–2010.* Lusaka, Ministry of Health Zambia, 2005.

Health financing revisited (forthcoming). Washington, DC, World Bank, 2006.

Heller P. Back to basics: fiscal space, what it is and how to get it. *Finance and Development*, 2005, 42(2) (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>, accessed 21 March 2006).

HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response 2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.

Is there a single best system of health insurance? Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/features/qa/35/en>, accessed 27 March 2006).

Michaud C. *Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation.* Paper prepared for the Second Consultation Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva, 29–30 October, 2003 (http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf, accessed 26 February 2006).

Summary of meeting on fiscal space, social expenditure and aid effectiveness. October 11, 2005. Washington, DC, World Bank, 2006.

Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The cost of eliminating critical shortages in human resources for health.* Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper prepared for *Working together for health: the world health report 2006*; available at: <http://www.who.int/hrh/en>).

Williams G, Hay R. *Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector.* Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, accessed 12 February 2006).

Данные краткие изложения политики, которые дополняют *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.: «Работа на благо здоровья – наше общее дело»*, предназначены для оказания помощи тем, кто разрабатывает и осуществляет политику здравоохранения во всем мире. В этих изложениях рассматриваются следующие вопросы:

- Укрепление информации и исследований в области трудовых ресурсов здравоохранения: стратегии для действий
- Инвестиции в образование для расширения возможностей и обучения на протяжении всей жизни
- Получить максимальную отдачу от имеющихся трудовых ресурсов здравоохранения
- Решение сложных задач, связанных с миграцией работников здравоохранения
- Решение сложных задач, связанных с миграцией работников здравоохранения
- Установление связей между работниками здравоохранения в отдельных программах общественного здравоохранения
- Финансирование развития трудовых ресурсов здравоохранения

После описание проблемы предлагаются способы ее решения, многие из которых основаны на опыте в странах. Данные краткие изложения составлены таким образом, чтобы их можно было приспособить к местным потребностям и перевести на местные языки.

Фактические данные и информация для политики
Департамент кадровых ресурсов для здравоохранения
Всемирная организация здравоохранения
1211 Женева 27
Швейцария
Электронная почта: hrh@who.int
Веб-сайт: <http://www.who.int/hrh>

ISBN 92 4 459424 2

