

PUBLIC HEALTH

ПАНОРАМА

ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Tomorrow's human resources for health – today's priority

Health workforce: a vision for 2030
New digital skills for human resources for health Data-driven policy-making for the development of a resilient health workforce *Is training the only strategy to improve the public health workforce?*

Кадровые ресурсы здравоохранения будущего – приоритет сегодняшнего дня

Трудовые ресурсы здравоохранения: перспективное видение на 2030 г. *Новые цифровые навыки для кадровых ресурсов здравоохранения* Использование данных при формировании политики в области развития стойких трудовых ресурсов здравоохранения *Является ли профессиональная подготовка единственной стратегией совершенствования трудовых ресурсов общественного здравоохранения?*



ABOUT US

Public Health Panorama is a peer-reviewed, bilingual (English–Russian), open-access journal published by the WHO Regional Office for Europe. It aims to disseminate good practices and new insights in public health from the 53 Member States in the Region. The mission of Public Health Panorama is to contribute to improving health in the Region by publishing timely and reliable research, and providing evidence, information and data for public health decision-making. One of the key innovations is its publication in both the English and Russian languages, allowing different parts of the Region to come together and share their knowledge.

JOURNAL SECRETARIAT

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eupanorama@who.int
Website: www.euro.who.int/en/panorama

DISCLAIMER

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for the damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

ISSN 2412-544X

© World Health Organization 2017

Some rights reserved. All articles published in this issue are licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

EDITORIAL TEAM

Editorial advisers: Roza Ádány (Hungary); Manfred Green (Israel); Anna Korotkova (Russian Federation); Maksut Kulzhanov (Kazakhstan); Catherine Law (UK); Ruta Nadisauskiene (Lithuania); Tomris Türmen (Turkey).

Editorial board: Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Dorit Nitzan; Pavel Ursu.

Editorial secretariat: Sampreethi Aipanjiguly; Elizaveta Busygina; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Anna Garrido; Margarita Gogotova; Maria Greenblat (Executive editor i.a.); Katy Harker; Chelsea Hedquist; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Aksana Korziuk; Elena Labtsova; Ekaterina Smirnova; Claudia Stein; Nataliya Vorobyova; Lydia Wanstall.

Invited peer reviewers: Tit Albreht; Howard Catton; Zoltan Cserháti; Kay Currie; Anja Dirkzwager; Robert Elliott; Julian Fisher; Inês Fronteira; Irene A. Glinos; Johan Hansen; Candace Imison; Marieke Kroezen; Ellen Kuhlmann; Gaeten Lafortune; Kristina Mikkonen; Pauline Milne; Jörg Pont.

О НАС

«Панорама общественного здравоохранения» – это рецензируемый научный, двуязычный (выходит на английском и русском языках) и общедоступный журнал, выпускаемый Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целью является распространение информации о примерах лучшей практики и новых идеях в сфере общественного здравоохранения из 53 государств-членов Региона. Миссия журнала – способствовать укреплению здоровья в Регионе, публикуя своевременные и надежные результаты исследований, представляя факты, информацию и данные для принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Одной из ключевых инноваций стала публикация статей одновременно на английском и русском языках, что объединяет разные части Региона и дает им возможность обмениваться знаниями.

СЕКРЕТАРИАТ ЖУРНАЛА

Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eupanorama@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int/ru/panorama

ОГРАНИЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации.

ISSN 2412-544X

© Всемирная организация здравоохранения 2017

Отдельные авторские права защищены. Все статьи данного выпуска опубликованы на условиях лицензии [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Советники редактора: Roza Adany (Венгрия); Manfred Green (Израиль); Анна Короткова (Российская Федерация); Максут Кулжанов (Казахстан); Catherine Law (Соединенное Королевство); Ruta Nadisauskiene (Литва); Tomris Turmen (Турция).

Редакционный совет: Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Dorit Nitzan; Pavel Ursu.

Секретариат редакции: Sampreethi Aipanjiguly; Elizaveta Busygina; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Anna Garrido; Маргарита Гоготова; Maria Greenblat (и.о. ответственного редактора); Katy Harker; Chelsea Hedquist; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Аксана Корзюк; Елена Лабцова; Екатерина Смирнова; Claudia Stein; Nataliya Vorobyova; Lydia Wanstall.

Приглашенные эксперты: Tit Albreht; Howard Catton; Zoltan Cserháti; Kay Currie; Anja Dirkzwager; Robert Elliott; Julian Fisher; Inês Fronteira; Irene A. Glinos; Johan Hansen; Candace Imison; Marieke Kroezen; Ellen Kuhlmann; Gaeten Lafortune; Kristina Mikkonen; Pauline Milne; Jörg Pont.

IN THIS ISSUE

This issue of *Public Health Panorama* highlights the critical role of the health workforce in tackling 21st-century health challenges in the context of rapid changes in today's world. Universal health coverage is not attainable without adequately educated, skilled, motivated and managed human resources. James Buchan, Hans Kluge and Galina Perfilieva set the scene for the issue, introducing a number of policy documents that focus on necessary contributions in the areas of human resources for health. (page 366)

In view of the discussion of the framework for action towards a sustainable health workforce that is expected to be adopted at the 67th session of the WHO Regional Committee for Europe in September 2017, the Panorama People section presents different perspectives on the present and future human resources for health. Six interviews contextualize the concept of future human resources for health at the regional level, reporting the views and opinions of selected stakeholders in response to the deceptively simple question: "What should the health workforce look like in 2030?". (page 373)

A research paper by Kamola Babamuradova and colleagues introduces a study of regional disparities in human and technical resources and infrastructure within the three levels of ophthalmic care in Uzbekistan. The results demonstrate the need to improve the current situation of unevenly allocated resources and show that a narrowing of the existing gap in the availability of human resources for eye health, as well as facilities and equipment, could reduce the number of people with visual impairment. (page 398)

The standardization of nursing and midwifery education is the central topic of research conducted by Stefanie Praxmarer-Fernandes and colleagues – a study that seeks to describe the current levels of education offered for these two professions within the WHO European Region. (page 419) The study provides a baseline assessment for the comparison of available levels of education and underscores the need to continue monitoring the issue, examining the correlation between education and outcomes of care.

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ

В этом номере «Панорамы общественного здравоохранения» подчеркивается существенная роль кадровых ресурсов здравоохранения в обеспечении отклика на проблемы здравоохранения XXI века в быстро меняющемся современном контексте.

Всеобщий охват услугами здравоохранения недостижим без хорошо подготовленных, квалифицированных, мотивированных и должным образом регулируемых трудовых ресурсов. Джеймс Бакен, Ханс Клуге и Галина Перфильева задают ориентиры для этого выпуска, представляя ряд стратегических документов, в которых описываются необходимые меры реагирования на проблемы в области кадровых ресурсов здравоохранения (стр. 369).

В свете дискуссий о разработке рамочной основы для действий в области обеспечения устойчивых кадров здравоохранения, которая будет рассмотрена на 67-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2017 г., раздел Люди «Панорамы» представляет различные точки зрения специалистов в отношении настоящего и будущего кадровых ресурсов здравоохранения. Шесть интервью позволяют рассмотреть концепцию будущего кадровых ресурсов здравоохранения в региональном контексте, представляя взгляды и мнения различных заинтересованных сторон в поиске ответа на обманчиво простой вопрос: «Какими должны быть трудовые ресурсы здравоохранения в 2030 г.?» (стр. 375).

В своей исследовательской работе Камола Бабамурадова с коллегами демонстрируют региональные различия в кадровых и технических ресурсах и инфраструктуре на трех уровнях офтальмологической помощи в Узбекистане. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости улучшить ситуацию, связанную с неравномерным распределением ресурсов, и показывают, что сокращение разрыва в доступности кадровых ресурсов для обеспечения здоровья глаз, оборудования и лечебных учреждений позволит сократить число людей с нарушениями зрения (стр. 408).

Проблема стандартизации образования в области сестринского и акушерского дела рассматривается Stefanie Praxmarer-Fernandes и коллегами в рамках исследования, в котором описываются уровни образования в этих

In the report of a recent technical meeting of the South-Eastern European Health Network, Ingrid Zuleta-Marin and colleagues reflect on the details of eight successful public health interventions in countries that were analysed using the Campbell et al. framework of human resources for health needed to achieve universal health coverage. (page 445)

Luís Velez Lapão and Gilles Dussault address the issue of improving health workforce performance through the use of technology. Their report, with examples from Norway and Portugal as countries with advanced implementation of eHealth and mHealth, discusses facilitators of and barriers to the optimal utilization of new communication and management technologies and their implications for the education of health workers, service management, policy-making and research. (page 463)

Emma Plugge and colleagues introduce the work of the newly established Worldwide Prison Health Research and Engagement Network, which focuses on the somewhat neglected issue of strengthening prison health systems. There is increasing evidence that health and reoffending are closely linked and a growing realization that those who deliver health care to people in prison provide an important service for the whole of society. (page 483)

Eszter Kovacs and colleagues provide valuable clarification of the usefulness of cohesive and streamlined evidence and data collected at both the national and the international levels. Such data should be emphasized in policy action with regard to health workforce planning and development. Anticipated challenges in health workforce operations could be overcome by implementing an appropriate, valid and reliable data-driven health policy. (page 497)

Linda Mans and colleagues present detailed outcomes of the European Union-funded Health Workers for All and All for Health Workers project, which ran from 2013 to 2016. They demonstrate that the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel remains an important reference point and efficient tool for guiding policy principles that address the mobility of health personnel within and beyond the European Union. (page 514)

двух областях в Европейском регионе ВОЗ (стр. 431). В работе представлена оценка текущей ситуации для сравнения существующих уровней образования. Авторы подчеркивают необходимость дальнейшего мониторинга ситуации для изучения взаимосвязей между уровнем образования и результатами лечения.

В своем докладе о недавнем техническом совещании Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы Ingrid Zuleta-Marin с коллегами представляют анализ восьми успешных мер общественного здравоохранения в разных странах, проанализированных при помощи концептуальной схемы Campbell et al. в области кадровых ресурсов здравоохранения, необходимых для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (стр. 453).

Luís Velez Lapão и Gilles Dussault провели исследование по вопросу повышения производительности труда работников здравоохранения с помощью новых технологий. В своем отчете авторы приводят примеры из практики Норвегии и Португалии, где активно внедряется электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение, и обсуждают факторы, способствующие и препятствующие оптимальному использованию новых коммуникационных и управленческих технологий, а также изменения, которые необходимы в этой связи при обучении работников здравоохранения, управлении службами медико-санитарной помощи, формировании политики и проведении научных исследований (стр. 472).

В своей статье Emma Plugge с коллегами описывают опыт работы недавно созданной Всемирной сети по исследованиям и деятельности в области охраны здоровья заключенных, которая занимается несколько недооцененной проблемой укрепления систем здравоохранения в тюрьмах. Появляется все больше данных, демонстрирующих тесную связь между аспектами здоровья и повторными правонарушениями, поэтому работники здравоохранения, предоставляющие медицинскую помощь заключенным, играют важную роль в том числе с точки зрения служения обществу (стр. 489).

Eszter Kovacs с коллегами предлагают ценную информацию о пользе согласованных и четко организованных данных и результатов научных исследований, собираемых на национальном и международном уровне. Эти данные должны всецело учитываться при разработке стратегий в области планирования и развития кадровых

ресурсов здравоохранения. Прогнозируемые проблемы в функционировании кадров здравоохранения могут быть решены путем использования надлежащих, достоверных и надежных данных при формировании политики здравоохранения, основанной на фактической информации (стр. 505).

Linda Mans с коллегами делятся подробными результатами проекта «Работники здравоохранения для всех и всё для работников здравоохранения», осуществлявшегося с 2013 по 2016 гг. при финансовой поддержке Евросоюза. В работе демонстрируется эффективность Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения как важнейшего ориентира и инструмента для разработки политики в сфере мобильности медицинских работников в Европейском союзе и за его пределами (стр. 523).

CONTENTS

EDITORIAL

“The health workforce is the beating heart of any health system”362

Zsuzsanna Jakab

Future human resources for health - today’s priority. 366

James Buchan, Hans Kluge and Galina Perfilieva

PANORAMA PEOPLE

Interview with Nicola Bedlington.....373

By Sampreethi Aipanjiguly

Interview with Professor Charles Normand377

By Chelsea Hedquist

Interview with Mark Pearson381

By Sampreethi Aipanjiguly

Interview with Julian Vadell Martinez385

By Chelsea Hedquist

Interview with Annette Widmann-Mauz.....389

By Chelsea Hedquist

Interview with Professor Salomudin Yusufi.....393

by Elizaveta Busygina

ORIGINAL RESEARCH

Regional disparities in human resources and infrastructure in public eye care services in Uzbekistan.....398

Kamola Babamuradova, Zafar Sidikov, Masao Ichikawa

Levels of education offered in nursing and midwifery education in the WHO European region: multicountry baseline assessment..... 419

Stefanie Praxmarer-Fernandes, Claudia Bettina Maier, Ashlee

Oikarainen, James Buchan, Galina Perfilieva

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

«Трудовые ресурсы – сердце любой системы здравоохранения»364

Жужанна Якаб

Кадровые ресурсы здравоохранения будущего – приоритет сегодняшнего дня.369

Джеймс Бакен, Ханс Клюге и Галина Перфильева

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Николой Бедлингтон375

Самприти Айпанджигули

Интервью с профессором Чарльзом Нормандом379

Челси Хедквист

Интервью с Марком Пирсоном383

Самприти Айпанджигули

Интервью с Джулианом Ваделем Мартинесом387

Челси Хедквист

Интервью с Аннете Видман-Мауц391

Челси Хедквист

Интервью с академиком Саломудином Юсуфи395

Елизавета Бусыгина

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Региональные различия в кадровых ресурсах и инфраструктуре государственных офтальмологических услуг в Узбекистан408

Камола Бабамурадова, Зафар Сидиков, Masao Ichikawa

Уровни образования в области сестринского и акушерского дела в Европейском регионе ВОЗ: многострановая оценка текущей ситуации431

Stefanie Praxmarer-Fernandes, Claudia Bettina Maier, Ashlee

Oikarainen, James Buchan, Galina Perfilieva

POLICY AND PRACTICE

Strengthening the health workforce to implement public health interventions in the South-Eastern European Health Network: lessons learned from a technical meeting 445

Ingrid Zuleta-Marin, Marjolein Dieleman, Prisca Zwanikken, Vesna Bjegovic-Mikanovic, Milena Santric-Milicevic, Galina Perfilieva, Martin Krayer von Krauss, Anna Cichowska

The contribution of eHealth and mHealth to improving the performance of the health workforce: a review463

Luís Velez Lapão, Gilles Dussault

Worldwide prison health research and engagement network: a vehicle for capacity-building in prison health483

Emma Plugge, Sunita Stürup-Toft, Lars Møller, Éamonn O'Moore

CASE STUDY

Strengthening data for planning a sustainable health workforce: what data to collect for health workforce development and why 497

Eszter Kovacs, Edmond Girasek, Edit Eke, Miklos Szocska

Civil society contributions to a sustainable health workforce in the European Union 514

Linda Mans, Remco van de Pas, Sascha Marschang

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Укрепление трудовых ресурсов здравоохранения для реализации вмешательств в области охраны общественного здоровья в Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы: результаты технического совещания453

Ingrid Zuleta-Marin, Marjolein Dieleman, Prisca Zwanikken, Vesna Bjegovic-Mikanovic, Milena Santric-Milicevic, Galina Perfilieva, Martin Krayer von Krauss, Anna Cichowska

Вклад электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения в повышение производительности труда работников здравоохранения: обзор472

Luís Velez Lapão, Gilles Dussault

Всемирная сеть по исследованиям и деятельности в области охраны здоровья заключенных: механизм для укрепления потенциала в области охраны здоровья в тюрьмах489

Emma Plugge, Sunita Stürup-Toft, Lars Møller, Éamonn O'Moore

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

Оптимизация работы с данными для планирования устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения: какие данные собирать и почему505

Eszter Kovacs, Edmond Girasek, Edit Eke¹, Miklos Szocska

Вклад гражданского общества в обеспечение устойчивости кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском союзе.....523

Linda Mans, Remco van de Pas, Sascha Marschang

EDITORIAL

“The health workforce is the beating heart of any health system”

Zsuzsanna Jakab
Regional Director
Editor-in-chief



The health workforce is the beating heart of any health system. This issue of *Panorama* highlights the critical role that health workers play in ensuring the sustainability and resilience of health systems and a high quality of services in the WHO European Region. Without properly educated, skilled, motivated and managed human resources, universal health coverage is not attainable.

Sustainability of the health workforce is a key agenda item at the 67th session of the Regional Committee for Europe, to be held on 11–14 September 2017. Member States, international partners and other stakeholders will have the opportunity to consider how best to make further progress in the Region, with reference to a proposed framework for action on health workforce sustainability.

Workforce change and health system reform are interdependent, but system strategy must give the overall direction. In the European Region, Health 2020 sets out the required strategic changes for health services: adoption of inclusive models of health care; a people-centred approach; reorientation of health systems towards a collaborative primary care approach, built on team-based care; and realization of the potential for technological innovation through fully functioning and integrated national health information systems, which includes the delivery of electronic health-related information, resources and services (eHealth). These key components will be reinforced in June next year at a conference in Estonia to mark the tenth anniversary of the Tallinn Charter.¹

Member States can only achieve these changes with a transformed and sustainable health workforce. In turn, this requires effective policy action across various sectors, including health, social care, welfare, education, finance, labour and foreign affairs. Intersectoral processes must engage the public and private sectors, civil society, trade unions, health worker associations, regulatory bodies and educational and training institutions.

¹ The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies/publications2/2008/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth-2008>, accessed 27 July 2017).

By setting out new evidence emerging from within the Region, this issue of *Panorama* helps shed light on the critical “how” and “what” questions: how can workforce sustainability be achieved and what is the Region’s vision of the workforce needed in 2030?

The Regional Committee’s approach to achieving a sustainable health workforce aligns with recent global human resources for health strategic developments, in which WHO and Member States in the European Region played a leadership role, and which helped shape the development of the framework: the *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*² and the report of the United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth.³ In combination, these provide a unique opportunity for a paradigm shift in health workforce policy.

What the Region is witnessing, and helping shape and direct, is a necessary shift in focus, from regarding the health workforce as a cost (and often a “problem”) to understanding that investment in the workforce will have a positive return in terms of the health, wealth and well-being of Member States. This will require national leadership and strong political commitment, as well as effective partnerships and cooperation among organizations, sectors and countries, if the workforce heart is to keep beating strongly in the Region.

² Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 27 July 2017) – primarily aimed at planners and policy-makers of WHO Member States, its contents are also of value to all relevant stakeholders in the health workforce area.

³ Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, accessed 27 July 2017).

ОТ РЕДАКЦИИ

«Трудовые ресурсы – сердце любой системы здравоохранения»

Жужанна Якаб
Региональный директор
Главный редактор



Трудовые ресурсы – сердце любой системы здравоохранения. В этом выпуске «Панорамы» подчеркивается важнейшая роль, которую играют работники здравоохранения в обеспечении устойчивости и жизнеспособности систем здравоохранения, а также высокого качества оказываемых услуг в Европейском регионе ВОЗ. Невозможно обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения без трудовых ресурсов, которые обучены, подготовлены, мотивированы и управляются надлежащим образом.

Обеспечение устойчивых кадров здравоохранения – один из ключевых пунктов повестки дня шестьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая состоится 11–14 сентября 2017 г. У государств-членов, международных партнеров и других заинтересованных сторон будет возможность обсудить самые оптимальные пути обеспечения дальнейшего прогресса в области устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения в Регионе, руководствуясь предложенной им на рассмотрение рамочной основой для действий.

Преобразования в области трудовых ресурсов и реформа системы здравоохранения – это взаимосвязанные процессы, но системная стратегия должна придать им общее направление. Политика Здоровье-2020 задает необходимое направление для стратегических преобразований услуг здравоохранения в Европейском регионе. Они заключаются в введении инклюзивных моделей помощи; ориентированном на нужды людей подходе; переориентации систем здравоохранения на совместное оказание первичной медико-санитарной помощи силами многопрофильных бригад; реализации потенциала технологических инноваций путем внедрения полноценно функционирующих и полностью интегрированных национальных информационных систем здравоохранения, включая применение электронных средств для предоставления связанной со здоровьем информации, ресурсов и услуг (электронное здравоохранение). Важность этих ключевых компонентов будет подчеркнута на конференции, которая состоится в Эстонии в июне будущего года в ознаменование десятой годовщины принятия Таллиннской хартии.¹

¹ Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf, по состоянию на 3 августа 2017 г.).

Государства-члены могут добиться этих перемен только благодаря преобразованным и устойчивым трудовым ресурсам здравоохранения. В свою очередь, для того, чтобы обеспечить такие кадры, требуется принятие эффективных стратегических мер во многих секторах, в том числе здравоохранения, социальной защиты и социального обеспечения, образования, финансов, труда и международных дел. К межсекторальным процессам необходимо подключать государственный и частный сектор, гражданское общество, профсоюзы, ассоциации работников здравоохранения, органы надзора, а также учебные заведения.

Представляя новые фактические данные из Региона, данный выпуск «Панорамы» помогает пролить свет на важные вопросы, в частности, «Как добиться устойчивости кадровых ресурсов?» и «Какими, с точки зрения Региона, должны быть трудовые ресурсы здравоохранения в 2030 году?».

Подход Регионального комитета к обеспечению устойчивости кадров здравоохранения находится в соответствии с новыми глобальными стратегическими инициативами в области кадровых ресурсов здравоохранения, в разработке которых ВОЗ и государства-члены Европейского региона сыграли ведущую роль и которые стали вкладом в создание рамочной основы для действий: "Глобальной стратегией для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г."² и доклада Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста³. Вместе эти инициативы создают уникальную возможность для сдвига парадигмы в кадровой политике здравоохранения.

В Регионе сегодня происходят важнейшие изменения, направление и содержание которых помогают определить государства-члены. Эти изменения заключаются в необходимом переходе от рассмотрения трудовых ресурсов здравоохранения в качестве затратной статьи (а зачастую и в качестве проблемы) к пониманию того, что инвестиции в трудовые ресурсы принесут государствам-членам значительные дивиденды в плане укрепления здоровья и повышения благосостояния и благополучия в странах. Лидерство и твердая политическая приверженность на национальном уровне, эффективные партнерские связи и сотрудничество между различными организациями, секторами и странами, это те необходимые условия, которые нужно соблюсти для укрепления кадровых ресурсов, а значит и для того, чтобы сердце здравоохранения Региона продолжало биться в здоровом ритме.

² Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, по состоянию на 3 августа 2017 г.) – предназначенная, прежде всего, для лиц, ответственных за планирование и разработку политики государств-членов ВОЗ, данная стратегия также представляет ценность для всех заинтересованных сторон, работающих в области трудовых ресурсов здравоохранения.

³ Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, по состоянию на 27 июля 2017 г.).

EDITORIAL

Future human resources for health - today's priority. Investment in the health workforce can yield returns in improved population health, wealth and well-being.

James Buchan,
Hans Kluge and
Galina Perfilieva
Division of Health Systems and Public Health
World Health Organization Regional Office for Europe
Copenhagen, Denmark



James Buchan

Successful health systems require an effective workforce. While many Member States in the WHO European Region have made progress in recent years, a number of health workforce challenges remain that must be addressed to achieve truly sustainable and effective human resources for health. These include supply–demand imbalances, geographical maldistribution, inappropriate skills mixes, variations in quality, gender inequality, poor working conditions and the need to improve recruitment and retention.

WHO's *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*¹ and the report of the United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, *Working for health and growth: investing in the health workforce*,² offer Member States a unique opportunity to make a fundamental change in health workforce policy, to facilitate meeting these challenges and reinforce the key focus of Health 2020, the European health policy framework.³



Hans Kluge



Galina Perfilieva

¹ Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 31 July 2017).

² Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, accessed 31 July 2017).

³ Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 31 July 2017).

The Tallinn Charter⁴ continues to be relevant to regional health strategy, and Health 2020 provides direction for Member States in the Region, including the need to consider adoption of inclusive models of health care; integrated people-centred approaches; the reorganization of primary care towards a team-based system; and recognition of the potential for technological innovations, through fully functioning and integrated national health information systems, which includes the electronic health infrastructures (e-health). These key elements will help to guide countries' health workforce policy.

The Global strategy on human resources for health outlines the strategic directions Member States should consider when addressing their health workforce challenges. Along with the recommendations of the High-Level Commission, which have now been followed by the five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021) adopted by the Seventieth World Health Assembly in 2017,⁵ the strategy makes a clear statement that investment in the health workforce can result in improved health and economic outcomes; it should not be regarded as a controllable cost. The High-Level Commission report advocates an approach to health workforce sustainability that can support effective health services delivery, improved health and economic prosperity.

This issue of *Panorama* complements other work within the Region to support effective health workforce policy and planning. The WHO Regional Office for Europe has developed a framework for action for a sustainable health workforce,⁶ which builds on the four strategic objectives set out in the Global strategy (transforming education and performance, aligning planning and investment, capacity-building, and analysis and monitoring). This has been developed to provide an instrument for Member States to assess their own priorities, objectives and policy interventions. A toolkit is also being prepared in support of the framework; this focuses on evidence and sets out effective strategies, planning tools and case studies of health workforce practice for countries and other stakeholders.

In this *Panorama* issue, the focus is on analysis and evidence of the four strategic objectives, reflected by the articles. It contextualizes “Workforce 2030” at a regional level, reporting the views and opinions of selected regional stakeholders in response to the deceptively simple question: “What should the health workforce in 2030 ‘look like’?” Interviewees' answers are both illuminating and challenging. The diversity of responsibilities of the interviewees fades into the background as it becomes clear that all are arguing for fundamental change. None suggest that “business as usual” can address effectively the health workforce challenges facing the Region. The clear message is that the status quo is not an option if Member States are to meet these challenges.

But in which direction should changes be made, and with what priorities? Achieving a transformed and sustainable health workforce requires effective policy actions across multiple sectors, including health, social care, welfare, education, finance, labour and foreign affairs. Intersectoral processes must engage the public and private sectors, civil society, trade unions, health worker associations, regulatory bodies and educational institutions. The Global strategy's four strategic objectives can only be achieved when additional enabling efforts and mechanisms

⁴ The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies/publications2/2008/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth-2008>, accessed 31 July 2017).

⁵ Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHA70.6; http://apps.who.int/gb/e/e_wha70.html#Resolutions, accessed 31 July 2017).

⁶ Towards a sustainable health workforce in the WHO European Region: framework for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (EUR/RC67/10; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/67th-session/documentation/working-documents/eurrc6710-towards-a-sustainable-health-workforce-in-the-who-european-region-framework-for-action>, accessed 31 July 2017).

are in place. This reinforces a fundamental requirement for strong leadership by Member States and coordinated efforts across national boundaries, underpinned by evidence and labour market analysis.

The peer-reviewed papers in this issue of *Panorama* are examples of the types of evidence that can be harnessed to shape, direct and test policies on human resources for health, or that can be used to improve understanding of labour market dynamics. They cover a range of perspectives and entry points into policy and planning, spanning the use and improvement of health workforce data; the role of regional and subregional networks; the contribution and challenges of e-health; and a Region-wide mapping of nursing and midwifery education. These examples of new evidence and new approaches highlight the need for effective harnessing of the evidence base and for networking to exchange knowledge on innovation and effective policies.

The Regional Office will provide technical support to Member States as they make progress towards health workforce sustainability. It will:

- promote the use of the framework for action by Member States as they consider the Global strategy, its milestones and the High-Level Commission recommendations;
- develop a related toolkit to support countries and other stakeholders to identify and address health workforce priorities;
- provide the necessary technical assistance to Member States as they identify and address their individual health workforce priorities within the framework and consider the Global strategy milestones and other potential indicators of progress; and
- provide support for national, subregional and regional policy dialogues and fora on health workforce issues that emerge as critical priorities.

Other stakeholders should consider the content of the framework, toolkit and this issue of *Panorama* when making their contributions to improving human resources for health policy and planning. Drawing on multistakeholder contributions, this issue reflects the widespread recognition and deepening understanding that sustaining effective human resources for health is everyone's business. Health workforce sustainability requires whole-of-government action, with political leadership from the highest level, backed up by multisectoral stakeholder engagement.

ОТ РЕДАКЦИИ

Кадровые ресурсы здравоохранения будущего – приоритет сегодняшнего дня. Инвестиции в трудовые ресурсы могут принести значительные дивиденды в плане укрепления здоровья, повышения благосостояния и благополучия в странах.

Джеймс Бакен

Ханс Клюге и

Галина Перфильева

Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья,

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения,

Копенгаген, Дания

Успешная работа систем здравоохранения требует эффективных кадровых ресурсов. И хотя во многих государствах-членах Европейского региона ВОЗ за последние годы был достигнут значительный прогресс в этой области, для развития действительно устойчивых и эффективных кадров здравоохранения еще предстоит решить целый ряд проблем, таких как дисбаланс между спросом и предложением, непропорциональное географическое распределение ресурсов, неоптимальное сочетание профессиональных квалификаций, колебания в уровне качества, гендерное неравенство, неадекватные условия труда и необходимость усовершенствования процессов подбора и удержания персонала.

«Глобальная стратегия ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.»¹ и доклад Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста «Работа в интересах здоровья и развития: инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения»² предоставляют государствам-членам уникальную возможность в корне изменить политику в сфере кадровых



Джеймс Бакен



Ханс Клюге



Галина Перфильева

¹ Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, по состоянию на 31 июля 2017 г.).

² Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, по состоянию на 31 июля 2017 г.).

ресурсов здравоохранения в целях реагирования на указанные проблемы и укрепления, тем самым, важнейшего посыла, содержащегося в основах Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020³.

Таллиннская хартия⁴ сохраняет свою актуальность для региональной стратегии здравоохранения, а политика Здоровье-2020 задает вектор преобразований для государств-членов в Регионе, включая необходимость анализа возможностей внедрения инклюзивных моделей помощи; ориентированные на нужды людей подходы; реорганизацию первичной медико-санитарной помощи в сторону использования многопрофильных бригад; реализацию потенциала технологических инноваций путем внедрения полноценно функционирующих и полностью интегрированных национальных информационных систем здравоохранения, включая применение электронных средств для предоставления связанной со здоровьем информации, ресурсов и инфраструктур (электронное здравоохранение). Эти ключевые компоненты станут важной частью политики в сфере кадровых ресурсов здравоохранения в странах Европейского региона.

В Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения представлены шесть стратегических направлений, которые государствам-членам необходимо учитывать, отвечая на вызовы и насущные проблемы в области трудовых ресурсов здравоохранения. Как и рекомендации Комиссии высокого уровня, на основе которых также был разработан пятилетний план действий по занятости в области здравоохранения и всеохватному экономическому росту (2017–2021 гг.), принятый на Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2017 г.⁵, стратегия содержит четкое заявление о том, что инвестиции в кадры здравоохранения будут способствовать улучшению показателей здоровья и экономического развития, и что их не следует относить к контролируемым затратам. В своем докладе Комиссия высокого уровня выступает за реализацию подхода к обеспечению устойчивости кадров здравоохранения, содействующего эффективному оказанию медицинской помощи, улучшению показателей здоровья и экономическому процветанию.

Этот выпуск «Панорамы» служит дополнением к работе в поддержку эффективной политики и планирования в области кадровых ресурсов здравоохранения, которая проводится в Европейском регионе. Европейским региональным бюро ВОЗ была разработана рамочная основа для действий по обеспечению устойчивых кадров здравоохранения⁶, в которой получили развитие четыре стратегические задачи Глобальной стратегии (преобразование программ подготовки и повышение эффективности работы; согласование планирования и инвестиций; укрепление потенциала; анализ и мониторинг). С помощью этого инструмента государства-члены смогут провести оценку своих приоритетов, задач и политических мер. В дополнение к рамочной основе в настоящее время разрабатывается комплект методических материалов. В нем особое внимание уделяется фактическим данным и предлагаются эффективные стратегии,

³ Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 31 июля 2017 г.).

⁴ Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 10 августа 2017 г.).

⁵ Кадровые ресурсы для здравоохранения и выполнение итоговых документов Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. ([WHA70.6; apps.who.int/gb/r/r_waha70.html](http://apps.who.int/gb/r/r_waha70.html), по состоянию на 31 июля 2017 г.).

⁶ На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (EUR/RC67/10; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/67th-session/documentation/working-documents/eurrc6710-towards-a-sustainable-health-workforce-in-the-who-european-region-framework-for-action>, по состоянию на 31 июля 2017 г.).

инструменты планирования и примеры из практики в области кадровых ресурсов здравоохранения, которыми смогут воспользоваться страны и другие заинтересованные стороны.

В этом выпуске представлены статьи, содержащие анализ накопленных данных по четырем стратегическим задачам. Он переносит стратегию «Трудовые ресурсы 2030 г.» в региональный контекст, представляя взгляды и мнения представителей различных заинтересованных сторон в поиске ответа на обманчиво простой вопрос: «Какими должны быть трудовые ресурсы здравоохранения в 2030 г.?». Ответы интервьюируемых позволяют по-новому взглянуть на эту тему и дают пищу для размышлений. Разнообразие их должностных позиций и функций отходит на задний план, когда становится понятно, что все они выступают за кардинальные изменения. Ни один из них не считает, что в режиме привычной системы работы можно обеспечить эффективное реагирование на Региональные проблемы в области кадровых ресурсов здравоохранения. Авторы единодушны в том, что существующее положение дел неприемлемо, если мы хотим принять действенные меры и найти пути решения этих проблем.

Но как выбрать направления для перемен, и чему уделить внимание в первую очередь? Для преобразования и устойчивого развития кадров здравоохранения требуется принятие эффективных стратегических мер во многих секторах, в том числе здравоохранения, социальной защиты и социального обеспечения, образования, финансов, труда и международных дел. К межсекторальным процессам необходимо подключать государственный и частный сектор, гражданское общество, профсоюзы, ассоциации работников здравоохранения, органы надзора, а также учебные заведения. Выполнение четырех стратегических задач Глобальной стратегии невозможно без дополнительных поддерживающих усилий и механизмов. Это, в свою очередь, требует прочного лидерства государств-членов и скоординированных усилий, подкрепленных фактическими данными и анализом рынка труда и выходящих за пределы национальных границ.

Прошедшие рецензирование материалы этого выпуска «Панорамы» представляют собой примеры фактических данных, которые могут быть использованы для формирования, ориентации и апробирования политики в области кадровых ресурсов здравоохранения, а также для содействия лучшему пониманию динамики рынка труда. В них предлагается широкий спектр точек зрения и отправных точек в отношении политики и планирования с охватом таких вопросов, как применение и оптимизация данных в сфере трудовых ресурсов здравоохранения; роль региональных и субрегиональных сетей; вклад и проблемы электронного здравоохранения и систематический анализ программ обучения сестринскому и акушерскому делу в масштабах всего Региона. Эти примеры, иллюстрирующие новые данные и подходы, демонстрируют необходимость эффективного применения доказательной базы и сотрудничества в целях обмена знаниями о новаторских подходах и эффективных мерах политики.

Региональное бюро будет предоставлять государствам-членам техническую поддержку в их усилиях по обеспечению устойчивости кадров здравоохранения. Эта поддержка будет в частности заключаться в следующем:

- содействие применению государствами-членами рамочной основы по мере рассмотрения ими возможных путей выполнения Глобальной стратегии и ее контрольных этапов, а также рекомендаций Комиссии высокого уровня;
- разработка соответствующего пособия с целью поддержки государств-членов и других заинтересованных сторон в определении и решении ими приоритетных задач в области обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения;
- предоставление государствам-членам необходимой технической помощи в ходе определения ими собственных приоритетных задач в области обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения на базе

рамочной основы и выполнения этих задач, а также в ходе рассмотрения ими контрольных этапов Глобальной стратегии и других потенциальных показателей достигнутого прогресса;

- оказание поддержки в проведении на национальном, субрегиональном и региональном уровнях форумов и диалогов о политике в отношении вопросов обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения, встающих перед странами в качестве важнейших приоритетных задач.

В своей работе по укреплению потенциала кадровых ресурсов в целях оптимизации политики и планирования в области здравоохранения заинтересованные стороны могут опираться на содержание рамочной основы для действий, комплект методических материалов и материалы этого выпуска «Панорамы». Объединяя вклад представителей множества заинтересованных сторон, настоящий выпуск отражает широкое признание и все более глубокое понимание того, что обеспечение устойчивых и эффективных кадров здравоохранения касается всех и каждого. Обеспечение устойчивости кадров здравоохранения требует общегосударственного подхода и политического лидерства на самом высоком уровне, а также широкого участия заинтересованных сторон, представляющих множество секторов.

PANORAMA PEOPLE

Interview with Nicola Bedlington



By Sampreethi Aipanjiguly

Nicola Bedlington is Secretary-General of the European Patients' Forum, an umbrella organization representing the interests of patients within the European Union.

What developments will affect the future of the health workforce?

We at the European Patients' Forum, in our long-term collaboration with different stakeholders representing health care professionals, look at issues such as patient safety and quality of care, and increasingly the role of new technologies. We do this through the lens of patient empowerment, with the premise that patients, both independently and collectively, can support health workforce sustainability.

High-quality information for patients and health literacy; the new dialogue needed between patients and their trusted health care professionals; and co-decision-making and creating an enabling environment are key issues in the context of the kind of health workforce we need in the future. Moreover, the role of self-management, with patients managing their care with technological and human support, will bring a benefit to health workforces across Europe, relieving some of the pressure on them, if well managed.

Planning and forecasting are needed to make the most effective use of resources. From that perspective, patients are an underused resource. Patients who are experts in their own illnesses are very well aware of where waste and redundancies exist and what may be superfluous to their specific needs. An Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) report revealed that around 20% of health care expenditure is wasteful and of low value. Clearly, we need to address that to support the idea of a better, more receptive health workforce of the future.

We also need to look at patients' own experiences. Patients should be involved in the development of patient-reported outcomes and experience measures. These cannot simply be developed by analysts and health care professionals in isolation.

This need to look at people-centred health systems will play a tremendous role and give a different sort of backdrop against which health care professionals can do their jobs.

There are also points I want to raise linked to coherence and fairness at local, national and European levels. There is a trend of health care professionals trained in central and eastern Europe moving westwards. Passionate people who come into the caring profession should be able to work in their own environment and their own culture and should receive the right remuneration.

Here I want to home in on Brexit. It has been very well publicized that the United Kingdom relies heavily on experts and health care professionals, not just from central and eastern Europe but from throughout the European continent: health workforce mobility is particularly prominent, and has been over the last number of years, to very good effect. Statistics and reports from the National Health Service (NHS) demonstrate the added value of this collaboration. Brexit, unless managed well, will have an impact on patients' quality of life in the United Kingdom. This should be carefully monitored by the health care profession advocacy movement and organizations and institutions like WHO, OECD and the European Commission.

What skills does the health workforce of the future need to develop to stay relevant?

Shifting towards integrated care requires significant change management. It needs strong and supportive leadership throughout the hierarchy of an organization and the ability to embrace new technology. It needs a new set of skills, new professions that are accepted and understood by the existing community, a new culture and a new mindset for working with technology and with patients.

New technology will not undermine the role of health care professionals; on the contrary, it will enhance it. New technology can facilitate patient empowerment and vice versa, but it is important to not lose personal interaction between patients and their trusted health care professionals.

Another point I would like to make is that the WHO definition of well-being also applies to health care professionals. We need to make sure that their physical and mental health, personal and professional development and work-life balance are taken into consideration. Investment is needed to ensure that balance – to avoid cynicism and disengagement and ultimately burnout – because this has a huge impact on patient safety and quality of life. It should be looked at closely as we develop health workforces that can deliver in the future.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Николой Бедлингтон



Самприти Айпанджигули

Никола Бедлингтон является Генеральным секретарем Европейского форума пациентов – головной организации, представляющей интересы пациентов Европейского союза.

Какие процессы повлияют на будущее трудовых ресурсов здравоохранения?

Мы в Европейском форуме пациентов в рамках долгосрочного сотрудничества с различными заинтересованными сторонами, представляющими интересы работников здравоохранения, рассматриваем такие вопросы, как безопасность пациентов и качество медицинской помощи, а также все в большей степени – роль новых технологий. Мы смотрим на эти вопросы через призму расширения прав и возможностей пациентов, исходя из предпосылки, что пациенты как индивидуально, так и коллективно могут способствовать обеспечению устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения.

Предоставление высококачественной информации для пациентов и обеспечение медицинской грамотности; необходимость построения нового диалога между пациентами и работниками здравоохранения, которым они доверяют; совместное принятие решений и создание благоприятной среды – вот ключевые вопросы, которые окажут влияние на то, какие трудовые ресурсы здравоохранения будут нам необходимы в будущем. Более того, повышение роли самоведения заболеваний, когда пациенты сами организуют свое лечение при технологической и персональной поддержке, пойдет на пользу работникам здравоохранения во всей Европе и при условии правильного управления поможет несколько ослабить оказываемое на них давление.

Для обеспечения наиболее эффективного использования ресурсов необходимы планирование и прогнозирование. С этой точки зрения пациенты являются недостаточно используемым ресурсом. Пациенты, которые хорошо разбираются в своих заболеваниях, прекрасно знают, где наблюдаются бесполезные траты и дублирование услуг и какие затраты излишни для обеспечения их конкретных потребностей. Согласно докладу Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), около 20% затрат в секторе здравоохранения неэкономичны и приносят очень незначительную пользу. Ясно, что мы должны решить эту проблему, чтобы поддержать идею создания усовершенствованных и более восприимчивых трудовых ресурсов здравоохранения будущего.

Нам также необходимо учитывать личный опыт пациентов. Их следует привлекать к разработке опросов о собираемых пациентами исходах лечения и показателях клинического опыта. Эти опросы не могут быть разработаны аналитиками и работниками здравоохранения в одиночку.

Такая необходимость в системах здравоохранения, ориентированных на нужды людей будет играть огромную роль и создаст совсем другие условия для работы медицинского персонала.

Я также хочу поднять вопрос об обеспечении согласованности и справедливости на национальном и европейском уровнях. Наблюдается тенденция оттока квалифицированных кадров здравоохранения, получивших образование и профессиональную подготовку в Центральной и Восточной Европе, в западном направлении. Влюбленные в свою работу люди, выбравшие профессию по оказанию помощи другим, должны иметь возможность работать в своей собственной среде и культуре и должны получать соответствующее вознаграждение.

И в этой связи хочется обратить внимание на Brexit. В прессе широко освещался тот факт, что Соединенное Королевство в значительной степени полагается на экспертов и квалифицированных работников здравоохранения не только из Центральной и Восточной Европы, но и со всего континента. В последние несколько лет мобильность трудовых ресурсов здравоохранения была и остается очень масштабным явлением, которое дает положительные результаты для страны. Статистические данные и доклады Государственной службы здравоохранения (NHS) демонстрируют дополнительные преимущества такого сотрудничества. Если процесс Brexit не будет управляться надлежащим образом, он окажет негативное влияние на качество жизни пациентов в Соединенном Королевстве. За этим следует тщательно следить в рамках движений по защите прав работников здравоохранения, а также таким организациям и институтам, как ВОЗ, ОЭСР и Европейская комиссия.

Какие навыки потребуются развить будущим трудовым ресурсам здравоохранения, чтобы сохранить свою значимость?

Для перехода к комплексному медицинскому обслуживанию требуется серьезный процесс управления изменениями. Для этого необходимо сильное и поддерживающее руководство на всех иерархических ступенях организации, а также способность к внедрению и освоению новых технологий. Также необходим новый набор навыков, новые профессии, которые принимаются и понимаются существующим сообществом, а также новая культура и склад ума, требуемые для работы как с технологиями, так и с пациентами.

Новые технологии не уменьшат, а, напротив, повысят значимость работников здравоохранения. Новые технологии могут содействовать расширению прав и возможностей пациентов, и наоборот, расширение прав и возможностей пациентов может содействовать развитию новых технологий, но при этом важно не утратить личное взаимодействие между пациентами и работниками здравоохранения, которые пользуются их доверием.

Еще мне бы хотелось отметить, что определение ВОЗ понятия «благополучие» также относится и к медицинским работникам. Очень важно обеспечить, чтобы учитывались вопросы их физического и психического здоровья, личностного роста и профессионального развития, а также баланс работы и личной жизни. Для обеспечения такого баланса нужны инвестиции. Этот баланс требуется, чтобы предотвратить проявление со стороны работников здравоохранения цинизма и безразличия, способных привести в итоге к их нервному истощению, которое может оказать значительное негативное воздействие на безопасность и качество жизни пациентов. По мере развития трудовых ресурсов здравоохранения этому вопросу следует уделять повышенное внимание, чтобы в будущем кадры здравоохранения могли эффективно выполнять свои функции.

Ограничение ответственности: Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

PANORAMA PEOPLE

Interview with Professor Charles Normand



By Chelsea Hedquist

Charles Normand is the Edward Kennedy Professor of Health Policy and Management at Trinity College in Dublin, Ireland. He is also Chair of the Organizing Committee for the WHO Fourth Global Forum on Human Resources for Health, taking place on 13–17 November in Dublin.

How must the health workforce change and adapt by 2030 to meet Europe’s health needs and priorities?

Health systems today are still built upon the expectation of care being sudden, episodic and short-term. But we know that the care of the future will need to focus much more on chronic care – treating and managing multiple conditions and diseases, rather than simply curing one.

These future needs will require a much more diverse workforce than what we currently have. Rather than emphasizing the role of specialists, we will need to elevate health workers with broader skills and the ability to manage the complexity that arises from patients with multiple health issues. This will mean reimagining the role of the family doctor – or perhaps going back to what that role originally was. I like to think of these reinvented primary care physicians as “specialized generalists” – experts in managing complex care – supported by a range of “specialized specialists” who consult on specific conditions.

While more doctors need to become specialized generalists, we may need to rethink the nursing role and develop nurses as specialists, primarily of chronic care. We already know, for instance, that nurses perform much better than doctors when it comes to helping patients manage diabetes. We need to follow the trend of professionalizing nursing further and having nurses supported by a range of other skilled care workers. Moreover, we need to professionalize what will be an important group of newly shaped jobs that support nurses and doctors. These people effectively handle a large portion of the face-to-face interaction with patients, so it’s critical to move this group towards becoming a trained, licenced and supervised workforce where these people feel they, too, have a professional role.

In short, what we want for the future doesn't look much like what we have now. But it will be a better fit for our needs.

You set out an ambitious vision for what the health workforce should look like in 2030. How can this be achieved over the next 13 years?

There is a lot of talk about the shortage of health professionals. I don't dispute that there is a shortage – but it's a shortage of skills, not necessarily people. We need to stop counting people and start counting skills. Then we need to take fairly immediate action on how we train people to give them the skills we will need in the future. This includes recognizing generalist training as a specialty, in its own right, and recognizing that a generalist is of equal, if not greater, importance to any other type of specialist.

We need to develop training systems that don't start off saying what you will be at the end of your training; for example, opening up the possibility of nurse-to-physician conversion. Ultimately, a lot of health care professional training could become more modular – health workers could become qualified in certain areas little by little, rather than insisting that training occur all at once. At the same time, we need to make it more attractive for people to stay in health professions longer. Extending the careers of health workers can also help us address our shortage of skills.

The future of health care will be complex. Consequently, it will require new ways of thinking about the health workforce, new ways of training people and new ways of managing patients. We will have to be a bit radical in our approach if we want to create an effective and sustainable workforce by 2030.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с профессором Чарльзом Нормандом



Челси Хедквист

Чарльз Норманд профессор политики и управления в области здравоохранения в Тринити-колледже в Дублине, Ирландия. Он также является председателем организационного комитета Четвертого глобального форума ВОЗ по трудовым ресурсам здравоохранения, который пройдет 13–17 ноября 2017 г. в Дублине.

Как должны измениться и адаптироваться кадры здравоохранения к 2030 г., чтобы надлежащим образом реагировать на актуальные на тот момент для Европы приоритеты и потребности в области здравоохранения?

Современные системы здравоохранения до сих пор функционируют по принципу предоставления неотложной, эпизодической и кратковременной помощи. Но мы понимаем, что система здравоохранения будущего должна обеспечивать длительную помощь, т.е. предлагать лечение и реагирование на множество состояний и заболеваний, а не делать попытку вылечить лишь одно из них.

Для этого потребуется гораздо более диверсифицированный состав кадровых ресурсов здравоохранения, чем мы имеем в настоящее время. Вместо того чтобы делать акцент на роли специалистов, мы должны повысить статус работников здравоохранения, обладающих широким спектром навыков и способных управлять комплексными процессами, обусловленными множеством медицинских потребностей пациентов. Это потребует переосмысления роли семейного врача – или даже возвращения к первоначальной функции этой профессии. Я бы хотел видеть этих «возрожденных» врачей первичного звена «специалистами широкого профиля» – т.е. экспертами в управлении комплексом медицинских услуг, которые работают при поддержке «специалистов узкого профиля», предоставляющих консультации по конкретным заболеваниям.

Помимо того, что больше врачей должны стать специалистами широкого профиля, нам также необходимо переосмыслить роль сестринского персонала и повысить статус медсестер как специалистов, преимущественно для оказания помощи при хронических состояниях. К примеру, нам уже известно, что

сестринский персонал намного лучше врачей справляется с функцией предоставления помощи пациентам в ведении диабета. Мы должны поддержать тенденцию дальнейшей профессионализации сестринского дела и обеспечить им поддержку со стороны целого ряда других квалифицированных медицинских работников. Помимо этого, мы должны обеспечить профессиональную подготовку в контексте новых рабочих позиций, создаваемых в поддержку сестринского персонала и врачей. Эти люди берут на себя значительную долю личного общения с пациентами, поэтому важно организовать для них необходимую подготовку, лицензирование и руководство, чтобы они четко видели, что им также доверена важная профессиональная роль в системе кадровых ресурсов здравоохранения.

Одним словом, то, что мы хотели бы видеть в будущем, пока не похоже на то, что мы имеем сегодня. Но именно такая система будет лучше соответствовать нашим потребностям.

Вы представили смелое видение того, что должны представлять собой ресурсы здравоохранения в 2030 г. Что нужно сделать для того, чтобы в следующие 13 лет воплотить это видение в жизнь?

Сейчас много говорят о нехватке специалистов здравоохранения. Я не спору, нехватка действительно есть, но это нехватка навыков, а не людей. Нам нужно перестать вести подсчет людей и начать вести подсчет профессиональных навыков. Кроме того, мы должны принять безотлагательные меры по организации обучения специалистов и развитию навыков, которые будут необходимы нам в будущем. Здесь речь идет также о выделении отдельной учебной специальности медицинских работников общего профиля и признании равной или даже большей значимости персонала общей практики по сравнению с другими специалистами.

Нам нужно развивать такие системы обучения, в рамках которых учащимся не навязывается с самого начала то, кем они станут по завершении учебного курса: например, дать возможность перехода с профиля обучения сестринскому делу на профиль врача. В перспективе большинство программ профессионального обучения медицинских работников должно стать модульным – специалисты могли бы постепенно получать квалификацию в разных областях, вместо того чтобы обязательно проходить все обучение сразу. В то же время, мы должны предоставить людям стимулы для того, чтобы они дольше оставались в медицинской профессии. Увеличение длительности карьеры специалистов здравоохранения также может способствовать решению проблемы нехватки квалифицированных кадров.

Будущее здравоохранения будет многогранным и непростым. Поэтому нам необходимо по-новому смотреть на кадры здравоохранения, найти новые способы развития кадровых ресурсов, новые способы организации обучения специалистов и новые способы ведения пациентов. Если мы хотим, чтобы к 2030 г. у нас функционировала эффективная и устойчивая система трудовых ресурсов здравоохранения, нам необходимо реализовать принципиально новый и даже несколько радикальный подход.

Ограничение ответственности: Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

PANORAMA PEOPLE

Interview with Mark Pearson



By Sampreethi Aipanjiguly

Mark Pearson is the Deputy Director of Employment, Labour and Social Affairs at the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

What current challenges does the health workforce face?

There are two big stories going on in the health workforce – digitalization and people-centred care.

In the past, new technologies affected low-skilled jobs. But now, routine-skilled jobs – such as those of radiologists and potentially anaesthetists – are also being affected, because they can be automated. The second wave, which will have an even more profound effect on the health workforce, is related to artificial intelligence. Within the next decade, artificial intelligence will be able to read tests, diagnose conditions and prescribe treatment, all based on algorithms. It may very well be that the role of doctors in diagnosis becomes much less important.

The second issue at play in the health labour market has to do with the refocusing of our health systems. The question, then, is how to structure a workforce to match the needs of people-centred care. Different sets of skills are needed, and the health workforce needs to focus more on managing conditions than correcting problems.

Taken together, these two factors indicate the need for more information and communications technology (ICT) and soft social skills competencies to help people navigate health systems and to advise them on managing their own health conditions. The need for these skills applies to the auxiliary health workforce as well. There is also no reason to stay with the current categories of health workers, such as doctors and nurses: the focus should be on competencies rather than on categories.

Where must efforts be focused to achieve the goals set for 2030?

The lack of ICT skills in our health workforce is a serious problem and that should definitely be a priority. There is also a high degree of skills mismatch, particularly for nurses, who are overskilled for the work they actually do

and have unused potential. At a time when our public health budgets are under tremendous pressure, we have a very highly trained workforce whose skills are not being used.

There is also a high degree of underskilling in the health workforce, with people being asked to do things they are not skilled in. This is a sign that the current system of doctors and nurses is not working. We have the same system we had 70 years ago, and it is not adapted to health system reality.

We should think about using the skills people have, and moving towards a competency-based framework for skill development rather than a profession-based approach. Health systems invest a lot in keeping people's skills up to date, but it needs to be more than that – there needs to be a change in how we view those skills. A lot more effort is going to be needed to keep people's skills up to date because technology is changing very rapidly, and that will affect the way that we deliver health services.

What will tomorrow's health workforce look like, if it is to effectively meet Europe's population health priorities by 2030?

The health worker of the future will have different sets of skills and also be more international. Moving towards a competency-based system makes it feasible to have competencies recognized across borders. Health workforce migration puts pressure on health systems as they lose some of their key workers. And yet, this coexists with the issue of health workers who have migrated often not being able to use their skills because they need to requalify in their new local system. This is obviously a tragedy from the point of view of the individual, but it is also a huge waste of resources. Moving towards a competency-based system with international recognition means that we will be able to use our workforce much better. But that will also mean that countries will need to start paying their health workers appropriately.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Марком Пирсоном



Самприти Айпанджигули

Марк Пирсон является заместителем директора по вопросам трудоустройства, труда и социальных дел Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

С какими трудностями сталкиваются в настоящее время работники здравоохранения?

На трудовые ресурсы здравоохранения сейчас влияют две основные тенденции – переход к электронным технологиям и оказание медицинской помощи, ориентированной на нужды людей.

В прошлом новые технологии затрагивали низкоквалифицированных работников. Но сейчас новые технологии оказывают влияние и на стандартные квалифицированные профессии, такие как профессия радиолога и, возможно, анестезиолога, т.к. их можно автоматизировать. Вторая волна, которая может оказать еще большее воздействие на работников здравоохранения, связана с искусственным интеллектом. В следующем десятилетии с его помощью будет возможно интерпретировать результаты анализов, диагностировать патологические состояния и назначать лечение – и все это на основе алгоритмов. Вполне возможно, что роль врача при постановке диагноза значительно снизится.

Вторая значимая для рынка труда здравоохранения тенденция связана с переориентацией наших систем здравоохранения. В этой связи встает вопрос: как структурировать трудовые ресурсы в соответствии с потребностями системы здравоохранения, ориентированной на нужды людей. Необходимы другие наборы навыков, при этом трудовые ресурсы должны больше концентрироваться на процессе ведения болезней, а не на процессе устранения проблем.

Вместе эти два фактора указывают на необходимость более широкого применения информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) и важность развития навыков межличностного общения, которые требуются, чтобы помочь людям лучше ориентироваться в системе здравоохранения и предоставлять им рекомендации по самоведению своих заболеваний. Такие навыки необходимо развивать и у вспомогательного медицинского персонала. Кроме того, нет надобности в сохранении существующих категорий

медицинских работников, таких как врачи и медсестры: в центре внимания должны быть профессиональные компетенции, а не категории.

В каких направлениях необходимо сосредоточить усилия, чтобы достичь поставленных на 2030 г. целей?

Отсутствие у медицинских работников навыков работы с ИКТ – это серьезная проблема, решение которой, несомненно, должно быть одним из приоритетов. Также существует высокая степень несоответствия между профессиональными навыками и требованиями работы, особенно это касается медсестер, которые сверхквалифицированы для выполнения своих функций и обладают значительным неиспользуемым потенциалом. Сегодня, когда бюджеты здравоохранения подвергаются огромному давлению, мы имеем чрезвычайно высококвалифицированные трудовые ресурсы и в то же время не используем их навыки.

С другой стороны, среди работников здравоохранения в значительной степени наблюдается недостаток навыков, когда их просят сделать то, чего они делать не умеют. Это признак того, что современная система разделения на врачей и медсестер не работает. Сейчас у нас такая же система, что и 70 лет назад, и она не соответствует современным реалиям сектора здравоохранения.

Нам следует подумать об использовании профессиональных навыков, которыми уже обладают работники, и о переходе к механизму формирования навыков на основе компетенций, а не на основе профессии. В рамках систем здравоохранения значительные средства инвестируются в повышение квалификации, но необходимо сделать еще больше – необходимо изменить наше восприятие профессиональных навыков и профессиональной квалификации. Из-за стремительного развития технологий для поддержания и повышения квалификации в соответствии с современными требованиями скоро будет требоваться гораздо больше усилий, и это отразится на методах предоставления услуг здравоохранения.

Какими должны быть завтрашние трудовые ресурсы здравоохранения, чтобы к 2030 г. они могли эффективно справляться с приоритетными задачами, связанными со здоровьем населения Европы?

Медицинский работник будущего будет обладать разными наборами навыков и не будет привязан к какой-то одной стране. Переход к системе, основанной на компетенциях, сделает возможным подтверждение и признание компетенций за пределами национальных границ. Миграция трудовых ресурсов оказывает давление на системы здравоохранения, т.к. они теряют часть своего ключевого квалифицированного персонала. В то же время существует проблема, когда мигрирующие медицинские работники зачастую не могут использовать свои навыки из-за необходимости подтверждать квалификацию на новом месте. И это не только трагедия для специалиста, но и напрасная трата значительных ресурсов. Переход к системе, основанной на компетенциях, с международным признанием квалификации означает, что мы сможем обеспечить намного более оптимальное использование наших трудовых ресурсов. Но также это означает, что страны будут должны оплачивать труд своих медицинских работников надлежащим образом.

Ограничение ответственности: Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

PANORAMA PEOPLE

Interview with Julian Vadell Martinez



By Chelsea Hedquist

Julian Vadell Martinez is a registered nurse and is currently pursuing a master's degree in public health in France. He is president of the European Nursing Student Association (ENSA).

How do you envisage the health workforce in 2030?

I am optimistic and like to imagine that we will have a larger number of dedicated health professionals, to address the shortage of nurses, for example, that we see in many European countries. The way to address such shortages is by making nursing and other medical professions more attractive. This requires adequate resources, of course, but I think it goes beyond that. We need to change the perspective of nurses and medical professionals from the start, from the point of their education. We need professors who will sit down with students and say, "You are the future. Now let's discuss and share ideas about that future." We need to be allowed to think critically about why we do things and why certain processes do or don't work. If they don't work, we need to have the freedom to ask what we can do to change them. Without critical thinking, the profession will not grow and progress.

What needs to be addressed urgently to meet Europe's health needs in 2030 and beyond?

I see two key priority areas: the first is the ageing population and how we will care for the elderly; the second is health inequalities. We don't need to go outside Europe to see dramatic health inequalities. We have people here who don't have the right to health, who don't have the means to pay for the medical treatment or care they need, and health systems that do not offer them other options. We need to think about what will happen in 10 or 15 years when these people, who have not been receiving the care they need for so many years, are confronted with major medical issues. This will affect budgets and it will affect society. We will suffer the consequences later for not acting today, and the cost may be more than we can handle.

How must the health workforce change if it is to achieve the goals set for 2030?

We need to stop overemphasizing the clinical and hospital view, and we need to work harder on health prevention and promotion. The evidence tells us that these areas are vital, especially when it comes to caring for an ageing

population. We also need to look beyond specialization. Being an expert can be very useful, but we also need to be prepared to manage all kinds of health situations. We need to give nurses and other health professionals tools to approach many different health problems in many different ways.

We also need to make interprofessional collaboration a reality. We talk about it, study it, take exams on the subject. But do we really put it into practice? We cannot understand health without collaborating with other professions. It's crazy even to try and it's harmful for patients.

We need to take the initiative to collaborate ourselves – it can't be imposed from above. This means meeting together as doctors, nurses, nursing assistants, physiotherapists, psychologists and more, respecting each other as peers and recognizing that we are all here for the patients. If we all love what we do and all share the same objective, then there shouldn't be a problem collaborating.

It takes time to change a profession, but 2030 is not far away. So we have to start making these changes now and we, as health professionals, have to be leaders in making change happen.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Джулианом Ваделем Мартинесом



Челси Хедквист

Джулиан Вадель Мартинес – дипломированный медбрат, в настоящее время проходящий обучение во Франции на степень магистра в области общественного здравоохранения. Джулиан является президентом Европейской студенческой ассоциации сестринского персонала (ENSA).

Какими Вы видите кадры здравоохранения в 2030 г.?

Я с оптимизмом смотрю в будущее и надеюсь, что у нас будет больше приверженных своему делу специалистов здравоохранения, что поможет решить проблему нехватки сестринского персонала, актуальную сегодня для многих стран Европы. Восполнить нехватку специалистов можно благодаря повышению привлекательности сестринского дела и других медицинских профессий. Для этого необходимы существенные ресурсы, но я считаю, что не только это. Мы должны с самого начала, еще с момента обучения, менять видение будущего для медсестер и других медицинских специалистов. Нам нужны преподаватели, которые сказали бы своим студентам: «Вы – наше будущее. Давайте обсуждать будущее и делиться идеями о том, каким мы его сделаем». Мы должны иметь возможность критически оценивать то, почему мы поступаем так, а не иначе, и почему одни процессы работают, а другие – нет. Если что-то не получается, мы должны иметь возможность спросить, как это можно исправить. Без критического мышления в нашей профессии невозможно развитие и движение вперед.

Какие безотлагательные меры необходимо принять сегодня, чтобы обеспечить надлежащее реагирование на потребности в сфере охраны здоровья, которые будут актуальными после 2030 г.?

Я вижу два приоритетных направления: первое – это проблема старения населения и обеспечения медицинской помощи для пожилых людей, а второе – это неравенство в сфере здравоохранения. Нам не нужно выезжать за пределы Европы, чтобы столкнуться с серьезными неравенствами в отношении здоровья. Мы видим людей, у которых нет права на здоровье, нет средств для оплаты необходимого им лечения или помощи, а системы здравоохранения не предлагают им никаких других вариантов. Нам нужно подумать о том, что мы будем делать через 10–15 лет, когда эти люди, которые годами не получали

необходимой помощи, столкнутся с серьезными проблемами со здоровьем. Это сильно затронет бюджет, и это сильно затронет наше общество. Последствия сегодняшнего бездействия ждут нас в ближайшем будущем, и еще неизвестно, сможем ли мы с ними справиться.

Какие изменения необходимы в системе кадровых ресурсов здравоохранения для достижения целей, поставленных на 2030 г.?

Мы должны перестать придавать чрезмерное значение вопросам клинической и больничной практике, и начать уделять гораздо больше внимания профилактике и укреплению здоровья. Данные исследований показывают, что эти направления работы чрезвычайно важны, особенно в контексте обеспечения медицинской помощи для стареющего населения. Кроме того, мы должны отойти от узких специализаций. Быть экспертом в какой-то узкой области замечательно, однако мы также должны быть готовыми к самым разным ситуациям. Мы должны снабдить сестринский и другой медицинский персонал инструментами и навыками, которые позволят специалистам иметь в арсенале множество способов реагирования на различные проблемы.

Также нам следует воплотить на практике механизмы межпрофессионального сотрудничества. Мы обсуждаем этот вопрос, изучаем его, сдаем экзамены... Но когда мы начнем реализовать его в реальной жизни? Невозможно понять все аспекты здоровья без взаимодействия с другими профессиями. Неразумно даже пытаться сделать это, что и говорить о вреде, который при этом можно нанести пациентам.

Для развития сотрудничества мы должны взять инициативу в свои руки, этот процесс не может быть «спущен» нам сверху. Это означает, что мы должны проводить совместные встречи с участием врачей, старшего и младшего сестринского персонала, физиотерапевтов, психологов и других специалистов, уважая друг друга как равных и признавая роль каждого в работе во благо пациентов. Если мы все будем любить свою работу и иметь общую цель, сотрудничество станет естественным процессом.

На модификацию отрасли потребуется время, а 2030 г. не так уж далеко. Изменения необходимы уже сейчас, и мы как специалисты здравоохранения должны взять на себя лидирующую роль в реализации этих изменений на практике.

Ограничение ответственности: Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

PANORAMA PEOPLE

Interview with Annette Widmann-Mauz



By Chelsea Hedquist

Annette Widmann-Mauz is Parliamentary State Secretary to the Federal Minister of Health of Germany and, since 1998, a member of the German Bundestag. Since September 2015 she has been Federal Chair of the Women's Union (CDU).

What are some of the key priorities that require action if we hope to achieve a more effective and sustainable workforce by 2030?

It is clear that the world needs fit-for-purpose health and social workforces if we want to advance universal health coverage to ensure that every person enjoys the right to health. This objective is embedded in target 3.8 of the United Nations Sustainable Development Goals. The High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth has played a crucial role in identifying priorities and making recommendations to help the world reach this important goal.

The Commission put forward a report with 10 recommendations in September 2016 at the United Nations General Assembly; the report has now been translated into an agreed five-year action plan. While all the recommendations are extremely relevant, I would emphasize two: creating jobs (recommendation 1) and ensuring gender equality and women's rights (recommendation 2).

How can we address these two areas and other key recommendations from the Commission?

Population growth means that the health and care sectors will play an ever greater role in our economies. This means that it is important to find an answer to the growing global demand for health and care workers and to address projected shortages. Investments that increase the overall productivity of the health sector and produce better health outcomes are a cornerstone for building strong health systems and stronger economies.

With regard to ensuring gender equality, I would underscore that jobs in the health and care sectors tend to employ large numbers of women. For example, in a sample of 123 countries, women make up 67% of employment

in the health and social sectors compared with 41% of total employment. However, women's employment, especially in health care-related work, is often not well recognized and not valued appropriately. Across the health workforce, women remain underrepresented in leadership positions. Studies also indicate that gender stereotypes persist in the health workforce and the burden of informal (and/or unpaid) health care falls disproportionately on women.

This is the important "take home" message: throughout the world, women have a key role in health and care provision and are thus a major driver of health. Women tend to take care of health in the family. Women are generally the caregivers at home and comprise a large part of the workforce in the health sector. To be very frank, most – if not all – health systems are built on a foundation of women health workers who are often informal, poorly paid – if at all – and poorly supported. Taking action on health workforce issues will mean valuing our current workforce to ensure an adequate supply of health professionals.

In the WHO European Region, the development of a framework for action on health workforce sustainability will assist in accelerating the implementation of the 10 recommendations from the Commission. I firmly believe that we need the political and paradigm shift initiated by the Commission, and supported by the framework, to promote investment in the health sector. This in turn will stimulate inclusive and sustainable economic growth, productive employment, decent work and better health for all people worldwide.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Аннете Видман-Мауц



Челси Хедквист

Аннете Видман-Мауц является парламентским государственным секретарем при федеральном министре здравоохранения Германии и с 1998 г. – членом Бундестага. С сентября 2015 г. занимает должность федерального председателя Союза женщин (CDU).

По каким приоритетным направлениям следует работать для обеспечения к 2030 г. более эффективных и устойчивых трудовых ресурсов?

Ясно, что если мы хотим достичь всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечить реализацию каждым человеком своего права на здоровье, миру нужны надлежащие трудовые ресурсы в секторе здравоохранения и социального обеспечения. Это предусмотрено в задаче 3.8 Целей устойчивого развития Организации Объединенных Наций. Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста сыграла важную роль в определении приоритетов и предоставлении рекомендаций для того, чтобы помочь миру достичь этой важной цели.

На сессии Генеральной ассамблеи ООН, прошедшей в сентябре 2016 г., Комиссия представила доклад с десятью рекомендациями, который сейчас преобразован в согласованный пятилетний план действий. Хотя все рекомендации очень актуальны, я бы хотела особо отметить две: создание новых рабочих мест (рекомендация 1) и обеспечение гендерного равенства и прав женщин (рекомендация 2).

Каким образом мы можем выполнить эти и другие ключевые рекомендации Комиссии?

Из-за роста населения секторы здравоохранения и социального обеспечения будут играть еще более важную роль в экономике наших стран. Это означает, что нам необходимо найти решения таких насущных проблем, как растущий глобальный спрос на кадры здравоохранения и их прогнозируемая нехватка. Инвестиции, повышающие общую продуктивность труда в секторе здравоохранения и способствующие улучшению результатов в отношении здоровья, являются краеугольным камнем в создании мощных систем здравоохранения и в укреплении экономики.

Что касается обеспечения гендерного равенства, я бы хотела подчеркнуть, что в секторах здравоохранения и социального обеспечения занято большое число женщин. Например, в выборке из 123 стран среди работников сектора здравоохранения и социального обеспечения на женщин приходится 67% против 41% от общей численности работающих. Однако труд женщин, особенно связанный с уходом, зачастую не получает должного признания и не ценится должным образом. Женщины по-прежнему недостаточно представлены на руководящих должностях в секторе здравоохранения. Результаты исследований также указывают на существование гендерных стереотипов среди трудовых ресурсов здравоохранения, а также на то, что основное бремя неофициальной (и/или неоплачиваемой) работы по уходу за больными приходится на женщин.

Из этого необходимо вынести важную мысль: во всем мире женщины играют ведущую роль в оказании медико-санитарных услуг и помощи и фактически являются основной движущей силой здравоохранения. Именно женщины заботятся о здоровье членов своей семьи. Они обычно выступают в роли лиц, осуществляющих уход на дому, и составляют большую долю трудовых ресурсов в секторе здравоохранения. Говоря откровенно, большинство систем здравоохранения (если не все они) опираются на труд женщин, которые зачастую работают без официального оформления, получают низкую зарплату (или работают без оплаты) и не имеют надлежащей поддержки. Меры, принятые для решения проблем в области трудовых ресурсов здравоохранения, будут означать признание ценности уже имеющихся у нас кадровых ресурсов, способствуя тем самым надлежащей обеспеченности ими.

В Европейском регионе ВОЗ разработка рамочной основы для действий по обеспечению устойчивых кадров здравоохранения поможет ускорить выполнение десяти рекомендаций Комиссии. Я твердо убеждена, что для обеспечения роста инвестиций в сектор здравоохранения нам необходимы политические изменения и сдвиг парадигмы, импульс которым дала Комиссия, и в поддержку которых разработана рамочная основа для действий. Это, в свою очередь, стимулирует обеспечение инклюзивного и устойчивого экономического роста, продуктивной занятости, достойного труда и укрепления здоровья всех и каждого.

Ограничение ответственности: Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

PANORAMA PEOPLE

Interview with Professor Salomudin Yusufi



by Elizaveta Busygina

Professor Salomudin Jabbor Yusufi of the Republic of Tajikistan Academy of Medical Sciences, Head of the Department of Medical and Pharmaceutical Education, Health Personnel Policy and Science at the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

What human resources challenges and problems does the Tajik health system have to contend with?

In Tajikistan, as in other countries in the Region, qualified health workers are the cornerstone of the health system and a prerequisite for successful organizational changes. The tasks we face are complex, as they involve the professional training of health workers, the appropriate geographical distribution and their retention, thus guaranteeing the right of citizens to enjoy access to timely, affordable and high-quality health care. To meet these challenges successfully, the Ministry of Health and Social Protection needs to work closely with all agencies, relevant organizations and structures at national and provincial level.

The collapse of the Soviet health system, the transition to a market economy and the emergence of private medical organizations has had a big impact on health workforce regulation and planning in Tajikistan. The new conditions in which the health system operates, which are a consequence of the demographic, epidemiological, social and financial changes in recent years, have caused serious human resources problems. Unfortunately, there has also been a disconnect between the strategy for developing the health system and the human resources planning and forecasting strategy. The underfunding of the health sector has worsened, with a consequential impact on health workers' pay and motivation, leading to a high turnover of personnel, labour outflows and internal and external migration. The result of these hard-to-control processes has led to a considerable geographical maldistribution of health workers between the different districts and cities in Tajikistan. There is a wide variation in the ratio of specialists to population: for example, the district with the highest physician-to-population ratio has 14 times more coverage than the district with the lowest.

A significant disproportionality is observable in the number of medical school entrants: there are noticeably fewer students from districts with a low physician-to-population ratio than there are students from districts with a higher density of physicians.

What measures are being taken to address these issues and strengthen human resources for health in Tajikistan?

To address the issue of the uneven distribution and density of health workers, the Tajik Government, in partnership with the Ministry of Health and Social Protection, annually establishes quotas for students from remote areas. These prospective students are granted privileges in the form of bonus marks on enrolment. The number of State-funded places for university entrants is being increased. The Abuali ibni Sino State Medical University is implementing similar measures for 36 districts with a low density of health workers. As a result, since 2007, there has been a gradual increase in the number of physicians and nurses nationwide, and fewer districts are experiencing a shortage of health workers.

In 2008 Tajikistan adopted the Policy Framework for reform of national medical and pharmaceutical education with a view to improving the system of professional training for health workers. The policy framework seeks to bring the Tajik system of medical education into line with international standards, involving a stepwise transition to a new set of national standards, the introduction of an accreditation scheme for educational institutions and programmes, changes in the method of assessing graduates' qualifications and conditions of access to practical work experience at all stages in training. Shaping and developing academic potential among health workers is another priority identified by the Ministry.

Targeted training of qualified health workers has been identified as a priority under the Policy Framework for health reform adopted in 2002, and this is currently being implemented under the 2009 Health worker training programme for the period 2010-2020. Every year, the Ministry of Health sends groups of physicians abroad on short-term assignments for advanced training and familiarization with new developments in various specialist areas, this has been hugely beneficial in transforming the way health workers are trained in Tajikistan.

To address the problem of emigration among Tajik health workers, the Ministry of Health and Social Protection is exploring ways to boost take-home pay and other incentives. In addition, the Ministry requires junior-level specialists whose higher or intermediate medical education was paid for by the Government to accumulate work experience in a designated location for 3 years.

In its work on health workforce policy, the Ministry relies on consultancy and support from a range of international organizations and projects including the World Health Organization. The framework of action for a sustainable health workforce, which will be discussed at the 67th session of the WHO Regional Committee for Europe, is most opportune and very important for Tajikistan. We eagerly await the materials from the Regional Committee and the toolkit, enabling us to access policy and planning instruments, analytical approaches and examples of best practices in the area of human resources for health.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с академиком Саломудином Юсуфи



Елизавета Бусыгина

Профессор, академик Академии медицинских наук Республики Таджикистан Саломудин Джаббор Юсуфи, начальник Управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

С какими вызовами и проблемами кадровых ресурсов сталкивается система здравоохранения Таджикистана?

В Таджикистане, как и в любой другой стране Региона, квалифицированные кадры являются фундаментом системы здравоохранения и ключевым условием успеха ее организационных преобразований. Перед нами стоят непростые задачи, связанные с профессиональной подготовкой кадров здравоохранения, их рациональным распределением и закреплением с целью обеспечения права граждан на получение своевременной, доступной и качественной медицинской помощи. Для успешного решения поставленных задач необходимо тесное взаимодействие Министерства здравоохранения и социальной защиты населения со всеми ведомствами и соответствующими организациями и структурами на уровне республики и областей.

Распад советской системы здравоохранения, переход к рыночной экономике и появление частных медицинских организаций существенно повлияли на регулирование и планирование кадров в республике. Новые условия функционирования системы здравоохранения, связанные с демографическими, эпидемиологическими, социальными и финансовыми изменениями последних лет, привели к возникновению серьезных проблем в области кадровых ресурсов. К сожалению, стоит также отметить и отсутствие надлежащей связи между стратегией развития системы здравоохранения и системой прогнозирования и планирования кадров. Усугубляет положение дефицит финансирования здравоохранения, что отражается на уровне заработной платы работников, их мотивации, возрастающей мобильности профессиональных кадров, включая их отток из отрасли, внутреннюю и внешнюю миграцию. Результатом этих трудно контролируемых процессов стала выраженная неоднородность в географическом распределении

работников здравоохранения между отдельными районами и городами внутри страны. Наблюдается большой разброс в обеспеченности населения специалистами, например, соотношение между районом с наиболее низким и наиболее высоким уровнем обеспеченности врачами составляет 1:14.

В республике наблюдается существенная диспропорция в количестве студентов, поступивших в медицинские вузы: студентов из районов с низким уровнем обеспеченности врачами значительно меньше, чем студентов, приехавших из районов с более высоким уровнем обеспеченности.

Какие действия, направленные на решение проблем и укрепление кадровых ресурсов здравоохранения, предпринимаются в республике?

С целью решения проблемы неравномерного распределения и обеспеченности кадрами правительство страны совместно с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения ежегодно устанавливает квоты для студентов, поступающих в учебные заведения из отдаленных районов, таким абитуриентам предоставляются льготы в виде бонусных баллов при зачислении. Увеличивается количество бюджетных мест для поступающих в вузы. Подобные меры предпринимаются Таджикским государственным медицинским университетом имени Абуали ибни Сино для 36 районов страны с низкой обеспеченностью медицинскими кадрами. Благодаря таким мерам начиная с 2007 г. в стране наблюдается постепенное увеличение численности врачей и медсестер, а также уменьшение количества районов, отмеченных нехваткой медицинских кадров.

В 2008 г. в стране была принята Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан, цель которой заключается в улучшении системы профессиональной подготовки кадров здравоохранения. Данная Концепция предусматривает приведение системы медицинского образования в республике в соответствие с международными требованиями, что подразумевает последовательный переход на новую систему государственных стандартов, введение системы аккредитации образовательных учреждений и программ, изменение системы оценки квалификации выпускников и их допуска к практической работе на всех этапах обучения. Среди прочих приоритетных задач министерством были определены также формирование и развитие научно-педагогического потенциала кадров.

Целевая подготовка квалифицированных медицинских кадров является одним из приоритетных направлений Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан 2002 г. и в настоящий момент реализуется в рамках принятой в 2009 г. Программы подготовки медицинских кадров на 2010–2020 годы. Заметное продвижение в преобразовании системы подготовки медицинских кадров в республике обеспечивается за счет ежегодного направления Министерством здравоохранения групп врачей в краткосрочные командировки в зарубежные государства для повышения квалификации и освоения новых направлений специальностей.

Для предупреждения оттока профессиональных медицинских кадров из страны Министерство здравоохранения и социальной защиты Таджикистана рассматривает возможность увеличения заработной платы работников и другие виды поощрения. Кроме того, министерство предписывает молодым специалистам, получившим высшее или среднее медицинское образование на бюджетной основе, необходимость отработки по месту направления в течение 3 лет.

В своей работе в области кадровой политики министерство опирается на консультативную помощь и поддержку ряда международных организаций и проектов, в том числе и Всемирной организации здравоохранения. Вопрос рамочной основы для действий по обеспечению устойчивых кадров здравоохранения, выносимый на обсуждение шестьдесят седьмой сессии Регионального комитета ВОЗ, чрезвычайно актуален и представляет особую важность для Таджикистана. Мы с нетерпением ждем

материалов Регионального комитета и пособия, обеспечивающего доступ к инструментам политики и планирования, аналитическим подходам и примерам надлежащей практики в области кадровых ресурсов в здравоохранении.

Ограничение ответственности: Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

ORIGINAL RESEARCH

Regional disparities in human resources and infrastructure in public eye care services in Uzbekistan

Kamola Babamuradova¹, Zafar Sidikov², Masao Ichikawa³¹ Department of Global Health Policy, University of Tokyo, Japan (At the time of the study author's affiliation was with the University of Tsukuba, Japan.)² Republican Specialized Centre for Eye Microsurgery, Tashkent, Uzbekistan³ Department of Global Public Health, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, JapanCorresponding author: Kamola Babamuradova (email: camola.babamuradova@gmail.com)

ABSTRACT

Background: In Uzbekistan the number of people with visual impairment has reportedly doubled since 2002. *Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019* is a WHO initiative that aims to eliminate avoidable visual impairment and blindness and to reduce the number of people with visual impairment by 25% through improved provision of eye care. The objective of this study is to examine the regional disparities in human and technical resources and infrastructure in eye care in Uzbekistan, using the WHO initiative's indicators.

Methods: All public health care facilities providing eye care services in Uzbekistan were invited to participate in the study. The survey questionnaires were adapted from the VISION 2020 situation analysis data collection tool and included questions to

elicit general information and data on infrastructure and human and technical resources. The self-administered questionnaires were sent to and collected from the facilities electronically.

Results: The results of the study revealed an uneven allocation of human and technical resources among the 13 regions of Uzbekistan and the capital, Tashkent.

Conclusion: Disparities were found between the capital and the Uzbek regions. The results show a strong need to improve the current situation of uneven allocation of resources by reducing the gaps in availability of human resources for eye health, equipment and facilities, as well as promoting eye health as a key factor to achieve the goal of the WHO initiative to reduce the number of people with visual impairment by 25%.

Keywords: EYE CARE, HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, REGIONAL DISPARITIES, UZBEKISTAN

BACKGROUND

Globally, 285 million people have some form of visual impairment, equating to 4.2% of the world's population. Of these, 39 million are blind (1). Using disability-adjusted life-year (DALY) calculations, visual impairment is considered the seventh leading cause of disability in the world (2), but 80% of all causes of eye diseases may be prevented or treated. Of people with visual impairment, 90% live in developing countries. Two main reasons for visual impairment are uncorrected refractive errors (42%) and cataracts (33%) (1). In 2010, 82% of blind people and 65% of people with mild or severe visual impairment were aged over 50 years. With an ageing global population, there is a high chance that visual impairment and blindness will increase (2).

Cost, fear of doctors or treatment and lack of transportation are some of the barriers to accessing eye care (3). Lack of transportation and distance from medical institutions are major problems, particularly in developing countries, and contribute to lower access to care. For instance, a study in Pakistan (4) found that due to lack of access to health services the prevalence of blindness is three times higher in impoverished than in industrialized areas.

In Uzbekistan the number of people with visual impairment has reportedly doubled since 2002 (5). This implies a growing demand for eye health services. Uzbekistan is a Member State in the WHO European Region, whose population includes around 10% of the visually impaired population globally (6). Data for the Region are sparse, and it consists of countries with different levels of development.

Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019 is a WHO initiative to eliminate avoidable (treatable or preventable) visual impairment and blindness. It aims to reduce the number of people with visual impairment by 25% through improvement of eye care systems (1). To achieve this, evidence-based information on the magnitude of the prevalence of visual impairment and blindness and on availability and accessibility of ophthalmic health services are required.

Uzbekistan has 12 regions and one autonomous republic, with a population of over 30 million, 3 million of whom live in the capital, Tashkent. There are 11 regional eye hospitals, two republican hospitals and two specialized eye health centres. As well as these governmental facilities, ophthalmological care is provided by private specialized and multidisciplinary clinics and spectacle-manufacturing workshops, which offer either primary, secondary or tertiary care. Private eye clinics are mainly concentrated in urban areas.

This study is the first of its kind to systematically measure the availability of eye care services in Uzbekistan, examining regional disparities in human and technical resources and infrastructure for eye care using the indicators of the WHO initiative, *Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019*. Based on its results, it is possible to compare the operational capacity and availability of human resources and equipment across the country's regions.

METHODS

The authors conducted a cross-sectional questionnaire survey of public sector eye health care providers in Uzbekistan. All public sector health care facilities providing eye care services were invited to participate. The facilities known before the study were specialized eye care facilities, which coordinated the collection of data from other secondary and primary care eye care facilities. All the facilities are controlled by the country's head ophthalmologist, who is appointed by the Ministry of Health, and each region and the capital also have their own head ophthalmologist. All head ophthalmologists were contacted prior to the study and provided with instructions. They were then sent self-administered questionnaires to complete on behalf of the facilities, which also explained the study's objective and procedures, and included questions about the facility. The first two pages explained the purpose of the study and gave instructions on how to complete the questionnaire. Additionally, pages of the questionnaire were divided into four sections: (1) general information, such as name, location, type of facility, level of care, number of beds for eye care and number of cataract surgeries per year for 2013 and 2014; (2) a list of equipment, including the availability, quantity and condition of the equipment; (3) a list of services provided by; and (4) general information about human resources, such as the number of professional staff available and their role, specialization and eye care professional category. The questionnaires were sent to and collected from the facilities electronically. Data were collected between July and August 2015.

The questionnaire was adapted from the VISION 2020 situation analysis data collection tool with reference to the International Agency for the Prevention of Blindness's *Standard list of equipment, drugs and consumables for VISION 2020 eye care services units* (7, 8). Further adaptations were made in consultation with local ophthalmologists. The list of equipment was adapted to align with the minimum requirements for eye care services established by the Ministry of Health, and translated to the local language.

Ethical approval was provided by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine at the University of Tsukuba, Japan.

RESULTS

TYPES OF FACILITY

Health services for eye care are provided at the levels of care described in Table 1. The levels of care were defined using the Situation analysis of VISION 2020 of the WHO South-East Asia Region (7). In addition, each facility had to define its levels of care depending on the available services described in Table 1. The number of rural physician points originated from the Ministry of Health. For the purpose of this study, rural physician points are defined as small facilities that provide primary care specifically in rural areas. Rural physician points do not provide services of eye care specialists; hence it was decided to divide eye care services into three categories. However, it is important to mention that rural physician points provide services of general practitioner as well as referral services. Rural physician points were not included in the study, but are mentioned to illustrate the availability of referral services in rural areas. Four tertiary specialized hospitals provide advanced surgical procedures, which require expensive equipment and highly qualified personnel. Secondary care such as cataract and glaucoma treatment is provided by 20 hospitals, medical centres and specialized hospitals. Basic eye care services are provided by 553 institutions; these are mainly regional, district and town hospitals, outpatient hospitals (polyclinics) and health centres that provide diagnostic and referral services, with one or two ophthalmologists at each unit. Aside from institutions providing ophthalmological care, 2958 rural physician points provide general practitioner services, including vaccination and referral services.

TABLE 1. AVAILABLE PUBLIC EYE CARE SERVICES

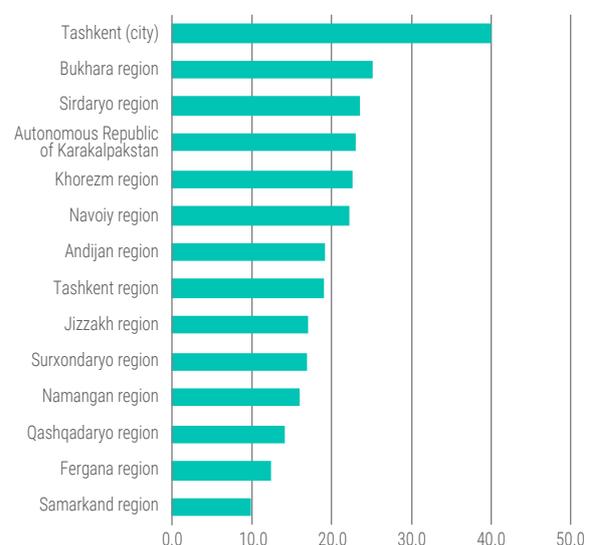
Level of care	No. of facilities	Description
Rural physician points	2958	Health centres located in rural areas with one or several general practitioners
Primary (diagnostic, refractive and referral services)	553	Regional, district, town general hospitals, outpatient hospitals (polyclinics), health centers providing diagnostic, refractive and referral services
Secondary (cataract surgery, glaucoma detection and therapy)	20	General hospitals and specialized hospitals providing basic surgical procedures, including cataract and glaucoma treatment
Tertiary (advanced surgical procedures, including vitreo-retinal surgery and laser photo-coagulation)	4	Specialized eye hospitals providing advanced surgical procedures, including vitreo-retinal surgery and laser photo-coagulation

DISTRIBUTION OF THE FACILITIES

Each region of Uzbekistan and the Autonomous Republic of Karakalpakstan has at least one secondary or tertiary facility providing eye care services. Most such facilities, however, are concentrated in Tashkent, which has two tertiary specialized eye care facilities and nine specialized and non-specialized facilities providing secondary eye care. The facilities are unevenly distributed across the country, creating discrepancies between the capital and other regions.

Fig. 1 shows the distribution of eye care facilities per million population. Services are mainly provided at the primary care level (553 of the 577 facilities), with eye care units in most hospitals, polyclinics and health centres, while secondary and tertiary care is provided by less than 1% of all facilities. Three regions have 20

FIGURE 1. NUMBER OF FACILITIES WITH EYE CARE SERVICES PER 1 MILLION POPULATION (2014)



or fewer primary care facilities. The Samarkand region and the Autonomous Republic of Karakalpakstan have no facilities providing secondary care, although each has one tertiary eye care hospital. The only other tertiary facilities are in the capital, Tashkent.

HUMAN RESOURCES FOR EYE HEALTH

Fig. 2 represents the ratio of ophthalmologists to the population, showing a large difference in numbers between the regions and the capital. The capital, Tashkent, is the only area with more than 60 ophthalmologists per 1 million population. The lowest ratio is in the Sirdaryo region, with 23.6 ophthalmologists per 1 million population. The result for nurses is partially similar, with 158.1 per 1 million population for the capital and only 11 for the Tashkent region.

Data on demographic characteristics of human resources for eye health could only be collected from the Republican Clinical Ophthalmological Hospital and the Republican Specialized Centre for Eye Microsurgery, both in Tashkent. All physicians in the country are classified according to qualification or category, with three categories of highest, first and second. Each of the categories can be received with years of experience and accreditation every five years. There are also ophthalmologists without a category, who are usually young specialists. The mean age of ophthalmologists in the highest category ($n=33$) is 46.5, with 20.4 average years of practice, while age and years of practice within the highest category are 50 and 22, respectively. Females account for 67% of ophthalmologists, showing that gender still plays an important role in choice of specialization in Uzbekistan. Further, 100% of the nurses in the eye care facilities are female.

CATARACT SURGERY RATE (CSR)

The CSR refers to the number of cataract surgeries per year per 1 million population; this is one of the main indicators used in the *Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019* initiative. For this study, CSR data were collected for 2013 and 2014. As can be seen in Fig. 3, CSR fluctuates by region, showing large discrepancies within the country. The highest rate is in the capital, at more than 2000 for both 2013 and 2014. The second highest rate is in the Sirdaryo region, while all other regions have quite low CSRs, leading to a very low national average of below 500: this is the lowest rate worldwide (9).

If the CSRs of the capital and the Tashkent region are combined, however, the overall rates are 1095 and 1020 for 2013 and 2014, respectively. The highest rate then occurs in the Sirdaryo region which has the smallest population. One possible reason for the low CSR in the Tashkent region is that the population has the opportunity to receive surgery in the capital.

FIGURE 2. NUMBER OF OPHTHALMOLOGISTS PER 1 MILLION POPULATION (2014)

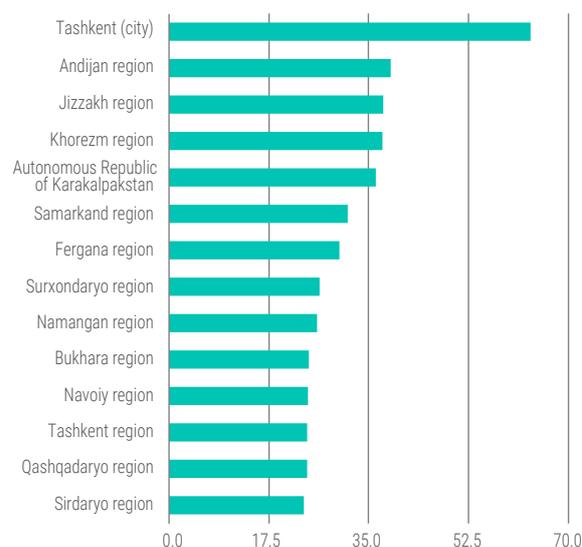


FIGURE 3. CSR 2013–2014

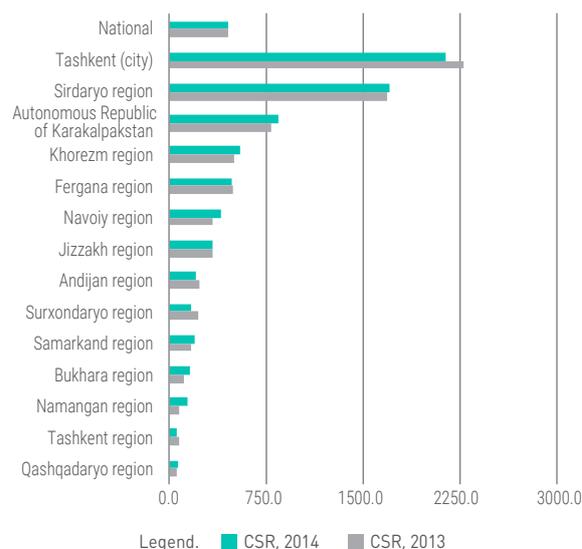


Table 2 presents detailed information on the process indicators of *Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019* for each region.

TABLE 2. TOWARDS UNIVERSAL EYE HEALTH: A GLOBAL ACTION PLAN 2014–2019. PROCESS INDICATORS BY REGION/CITY (2014–2015)											
Region/city	Population in 2014 (thousands)*	Share of total population (%)	Number of facilities with eye care services**	Number of eye beds**	CSR in 2014	CSR per ophthalmologist in 2014	Number of ophthalmologists**	Number of operational theatres**	Number of ophthalmic nurses**		
Tashkent (city)	2352.9	7.7	40.0	68.9	2135.7	33.7	63.3	5.1	158.1		
Tashkent region	2725.9	8.9	19.1	14.7	57.6	2.4	24.2	0.4	11.0		
Samarqand region	3445.6	11.3	9.9	37.7	199.7	6.4	31.1	1.2	31.1		
Andijan region	2805.5	9.2	19.2	21.4	212.4	5.5	38.9	0.7	21.0		
Bukhara region	1756.4	5.8	25.1	43.3	160.0	6.5	24.5	1.1	32.5		
Fergana region	3386.5	11.1	12.4	29.5	488.7	16.4	29.8	0.9	57.0		
Jizzakh region	1226.8	4.0	17.1	63.6	340.7	9.1	37.5	1.6	70.1		
Qashqadaryo region	2895.3	9.5	14.2	25.9	65.3	2.7	24.2	0.3	60.1		
Khorezm region	1684.1	5.5	22.6	29.7	550.4	14.7	37.4	1.2	41.0		
Namangan region	2504.1	8.2	16.0	16.0	145.0	5.6	26.0	0.4	35.1		
Navoiy region	901.1	3.0	22.2	44.4	402.8	16.5	24.4	2.2	62.1		
Surxondaryo region	2308.3	7.6	16.9	43.3	170.7	6.5	26.4	0.9	64.5		
Sirdaryo region	763.8	2.5	23.6	45.8	1704.6	72.3	23.6	2.6	47.1		
Autonomous Republic of Karakalpakstan	1736.5	5.7	23.0	46.1	841.9	23.2	36.3	1.2	47.2		
TOTAL	30492.8	100.0	18.9	35.0	453.2	14.1	32.2	1.2	51.8		

* according to government statistics

** per 1 million population

DISCUSSION

This study analysed the regional disparities in human resources and infrastructure in eye care services in Uzbekistan. The results show visible disparities between the regions and the capital. The three leading eye diseases in the country are cataract, glaucoma and diabetic retinopathy, which are most common among the people aged over 50 years (1).

CSR

Despite the availability of eye care personnel, equipment and facilities, CSR in developing countries is still low compared to more developed countries of the WHO European Region and the world (10). According to the study results, the CSR in Uzbekistan's public facilities is below 500, making it among the lowest CSRs globally, alongside other countries in Africa and South-East Asia; however, most low- and middle-income countries in the world have a CSR of 1000 or more. Although the CSR in the capital Tashkent exceed 2000, bringing it close to some other European countries, the low rate for the whole country shows the enormous cataract surgery disparities among the regions.

CSR represents the incidence of cataract surgery and includes people of all ages while those who are in need of cataract surgery are typically people over 50 years. According to 2014 government statistics, people over 55 comprise nine percent of the entire population, the majority of which is concentrated in the capital, Tashkent, and in the Tashkent region (12.7% and 10.5%, respectively). Considering this, the majority of those at risk reside in the capital where CSR is the highest. However, the results of CSR also show disparities due to medical tourism within the country: those who are able to pay for transportation, surgery and other additional fees travel to leading cities in the country, particularly Tashkent, to undergo cataract surgery, resulting in higher rates in the capital and lower rates in their regions of origin. This might be considered another argument for improvement of the infrastructure in the country's regions. A good example of progress can be seen in India, where the CSR for the country doubled in 10 years, reaching 3000 in the year 2000 (9). This evidence shows that India has managed to provide identical services throughout the country.

Low service utilization remains the major problem for cataract surgery. Several common barriers are perceived by patients in developing countries, including fear of surgery, acceptance of impaired sight as an "inevitable consequence of old age", lack of knowledge, distance from services and many others (9, 10). High costs and poor quality of services also result in poor utilization of cataract surgery (11), and a lack of eye surgeons is another barrier to uptake. In countries where there is a definite lack of ophthalmologists, as in some countries in Africa, a separate specialization of cataract surgeon was created to meet the needs of the population (12). However, cataract surgeons in Uzbekistan are qualified ophthalmologists and their number would be sufficient to perform adequate number of cataract surgeries if adequately distributed. Further research is needed to identify the barriers to cataract surgery in the central Asian region.

One way to increase the CSR is to increase the number of ophthalmologists with specialization in cataract surgery, but in Uzbekistan an easier method would be to establish outreach services, as retention of ophthalmologists in the regions and rural areas seems a more difficult issue to tackle. Such outreach campaigns have sometimes been organized in the country, with specialists from leading tertiary specialized facilities travelling to regional eye care hospitals. They should be organized on a regular basis, however, and include not only specialized eye care facilities but also other secondary or tertiary facilities, given availability of equipment. The Baltussen et al. study (13) showed that cataract surgery has proven cost-effective in reducing the impact of cataract blindness: 95% coverage of extracapsular cataract surgery would avert 3.5 million DALYs per year globally. Nevertheless, despite the high coverage rate, more advanced cataract surgery techniques should be taught and considered as the main way treatment the disease.

ACCESS TO EYE CARE

Rural dwellers make up 49% of the population of Uzbekistan (14) and more than 50% of the population of most regions. However, outside the capital, even residing in urban areas of the regions of Uzbekistan increases the risk for lack of accessibility to health care services, and to ophthalmological services in particular. More generally, 76 million of the 86 million people in central Asia (88.2%), and over 95% of the population in lower-middle-income countries do not have access to surgical care (15). Limited availability and accessibility of health care services is considered a major barrier for patients (16).

No data are available for the differences in visual impairment prevalence between urban and rural areas of Uzbekistan, but a study conducted in Pakistan shows higher incidence of visual impairment and blindness among poor people, who are more likely to reside in rural areas (4). This may suggest a need for developing of ophthalmological services in rural areas of the country through modernization of equipment and training of personnel.

Apart from primary eye care or specialized secondary or tertiary eye care facilities, around 3000 rural physician points in Uzbekistan have general practitioners who also act as family doctors. Although they are trained to detect some basic eye diseases, this is not always feasible due to the lack of equipment, knowledge or motivation.

Most of the eye care facilities in Uzbekistan offer very limited services and require modernization of equipment and training of personnel. The available equipment provides very basic diagnostic services and is in need of replacement. More qualified personnel and advanced equipment are available in secondary and tertiary specialized hospitals, which are located in urban areas and the capital.

HUMAN RESOURCES FOR EYE HEALTH

Apart from the WHO initiative, *Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019*, and its indicators, WHO has stressed that the number of eye specialists does not reflect the performance or quality of eye care services provided. Some countries in the WHO European Region have up to 100 ophthalmologists per 1 million people, but most of them deal with primary care only, leaving most of the population without appropriate secondary and tertiary care (11). The situation in Uzbekistan is similar. Most eye care health personnel work in primary eye care, with large disparities in availability of human resources between the regions and the capital. While the number of ophthalmologists per 1 million population in Tashkent is almost the same as the number in the United States of America, at over 60 (17), the indicator for the whole country is much lower, at around 32, which is the average for central Asia. Uzbekistan and Kazakhstan share a similar number of ophthalmologists per 1 million population, while Tajikistan faces a major problem regarding this issue. Physicians are more likely to move to areas with high physician density and urban locations (18).

The VISION 2020 situation analysis includes indicators for human resources consisting of ophthalmologists, cataract surgeons, optometrists, refractionists, ophthalmic nurses/assistants, community eye health-trained personnel and management-trained personnel. Uzbekistan's ophthalmological services consist only of ophthalmologists and ophthalmic nurses as there is no further division of specialties. The optometrist specialization scarcely exists in the country, while refraction services are provided either by nurses or by opticians in spectacles workshops, where available. There is no "technician" specialization at eye care facilities. Very few technicians in the country can deal with equipment purchased from overseas; all of them belong to representative offices of the companies manufacturing the equipment and work on a contract basis with the eye care facilities. Most health care facilities, both public and private, are managed by physicians with no managerial education. The situation is the same for ophthalmological services in the country: the directors and managers of the specialized eye care facilities and departments of ophthalmology are inactive or no longer practising ophthalmologists.

To deliver effective health services it is important to have skilled and motivated health workers "at the right place and at the right time" (19). Although the number of ophthalmologists in Uzbekistan may be high, surgically active ophthalmologists comprise only 15% of all ophthalmologists in post-Soviet countries (11). Another contributing

factor to the growth rate of ophthalmologists is the growth of the population, and especially the population aged over 50–60 years, which is the population at highest risk. Despite the overall growth of ophthalmologist numbers of 1.16% for lower-middle-income countries, overall growth of the population aged over 60 years is negative (–1.65%), which means that in spite of increases in numbers of ophthalmologists, the supply is still not sufficient for the population (19).

LIMITATIONS

This study has several limitations. One is the self-reported nature of the data. All hospitals are obliged to make records of every surgery and all equipment, but the reliability of medical records is questionable. Initially, the study was due to involve eye care services in both the public and private sectors, but due to the low response rate, the private sector could not be included. According to the Ministry of Health, around 14% of all ophthalmologists in the country work in the private sector. It should also be noted that private clinics conduct more cataract surgeries than the public sector. The absence of information from private clinics in Uzbekistan underestimates the CSR, which could be substantially higher than 453.2 for 2014.

CONCLUSION

This study found that both equipment and human resources are unevenly allocated, creating eye care facilities in need of development in terms of equipment modernization and personnel training. There are shortages of human resources in the regions, especially in rural areas. Allocation of resources should be optimized by policies formulated by the government. The main goal of the government should be development of an effective eye health care system to be integrated into the health system, ensuring attention to the demands on services and equity of availability.

The goal of this study was to report evidence of disparities among regions of Uzbekistan according to the objectives of the WHO initiative *Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019*: “generation of evidence on the magnitude and causes of visual impairment and eye care services and using it to advocate greater political and financial commitment by Member States to eye health” (1). The study found disparities between the capital and the regions of Uzbekistan. The results show a strong need to improve the current situation of uneven allocation of resources by decreasing the gaps in the availability of human resources for eye health, equipment and facilities, as well as promoting eye health, as key factors to achieve the initiative’s goal to reduce the number of people with visual impairment by 25%.

Some authors (20) argue that integration of eye care into the primary level of care is an effective way to improve eye health systems through thorough supervision and training of primary health care staff (ophthalmologists in polyclinics and health centres; general practitioners in rural physician points). These techniques can and have already started to be implemented by Uzbekistan’s government. Nevertheless, more effective measures can be taken with the cooperation of the WHO initiative. The government already invests money in health care; however, Uzbekistan is in need of foreign investment and developmental programmes. The initiative might help not only in financial terms but also in terms of management, organization and facilitation of the programmes.

Acknowledgements: The authors are grateful to all ophthalmologists who participated in this study, the Republican Specialized Centre for Eye Microsurgery and the Republican Clinical Ophthalmological Hospital.

Source of funding: The Scholarship for International Students of the Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Monbukagakusho.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The views expressed in this publication are those of the authors alone, and do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Towards universal eye health: a global action plan for 2014–2019. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/150155>, accessed 25 April 2015).
2. International Agency for the Prevention of Blindness: 2010 report. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2010 (http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/State%20of%20the%20World%20Sight_2010.pdf, accessed 25 April 2015).
3. Module 2: patient barriers to eye care. New Haven, CT: Unite For Sight; 2009 (<http://www.uniteforsight.org/community-eye-health-course/module2>, accessed 18 May 2015).
4. Gilbert CE, Shah SP, Jadoon MZ, Bourne R, Dineen B, Khan MA. Poverty and blindness in Pakistan: results from the Pakistan national blindness and visual impairment survey. *BMJ*. 2008;336:29 (<http://www.bmj.com/content/336/7634/29>, accessed 19 May 2015).
5. Sidikov ZU. Заболеваемость населения Республики Узбекистан болезнями глаза и его придаточного аппарата [Morbidity related to eye diseases of population of the Republic of Uzbekistan]. *Point of view: East–West*. 2015;January:28.
6. Global data on visual impairments 2010. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/>, accessed 3 May 2015).
7. Situation analysis of VISION 2020 in the WHO South-East Asia Region. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2012 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/205891>, accessed 1 May 2015).
8. IAPB standard list of equipment, drugs and consumables for VISION 2020 eye care service units. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2010 (http://www.lionsclubs.org/resources/EN/pdfs/lcif/lcif_equipmentlist.pdf, accessed 1 May 2015).
9. Foster A. VISION 2020: the cataract challenge. *Community Eye Health*. 2000;13(34):17–19 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705965/>, accessed 16 September 2015).
10. Hubley J, Gilbert C. Eye health promotion and the prevention of blindness in developing countries: critical issues. *Br J Ophthalmol*. 2006;90(3):279–84 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1856969/>, accessed 18 September 2015).
11. Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *Br J Ophthalmol*. 2002;86(7):716–22 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084735>, accessed 10 August 2015).
12. Bozzani FM, Griffiths UK, Blanchet K, Schmidt E. Health systems analysis of eye care services in Zambia: evaluating progress towards VISION 2020 goals. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:94 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/94>, accessed 2 May 2015).
13. Baltussen R, Sylla M, Mariotti SP. Cost-effectiveness analysis of cataract surgery: a global and regional analysis. *Bull World Health Organ*. 2004;82(5):338–45 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2622839/>, accessed 7 October 2015).
14. Gender statistics 2014 [online database]. Tashkent: State Committee of the Republic of Uzbekistan on Statistics; 2014 (<http://stat.uz/ru/statinfo/gendernaya-statistika>, accessed 19 June 2017).
15. Alkire BC, Raykar NP, Shrimpe MG, Weiser TG, Bickler SW, Rose JA et al. Global access to surgical care: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e316–23 ([http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70115-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70115-4/abstract), accessed 7 October 2015).
16. Chen Y, Yin Z, Xie Q. Suggestions to ameliorate the inequity in urban/rural allocation of healthcare resources in China. *Int J Equity Health*. 2014;13:34 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016733/>, accessed 25 September 2015).

17. Number of ophthalmologists in practice and training worldwide [online database]. San Francisco, CA: International Council of Ophthalmology; 2012 (<http://www.icoph.org/ophthalmologists-worldwide.html>, accessed 7 May 2015).
18. Sakai R, Tamura H, Goto R, Kawachi I. Evaluating the effect of Japan's 2004 postgraduate training programme on the spatial distribution of physicians. *Hum Resour Health*. 2015;13:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/13/1/5>, accessed 25 September 2015).
19. Resnikoff S, Felch W, Gauthier TM, Spivey B. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200,000 practitioners. *Br J Ophthalmol*. 2012;96:783–7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22452836>, accessed 25 September 2015).
20. Blanchet K, Gilbert C, de Savigny D. Rethinking eye health systems to achieve universal coverage: the role of research. *Br J Ophthalmol*. 2014;98(10):1325–8. (<http://bjo.bmj.com/content/early/2014/07/02/bjophthalmol-2013-303905.long>, accessed 3 October 2015).

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Региональные различия в кадровых ресурсах и инфраструктуре государственных офтальмологических услуг в Узбекистане

Камола Бабамурадова¹, Зафар Сидиков², Masao Ichikawa³

¹ Департамент глобальной политики здравоохранения, Токийский университет, Япония (На момент проведения исследования автор являлась сотрудником Университета Цукубы, Япония.)

² Республиканский специализированный центр микрохирургии глаза, Ташкент, Узбекистан

³ Кафедра глобального общественного здравоохранения, медицинский факультет, Университет Цукубы, Япония

Автор, отвечающий за переписку: Камола Бабамурадова (адрес электронной почты: camola.babamuradova@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: В Узбекистане число людей с нарушениями зрения с 2002 г. удвоилось. «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.» – это инициатива ВОЗ, целью которой является ликвидация предотвратимых нарушений зрения и слепоты, а также 25-процентное сокращение числа людей, страдающих нарушениями зрения, путем улучшения офтальмологической помощи. Задача данного исследования – выявить региональные различия в кадровых и технических ресурсах и инфраструктуре офтальмологической помощи в Узбекистане на основе показателей, разработанных в рамках инициативы ВОЗ.

Методология: К участию в исследовании были приглашены все медицинские учреждения Узбекистана, оказывающие офтальмологическую помощь. Для сбора информации об офтальмологической помощи и имеющихся кадровых и технических ресурсах использовали вопросники, адаптированные

на основе инструмента для сбора данных ситуационного анализа VISION 2020. Вопросники для самостоятельного заполнения рассылались в медицинские учреждения и направлялись обратно в электронном виде.

Результаты: В результате исследования выявлено неравное распределение кадровых и технических ресурсов офтальмологической помощи между 13 регионами Узбекистана и его столицей Ташкентом.

Выводы: Для устранения неравного распределения ресурсов при оказании офтальмологической помощи рекомендовано сократить разрыв в доступности кадровых ресурсов, оборудования и лечебных учреждений, а также привлечь внимание к здоровью глаз как ключевому фактору достижения цели, определенной инициативой ВОЗ и состоящей в 25-процентном сокращении числа людей с нарушениями зрения.

Ключевые слова: ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ, КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ, УЗБЕКИСТАН

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

В мире ту или иную форму нарушений зрения имеют 285 млн человек, что составляет 4,2% общемирового населения, из них 39 млн – слепые (1). Расчеты с использованием показателя утраченных лет здоровой жизни (DALY) позволяют говорить о том, что нарушения зрения являются седьмой ведущей причиной инвалидности в мире (2), но 80% причин глазных болезней можно предупредить или лечить. Из числа лиц с нарушениями зрения 90% проживают в развивающихся странах. Две основные причины нарушений зрения в мире – это нескорректированные аномалии рефракции (42%) и катаракта (33%) (1). В 2010 г. 82% слепых и 65% лиц с умеренными или серьезными нарушениями зрения были в возрасте старше

50 лет. В связи с общемировым старением населения велика вероятность того, что число людей с нарушениями зрения и слепотой будет расти (2).

Стоимость, страх в отношении врачей или лечения, а также отсутствие транспортных возможностей – это некоторые из преград, влияющих на доступ к офтальмологической помощи (3). Отсутствие транспортных возможностей и расстояние до медицинских учреждений представляют собой значительную проблему, в особенности в развивающихся странах, и являются факторами, обуславливающими недостаточный доступ к помощи. Например, исследование, проведенное в Пакистане (4), показало, что из-за ненадлежащего доступа к услугам здравоохранения распространенность слепоты в бедных районах в три раза выше, чем в индустриально развитых.

В Узбекистане число людей с нарушениями зрения с 2002 г. удвоилось (5). Это сигнализирует о растущей потребности в услугах офтальмологической помощи. Узбекистан – государство-член Европейского региона ВОЗ, на население которого приходится около 10% общемирового числа лиц с нарушениями зрения (6). Данные по Региону не только ограничены, но и представлены для стран с различным уровнем развития.

«Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.» – это инициатива ВОЗ по ликвидации предотвратимых (т.е. поддающихся лечению или профилактике) нарушений зрения и слепоты. Ее целью является 25-процентное сокращение числа людей, страдающих нарушениями зрения, путем совершенствования систем офтальмологической помощи (1). Для достижения этой цели необходима доказательная информация о масштабах распространенности нарушений зрения и слепоты, а также о наличии и доступности офтальмологических медицинских услуг.

Узбекистан состоит из 12 областей и одной суверенной Республики Каракалпакстан. Население страны составляет более 30 млн человек, из которых 3 млн проживают в столице Ташкенте. Имеется 11 областных офтальмологических больниц, две республиканские больницы и два специализированных центра офтальмологической помощи. Помимо этих государственных лечебных учреждений офтальмологическую помощь оказывают также и частные специализированные и междисциплинарные клиники, которые предлагают первичную, вторичную либо третичную медико-санитарную помощь. Частные глазные клиники сосредоточены преимущественно в городских районах.

В ходе этого исследования впервые изучена доступность услуг офтальмологической помощи в Узбекистане, дан анализ региональных различий в ее кадровых и технических ресурсах и в инфраструктуре с использованием индикаторов глобальной инициативы ВОЗ «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.». Полученные результаты позволяют сравнивать оперативный потенциал и доступность кадровых ресурсов и оборудования по регионам страны.

МЕТОДОЛОГИЯ

Авторы провели межсекторальное опросное исследование с участием поставщиков услуг офтальмологической помощи в государственном секторе Узбекистана. К участию в исследовании были приглашены все государственные медицинские учреждения, предоставляющие услуги офтальмологической помощи. До начала исследования имелась информация о специализированных офтальмологических учреждениях. Они координировали сбор данных среди других учреждений вторичного и первичного звена, предоставляющих офтальмологическую помощь. Все эти учреждения находятся под контролем главного офтальмолога страны, который назначается Министерством здравоохранения. В каждой области, и в столице также имеется собственный главный офтальмолог. Со всеми главными офтальмологами связались до начала исследования и направили им инструкции. Затем им были разосланы вопросники для самостоятельного заполнения, которые они должны были заполнить в качестве представителей медицинского

учреждения. Вопросники также содержали разъяснения задач и процесса исследования и включали вопросы об учреждении. На первых двух страницах объяснялись задачи исследования, и предоставлялась информация о том, как заполнять вопросники. Вопросник включал четыре раздела: (1) информация общего характера (местоположение, название, тип учреждения, звено помощи (первичное, вторичное и третичное), число коек для пациентов, нуждающихся в офтальмологической помощи, число пациентов офтальмологического профиля в год, число операций по удалению катаракты в год); (2) список оборудования, включая информацию о наличии, количестве и состоянии оборудования; (3) список предоставляемых услуг; (4) общая информация о кадровых ресурсах, например, число имеющихся специалистов, их роли, специализация и профессиональная категория в области офтальмологии. Вопросники рассылались и собирались в электронном виде. Сбор данных был осуществлен в период с июля по август 2015 г.

Вопросник был составлен на основе инструмента сбора данных для ситуационного анализа VISION 2020 и с использованием подготовленного Международным агентством по профилактике слепоты «Стандартного перечня оборудования, лекарственных средств и расходных материалов для отделений офтальмологической помощи в рамках VISION 2020» [Standard list of equipment, drugs and consumables for VISION 2020 eye care services units] (7, 8). Дальнейшая адаптация вопросника проводилась в сотрудничестве с местными офтальмологами. Список оборудования был приведен в соответствие с минимальными требованиями для офтальмологических служб, установленными Министерством здравоохранения, и переведен на национальный язык.

Было получено этическое одобрение от Комитета по этике научных исследований медицинского факультета Университета Цукубы, Япония.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ВИДЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Услуги офтальмологической помощи предоставляются на всех уровнях помощи, указанных в табл. 1. Уровни медицинской помощи были определены с использованием Ситуационного анализа VISION 2020 Региона ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (7). Кроме того, каждое учреждение должно было определить уровни предоставляемой помощи на основе услуг, представленных в табл. 1. Информация о числе сельских врачебных пунктов (СВП) представлена Министерством здравоохранения. Для задач данного исследования СВП определены как небольшие учреждения, которые предоставляют первичную медико-санитарную помощь именно в сельских районах. В СВП не предоставляются услуги офтальмологов, поэтому было решено разделить офтальмологические услуги на три категории. Однако важно отметить, что такие пункты предоставляют услуги терапевтов и направляют к специалистам или в специализированные учреждения. СВП не были включены в исследования, но упоминаются, чтобы продемонстрировать наличие в сельских районах услуг по направлению к специалистам. Четыре специализированные больницы третичного уровня проводят сложные хирургические вмешательства, требующие дорогостоящего оборудования и высококвалифицированного персонала. Вторичная помощь, такая как лечение катаракты и глаукомы, оказывается в 20 больницах, медицинских центрах и специализированных больницах. Базовые офтальмологические услуги предоставляются 553 организациями, в их числе областные, районные и городские больницы, поликлиники и медицинские центры, осуществляющие диагностику и направление пациентов к специалистам, с одним или двумя офтальмологами на каждое из подразделений. Помимо организаций, оказывающих офтальмологическую помощь, имеется 2958 сельских врачебных пунктов, предоставляющих услуги общей практики, включая вакцинацию и направление к специалистам.

ТАБЛИЦА 1. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УСЛУГИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

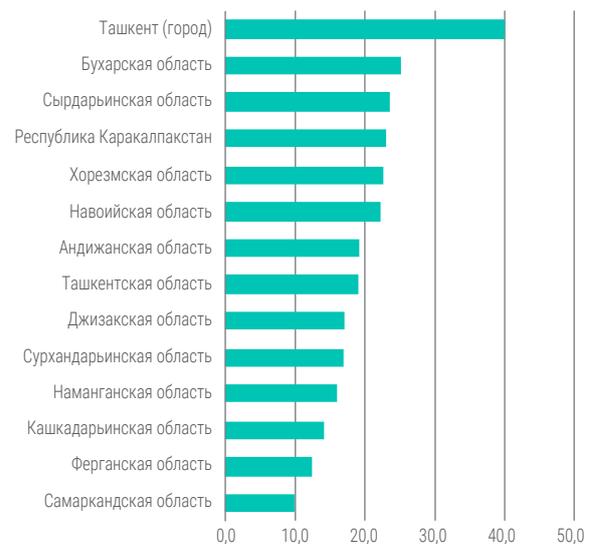
Уровень помощи	Число учреждений	Описание
Сельские врачебные пункты	2958	Медицинские центры, расположенные в сельских районах, укомплектованные одним или несколькими врачами общей практики
Первичная (диагностика, услуги рефракционной диагностики и направление к специалистам)	553	Областные, районные, городские больницы общего профиля, амбулаторные учреждения (поликлиники), медицинские центры, проводящие диагностику и оказывающие услуги рефракционной диагностики и направления к специалистам
Вторичная (хирургия катаракты, выявление и лечение глаукомы)	20	Больницы общего профиля и специализированные больницы, проводящие базовые хирургические вмешательства, включая лечение катаракты и глаукомы
Третичная (расширенный спектр хирургических вмешательств, включая витреоретинальную хирургию и лазерную фотокоагуляцию)	4	Специализированные офтальмологические больницы, проводящие широкий спектр хирургических вмешательств, включая витреоретинальную хирургию и лазерную фотокоагуляцию

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В каждой из областей Узбекистана и Республике Каракалпакстан имеется по меньшей мере одно лечебное учреждение вторичной или третичной медико-санитарной помощи, оказывающее офтальмологическую помощь. Большинство таких лечебных учреждений, однако, сосредоточены в Ташкенте, где имеются два специализированных офтальмологических учреждения третичного уровня и девять специализированных и неспециализированных лечебных учреждений, оказывающих вторичную офтальмологическую помощь. Лечебные учреждения распределены по стране неравномерно, что обуславливает различия между столицей и регионами.

На рис. 1 показано распределение офтальмологических учреждений в расчете на 1 млн населения. Услуги оказываются в основном на уровне первичной медико-санитарной помощи (553 из 577 лечебных учреждений) с офтальмологическими отделениями в большинстве больниц, поликлиник и медицинских центров, в то время как вторичная и третичная помощь предоставляется менее чем в 1% от общего числа лечебных учреждений. Три области имеют 20 или менее учреждений первичной медико-санитарной помощи. Самаркандская область и Республика Каракалпакстан не располагают лечебными учреждениями, оказывающими вторичную медицинскую помощь, хотя в обоих регионах имеется по одной офтальмологической больнице третичного уровня. Остальные учреждения третичного уровня медико-санитарной помощи расположены в Ташкенте.

РИСУНОК 1. ЧИСЛО ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, НА 1 МЛН НАСЕЛЕНИЯ (2014 г.)



КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ НУЖД ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

На рис. 2 показано соотношение офтальмологов и численности населения, выявлено значительное различие в численности населения между регионами и столицей. Ташкент – единственная территория Узбекистана, где на 1 млн населения приходится более 60 офтальмологов. Наиболее низкий показатель наблюдается в Сырдарьинской области: 23,6 офтальмологов на 1 млн населения. Похожая ситуация сложилась и с медицинскими сестрами: 158,1 на 1 млн населения в столице и только 11 – в Ташкентской области.

Данные о демографической картине кадровых ресурсов для нужд офтальмологической помощи можно получить только из Республиканской клинической офтальмологической больницы и Республиканского специализированного центра микрохирургии глаза, которые находятся в Ташкенте. Все врачи в стране классифицируются в соответствии с квалификацией или категорией – высшей, первой или второй. Каждая из категорий может быть присвоена в зависимости от накопленных лет профессионального опыта и результатов переекспертации один раз в пять лет. Есть офтальмологи, не имеющие категории, обычно это молодые специалисты. Средний возраст офтальмологов высшей категории ($n=33$) составляет 46,5 лет. За их плечами в среднем 20,4 лет практики. Возраст и количество лет практики в рамках высшей категории могут достигать до 50 и 22 лет соответственно. Женщины составляют 67% от общего числа офтальмологов, что свидетельствует о том, что при выборе специализации в Узбекистане гендерный фактор по-прежнему имеет важное значение. К тому же 100% медицинских сестер в офтальмологических учреждениях – женщины.

ПОКАЗАТЕЛЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ (ОЛК)

Показатель ОЛК относится к числу операций по удалению катаракты в год в расчете на 1 млн населения. Это один из основных показателей, используемых в рамках инициативы «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.». Для исследования показатели ОЛК собирались в течение 2013 и 2014 гг. Как показано на рис. 3, показатели ОЛК варьируются в зависимости от региона, существенно различаясь в рамках страны. Наиболее высокий показатель ОЛК в столице: в 2013 и в 2014 гг. он составлял более 2000. Вторым по величине этот показатель был в Сырдарьинской области, а во всех остальных областях он находился на относительно низком уровне, что стало причиной очень низкого показателя ОЛК в целом по стране – менее 500; это самый низкий показатель в мире (9).

При сложении показателей ОЛК столицы и Ташкентской области совокупные показатели за 2013 и 2014 гг. составили 1095 и 1020 соответственно. В этом случае наиболее высоким был показатель в Сырдарьинской

РИСУНОК 2. ЧИСЛО ОФТАЛЬМОЛОГОВ НА 1 МЛН НАСЕЛЕНИЯ (2014 г.)

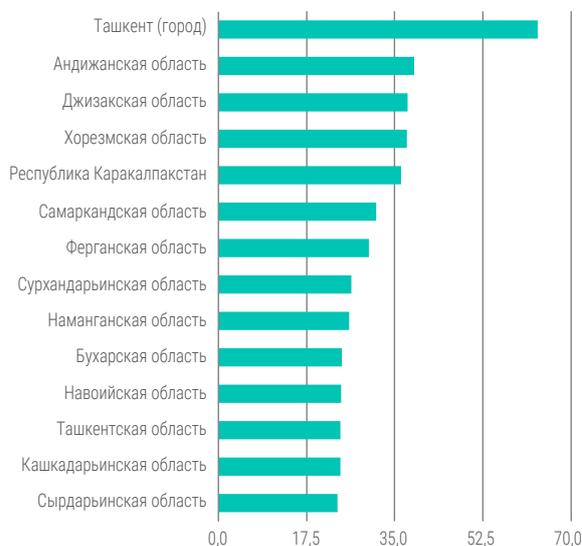
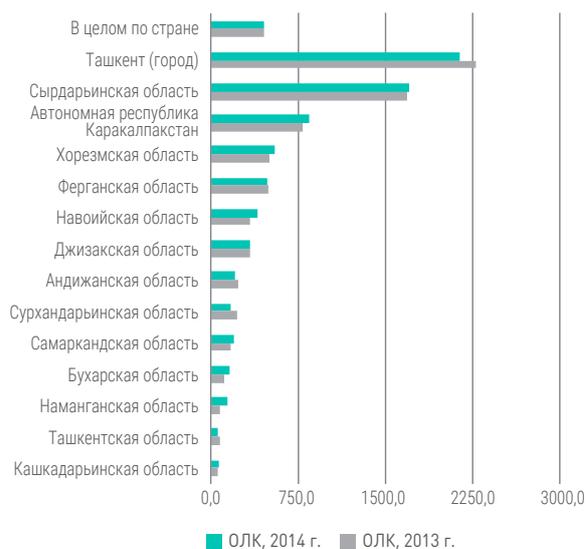


РИСУНОК 3. ОЛК 2013–2014 гг.



области, которая населена менее всего. Одной из возможных причин того, что показатель ОЛК в Ташкентской области так низок, является наличие у ее жителей возможности получить хирургическую помощь в столице.

Табл. 2 содержит подробную информацию о показателях процесса в рамках инициативы «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.» в разбивке по регионам/городам (2014–2015 гг.) по каждой из областей.

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЦЕССА В РАМКАХ ИНИЦИАТИВЫ "ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ: ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА 2014–2019 ГГ." В РАЗБИВКЕ ПО РЕГИОНАМ/ГОРОДАМ (2014–2015 ГГ.)											
Регион/город	Население в 2014 г. (тыс. человек)*	Доля совокупного населения (%)	Число учреждений оказывающих офтальмологические услуги**	Число офтальмологических коек**	ОЛК в 2014 г.	ОЛК на офтальмолога в 2014 г.	Число офтальмологов**	Число операционных**	Число офтальмологических медсестер**		
Ташкент (город)	2352,9	7,7	40,0	68,9	2135,7	33,7	63,3	5,1	158,1		
Ташкентская область	2725,9	8,9	19,1	14,7	57,6	2,4	24,2	0,4	11,0		
Самаркандская область	3445,6	11,3	9,9	37,7	199,7	6,4	31,1	1,2	31,1		
Андижанская область	2805,5	9,2	19,2	21,4	212,4	5,5	38,9	0,7	21,0		
Бухарская область	1756,4	5,8	25,1	43,3	160,0	6,5	24,5	1,1	32,5		
Ферганская область	3386,5	11,1	12,4	29,5	488,7	16,4	29,8	0,9	57,0		
Джизакская область	1226,8	4,0	17,1	63,6	340,7	9,1	37,5	1,6	70,1		
Кашкардарьинская область	2895,3	9,5	14,2	25,9	65,3	2,7	24,2	0,3	60,1		
Хорезмская область	1684,1	5,5	22,6	29,7	550,4	14,7	37,4	1,2	41,0		
Наманганская область	2504,1	8,2	16,0	16,0	145,0	5,6	26,0	0,4	35,1		
Навийская область	901,1	3,0	22,2	44,4	402,8	16,5	24,4	2,2	62,1		
Сурхандарьинская область	2308,3	7,6	16,9	43,3	170,7	6,5	26,4	0,9	64,5		
Сырдарьинская область	763,8	2,5	23,6	45,8	1704,6	72,3	23,6	2,6	47,1		
Республика Каракалпакстан	1736,5	5,7	23,0	46,1	841,9	23,2	36,3	1,2	47,2		
ИТОГО	30492,8	100,0	18,9	35,0	453,2	14,1	32,2	1,2	51,8		

* Согласно государственной статистике.

** На 1 млн населения.

ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках исследования проанализированы региональные различия в кадровых ресурсах и инфраструктуре офтальмологической помощи в Узбекистане. Результаты указывают на существование очевидных различий между регионами и столицей. Тремя ведущими заболеваниями глаз в стране являются катаракта, глаукома и диабетическая ретинопатия, которые наиболее распространены среди жителей в возрасте старше 50 лет (1).

ПОКАЗАТЕЛЬ ОЛК

Несмотря на наличие офтальмологов, оборудования и лечебных учреждений, показатель ОЛК в развивающихся странах по-прежнему низок в сравнении с более развитыми странами Европейского региона ВОЗ и мира (10). Как свидетельствуют результаты нашего исследования, в государственных лечебных учреждениях Узбекистана показатель ОЛК составляет менее 500, что, наряду с показателями в странах Африки и Юго-Восточной Азии, является одним из самых низких в мире; однако в большинстве стран мира с низким и средним уровнем доходов этот показатель достигает 1000 и выше. Хотя в Ташкенте показатель ОЛК превышает 2000, что ближе к показателям в некоторых других европейских странах, низкий показатель по стране в целом отражает значительные различия в уровне оперативного лечения катаракты, существующие между ее частями.

Показатель ОЛК отражает число оперативных вмешательств по удалению катаракты и охватывает людей всех возрастов, хотя обычно операция по удалению катаракты необходима людям старше 50 лет. В соответствии с правительственной статистикой за 2014 г., лица старше 55 лет составляют девять процентов от общего населения. Большинство из них проживают в Ташкенте и в Ташкентской области (12,7% и 10,5% соответственно). Это означает, что большинство тех, кто подвержен риску развития катаракты, проживают в столице, где показатель ОЛК самый высокий. Однако исследования также вскрывают различия, связанные с медицинским туризмом в стране: те, кто способен оплатить транспортировку, операцию и дополнительные расходы, едут в большие города, в особенности в Ташкент, и удаляют катаракту там, что приводит к высоким показателям в столице и более низким показателям в регионах, откуда они приезжают. Это можно рассматривать в качестве еще одного аргумента в пользу необходимости совершенствовать инфраструктуру в регионах страны. Хороший пример прогресса можно видеть в Индии, где общенациональный показатель ОЛК за 10 лет удвоился, достигнув в 2000 г. 3000 (9). Фактические данные свидетельствуют о том, что в различных регионах Индии удалось достичь равного уровня оказания услуг.

Низкий уровень использования услуг остается основной проблемой для оперативного лечения катаракты. В развивающихся странах низкий уровень использования услуг обусловлен рядом общих препятствий со стороны пациентов, включая их страх перед операцией, готовность смириться с ослабленным зрением как с «неизбежным следствием старости», нехватку информации, расстояние до лечебных учреждений и многое другое (9, 10). Высокая стоимость и низкое качество услуг также приводят к неоптимальному использованию оперативного лечения катаракты (11), а нехватка глазных хирургов является еще одной преградой. В странах, где наблюдается явная нехватка офтальмологов, таких как страны Африки, для удовлетворения потребностей населения хирургия катаракты была выделена в отдельную специальность (12). Однако в Узбекистане оперативным лечением катаракты занимаются квалифицированные офтальмологи, и для проведения необходимого количества оперативных вмешательств их численности было бы вполне достаточно, если бы они были оптимально распределены по стране. В регионе Центральной Азии требуются дальнейшие исследования с целью выявления существующих преград для оперативного лечения катаракты.

Одним из путей увеличения показателя ОЛК является повышение числа офтальмологов, специализирующихся на хирургии катаракты, но в Узбекистане было бы проще организовать выездные службы, поскольку сохранение численности офтальмологов на областном и сельском уровне представляется более сложной задачей. Такие выездные кампании иногда организуются в стране, и специалисты ведущих

специализированных учреждений третичной медико-санитарной помощи приезжают в областные глазные больницы. Однако выездные кампании следует организовывать на регулярной основе, и они должны включать не только специализированные учреждения по предоставлению офтальмологической помощи, но и другие учреждения вторичной или третичной помощи при условии наличия в них соответствующего оборудования. Исследование Baltussen et al. (13) показало, что оперативное лечение катаракты, несомненно, является экономически целесообразным для сокращения случаев развития слепоты из-за катаракты: 95-процентный охват экстракапсулярной экстракцией катаракты позволил бы предотвратить 3,5 млн DALY в год во всем мире. Тем не менее, несмотря на высокие показатели охвата, необходимо обучать врачей более совершенным техникам оперативного удаления катаракты, которые должны рассматриваться как основной способ лечения этой болезни.

ДОСТУП К ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Сельские жители составляют 49% населения Узбекистана в целом (14) и более 50% населения в большинстве областей. Однако за пределами столицы сам факт проживания на сельских территориях разных областей Узбекистана уже является риском из-за отсутствия доступа к услугам медико-санитарной помощи, в особенности офтальмологической. В более широких масштабах, 76 млн из 86 млн жителей Центральной Азии (88,2%) и более 95% населения стран с низким и средним уровнем доходов не имеют доступа к хирургической помощи (15). Отсутствие и ограничение доступности услуг медико-санитарной помощи следует считать основной преградой для пациентов (16).

Нет данных о различиях в распространенности нарушений зрения между городскими и сельскими районами страны, но исследование, проведенное в Пакистане, указывает на более высокую частоту случаев нарушений зрения и слепоты среди бедного населения, которое чаще проживает в сельских районах (4). Это может свидетельствовать о необходимости развивать офтальмологические службы в сельских районах страны с помощью модернизации оборудования и обучения персонала.

Помимо учреждений первичной офтальмологической помощи или специализированных офтальмологических учреждений вторичного или третичного уровня в Узбекистане имеется порядка 3000 сельских врачебных пунктов, укомплектованных врачами общей практики, которые выполняют функции семейных врачей. Хотя они и обучены тому, как выявлять некоторые из основных глазных болезней, это не всегда возможно из-за нехватки оборудования, недостатка знаний и отсутствия мотивации.

Большинство офтальмологических лечебных учреждений в Узбекистане предлагают весьма ограниченный набор услуг и нуждаются в модернизации оборудования или обучении персонала. Имеющееся оборудование позволяет оказывать лишь базовые диагностические услуги и требует замены. Персонал более высокой квалификации и более сложное оборудование доступны только в специализированных больницах вторичного и третичного уровня, которые расположены в городских районах и в столице.

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГЛАЗ

Несмотря на наличие соответствующих показателей в рамках инициативы «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.», ВОЗ указывает на то, что число специалистов по глазным болезням не отражает объемов или качества предоставляемых услуг. Некоторые страны в Европейском регионе ВОЗ имеют до 100 офтальмологов на 1 млн жителей, но многие из этих врачей оказывают лишь первичную медико-санитарную помощь, оставляя большинство населения без необходимой вторичной и третичной помощи (11). В Узбекистане наблюдается похожая ситуация. Большинство специалистов по глазным болезням работают на уровне первичного звена медико-санитарной помощи, что создает существенные различия в доступности кадровых ресурсов между регионами и столицей. Хотя число офтальмологов в пересчете на 1 млн населения в Ташкенте почти сравнялось с их числом в США и составляет более 60 (17), в целом по стране этот показатель значительно ниже – около 32, что является средним по Центральной Азии. Узбекистан и Казахстан располагают одинаковым числом офтальмологов в расчете

на 1 млн населения, в то время как Таджикистан столкнулся в этой связи с очень серьезной проблемой. Врачи чаще переезжают в районы с высокой концентрацией медицинских работников и в города (18).

Ситуационный анализ VISION 2020 включает показатели в отношении кадровых ресурсов, в том числе офтальмологов, специалистов по хирургии катаракты, оптометристов, рефракционистов, офтальмологических медсестер/ассистентов, персонала, подготовленного к работе с болезнями глаз на уровне сообщества, а также управленцев. Офтальмологические службы Узбекистана состоят только из офтальмологов и офтальмологических медсестер, поскольку дальнейшего разделения специалистов не проводится. Специализация «оптометрист» в стране практически отсутствует, а услуги рефракционной диагностики предоставляются либо медицинскими сестрами, либо в оптиках, в которых имеются специалисты по коррекции зрения. В штате лечебных учреждений нет техников по оборудованию. В стране имеется ограниченное число технических специалистов, которые могут обслуживать оборудование, закупленное за рубежом; все они работают на представительства компаний, производящих оборудование, а с учреждениями, оказывающими офтальмологическую помощь, работают на договорной основе. Руководство лечебными учреждениями – как государственными, так и частными – в большинстве случаев осуществляется врачами, не имеющими специальной подготовки в области управления. Аналогичная ситуация сложилась в стране и для офтальмологических служб: директорами и руководителями специализированных глазных клиник или офтальмологических отделений являются не работающие по специальности или уже не практикующие врачи-офтальмологи.

Для эффективного оказания услуг медико-санитарной помощи важно располагать обученными и мотивированными медицинскими работниками «в нужном месте в нужное время» (19). Хотя число офтальмологов в Узбекистане можно считать высоким, оперирующие офтальмологи составляют лишь 15% от общего числа офтальмологов в постсоветских странах (11). Еще одним фактором, способствующим росту числа офтальмологов, является рост численности населения, и в особенности лиц в возрасте старше 50–60 лет, которые подвержены наиболее высокому риску. Несмотря на увеличение числа офтальмологов на 1,16% в целом по странам с низким и средним уровнем доходов, совокупный прирост в пересчете на население в возрасте старше 60 лет является отрицательным (–1,65%), что свидетельствует о недостаточном для имеющегося населения предложении, несмотря на увеличение числа офтальмологов (19).

ОГРАНИЧЕНИЯ

Данное исследование имеет несколько ограничений. Одно из них состоит в том, что данные получены методом самооценки. Все больничные учреждения обязаны вести учет всех хирургических вмешательств и всего оборудования, но надежность медицинской отчетности вызывает сомнения. Изначально предполагалось провести исследование с участием офтальмологических служб и в государственном, и в частном секторе, но из-за незначительного числа полученных ответов включение частного сектора оказалось невозможным. По данным Министерства здравоохранения, около 14% всех офтальмологов страны работают в частном секторе. Следует отметить также, что частные клиники проводят больше хирургических операций по удалению катаракты, чем государственный сектор. Отсутствие информации от частных клиник Узбекистана ведет к занижению показателя ОЛК, который мог бы быть значительно выше, чем 453,2 в 2014 г.

ВЫВОДЫ

Исследование показало, что в Узбекистане и материальные, и кадровые ресурсы распределены неравномерно, что обуславливает необходимость развития учреждений офтальмологической помощи с позиций модернизации оборудования и обучения персонала. В регионах, особенно в сельских районах,

наблюдается недостаток кадровых ресурсов. Распределение ресурсов следует оптимизировать средствами политики, формируемой правительством. Основной целью правительства должно стать развитие эффективной системы офтальмологической помощи, интегрированной в систему здравоохранения в целом, что обеспечит внимание к потребностям в услугах и равенству в доступе такой помощи.

Цель этого исследования состояла в том, чтобы собрать фактическую информацию о различиях, существующих между регионами Узбекистана, в соответствии с задачей «получения фактических данных о масштабах и причинах нарушений зрения и об офтальмологических службах и их использовании для пропаганды политической и финансовой поддержки со стороны государств-членов в целях укрепления здоровья глаз», сформулированной в инициативе ВОЗ «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.» (1). Исследование выявило различия между столицей и регионами Узбекистана. Полученные результаты свидетельствуют об острой необходимости улучшить ситуацию, сложившуюся в области оказания офтальмологической помощи, в частности, путем сокращения разрыва в доступности кадровых ресурсов для обеспечения здоровья глаз, оборудования и лечебных учреждений, а также путем укрепления здоровья глаз, поскольку эти факторы выступают ключевыми для достижения цели инициативы по сокращению числа людей, страдающих нарушениями зрения, на 25%.

Некоторые авторы (20) утверждают, что интеграция офтальмологической помощи в первичный уровень медико-санитарной помощи является эффективным способом совершенствования систем офтальмологической помощи путем тщательного контроля и обучения персонала первичной медико-санитарной помощи (офтальмологов в поликлиниках и медицинских центрах; врачей общей практики в сельских врачебных пунктах). Эти методы могут быть внедрены и уже начали внедряться правительством Узбекистана. Тем не менее в сотрудничестве с инициативой ВОЗ возможно применение более эффективных мер. Правительство уже инвестирует в здравоохранение; однако Узбекистан нуждается в зарубежных инвестициях и программах развития. Инициатива ВОЗ могла бы помочь не только в финансовом отношении, но и в плане менеджмента, организации и осуществления программ.

Выражение признательности: Авторы выражают благодарность всем офтальмологам, принявшим участие в исследовании, Республиканскому специализированному центру микрохирургии глаза и Республиканской клинической офтальмологической больнице.

Источники финансирования: Стипендия Министерства образования, культуры, спорта, науки и технологий Японии для иностранных студентов, Monbukagakusho.

Конфликт интересов: Не заявлен.

Отказ от ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/blindness/AP2014_19_Russian.pdf, по состоянию на 30 июня 2017 г.).
2. International Agency for the Prevention of Blindness: 2010 report. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2010 (http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/State%20of%20the%20World%20Sight_2010.pdf, по состоянию на 25 апреля 2015 г.).
3. Module 2: patient barriers to eye care. New Haven, CT: Unite For Sight; 2009 (<http://www.uniteforsight.org/community-eye-health-course/module2>, по состоянию на 18 мая 2015 г.).

4. Gilbert CE, Shah SP, Jadoon MZ, Bourne R, Dineen B, Khan MA. Poverty and blindness in Pakistan: results from the Pakistan national blindness and visual impairment survey. *BMJ*. 2008;336:29 (<http://www.bmj.com/content/336/7634/29>, по состоянию на 19 мая 2015 г.).
5. Сидиков З.У. Заболеваемость населения Республики Узбекистан болезнями глаза и его придаточного аппарата. *Point of view: East–West*. 2015;January:28.
6. Global data on visual impairments 2010. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/>, по состоянию на 3 мая 2015 г.).
7. Situation analysis of VISION 2020 in the WHO South-East Asia Region. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2012 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/205891>, по состоянию на 1 мая 2015 г.).
8. IAPB standard list of equipment, drugs and consumables for VISION 2020 eye care service units. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2010 (http://www.lionsclubs.org/resources/EN/pdfs/lcif/lcif_equipmentlist.pdf, по состоянию на 1 мая 2015 г.).
9. Foster A. VISION 2020: the cataract challenge. *Community Eye Health*. 2000;13(34):17–19 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705965/>, по состоянию на 16 сентября 2015 г.).
10. Hubley J, Gilbert C. Eye health promotion and the prevention of blindness in developing countries: critical issues. *Br J Ophthalmol*. 2006;90(3):279–84 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1856969/>, по состоянию на 18 сентября 2015 г.).
11. Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *Br J Ophthalmol*. 2002;86(7):716–22 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084735>, по состоянию на 10 августа 2015 г.).
12. Bozzani FM, Griffiths UK, Blanchet K, Schmidt E. Health systems analysis of eye care services in Zambia: evaluating progress towards VISION 2020 goals. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:94 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/94>, по состоянию на 2 мая 2015 г.).
13. Baltussen R, Sylla M, Mariotti SP. Cost-effectiveness analysis of cataract surgery: a global and regional analysis. *Bull World Health Organ*. 2004;82(5):338–45 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2622839/>, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
14. Гендерная статистика за 2014 г. [онлайн-база данных]. Ташкент: Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике; 2014 (<http://stat.uz/ru/statinfo/gendernaya-statistika>, по состоянию на 30 июня 2017 г.).
15. Alkire BC, Raykar NP, Shrimme MG, Weiser TG, Bickler SW, Rose JA et al. Global access to surgical care: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e316–23 ([http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70115-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70115-4/abstract), по состоянию на 7 октября 2015 г.).
16. Chen Y, Yin Z, Xie Q. Suggestions to ameliorate the inequity in urban/rural allocation of healthcare resources in China. *Int J Equity Health*. 2014;13:34 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016733/>, по состоянию на 25 сентября 2015 г.).
17. Number of ophthalmologists in practice and training worldwide [online database]. San Francisco, CA: International Council of Ophthalmology; 2012 (<http://www.icoph.org/ophthalmologists-worldwide.html>, по состоянию на 7 мая 2015 г.).
18. Sakai R, Tamura H, Goto R, Kawachi I. Evaluating the effect of Japan's 2004 postgraduate training programme on the spatial distribution of physicians. *Hum Resour Health*. 2015;13:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/13/1/5>, по состоянию на 25 сентября 2015 г.).
19. Resnikoff S, Felch W, Gauthier TM, Spivey B. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200,000 practitioners. *Br J Ophthalmol*. 2012;96:783–7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22452836>, по состоянию на 25 сентября 2015 г.).
20. Blanchet K, Gilbert C, de Savigny D. Rethinking eye health systems to achieve universal coverage: the role of research. *Br J Ophthalmol*. 2014;98(10):1325–8. (<http://bjo.bmj.com/content/early/2014/07/02/bjophthalmol-2013-303905.long>, по состоянию на 3 октября 2015 г.).

ORIGINAL RESEARCH

Levels of education offered in nursing and midwifery education in the WHO European region: multicountry baseline assessment

Stefanie Praxmarer-Fernandes¹, Claudia Bettina Maier², Ashlee Oikarainen³, James Buchan¹, Galina Perfilieva¹

¹WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

²Technical University Berlin, Berlin, Germany

³University of Oulu, Oulu, Finland

Corresponding author: Stefanie Praxmarer-Fernandes (email: praxmarers@who.int)

ABSTRACT

Background: Many countries, in Europe and elsewhere, are changing the system and focus of education of their nursing and midwifery professions. The drivers for these changes are manifold and include increasing demands on the competency levels required to provide safe, equitable, high-quality and patient-centred care. The aim of this study was to describe the current levels of education offered for nurses and midwives within the WHO European Region. The purpose of this paper is to report the current status of nursing and midwifery education to provide a baseline for comparison in the Region and for future progress monitoring.

Methods: Two semi-structured questionnaires on nursing and midwifery education were sent to 189 country informants from 52 Member States in the WHO European Region.¹ Data collection took place between July 2016 and March 2017. A total of 40 countries responded the questionnaire on nursing and 41 to the questionnaire on midwifery education, which constitutes a response rate of 77% and 79% respectively. Analysis was based on descriptive statistics.

Results: The levels of education offered for nurses and midwives vary considerably across the Region.

In 32.5% of the countries included in this study, entry-level education to qualify as a professional nurse is exclusively available at bachelor's degree level, while it is available at both bachelor's degree and diploma levels in 50%. In 77.5% of the countries nurses are able to participate in postgraduate master's degree-level programmes.

In 57.5% of the countries included in this study, midwifery education is exclusively available at bachelor's degree level, while it is available at both diploma and bachelor's degree levels in 19.5%. In 50% of the countries midwives are able to participate in postgraduate master's degree-level programmes.

Conclusion: The variation in the levels of education in nursing and midwifery within the WHO European Region highlights the need to monitor progress; to share policy lessons on how to implement educational reforms effectively; and to evaluate the effects of education on the development of the nursing and midwifery professions and on outcomes of care. However, data were not received from 23% of the countries in the Region; this may cause bias in the interpretation of the results.

Keywords: EDUCATION, NURSE, MIDWIFERY, HEALTH PERSONNEL, EUROPE

¹ San Marino was the only country in the Region that was not contacted due to the absence of a focal point.

INTRODUCTION

Many countries in the WHO European Region are facing higher demands on health care and a pressing need to step up health promotion and disease prevention to affect the determinants of health, as chronic conditions and multimorbidities are on the rise (1). Increasingly complex treatment options combined with reduced hospital stays increase the emphasis on the coordination of care, patient empowerment and intersectoral collaboration. Health services are largely reliant on the availability, distribution and performance of a country's health workforce, including physicians, nurses, midwives and allied health professionals.

Education plays a key role in shaping the skills, knowledge and competencies of health professionals, and there is need to ensure that it aligns with changing population health needs (2). The standardization of nursing and midwifery education, with an emphasis on moving education to the bachelor's degree level, is a topic of much discussion. Nurses who have received a higher level of education – such as through a bachelor's degree-level nursing programme – have been found to provide better patient outcomes due to lower patient mortality (3), decreased length of stay in hospitals with fewer complications such as hospital-acquired pressure ulcers (4) and cost savings (5); however, more research is needed to identify factors and prove causal effects.

Less research is available on the association between the level of education of midwives and patient outcomes. Evidence does suggest, however, that well-educated, licensed and supported midwives trained to meet international standards in midwifery can positively contribute to the continuum of care for both women and infants (6). The International Confederation of Midwives established Global Standards for Midwifery Education to focus on competency-based education rather than on academic degrees (7).

It is imperative that the education provided for health care professionals sufficiently prepares the future workforce to work in increasingly complex practice environments and to deliver care that is safe, equitable, of high quality and people-centred (8). Although there have been considerable changes in educational structures and programmes for nurses and midwives, there has been limited cross-country research across the WHO European Region to enable analysis and comparison of the education levels and systems. In the European context, policies from the past decade have triggered the harmonization of minimum training requirements for nurses and midwives. The implementation of the Bologna Process to create a European Higher Education Area (EHEA) has instigated reforms in many western European countries to ensure comparable, compatible and coherent systems of higher education (9). In addition, the European Union (EU) Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU, has led to changes in the education and training curricula for nurses, midwives and other health professionals. Implementation of the directives was a mandatory requirement for EU Member States in order to benefit from the automatic recognition of qualifications on the basis of harmonized minimum training requirements (10, 11, 12).

The 65th session of the WHO Regional Committee for Europe marked a major milestone in the area of nursing and midwifery in the Region. During this meeting, the European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals (ESDNM) were launched (13). The ESDNM is a technical guide for Member States, supported by the WHO Regional Office for Europe, to enable and enhance the contribution of nurses and midwives to achieve the goals of Health 2020 (14). The document is a result of much debate, consultation and discussion with senior nursing and midwifery leaders in the Region. It identifies four priority action areas that align policy and practice with the Health 2020 vision and helps Member States strengthen nursing and midwifery within the context of their own country plans.

This study was developed in close collaboration with the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations (EFNMA) and with WHO collaborating centres for nursing and midwifery to establish baseline information related to the first priority action area of the ESDNM, “scaling up and transforming education”. Objective 1 of the ESDNM emphasizes that the education of nurses and midwives should ensure that qualified

and competent nurses and midwives are available to meet changing population needs and changing health care delivery models in order to achieve the best health outcomes for patients and populations. The study describes the current levels of education offered for nurses and midwives within the WHO European Region and is critical for three reasons:

- it expands on previous knowledge and includes countries that have not previously been studied;
- it allows for cross-country, regional and nursing and midwifery comparisons; and
- it sets a baseline upon which future progress and educational reforms can be monitored and measured within the ESDNM and beyond.

THE STUDY

AIM

The aim of this study was to describe the current levels of education offered for nurses and midwives within the WHO European Region. The purpose of this paper is to report the current level of nursing and midwifery education to provide a baseline for comparison in the Region.

DESIGN

A cross-sectional, descriptive study design was used, using two semi-structured questionnaires (one for nursing education and one for midwifery education) containing predominantly yes/no closed questions with an opportunity to expand.

STUDY RESPONDENTS

The study population consisted of national country informants ($N = 189$) from 52 Member States in the WHO European Region² selected with purposive sampling techniques whereby respondents are deliberately or purposefully selected on the basis of their ability to provide the required data (15).

Country informants who were deemed to have the best knowledge concerning the research topic of nursing or midwifery education in each country were contacted via email and asked to participate in the study. At least one informant from each country was chosen to fill in the questionnaire on nursing education and another was chosen to fill in the questionnaire on midwifery. In a total of eight countries, more than one country informant provided information on the nursing and midwifery questionnaires. The inclusion criteria set for participation in the study were that the informants had to:

- be employed in an expert position at a national nursing or midwifery association or a nursing or midwifery educational institute;
- have experience and/or knowledge of nursing or midwifery education in the country;
- have the skills to read and understand the English or Russian language.

National country informants consisted of representatives from national professional associations and unions, educational or research institutions and ministries of health.

² San Marino was the only country in the Region that was not contacted as no suitable country informant could be identified.

DATA COLLECTION

Data were collected from July 2016 until March 2017 through a semi-structured questionnaire accompanied by a covering letter. The country informants were asked to complete the questionnaires in Word-document format and to send them to the researchers by email. Study participants received two reminder emails during the data collection time period. The study achieved a total of 93 respondents ($n = 44$ for nursing education; $n = 49$ for midwifery education) to the questionnaires from 41 countries within the WHO European Region, covering 79% of the 52 countries in the Region that were contacted. During the data validation phase, respondents were contacted via email with follow-up questions to clarify missing, conflicting or unclear information. In addition, data were validated through searches of available peer-reviewed literature, along with information from websites of national professional associations, governmental agencies and educational institutions.

The two semi-structured questionnaires developed for this study consisted of closed questions regarding nursing and midwifery education. Respondents were given an opportunity to expand on each of the questions. The nursing education questionnaire consisted of four sections:

1. basic structure of nursing education in the WHO European Region (nine questions);
2. curriculum content and focus in line with Health 2020 (one question);
3. extent and nature of continuing professional development in the Region (three questions); and
4. oversight on licensing and registration (two questions).

The midwifery education questionnaire contained the same four sections; however, section 1 contained an additional question regarding the possibility of qualifying as a midwife in the country without undertaking nursing training. In addition, section 1 was divided into two subsections:

- a. basic structure of midwifery education in the WHO European Region; and
- b. basic structure of post-nursing midwifery education in the Region.

Both questionnaires were developed by an expert group comprised of 11 experts from WHO collaborating centres and WHO Regional Office for Europe. Representatives from EFNNMA provided joint efforts on questionnaire development, along with contact information on potential national informants.

The questionnaires were first developed in English and then translated into Russian to facilitate the participation of experts in countries of the Commonwealth of Independent States (CIS) and in south-east European (SEE) countries. The nursing and midwifery questionnaires in both languages were pilot tested by two experts from two WHO collaborating centres who were not involved in the development process of the original questionnaires. The questions were clarified and modified following pilot testing, but no questions were added or deleted. This paper solely presents the preliminary findings from the first section regarding the levels of education offered for nurses and midwives, since analysis of all the results had not been finalized at the time of writing. Further results of the survey will be published in the course of 2017–2018.

ETHICAL CONSIDERATIONS

Formal approval from an ethics committee and written consent from all participants were not seen as necessary for this study. Contacts were informed of the study's aim prior to participation. In addition, participation was voluntary, and completing the questionnaire was taken as consent. Participant confidentiality has been protected: the study findings are reported in such a way to prevent the possibility of participants identification. Data were kept in a safe place only accessible to the researchers and will be destroyed after there is no further use for the data.

DATA ANALYSIS

Data analysis included descriptive statistics. Frequencies and percentages were used to summarize the responses to the closed questions. The open-ended responses were categorized and presented in relation to the frequency of occurrence. The main categories constructed in the study consisted of three levels of education provided for nurses and midwives: diploma, bachelor's degree and master's degree levels.

RESULTS

For the purpose of this analysis, Member States in the WHO European Region were grouped into EU or European Free Trade Agreement (EFTA) countries, CIS, SEE and other countries (Table 1).

TABLE 1. GROUPS USED BY THE STUDY FOR MEMBER STATES IN THE WHO EUROPEAN REGION

EU/EFTA countries	SEE countries	CIS countries	Other countries
Austria	Albania ^a	Armenia	Andorra ^a
Belgium	Bosnia and Herzegovina ^a	Azerbaijan	Georgia ^a
Bulgaria	Montenegro	Belarus	Israel
Croatia	Republic of Moldova	Kazakhstan ^a	Turkey ^b
Cyprus	Serbia	Kyrgyzstan	
Czechia	The former Yugoslav Republic of Macedonia ^a	Russian Federation	
Denmark		Turkmenistan	
Estonia		Tajikistan	
Finland		Ukraine	
France ^b		Uzbekistan	
Germany			
Greece			
Hungary ^a			
Iceland ^b			
Ireland			
Italy			
Latvia			
Lithuania			
Luxembourg			
Malta			
Monaco ^a			
Netherlands			
Norway			
Poland			
Portugal			
Romania			
San Marino ^c			
Slovakia			
Slovenia ^a			
Spain			
Sweden			
Switzerland			
United Kingdom			

Notes: ^a did not respond to nursing or midwifery questionnaires; ^b only responded to midwifery questionnaire; ^c was not contacted due to the lack of a focal point.

Within the WHO European Region, initial nursing and midwifery education is offered through diploma-level and/or bachelor's degree-level programmes (Tables 2 and 3). Nurses and midwives in the Region are also able to participate in postgraduate master's degree-level programmes.

LEVELS OF EDUCATION OFFERED FOR NURSES

A total of 13 countries (32.5%) in the WHO European Region only offer initial nursing education as bachelor's degree-level programmes; half of the countries ($n = 20$, 50%) offer it as both diploma-level and bachelor's degree-level programmes; and it is offered exclusively at the diploma level in seven (17.5%) of the total of 40 countries included in the study on nursing education. In 31 (77.5%) countries, nurses can participate in master's degree-level postgraduate education (Table 2).

Subregional analysis of this variation across the Region was undertaken. Almost half ($n = 13$, 48.1%) of the 27 countries included in this study in the EU/EFTA subregion offer initial nursing education exclusively at the bachelor's degree level and the same number ($n = 13$, 48.1%) offer both diploma- and bachelor's degree-level programmes. Luxembourg ($n = 1$, 0.04%) is an exception: it provides initial nursing education exclusively at the diploma level. In terms of postgraduate education, a total of 25 countries (92.6%) offer further education for nurses at the master's degree level or equivalent.

In the SEE subregion, two (Montenegro, Serbia) out of three countries studied offer initial nursing education at the diploma and bachelor's degree levels, while the Republic of Moldova only offers the diploma level. Two countries provide further education for nurses at the master's degree level or equivalent.

In the subregion of CIS countries, all nine countries for which data were available offer diploma-level initial nursing education. Four of these (44.4%) offer both diploma and bachelor's degree-level programmes, whereas five countries (55.5%) offer solely the diploma level. Of the CIS countries included in the study, three offer a master's degree-level postgraduate programme for nurses.

Israel was not included in the above subregions but offers initial nursing education at the diploma and bachelor's degree levels. In addition, master's degree-level programmes in nursing are provided.

TABLE 2. LEVELS OF NURSING EDUCATION AVAILABLE

Levels of nursing education available in EU/EFTA countries			
Country	Diploma	Bachelor's degree	Master's degree
Austria	✓	✓	✓
Belgium	✓	✓	✓
Bulgaria	–	✓	–
Croatia	✓	✓	✓
Cyprus	–	✓	✓
Czechia	✓	✓	✓
Denmark	–	✓	✓
Estonia	–	✓	✓
Finland	–	✓	✓
Germany	✓	✓	✓
Greece	✓	✓	✓
Ireland	–	✓	✓
Italy	–	✓	✓
Latvia	✓	✓	✓
Lithuania	✓	✓	✓
Luxembourg	✓	–	–
Malta	✓	✓	✓
Netherlands	–	✓	✓
Norway	–	✓	✓
Poland	✓	✓	✓
Portugal	–	✓	✓

TABLE 2. LEVELS OF NURSING EDUCATION AVAILABLE

Levels of nursing education available in EU/EFTA countries			
Country	Diploma	Bachelor's degree	Master's degree
Romania	✓	✓	✓
Slovakia	✓	✓	✓
Spain	–	✓	✓
Sweden	–	✓	✓
Switzerland	✓	✓	✓
United Kingdom	–	✓	✓
Levels of nursing education available in SEE countries			
Country	Diploma	Bachelor's degree	Master's degree
Montenegro	✓	✓	✓
Republic of Moldova	✓	–	–
Serbia	✓	✓	✓
Levels of nursing education available in CIS countries			
Country	Diploma	Bachelor's degree	Master's degree
Armenia	✓	✓	–
Azerbaijan	✓	–	–
Belarus	✓	–	–
Kyrgyzstan	✓	–	–
Russian Federation	✓	✓	✓
Tajikistan	✓	–	–
Turkmenistan	✓	–	–
Ukraine	✓	✓	✓
Uzbekistan	✓	✓	✓
Levels of nursing education available in other countries in the WHO European Region			
Country	Diploma	Bachelor's degree	Master's degree
Israel	✓	✓	✓

Notes: ✓ = yes; – = no

LEVELS OF EDUCATION OFFERED FOR MIDWIVES

Country informants were asked if initial midwifery education is dependent on nursing education. Prior completion of nursing education is a requirement for entry to midwifery programmes in 10 (25%) countries (Cyprus, Finland, Iceland, Israel, Norway, Portugal, Serbia, Spain, Sweden, Uzbekistan).

Of the 41 countries in the WHO European Region included in this study, 23 (56.1%) offer initial midwifery education exclusively at the bachelor's degree level, eight (19.5%) offer both diploma- and bachelor's degree-level programmes and nine (22%) provide solely a diploma-level initial midwifery programme. In Spain, midwives are trained in post-nursing programmes offered through accredited hospitals. In 48.8% of the studied countries, midwives can participate in master's degree-level postgraduate education (Table 3).

Subregional analysis displayed wide variation in the level of education provided for midwives as apparent in Table 3. In the EU/EFTA subregion, 22 (78.6%) of the 28 countries included in this study offer midwifery education exclusively at the bachelor's degree level and four (14.3%) offer it at both diploma- and bachelor's degree-level. Luxembourg is the only country in this subregion that trains midwives exclusively at the diploma level. More than half the countries ($n = 18$, 64.3%) provide further master's degree-level education for midwives.

In the SEE subregion, none of the three countries studied offer midwifery education at the bachelor's or master's degree levels. All countries ($n = 3$, 100%) offer initial midwifery education at the diploma level.

Half (n = 4, 50%) of the eight countries included in this study from the CIS subregion offer both diploma- and bachelor's degree-level education for midwives while the other half of the studied CIS countries (n=4, 50%) offer only the diploma level. Uzbekistan was the only country within the subregion to report that postgraduate midwifery education in the form of a master's degree-level programme is offered.

Israel and Turkey were not included in the above subregions. Initial midwifery education is provided in Israel at the diploma level and in Turkey at the bachelor's degree level. Master's degree-level programmes in midwifery are offered in Turkey.

TABLE 3. LEVELS OF MIDWIFERY EDUCATION AVAILABLE

Level of midwifery education in EU/EFTA countries			
Country	Diploma level	Bachelor degree level	Master degree level
Austria	-	✓	✓
Belgium	-	✓	-
Bulgaria	-	✓	-
Croatia	✓	✓	-
Cyprus	-	✓	✓
Czech Republic	-	✓	✓
Denmark	-	✓	✓
Estonia	-	✓	-
Finland	-	✓	-
France	-	✓	✓
Germany	✓	✓	✓
Greece	✓	✓	-
Iceland	-	✓	✓
Ireland	-	✓	✓
Italy	-	✓	✓
Lithuania	✓	✓	-
Luxembourg	✓	-	-
Malta	✓	✓	✓
Netherlands	-	✓	-
Norway	-	✓	✓
Poland	-	✓	✓
Portugal	-	✓	✓
Romania	-	✓	✓
Slovakia	-	✓	✓
Spain ^a	-	-	-
Sweden	-	✓	✓
Switzerland	-	✓	✓
United Kingdom	-	✓	✓
Levels of midwifery education in SEE countries			
Country	Diploma level	Bachelor degree level	Master degree level
Montenegro	✓	-	-
Republic of Moldova	✓	-	-
Serbia	✓	-	-

TABLE 3. LEVELS OF MIDWIFERY EDUCATION AVAILABLE

Level of midwifery education in EU/EFTA countries			
Country	Diploma level	Bachelor degree level	Master degree level
Armenia	✓	✓	-
Azerbaijan	✓	-	-
Belarus	✓	✓	-
Kyrgyzstan	✓	-	-
Russia	✓	-	-
Turkmenistan	✓	-	-
Ukraine	✓	✓	-
Uzbekistan	✓	✓	✓
Levels of midwifery education in other countries of the WHO European Region			
Country	Diploma level	Bachelor degree level	Master degree level
Israel	✓	-	-
Turkey	-	✓	✓

Notes: ✓ = yes; - = no; ^a midwifery training is provided at accredited hospitals.

DISCUSSION

Education of nurses and midwives is strongly linked to professional values and the perceived role of the health professional, their knowledge, skills and leadership, management and team abilities, among others (16). Across the WHO European Region, wide variations exist in the levels of education offered for nurses and midwives. It is relevant to acknowledge these as they show that countries still need continuous support in aligning their national practices, in particular considering the level of health professional mobility across the Region (16). Bachelor's degree-level education is linked to lower rates of patient mortality and quality of care (17), and despite the variations across the Region, it is normally regarded as the professional benchmark (13). This is especially the case within the EU/EFTA subregion, where nursing education in 96.3% of the countries and midwifery education in 78% of the countries is offered either only at the bachelor's degree level or at both diploma and bachelor's degree levels. Bachelor's degree-level initial nursing and midwifery education is less common in countries in the SEE and CIS subregions: when these two are combined, initial nursing education is offered at the bachelor's degree level in half the countries ($n = 6$, 50%) and initial midwifery education in about a third of countries ($n = 4$, 36.4%).

The wide variations in the levels of education offered for nurses and midwives across the Region can be attributed to three political processes, in addition to other country-specific developments. First is the establishment of the EHEA, which aims to reform nursing and midwifery education by moving education partly or fully to the bachelor's degree level taught in higher education institutions (18, 19). This applies to 45 countries in the WHO European Region, including countries from the EU/EFTA, CIS and SEE subregions (20). Second is the establishment of the EU Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU, which allows free movement of people on the recognition of diplomas for nurses and midwives in EU/EFTA countries; this may provide further impetus for countries to reform their nursing and midwifery educational systems and curricula, in particular scaling up the level of initial nursing and midwifery education to bachelor's degree level in CIS and SEE countries (10, 12). Third, as part of the preparations for accession to the EU, a review of nursing and midwifery education is undertaken and often leads to an upgrade to bachelor's degree-level education (21).

Although CIS and SEE countries were less likely to offer bachelor's degree-level nursing and midwifery education than countries in the EU/EFTA subregion, there are still several countries – including the Russian Federation, Ukraine and Uzbekistan – that offer it. The questionnaires did not aim to explore the reasons some countries in

the Region have embarked on reforms and others have not. Reasons may include political leadership and will (10, 22), population needs (14, 23) and the perceived need to modernize education (24), among others. Further research is needed to assess country-specific drivers for change and to monitor and evaluate educational reforms, as well as the impacts that these have on the nursing and midwifery professions. Countries should strive to share lessons on reform successes and challenges.

The coexistence of both diploma- and bachelor's degree-level programmes within initial education continues to be more common among the nursing than the midwifery profession and can help in the transition to full bachelor's degree-level education in the future.

This study confirms and extends the findings from previous research (16) that there are large differences across the WHO European Region in the education of nurses. These results suggest even greater differences when including countries from subregions that were not part of previous research. For the midwifery profession, limited research was identified (25) across the WHO European Region, so findings cannot be discussed in light of earlier work. Diploma-level education was found to be less common within midwifery education than bachelor's degree-level education. However, the results show less availability of midwifery master's degree programmes, in particular in SEE and CIS countries. Further research is required to provide an in-depth analysis of educational levels for nurses and midwives in the wider European Region and, in particular, in SEE and CIS countries to understand fully the levels of education, historical contexts and current reform processes and outcomes. The ESDNM emphasizes the importance of scaling up initial nursing and midwifery education. For that purpose, this study gives a baseline assessment for future progress monitoring.

STUDY LIMITATIONS

This study contained several limitations. First, the data were provided by different country informants with different affiliations, yet all with competencies in the field of nursing and midwifery education. In addition, only 1–3 country informants provided information on nursing or midwifery education in each of the participating countries, which reduces the reliability of the responses received. Second, this analysis focused on levels of education available and did not analyse the types and characteristics of educational institutions, length of education, curricula and whether education is competency-based and responds to the health care needs of the respective country. Third, some respondents responded in Russian and nuances in the translation may have been missed, although qualified translators were used. In addition, English was not the native language of several of the respondents who answered the questionnaire in English; therefore, there was a possibility of misunderstanding. Fourth, data were not received from about 23% of the countries in the WHO European Region, which may cause bias in the interpretation of the results. Finally, some countries are undergoing education system reforms; hence, some information collected in 2016 may no longer be up to date and requires further monitoring. This study is intended solely to provide a baseline as of 2016 to measure educational developments and progress in the future, as indicated in ESDNM priority area 1. The study is descriptive in nature and lacked systematic cross-validation (triangulation) of the data; therefore, the results are indicative in nature.

CONCLUSION

Across the WHO European Region, large differences exist in the levels of education offered to nurses and midwives. In almost all EU/EFTA countries, bachelor's degree-level education exists or co-exists with diploma-level education for nurses and midwives. Among CIS and SEE countries, the proportion of countries with bachelor's degree-level education is lower. Monitoring progress; sharing policy lessons on how to implement change effectively; and evaluating effects on the professions, clinical practice and outcomes will become critical in the future as countries continue to implement educational reforms. This study gives a baseline assessment of the levels of education for nurses and midwives in the Region as emphasized in the ESDNM under priority area 1, “scaling up and transforming education”.

BOX 1. DEFINITIONS

Entry-level/initial education: the first level of education available for nursing and midwifery students – for example, diploma-level or bachelor's degree-level education.

Higher education institution: these include traditional universities and profession-oriented institutions, such as universities of applied science or polytechnics.

Diploma level: qualification for nursing or midwifery provided by vocational schools.

Bachelor's degree level: undergraduate academic degree provided at colleges, universities and universities of applied science.

Master's degree level: postgraduate academic degree provided at colleges, universities and universities of applied science.

Acknowledgments: The authors deeply appreciate the contribution of country respondents by taking their time to answer the study questionnaires and for the continuous support throughout the validation process. This study would have not been possible without the close cooperation with The European Forum of National Nursing and Midwifery Association and WHO collaborating centers for nursing and midwifery.

Sources of funding: None declared.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Guzman-Castillo M, Ahmadi-Abhari S, Bandosz P, Capewell S, Steptoe A, Sing-Manoux A et al. Forecasted trends in disability and life expectancy in England and Wales up to 2025: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2017; 2(7):e307–e313. doi:10.1016/S2468-2667(17)30091-9.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923–58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
3. Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003; 290(12):1617–23. doi:10.1001/jama.290.12.1617.
4. Blegen MA, Goode CJ, Park SH, Vaughn T, Spetz J. Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *J Nurs Adm*. 2013; 43(2):89–94. doi:10.1097/NNA.0b013e31827f2028.
5. Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M. Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient level analysis. *Med Care*. 2014; 52(10):864–9. doi:10.1097/MLR.000000000000189.
6. Midwifery: an executive summary for the Lancet's Series. *Lancet Midwifery*. 2014 (http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf, accessed 9 March 2017).
7. Global Standards for Midwifery Education, amended 2013. The Hague: International Confederation of Midwives; 2010 (http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013.pdf, accessed 9 March 2017).
8. Institute of Medicine. *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
9. Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. Paris: European Higher Education Area; 2010 (http://media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/64/0/Budapest-Vienna_Declaration_598640.pdf, accessed 8 March 2017).

10. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. O. J. E. U. 2005; L 255:22–142 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036>, accessed 27 July 2017).
11. Evaluation of the professional qualifications directive (Directive 2005/36/EC). Brussels: European Commission; 2011 (http://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/policy/legislation_en, accessed 8 March 2017).
12. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012. O. J. E. U. 2013; L 354:132–70 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32013L0055>, accessed 27 July 2017).
13. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>, accessed 15 March 2017).
14. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 16 March 2017).
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
16. Salminen L, Stolt M, Saarikosi M, Suikkala A, Vaartio H, Leino-Kilpi H. Future challenges for nursing education – a European perspective. *Nurs Educ Today*. 2010; 30(3):233–8. doi:10.1016/j.nedt.2009.11.004.
17. Aiken LH, Sloane DD, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014; 383(9931):1824–30. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
18. Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. Nursing education in the European Higher Education Area – variations in implementation. *Nurs Educ Today*. 2014; 34:1040–7.
19. Spitzer A, Perrenoud B. Reforms in nursing education across western Europe: from agenda to practice. *J Prof Nurs*. 2006; 22(3):150–61.
20. European Higher Education Area [website]. Paris: European Higher Education Area; 2017 (<https://www.ehea.info/pid34250/members.html>, accessed 21 July 2017).
21. Serbia looks at nursing & midwifery professions ahead of EU accession. In: EU MONITR [website]. London: EU MONITR; 2015 (<http://www.eumonitor.com/2015/12/10/serbia-looks-at-nursing-midwifery-professions-ahead-of-eu-accession/>, accessed 21 July 2017).
22. Rosebrough A. Russian Nursing Education Reform Project: new nurses for a new Russia. *Image J Nurs Sch*. 1997; 29(2):159–62.
23. Debout C, Chevallier-Darchen F, Petit dit Dariel O, Rothan-Tondeur M. Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes. *Int Nurs Rev*. 2012; 59:519–24.
24. Keeling S. Time to branch out. *Nurs Stand*. 2008; Apr 16–22:22(32):69.
25. Mivšek P, Baškova M, Wilhelmova R. Midwifery education in central-eastern Europe. *Midwifery*. 2016; 33:43–5. doi:10.1016/j.midw.2015.10.016.

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Уровни образования в области сестринского и акушерского дела в Европейском регионе ВОЗ: многострановая оценка текущей ситуации

Stefanie Praxmarer-Fernandes¹, Claudia Bettina Maier², Ashlee Oikarainen³, James Buchan¹, Galina Perfilieva¹

¹ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

² Берлинский технический университет, Берлин, Германия

³ Университет Оулу, Оулу, Финляндия

Автор, отвечающий за переписку: Stefanie Praxmarer-Fernandes (адрес электронной почты: praxmarers@who.int)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: Во многих странах Европы и мира в настоящее время происходят большие изменения в системах и базовой направленности образования в области сестринского и акушерского дела. Причин, вызвавших необходимость таких преобразований, довольно много. К ним относится повышение требований к уровням компетенции, необходимым для предоставления безопасной, справедливой и высококачественной помощи, ориентированной на нужды пациентов. Цель данного исследования заключалась в том, чтобы описать существующие в настоящий момент уровни образования, которое получают медсестры и акушерки в Европейском регионе ВОЗ. Основная задача работы – описать ситуацию в области профессиональной подготовки в сфере сестринского и акушерского дела на сегодняшний день и предоставить исходные параметры для сравнения ситуации в разных странах Региона и мониторинга прогресса в будущем.

Методы: Две полуструктурированные анкеты, касающиеся образования медсестер и акушерок, были разосланы 189 контактными лицам из 52 государств-членов Европейского региона ВОЗ¹. Сбор данных осуществлялся в период с июля 2016 г. по март 2017 г. Ответы получены из 41 страны, т.е. доля ответивших составила 79%. Анализ проводился методами описательной статистики.

Результаты: В странах Европейского региона ВОЗ уровни образования медсестер и акушерок значительно различаются.

В 32,5% стран, включенных в настоящее исследование, начальное образование по специальности медсестры можно получить только на уровне бакалавриата, в 50% стран существуют программы обучения на уровне бакалавриата и среднего специального образования. В 77,5% стран медсестры могут продолжить обучение в магистратуре.

В 57,5% стран, вошедших в исследование, образование в области акушерского дела можно получить исключительно на уровне бакалавриата; в 19,5% стран существуют программы обучения как на уровне бакалавриата, так и на уровне среднего специального образования. В 50% стран акушерки могут продолжить обучение в магистратуре.

Выводы: Вариативность уровней образования в области сестринского и акушерского дела в странах Европейского региона ВОЗ подчеркивает необходимость в мониторинге прогресса, обмене опытом в области эффективного проведения образовательных реформ и оценке влияния образования на развитие профессии медсестры и акушерки, а также на исходы лечения. Из 23% стран Региона данные не были получены, и это может стать причиной необъективности при интерпретации результатов данного исследования.

Ключевые слова: ОБРАЗОВАНИЕ, МЕДСЕСТРА, АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО, РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЕВРОПА

¹ Сан-Марино – единственная страна Европейского региона ВОЗ, куда из-за отсутствия контактного лица не были отправлены анкеты.

ВВЕДЕНИЕ

По мере роста распространенности хронических состояний и полиморбидности, многие страны Европейского региона ВОЗ сталкиваются с проблемой повышенных требований к услугам здравоохранения и необходимостью безотлагательной активизации работы по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний с целью воздействия на детерминанты здоровья (1). Все более усложняющиеся методы лечения в сочетании с сокращением сроков госпитализации повышают значимость координации действий при оказании медико-санитарной помощи в условиях расширения прав и возможностей пациентов и межсекторального сотрудничества. Предоставление услуг здравоохранения в большой степени зависит от наличия, распределения и эффективности работы трудовых ресурсов страны, в том числе врачей, медсестер, акушеров и других медицинских работников.

Образование играет главную роль в формировании знаний, навыков и профессиональных компетенций работников здравоохранения, и необходимо обеспечить его соответствие с изменяющимися потребностями населения (2). Стандартизация образования в области сестринского и акушерского дела с упором на переход к образованию на уровне бакалавриата является темой многочисленных исследований. Было установлено, что медсестры с высшим образованием, т. е. прошедшие программу обучения на уровне бакалавриата, обеспечивают лучшие результаты лечения. При этом снижаются показатели смертности (3), сокращаются сроки госпитализации и уменьшается число осложнений (например, возникших во время госпитализации пролежней) (4), а также снижается стоимость лечения (5). Но следует отметить, что для выявления влияющих факторов и установления причинно-следственной связи между ними необходимы дополнительные исследования.

Гораздо меньше исследований проведено с целью выявления связи между уровнем образования акушеров и итоговыми результатами лечения. Однако имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что высокообразованные, лицензированные и получающие поддержку акушерки, прошедшие обучение, соответствующее международным стандартам акушерского дела, могут внести большой вклад в обеспечение непрерывного ухода как за женщинами, так и за детьми (6). Международная конфедерация акушеров разработала глобальные стандарты образования в области акушерского дела, в котором подчеркивается важность приобретенных профессиональных компетенций, а не на степень, указанная в дипломе (7).

Крайне важно, чтобы получаемое медицинскими работниками образование в полной мере готовило будущие трудовые ресурсы для работы в постоянно усложняющихся условиях, а также для предоставления безопасной, высококачественной и справедливой помощи, ориентированной на нужды людей (8). Несмотря на значительные преобразования учебных структур и программ обучения медсестер и акушеров, межстрановых исследований с целью анализа и сравнения уровней и систем их образования в Европейском регионе ВОЗ проводилось мало. В европейских масштабах в рамках стратегий прошлых десятилетий началась гармонизация минимальных требований к образованию медсестер и акушеров. Болонский процесс по созданию Европейского пространства высшего образования (ЕПВО) привел к проведению реформ во многих западноевропейских странах для обеспечения сопоставимых, совместимых и согласованных систем высшего образования (9). Кроме того, принятие Директивы 2005/36/ЕС Европейского союза о признании профессиональной квалификации, уточненной Директивой 2013/55/EU, привело к изменениям в планах обучения и профессиональной подготовки медсестер, акушеров и других медицинских работников. Выполнение этих директив было обязательным требованием для автоматического признания квалификации в государствах-членах ЕС на основе гармонизированных минимальных требований к профессиональной подготовке (10, 11, 12).

Шестидесят пятая сессия Европейского регионального комитета ВОЗ ознаменовала важную веху в области сестринского и акушерского дела в Регионе, утвердив Стратегические направления укрепления

сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020 (ESDNM) (13). ESDNM представляет собой техническое руководство для государств-членов, поддержанное Европейским региональным бюро ВОЗ с целью расширения и укрепления вклада медицинских сестер и акушерок в достижение целей политики Здоровье-2020 (14). Данный документ – результат многочисленных консультаций, дебатов и дискуссий, активное участие в которых принимали лидеры сестринского и акушерского дела Региона. В нем определены четыре приоритетные области действий, которые обеспечивают полное соответствие стратегий и практики видению, обозначенному в основах политики Здоровье-2020. Используя положения этого документа, государства-члены могут укрепить сестринское и акушерское дело в контексте страновых планов.

Настоящее исследование проводилось в тесном сотрудничестве с Европейским форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций (ЕФНСАА) и сотрудничающими центрами ВОЗ по проблемам сестринского и акушерского дела с целью определения исходной информации, связанной с первой приоритетной областью действий ESDNM «Расширение масштабов и трансформирование образования». В первой цели ESDNM подчеркивается, что профессиональное образование медицинских сестер и акушерок направлено на подготовку квалифицированных и компетентных сестринских и акушерских кадров, способных удовлетворять меняющиеся потребности населения и использовать новые технологии и модели предоставления медико-санитарной помощи с целью достижения наилучших результатов и для пациентов, и для населения в целом. Данное исследование, описывающее существующие уровни образования медсестер и акушерок в Европейском регионе ВОЗ, имеет важное значение по трем причинам:

- в нем дополняется уже имеющаяся информация и охватываются те страны, которые ранее не изучались;
- оно позволяет сравнивать ситуации и системы образования медсестер и акушерок в разных странах Региона;
- в нем устанавливаются исходные показатели, необходимые для мониторинга и оценки будущего прогресса и эффективности образовательных реформ в рамках ESDNM и других стратегических документов.

ИССЛЕДОВАНИЕ

ЦЕЛЬ

Цель данного исследования заключалась в том, чтобы описать существующие в настоящий момент уровни образования, которое получают медсестры и акушерки в Европейском регионе ВОЗ. Основная задача работы – предоставить информацию о текущем состоянии профессиональной подготовки в области сестринского и акушерского дела и определить исходные показатели для сравнения ситуации в разных странах Региона.

СТРУКТУРА

Сбор данных проводился в форме перекрестного описательного исследования при помощи двух полуструктурированных анкет, касающихся образования медсестер и акушерок и состоящих в основном из вопросов закрытого типа, требующих ответа «Да» или «Нет», с возможностью дать более развернутый ответ.

РЕСПОНДЕНТЫ

Исследуемая выборка включала контактных лиц (n=189) из 52 государств-членов Европейского региона ВОЗ², отобранных на основе техники преднамеренной выборки, когда респондентов отбирают специально или целенаправленно на основе их способности предоставить необходимые данные (15).

С контактными лицами, которые, как считалось, лучше всех осведомлены в области образования медсестер и акушерок в конкретной стране, связывались по электронной почте с просьбой принять участие в исследовании. Из каждой страны было отобрано как минимум по одному контактному лицу для заполнения анкеты об образовании в области сестринского и акушерского дела. Несколько контактных лиц из восьми стран предоставили ответы на обе анкеты. Согласно критериям включения контактные лица, отобранные для участия в данном исследовании, должны были:

- занимать экспертную должность в национальной сестринской или акушерской ассоциации, или образовательном учреждении;
- иметь опыт работы и/или знания в сфере образования в области сестринского или акушерского дела в данной стране;
- уметь читать на английском или русском и понимать один из этих языков.

В число национальных контактных лиц вошли представители национальных профессиональных ассоциаций и профсоюзов, учебных учреждений, научно-исследовательских институтов и министерств здравоохранения.

СБОР ДАННЫХ

Сбор данных проводили в период с июля 2016 г. по март 2017 г. при помощи электронной рассылки полуструктурированных анкет с сопроводительным письмом. Контактные лица заполняли анкеты в формате Word и возвращали их по электронной почте лицам, проводящим исследование. В период сбора данных участники получили два электронных письма с напоминанием. В целом, в данном исследовании приняли участие 93 респондента (n=44 по вопросам образования медсестер; n=49 по вопросам образования акушерок) из 41 страны Европейского региона ВОЗ. Таким образом, доля охвата 52 стран Региона, в которые были направлены анкеты, составила 79%. Во время этапа проверки данных для уточнения недостающей, противоречащей или непонятной информации с респондентами связывались по электронной почте и задавали им дополнительные вопросы. Кроме того, данные проверялись посредством поиска необходимых сведений в литературе, прошедшей рецензирование, а также при помощи информации, представленной на веб-сайтах национальных ассоциаций, правительственных и образовательных учреждений.

Две полуструктурированные анкеты, разработанные для данного исследования, состояли из вопросов закрытого типа относительно образования в области сестринского и акушерского дела. Респондентам была предоставлена возможность дать развернутый ответ на каждый вопрос. Анкета об образовании в области сестринского дела в Европейском регионе ВОЗ состояла из четырех разделов:

1. основная структура системы образования в области сестринского дела в Европейском регионе ВОЗ (девять вопросов);

² Сан-Марино – единственная страна Европейского региона ВОЗ, куда из-за отсутствия контактного лица анкеты не направляли.

2. содержание и основные направления учебных планов в соответствии с политикой Здоровье-2020 (один вопрос);
3. масштабы и характер непрерывного повышения квалификации в Регионе (три вопроса);
4. контроль за лицензированием и регистрацией (два вопроса).

Полуструктурированная анкета об образовании в области акушерского дела в Европейском регионе ВОЗ также состояла из четырех вышеописанных разделов, но в первый раздел вошел дополнительный вопрос относительно возможности получения квалификации акушерки в данной стране без предварительного обучения сестринскому делу. Кроме того, первый раздел был разделен на два подраздела:

- a. основная структура системы образования в области акушерского дела в Европейском регионе ВОЗ;
- b. основная система образования в области акушерского дела после получения образования медсестры в Регионе.

Обе анкеты были разработаны группой, состоящей из 11 экспертов сотрудничающих центров ВОЗ и Европейского регионального бюро. Представители ЕФНСАА оказывали помощь в разработке анкет, а также подготовили информацию о потенциальных контактных лицах в странах.

Изначально анкеты были разработаны на английском языке, а затем переведены на русский, чтобы содействовать участию экспертов из стран Содружества Независимых Государств (СНГ) и Юго-Восточной Европы (ЮВЕ). Обе анкеты на английском и русском языках были протестированы двумя экспертами сотрудничающих центров ВОЗ, не привлекавшихся к разработке анкет. По результатам пилотного тестирования в вопросы были внесены некоторые уточнения и изменения, но их общий список остался без изменений. В настоящей работе представлены исключительно предварительные результаты, которые были получены для первого раздела, касающегося уровня получаемого медсестрами и акушерками образования. Поскольку анализ всех результатов во время подготовки статьи еще не был закончен, остальные результаты опроса будут опубликованы в течение 2017 и 2018 гг.

ЭТИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Для проведения настоящего исследования не представлялось необходимым получить официальное одобрение комитета по этике и письменного согласия всех участников. Последних проинформировали о цели исследования до начала его проведения. Более того, участие в данном исследовании было добровольным, и факт заполнения анкеты расценивался как согласие на участие в нем. Соблюдались конфиденциальность участников, а результаты исследования освещались таким образом, чтобы избежать их возможного опознания. Данные хранились в надежном месте, они были доступны только научным работникам, участвовавшим в исследовании, и будут уничтожены после того, как утратят свою актуальность.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

При анализе данных применялся метод описательной статистики. Показатели периодичности и процентного соотношения использовались для обобщения ответов на вопросы закрытого типа. Ответы на открытые вопросы были разбиты на категории и представлены в зависимости от частоты их встречаемости. Основные категории, полученные в результате данного исследования, состояли из трех уровней образования медсестер и акушерок: уровень среднего специального образования, уровень бакалавриата и уровень магистратуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для целей данного анализа государства-члены Европейского региона ВОЗ были разбиты на следующие группы: страны ЕС или Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ), СНГ, ЮВЕ и другие страны (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ГРУППЫ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ, УЧАСТВОВАВШИХ В ИССЛЕДОВАНИИ

Страны ЕС/ЕАСТ	Страны ЮВЕ	Страны СНГ	Другие страны
- Австрия	- Албания ^a	- Азербайджан	- Андорра ^a
- Бельгия	- Босния и Герцеговина ^a	- Армения	- Грузия ^a
- Болгария	- Бывшая югославская Республика Македония ^a	- Беларусь	- Израиль
- Венгрия ^a	- Республика Молдова	- Казахстан ^a	- Турция ^b
- Германия	- Сербия	- Кыргызстан	
- Греция	- Черногория	- Российская Федерация	
- Дания		- Таджикистан	
- Ирландия		- Туркменистан	
- Исландия ^b		- Узбекистан	
- Испания		- Украина	
- Италия			
- Кипр			
- Латвия			
- Литва			
- Люксембург			
- Мальта			
- Монако ^a			
- Нидерланды			
- Норвегия			
- Польша			
- Португалия			
- Румыния			
- Сан-Марино ^c			
- Словакия			
- Словения ^a			
- Соединенное Королевство			
- Финляндия			
- Франция ^b			
- Хорватия			
- Чехия			
- Швейцария			
- Швеция			
- Эстония			

Примечания:

^a Не ответили на одну из анкет об образовании в области сестринского или акушерского дела.

^b Ответили только на анкету об образовании в области акушерского дела.

^c Анкеты не посылали из-за отсутствия контактного лица.

В Европейском регионе ВОЗ начальное образование в области сестринского и акушерского дела можно получить на уровне среднего специального образования и/или на уровне бакалавриата (табл. 2 и 3). Медсестры и акушерки Региона также могут продолжить обучение в магистратуре.

УРОВНИ ОБРАЗОВАНИЯ, КОТОРОЕ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ МЕДСЕСТРЫ

В целом, в 13 странах (32,5%) Европейского региона ВОЗ начальное обучение в области сестринского дела осуществляется только на уровне бакалавриата. В половине стран ($n=20$, 50%) в рамках начальной профессиональной подготовки в области сестринского дела предлагаются учебные программы на уровне среднего специального образования и бакалавриата. Начальное обучение медсестер проводится исключительно на уровне среднего специального образования в семи (17,5%) из 40 стран, вошедших в исследование об образовании в области сестринского дела. В 31 стране (77,5%) медсестры могут продолжить обучение в магистратуре (табл. 2).

Проведен субрегиональный анализ выявленных различий. Почти в половине из 27 стран субрегиона ЕС/ЕАСТ ($n=13$, 48,1%), вошедших в исследование, предлагается начальное сестринское образование исключительно на уровне бакалавриата, а в другой половине стран ($n=13$, 48,1%) существуют программы начального обучения медсестер как на уровне бакалавриата, так и на уровне среднего специального образования. Исключением является Люксембург ($n=1$, 0,04%), где начальное образование медсестер осуществляется исключительно на уровне среднего специального образования. Что касается постдипломного образования, то в 25 странах (92,6%) обучение медсестер проводится на уровне магистратуры или ее эквивалента.

В двух из трех изученных стран субрегиона ЮВЕ (Сербия и Черногория) начальное обучение медсестер осуществляется на уровне среднего специального образования и бакалавриата, а в Республике Молдова начальное образование можно получить только на уровне среднего специального образования. В двух странах медсестры могут продолжить обучение на уровне магистратуры или ее эквивалента.

В субрегионе СНГ во всех девяти странах, по которым были предоставлены данные, начальное обучение медсестер осуществляется на уровне среднего специального образования. В четырех из этих стран (44,4%) медсестры могут получить начальное образование как на уровне среднего специального образования, так и на уровне бакалавриата, в пяти странах (55,5%) – только на уровне среднего специального образования. В трех из вошедших в данное исследование стран СНГ существуют программы дальнейшего обучения медсестер в магистратуре.

Израиль не вошел ни в один из вышеприведенных субрегионов. В этой стране начальное образование медсестры могут получить как на уровне среднего специального образования, так и на уровне бакалавриата. Также предоставляются программы подготовки магистров в области сестринского дела.

ТАБЛИЦА 2. УРОВНИ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Уровни образования в области сестринского дела в странах ЕС/ЕАСТ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Австрия	✓	✓	✓
Бельгия	✓	✓	✓
Болгария	-	✓	-
Германия	✓	✓	✓
Греция	✓	✓	✓
Дания	-	✓	✓
Ирландия	-	✓	✓
Испания	-	✓	✓
Италия	-	✓	✓
Кипр	-	✓	✓
Латвия	✓	✓	✓
Литва	✓	✓	✓
Люксембург	✓	-	-
Мальта	✓	✓	✓
Нидерланды	-	✓	✓
Норвегия	-	✓	✓
Польша	✓	✓	✓
Португалия	-	✓	✓
Румыния	✓	✓	✓
Словакия	✓	✓	✓
Соединенное Королевство	-	✓	✓
Финляндия	-	✓	✓
Хорватия	✓	✓	✓
Чехия	✓	✓	✓
Швейцария	✓	✓	✓
Швеция	-	✓	✓
Эстония	-	✓	✓
Уровни образования в области сестринского дела в странах ЮВЕ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Республика Молдова	✓	-	-
Сербия	✓	✓	✓
Черногория	✓	✓	✓
Уровни образования в области сестринского дела в странах СНГ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Азербайджан	✓	-	-
Армения	✓	✓	-
Беларусь	✓	-	-
Кыргызстан	✓	-	-
Российская Федерация	✓	✓	✓
Таджикистан	✓	-	-
Туркменистан	✓	-	-
Узбекистан	✓	✓	✓
Украина	✓	✓	✓
Уровни образования в области сестринского дела в других странах Европейского региона ВОЗ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Израиль	✓	✓	✓

Примечание: ✓= Да. - = Нет.

УРОВНИ ОБРАЗОВАНИЯ, КОТОРОЕ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ АКУШЕРКИ

Контактным лицам задали вопрос о том, является ли образование в области акушерского дела привязанным к образованию в области сестринского дела. Наличие степени медсестры является одним из требований для поступления на программы обучения акушерок в десяти странах (25%) (Израиль, Исландия, Испания, Кипр, Норвегия, Португалия, Сербия, Узбекистан, Финляндия, Швеция).

Из 41 страны Европейского региона ВОЗ, вошедшей в данное исследование, в 23 странах (56,1%) начальное образование в области акушерского дела осуществляется исключительно на уровне бакалавриата. В восьми странах (19,5%) в рамках начального образования в области акушерского дела предлагаются программы как среднего специального образования, так и бакалавриата. В девяти странах (22%) обучение акушерскому делу проводится исключительно на уровне среднего специального образования. В Испании для того, чтобы стать акушеркой, необходимо получить степень медсестры и пройти программу обучения акушерскому делу в одной из аккредитованных больниц. В 48,8% изученных стран акушерки могут продолжить обучение в магистратуре (табл. 3).

Субрегиональный анализ выявил большие различия в уровнях образования, которое могут получить акушерки, что хорошо показано в Таблице 3. В субрегионе ЕС/ЕАСТ в 22 странах (78,6%) из 28, вошедших в данное исследование, обучение в области акушерского дела осуществляется исключительно на уровне бакалавриата. В четырех странах (14,3%) начальное обучение акушерскому делу проводится как на уровне среднего специального образования, так и на уровне бакалавриата. Люксембург – единственная страна данного субрегиона, в которой обучение акушерок осуществляется исключительно на уровне среднего специального образования. Более чем в половине стран ($n=18$, 64,3%) акушерки могут продолжить обучение в магистратуре.

Ни в одной из трех изученных стран субрегиона ЮВЕ не имеется программ обучения акушерок на уровне бакалавриата или магистратуры. Во всех странах ($n=3$, 100%) начальное обучение акушерскому делу можно пройти на уровне среднего специального образования.

В половине ($n=4$, 50%) стран субрегиона СНГ, вошедших в данное исследование, начальное обучение акушерок проводится как на уровне среднего специального образования, так и на уровне бакалавриата, а в половине ($n=4$, 50%) – исключительно на уровне среднего специального образования. Узбекистан – единственная страна этого субрегиона, где постдипломное образование в области акушерского дела существует в форме программы магистратуры.

Израиль и Турция не были включены ни в один из вышеперечисленных субрегионов. В Израиле начальное обучение акушерскому делу осуществляется на уровне среднего специального образования, а в Турции – на уровне бакалавриата. В Турции программы обучения акушерскому делу существуют на уровне магистратуры.

ТАБЛИЦА 3. УРОВНИ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА

Уровни образования в области акушерского дела в странах ЕС/ЕАСТ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Австрия	-	✓	✓
Бельгия	-	✓	-
Болгария	-	✓	-
Германия	✓	✓	✓
Греция	✓	✓	-
Дания	-	✓	✓
Ирландия	-	✓	✓
Исландия	-	✓	✓
Испания ^a	-	-	-
Италия	-	✓	✓
Кипр	-	✓	✓
Литва	✓	✓	-
Люксембург	✓	-	-
Мальта	✓	✓	✓
Нидерланды	-	✓	-
Норвегия	-	✓	✓
Польша	-	✓	✓
Португалия	-	✓	✓
Румыния	-	✓	✓
Словакия	-	✓	✓
Соединенное Королевство	-	✓	✓
Финляндия	-	✓	-
Франция	-	✓	✓
Хорватия	✓	✓	-
Чехия	-	✓	✓
Швейцария	-	✓	✓
Швеция	-	✓	✓
Эстония	-	✓	-
Уровни образования в области акушерского дела в странах ЮВЕ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Республика Молдова	✓	-	-
Сербия	✓	-	-
Черногория	✓	-	-
Уровни образования в области акушерского дела в странах СНГ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Азербайджан	✓	-	-
Армения	✓	✓	-
Беларусь	✓	✓	-
Кыргызстан	✓	-	-
Россия	✓	-	-
Туркменистан	✓	-	-
Узбекистан	✓	✓	✓
Украина	✓	✓	-
Уровни образования в области акушерского дела в других странах Европейского региона ВОЗ			
Страна	Среднее специальное образование	Бакалавриат	Магистратура
Израиль	✓	-	-
Турция	-	✓	✓

Примечание: ✓= Да. - = Нет.
^a Подготовка акушеров проводится в аккредитованных больницах.

ОБСУЖДЕНИЕ

Образование медсестер и акушерок тесно связано с профессиональными ценностями и воспринимаемой ролью медицинских работников, их знаниями и умениями, лидерскими и управленческими качествами, а также способностью работать в коллективе (16). В Европейском регионе ВОЗ существуют большие различия между уровнями образования, которое могут получить медсестры и акушерки. Следует признать существование этих различий во всем Регионе, и это указывает на необходимость оказания постоянной поддержки странам в области гармонизации национальной практики, особенно в условиях повышенной мобильности медицинских работников в Регионе (16). Образование на уровне бакалавриата ассоциируется с более низкими показателями смертности пациентов и высоким качеством оказания медико-санитарной помощи (17), и, несмотря на большую вариативность показателей в странах Региона, степень бакалавриата обычно используется в качестве профессионального эталона сравнения (13). Особенно это касается субрегиона ЕС/ЕАСТ, где образование в области сестринского и акушерского дела можно получить только на уровне бакалавриата или на уровне среднего специального образования и бакалавриата в 96,3% и 78% стран соответственно. В странах субрегионов ЮВЕ и СНГ начальное образование в области сестринского и акушерского дела на уровне бакалавриата менее распространено. Если объединить эти два субрегиона, то начальное образование в области сестринского дела можно получить на уровне бакалавриата в половине стран ($n=6$, 50%), а в области акушерского дела – примерно в трети стран ($n=4$, 36,4%).

Большое разнообразие уровней образования, которое могут получить медсестры и акушерки в Регионе, можно отнести на счет трех политических процессов, происходящих в отдельных странах. Во-первых, это формирование Европейского пространства высшего образования с целью реформирования образования в области сестринского и акушерского дела путем частичного или полного перехода к обучению на уровне бакалавриата в высшем учебном заведении (18, 19). Это относится к 45 странам Европейского региона ВОЗ, включая страны из субрегионов ЕС/ЕАСТ, СНГ и ЮВЕ (20). Во-вторых, принятие Директивы 2005/36/ЕС Европейского союза о признании профессиональной квалификации, уточненной Директивой 2013/55/EU, облегчающей свободное передвижение лиц благодаря признанию дипломов медсестер и акушерок в странах ЕС/ЕАСТ, возможно, придает странам дополнительный импульс для проведения реформ систем и программ образования в области сестринского и акушерского дела, в частности, для расширения начального образования медсестер и акушерок до уровня бакалавриата в странах СНГ и ЮВЕ (10, 12). В-третьих, в рамках подготовки к вступлению в Европейский союз проводится анализ систем образования в области сестринского и акушерского дела, и зачастую его повышают до уровня бакалавриата (21).

Хотя вероятность предоставления образования в области сестринского и акушерского дела на уровне бакалавриата в странах СНГ и ЮВЕ была меньше, чем в странах субрегиона ЕС/ЕАСТ, в нескольких, в том числе в Российской Федерации, Узбекистане и Украине, для медсестер и/или акушерок все же имеются программы обучения на уровне бакалавриата. В задачи исследования не входило изучение причин, по которым одни страны Региона проводят реформы образования, а другие – нет. Это может быть связано с решением и желанием политического руководства (10, 22), потребностями населения (14, 23) и ощущаемой необходимостью в модернизации системы образования (24). Нужны дополнительные исследования, чтобы оценить конкретные для каждой страны факторы, способствующие осуществлению изменений, и провести мониторинг и оценку реформ систем образования и их воздействие на сестринскую и акушерскую профессии. При проведении реформ странам следует стремиться к обмену накопленным опытом, сообщать о достигнутых успехах и возникших проблемах.

Сосуществование программ начального обучения на уровне среднего специального образования и бакалавриата по-прежнему более распространено в области освоения профессии медсестры, что в будущем может помочь ввести повсеместно образование на уровне бакалавриата.

Результаты данного исследования подтверждают и дополняют выводы предыдущих научных исследований (16) и свидетельствуют о том, что в странах Европейского региона ВОЗ существует большое разнообразие систем образования медсестер. При включении в исследование стран из субрегионов, где подобные исследования вообще не проводились, выявлены еще более значительные различия. Что касается профессии акушерки, то в Европейском регионе ВОЗ подобных исследований проведено мало (25), а потому обсудить результаты в свете более ранних работ невозможно. Установлено, что образование в области акушерского дела на уровне среднего специального образования менее распространено, чем на уровне бакалавриата. Согласно результатам исследования, программ магистратуры в области акушерского дела еще меньше, особенно в странах ЮВЕ и СНГ. Необходимы дополнительные исследования для тщательного анализа уровней образования медсестер и акушерок во всем Европейском регионе, и в частности в странах ЮВЕ и СНГ, чтобы получить полное представление о системах образования, историческом контексте, текущих процессах реформирования и их результатах. В ESDNM подчеркивается важность расширения масштабов начального образования в области сестринского и акушерского дела. С этой целью в настоящем исследовании делается первая оценка исходного состояния образовательных уровней для мониторинга прогресса в будущем.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование имело некоторые ограничения. Во-первых, данные от стран предоставлялись различными респондентами, работающими в различных учреждениях, однако все они обладали профессиональными знаниями в области образования и подготовки медсестер и акушерок. Кроме того, информация об образовании в области сестринского или акушерского дела по каждой отдельной стране предоставлялась одним-тремя контактными лицами, что снижает надежность полученных в рамках данного исследования ответов. Во-вторых, в центре данного анализа находились уровни образования и не изучались типы и характеристики учебных заведений, продолжительность обучения, учебные планы, а также вопросы о том, предоставляется ли обучение на основе компетенций и отвечает ли оно потребностям в области здравоохранения соответствующей страны. В-третьих, некоторые респонденты предоставили ответы на русском языке и, возможно, в результате перевода были упущены какие-то нюансы, несмотря на то, что были использованы услуги квалифицированных переводчиков. Более того, для ряда респондентов, предоставивших ответы на английском языке, этот язык не являлся для них родным, поэтому существует вероятность недопонимания респондентами сути вопросов. В-четвертых, данные не были получены приблизительно из 23% стран Европейского региона ВОЗ, что может привести к погрешностям в интерпретации результатов исследования. И последнее, в настоящее время в ряде стран проводятся реформы системы образования, в связи с этим информация, полученная в 2016 г., может быть уже устаревшей и может потребоваться дальнейший мониторинг. Данное исследование направлено исключительно на предоставление исходных показателей по состоянию на 2016 г., чтобы оценить развитие событий в сфере образования и возможный прогресс в будущем в соответствии с первой приоритетной областью действий ESDNM. Исследование носит описательный характер, в его рамках не проводилась перекрестная проверка (триангуляция) данных; поэтому результаты имеют ориентировочный характер.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Европейском регионе ВОЗ существуют большие различия между уровнями образования, которое могут получить медсестры и акушерки. Почти во всех странах ЕС/ЕАСТ существуют программы их обучения либо только на уровне бакалавриата, либо наряду с программами обучения на уровне среднего специального образования. В СНГ и ЮВЕ доля стран, в которых обучение проводится на уровне бакалавриата, была наименьшей. Мониторинг прогресса, обмен стратегическим опытом в области эффективного проведения преобразований, оценка их последствий для этих двух профессий, клинической практики и итоговых результатов будут иметь большое значение в будущем по мере проведения странами своих образовательных реформ. В настоящем исследовании дается оценка исходного состояния уровней

образования медсестер и акушерок в Регионе в соответствии с первой приоритетной областью действий ESDNM «Расширение масштабов и трансформирование образования».

ВСТАВКА 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Базовое образование: первый уровень образования в области сестринского и акушерского дела, например, уровень среднего специального образования или бакалавриата.

Высшее учебное заведение: к высшим учебным заведениям относятся традиционные университеты и ориентированные на получение профессии учреждения, такие как университеты прикладных наук или политехнические институты.

Уровень среднего специального образования: получение квалификации в области сестринского или акушерского дела в заведении среднего специального образования.

Уровень бакалавриата: ученая степень о высшем образовании первой ступени, присваиваемая по окончании учебы в колледжах и университетах, в том числе в университетах прикладных наук.

Уровень магистратуры: ученая степень о высшем образовании второй ступени, присваиваемая по окончании учебы в колледжах и университетах, в том числе в университетах прикладных наук.

Выражение признательности: Авторы глубоко признательны респондентам за то, что они нашли время ответить на вопросы анкет, а также за оказание поддержки на протяжении всего процесса проверки данных. Проведение настоящего исследования было бы невозможно без тесного сотрудничества с Европейским форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций, а также с сотрудничающими центрами ВОЗ по проблемам сестринского и акушерского дела.

Источники финансирования: Не заявлены.

Конфликт интересов: Не заявлен.

Ограничение ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Guzman-Castillo M, Ahmadi-Abhari S, Bandosz P, Capewell S, Steptoe A, Sing-Manoux A et al. Forecasted trends in disability and life expectancy in England and Wales up to 2025: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2017; 2(7):e307–e313. doi:10.1016/S2468-2667(17)30091-9.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923–58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
3. Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003; 290(12):1617–23. doi:10.1001/jama.290.12.1617.
4. Blegen MA, Goode CJ, Park SH, Vaughn T, Spetz J. Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *J Nurs Adm*. 2013; 43(2):89–94. doi:10.1097/NNA.0b013e31827f2028.
5. Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M. Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient level analysis. *Med Care*. 2014; 52(10):864–9. doi:10.1097/MLR.000000000000189.
6. Midwifery: an executive summary for the Lancet's Series. *Lancet Midwifery*. 2014 (http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf, по состоянию на 9 марта 2017 г.).
7. Global Standards for Midwifery Education, amended 2013. The Hague: International Confederation of Midwives; 2010 (http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013.pdf, по состоянию на 9 марта 2017 г.).

8. Institute of Medicine. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
9. Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. Paris: European Higher Education Area; 2010 (http://media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/64/0/Budapest-Vienna_Declaration_598640.pdf, по состоянию на 8 марта 2017 г.).
10. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. O. J. E. U. 2005; L 255:22–142 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036>, по состоянию на 27 июля 2017 г.).
11. Evaluation of the professional qualifications directive (Directive 2005/36/EC). Brussels: European Commission; 2011 (http://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/policy/legislation_en, по состоянию на 8 марта 2017 г.).
12. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012. O. J. E. U. 2013; L 354:132–70 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32013L0055>, по состоянию на 27 июля 2017 г.).
13. Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики «Здоровье-2020». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/274308/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_ru_REV.pdf, по состоянию на 31 июля 2017 г.).
14. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 3 августа 2017 г.).
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
16. Salminen L, Stolt M, Saarikosi M, Suikkala A, Vaartio H, Leino-Kilpi H. Future challenges for nursing education – a European perspective. Nurs Educ Today. 2010; 30(3):233–8. doi:10.1016/j.nedt.2009.11.004.
17. Aiken LH, Sloane DD, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014; 383(9931):1824–30. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
18. Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. Nursing education in the European Higher Education Area – variations in implementation. Nurs Educ Today. 2014; 34:1040–7.
19. Spitzer A, Perrenoud B. Reforms in nursing education across western Europe: from agenda to practice. J Prof Nurs. 2006; 22(3):150–61.
20. European Higher Education Area [website]. Paris: European Higher Education Area; 2017 (<https://www.ehea.info/pid34250/members.html>, по состоянию на 21 июля 2017 г.).
21. Serbia looks at nursing & midwifery professions ahead of EU accession. In: EU MONITR [website]. London: EU MONITR; 2015 (<http://www.eumonitor.com/2015/12/10/serbia-looks-at-nursing-midwifery-professions-ahead-of-eu-accession/>, по состоянию на 21 июля 2017 г.).
22. Rosebrough A. Russian Nursing Education Reform Project: new nurses for a new Russia. Image J Nurs Sch. 1997; 29(2):159–62.
23. Debout C, Chevallier-Darchen F, Petit dit Dariel O, Rothan-Tondeur M. Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes. Int Nurs Rev. 2012; 59:519–24.
24. Keeling S. Time to branch out. Nurs Stand. 2008; Apr 16–22:22(32):69.
25. Mivšek P, Baškova M, Wilhelmova R. Midwifery education in central-eastern Europe. Midwifery. 2016; 33:43–5. doi:10.1016/j.midw.2015.10.016.

POLICY AND PRACTICE

Strengthening the health workforce to implement public health interventions in the South-Eastern European Health Network: lessons learned from a technical meeting

Ingrid Zuleta-Marin¹, Marjolein Dieleman¹, Prisca Zwanikken¹, Vesna Bjegovic-Mikanovic², Milena Santric-Milicevic², Galina Perfilieva³, Martin Krayer von Krauss³, Anna Cichowska³

¹ Royal Tropical Institute, Amsterdam, Netherlands

² Centre School of Public Health and Health Management of the Faculty of Medicine University, Belgrade, Serbia

³ WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Marjolein Dieleman (email: m.dieleman@kit.nl)

ABSTRACT

Through the WHO European Region's Health 2020 policy framework, countries agreed to work together on policy priorities for public health such as strengthening people-centred public health systems and public health capacity. Alongside the Health 2020 strategy, the seventh of the 10 essential public health operations devised by the WHO Regional Office for Europe focuses on assuring a sufficient and competent public health workforce.

The Regional Office has supported the health activities of the South-Eastern European Health Network through a series of technical meetings on the health workforce since 2011. This article reports the results of SEEHN technical meeting on human resources for public health, organized by the WHO Regional Office for Europe, and analyses these results in the context of universal health coverage. During the meeting, through a series of interactive activities, participants shared details of eight successful public health interventions and discussed and analysed strategies addressing human resources for health to improve the public health workforce. The public health interventions matched the specific national burden of disease and

especially the national health policy priorities. In most cases they involved a multisectoral approach, and all interventions included multidisciplinary teams. The interventions mainly addressed the public health workforce in terms of education; five included training courses. Accreditation of training programmes, adjusted job descriptions for public health specialists and advocacy to show the importance of public health professionals were used in the other three interventions.

It is clear that training as a strategy to improve the public health workforce was a popular option; in most cases it was the only strategy used. This could indicate a lack of skills and experience on how to adapt the workforce to implement public health interventions using a variety of strategies for human resources for health, such as task shifting, supervision and career planning, among others. Global and regional policies and guidelines on human resources for health propose a variety of strategies to build and strengthen the health workforce. Therefore, it is now crucial to advocate strategies beyond training to continue to support the strengthening of the public health workforce.

Keywords: PUBLIC HEALTH WORKFORCE, PUBLIC HEALTH CAPACITY, PUBLIC HEALTH POLICY, HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, HRH STRATEGIES

BACKGROUND

WHO's *Interim report – Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century (1)* revealed that in many countries in the WHO European Region there is a misalignment between the current strategic priorities in health policy (reducing the burden of non-communicable diseases and health inequities; implementing the International Health Regulations) and the capacity of services provided by institutes and organizations with public health tasks to address these, including the allocation of human and financial resources and the skills mix of the workforce. One reason for this misalignment could be changing circumstances in these countries, which are likely result from longer life expectancy, changes in population health needs, rising health inequalities, the impact of globalization, economic development and the imbalance between the demand and supply of public health services (2, 3). Through Health 2020, the European health policy framework (4), the 53 countries in the WHO European Region agreed to work together on common policy priorities for health. The specific Health 2020 priorities for public health are tackling the Region's major health challenges of non-communicable and communicable diseases and strengthening people-centred public health systems, public health capacity and emergency preparedness, surveillance and response. Alongside the Health 2020 strategy, the 10 essential public health operations (EPHOs) were developed in 2012 to support countries in planning for stronger public health services and capacities. EPHO7 focuses on assuring a sufficient and competent public health workforce (5).

CONTEXT

The South-Eastern European Health Network (SEEHN) developed as the health component of the European Union's Stability Pact for South-Eastern Europe. The Network comprises representatives of the health ministries of its nine Member States (Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Israel, Montenegro, the Republic of Moldova, Romania, Serbia and the former Yugoslav Republic of Macedonia)¹. SEEHN also works closely with 12 partner countries (Belgium, France, Greece, Hungary, Italy, the Netherlands, Norway, Slovenia, Sweden, Switzerland and the United Kingdom) and seven partner organizations (the Council of Europe, Council of Europe Development Bank, European Commission, International Organization for Migration, Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, Regional Cooperation Council and WHO Regional Office for Europe). These partner countries and organizations provide SEEHN with ongoing political, technical and financial support (6).

Over the past decade, SEEHN has been the undisputed vehicle of health development in South-Eastern Europe, covering mental health, communicable diseases, food safety and nutrition, blood safety, tobacco control, information systems, maternal and neonatal health, public health services and health systems. To bolster the policy priority of strengthening public health capacity, the WHO Regional Office for Europe has supported SEEHN's health activities through a series of technical meetings on the health workforce since 2011. These have focused on health workforce retention, data collection on health workforce employment and education, strengthening the health workforce knowledge base to support evidence-informed health policies, harmonization and mutual recognition of health professionals' qualifications in Europe and transforming health workforce education and training.

This article reports the results of an SEEHN technical meeting on human resources for public health, organized by the WHO Regional Office for Europe, and analyses these results in the context of universal health coverage (UHC).

¹ Croatia was one of the founding members of the Network and also participated in the technical meeting.

APPROACH

The WHO Regional Office for Europe and two WHO collaborating centres – the Royal Tropical Institute in Amsterdam, the Netherlands, and the School of Public Health and Health Management at Belgrade University (Faculty of Medicine), Serbia – designed the technical meeting. Its aim was to provide countries with a better understanding of the capacities of their public health workforce in order to strengthen the delivery of public health services. The 20 meeting participants were representatives of eight SEEHN countries, selected at the national level. This group comprised an interesting mix of nine policy-makers from six countries, six researchers from five countries and five public health practitioners from five countries.

The meeting focused on interventions to address specific public health challenges in SEEHN countries, which included strategies to strengthen the public health workforce. It included a number of activities: interactive presentations on the latest WHO policy context for human resources for public health services, poster presentations on successful public health interventions and discussions and analysis of human resources for health (HRH) strategies to improve the public health workforce and in consequence public health services.

Prior to the meeting, participants from each SEEHN country were asked to prepare a poster setting out a successful public health intervention from the last five years that addressed a public health challenge at the national or subnational level, outlining its strategies to strengthen the public health workforce. These case studies were developed through data collection by national representatives about public health professionals involved in the interventions and a description of necessary changes made to the public health workforce to achieve success. The posters included information on country profile, public health priorities, the public health intervention and its results, the workforce related to the intervention and the lessons learned. Participants discussed their posters during the meeting with the aim of familiarizing each other with examples of successful public health interventions and strategies to strengthen the public health workforce in SEEHN countries, thus increasing regional knowledge exchange. Table 1 shows the roles and affiliations of the participants from each country, as well as the interventions discussed.

TABLE 1. COUNTRIES, INTERVENTIONS, ORGANIZATIONS AND PARTICIPANTS REPRESENTED AT THE SEEHN MEETING

Country (Public health intervention)	Organization(s)	Participant's role
Albania (Continuing the education of the public health workforce)	Ministry of Health	Policy-maker
	University Hospital Centre "Mother Teresa"	Public health practitioner
Bosnia and Herzegovina (Response to HIV and AIDS in the Federation of Bosnia and Herzegovina; Establishment of the Centre for Health Management in the Republika Srpska)	Ministry of Health of the Federation of Bosnia and Herzegovina	Policy-maker
	Ministry of Health and Social Welfare of the Republika Srpska	Policy-maker
	Public Health Institute of the Federation of Bosnia and Herzegovina	Researcher
	Ministry of Civil Affairs of Bosnia and Herzegovina	Policy-maker
	Ministry of Health and Social Welfare of the Republika Srpska	Public health practitioner
Bulgaria (The "Sea and Health" festival for the promotion of public health and public health professionals)	National Centre of Public Health and Analyses	Researcher
	Medical University of Varna	Researcher

TABLE 1. COUNTRIES, INTERVENTIONS, ORGANIZATIONS AND PARTICIPANTS REPRESENTED AT THE SEEHN MEETING

Country (Public health intervention)	Organization(s)	Participant's role
Croatia (Cervical cancer screening programme)	Service for Health Institutes and Human Resources	Public health practitioner
	Public Health National Institute	Researcher
Montenegro (Colorectal cancer screening programme)	Ministry of Health	Policy-maker
	Centre for Health System Development Institute of Public Health	Researcher
Republic of Moldova (Approving and implementing tobacco control legislation)	Regional Ministry of Health	Policy-maker
	Regional Ministry of Health	Policy-maker
	School of Public Health	Researcher
Serbia (Monitoring of child abuse to support efficient prevention of violence against children)	Ministry of Health	Policy-maker
	Centre for Analysis, Planning and Organization of Health Care	Public health practitioner
	Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut	
The former Yugoslav Republic of Macedonia (Evidence-based policy intervention for violence prevention)	Ministry of Health	Policy-maker
	Institute of Public Health	Public health practitioner

The following sections summarize the public health interventions discussed, describe their strategies to strengthen the public health workforce and discuss these using a framework on HRH policy actions for universal health coverage (7).

MEETING RESULTS AND DISCUSSION

In total, eight public health interventions were presented. Topics ranged from continuing education of the public health workforce in Albania to treating HIV and improving management of health care in Bosnia and Herzegovina, advocating the importance of public health professionals in Bulgaria, screening for cancer in Croatia and Montenegro, reducing tobacco consumption in the Republic of Moldova and reducing violence in Serbia and the former Yugoslav Republic of Macedonia.

COMMON FEATURES OF THE INTERVENTIONS

The public health topics matched the specific national burden of disease and, in particular, the national health policy priorities. Many of the interventions presented were based on recently approved laws, which were accompanied by health policies that contributed to the success of the intervention. For example, in the Republic of Moldova the approval of a tobacco control law in December 2007 led to a series of changes in the National Centre of Public Health to coordinate implementation of the new law.

Most case studies included a multisectoral approach; for example, interventions involved decision-makers from the ministries of health in Bosnia and Herzegovina, the Republic of Moldova and Serbia and from the parliaments in the two latter countries. Other stakeholders involved were non-health professionals, representatives of academia and nongovernmental organizations and, in some cases, the wider community. As an example, in Bulgaria the advocacy effort for public health professionals included the Faculty of Public Health in Varna, Municipality

of Varna, Regional Health Inspectorate, Institute of Oceanology and Fishing (Bulgarian Academy of Science), Bulgarian Red Cross, National Naval Academy, District Directorate for Food Safety, professional and nongovernmental organizations and business representatives. Other ministries were also involved in the interventions, such as the ministries of interior, education, justice and labour and the parliament in the Republic of Moldova and the former Yugoslav Republic of Macedonia.

All case studies included multidisciplinary teams that designed and/or implemented the intervention. These were composed of professionals from different disciplines within and outside the health care sector, such as clinicians, nurses, public health specialists, psychologists and social workers. For example, the team created to address the reporting of suspected cases of child abuse or neglect in Serbia consisted of paediatricians, nurses, psychologists and social workers. The team that addressed the screening of colorectal cancer in Montenegro consisted of general practitioners and specialists in clinical medicine, coordinated by a public health specialist. In the cases of Bosnia and Herzegovina, Bulgaria and the former Yugoslav Republic of Macedonia, the teams involved non-health professionals such as lawyers, economists, ecologists and law enforcement professionals.

COUNTRY-SPECIFIC PUBLIC HEALTH WORKFORCE STRATEGIES

The implications of the public health intervention on the public health workforce were mainly addressed in terms of education: five interventions included training courses for public health specialists, other health professionals or non-health professionals. The former Yugoslav Republic of Macedonia's intervention included training new professionals. Training existing health workers to improve their skills and responsiveness was undertaken in the two case studies from Bosnia and Herzegovina and those from Montenegro and Serbia. The quality of the workforce was improved using a system of accreditation of training programmes in Albania. Adjusted job descriptions for public health specialists were created in Montenegro, the Republic of Moldova and Serbia. For instance, in Serbia the public health specialist was given a new task of developing and operationalizing tools to monitor implementation of policies to prevent violence against children. In Bulgaria advocacy was used to show the importance of public health professionals to the general population.

OBSERVATIONS

The lessons learned from the strategies to strengthen the public health workforce are as follows.

- Multidisciplinary teams are needed for implementation of public health interventions to succeed. This approach involves health professionals other than medical doctors, such as nurses, psychologists and social workers. Public health specialists are needed to coordinate the multidisciplinary team.
- Training through continuing education and certification can improve the professional development and skills of public health professionals, standardize their knowledge and serve as a platform to build a network of public health professionals.
- Specific training modules are needed to improve the public health management skills of existing managers.
- New training courses for public health professionals are necessary to implement new laws and protocols, such as on child abuse. Development and operationalization of tools to monitor implementation of policies can be incorporated into the tasks of the public health workforce.
- Training health professionals on new protocols for control and prevention of violence against women improves implementation of public health services in this field. Institutes of public health can also take on the task of initial training of professionals from health and other sectors.

- Public health professionals can be designated as the workforce to coordinate implementation of a new law, such as on tobacco control. The public health workforce needs to be trained for this new task and job descriptions need to be adjusted as necessary.
- Adapting job descriptions for public health specialists and general physicians helps to build a workforce with a wider range of public health responsibilities.
- A public health professional is needed in a key position in screening programmes.
- Health festivals can be used to improve recognition by the public of the importance of public health professionals.

Based on the results of the workshop, the implications of these public health interventions on the public health workforce were further analysed. This was done using the Campbell et al. framework outlining how to achieve UHC through HRH, which consists of four dimensions: availability (e.g. stock and production), accessibility (e.g. spatial, temporal and financial dimensions), acceptability (e.g. gender and sociocultural) and quality (e.g. competencies and regulation) (7). The framework shows which HRH policy actions can improve trends of workforce numbers and their performance.

Further analysis of the case studies using this framework shows that most focused on providing continuing education for existing professionals or training in public health tasks for different types of health professional (five of the eight case studies) to improve service quality. Training public health professionals in new tasks was used in one case study; this ensures that sufficient staff are available to deliver a public health service. Training existing public health workers to improve their skills and responsiveness was done in the other four case studies; this improves quality and acceptability. Quality of training is also increased by using a system of accreditation, which was done in one case study.

Only two countries indicated using at least two different strategies improving availability, accessibility and quality (Montenegro offered training and adapted job descriptions; the Republic of Moldova adapted job descriptions and reorganized roles and responsibilities). Although training more staff is necessary in many countries, increasing numbers and improving knowledge and skills are insufficient to provide culturally appropriate, acceptable services to communities and to address the effectiveness of public health interventions (7). Additional HRH strategies are required to achieve universal health coverage and strengthen public health services. Examples from the case studies include accreditation and regulatory systems that promote improved quality of the workforce and modification of job descriptions, which can create a public health workforce that provides focused approaches to increasing access for vulnerable or neglected groups. Other examples of strategies to enhance the availability, accessibility, acceptability and quality of HRH are (7):

- strengthening the policy, regulatory and fiscal environments to match health workforce supply and demand;
- actively stewarding, managing and deploying the health workforce to equitably meet population needs across urban, rural and remote areas;
- providing evidence-based guidance on workforce sex balance, skill mix and task delegation, competencies and sociocultural needs; and
- designing and implementing country-specific workforce management, performance and monitoring systems to sustain high-quality services.

Many global and regional HRH policies and guidelines – such as Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, Health 2020 and the 10 EPHOs – propose a variety of HRH strategies to build and strengthen the

health workforce (4, 8, 9). It is unclear why in most public health interventions discussed in the SEEHN technical meeting HRH improvements were targeted only through training. Education and training may provide more tangible and better measurable results compared to the results of HRH strategies in the areas of financing, deployment, retention and management or performance. Nevertheless, a variety of HRH strategies are required if universal health coverage is to be achieved, including strategies to improve retention and performance through human resource management systems and finance.

Capacity-building of SEEHN participants in the development and implementation of different HRH strategies is important if improved human resource capacity for public health is to be achieved and universal health coverage is to be obtained.

CONCLUSION

This two-day technical workshop on human resources for public health facilitated regional knowledge-sharing on successful strategies to address current public health challenges and enabled participants to gain insight into the complexities of strengthening the public health workforce. The workshop participants:

- demonstrated the importance of linking the national burden of disease and the public health system – one key element that made the interventions successful was alignment with national health priorities;
- had a good understanding of multidisciplinary and multisectorality as key factors of successful implementation of public health interventions; and
- understood the need to have a critical core workforce in public health to coordinate the formulation and implementation of public health policy and related services.

The development of a public health workforce is grounded in EPHO7: assuring a sufficient and competent public health workforce, and taking into account their training, curriculum development, core competencies, accreditation, leadership skills, mentoring and continued professional development. A starting-point for development of the public health workforce, including generic definitions of core competencies, has recently been described for low- and middle-income countries (10) and in the European public health literature by the Association of Schools of Public Health in the European Region (11); these studies present the cornerstone for future developments (12). The core competencies need to be validated in SEEHN countries, and core skills and responsibilities of the public health workforce need to be defined to facilitate a common understanding for exchange and collaboration on the transformation of the public health workforce at the SEEHN level.

Further, even though public health interventions have implications for the public health workforce, the most common strategy used was limited to training. This could indicate a lack of skills and experience on how to implement the workforce to public health interventions using a variety of HRH strategies, such as adapting human resource management systems to accommodate public health, including adaptations of job descriptions, task shifting, supervision and career planning, among others. Advocacy for strategies beyond training and funding mechanisms to implement these are now crucial to further strengthen the public health workforce in SEEHN countries.

Acknowledgements: The authors thank the WHO Country Office of Bosnia and Herzegovina and the workshop participants for writing country case stories: Ms Lindita Backa, Dr Elizeana Zaimi, Dr Irena Jokic, Dr Marina Bera, Dr Jelena Djakovic Devic, Dr Dijana Strkic, Dr Hristo Hinkov, Professor, Dr Todorka Kostadinova, Ms Marija Pederin, Dr Mario Troselj, Dr Marija Palibrk, Ms Ljiljana Vujisic, Dr Oleg Lozan, Ms Svetlana Nichita, Dr Miljan Ljubicic, Dr Nebojsa Jokic, Ms Sanja Sazdovska and Professor Dr Fimka Tozija.

Sources of funding: Swiss Agency for Development and Cooperation.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Interim report – Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/background-documents/interim-report.-supporting-health-2020-governance-for-health-in-the-21st-century>, accessed 23 January 2017).
2. Willke H. Smart governance: governing the global knowledge society. Frankfurt: Campus Verlag; 2007.
3. Martín-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and assessing public health functions: a global analysis. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:335–55.
4. Health 2020: a European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 20 June 2017).
5. EPHO7: Assuring a sufficient and competent public health workforce. In WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho7-assuring-a-sufficient-and-competent-public-health-workforce>, accessed 23 January 2017).
6. The Dubrovnik Pledge: meeting the health needs of vulnerable populations in South East Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2001/dubrovnik-pledge-2001>, accessed 15 May 2017).
7. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91(11):853–63.
8. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 23 January 2017).
9. The 10 essential public health operations. In WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>, accessed 15 May 2017).
10. Zwanikken PA, Alexander L, Huong NT, Qian X, Valladares LM, Mohamed NA et al. Validation of public health competencies and impact variables for low- and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2014;14:55. doi:10.1186/1471-2458-14-55.
11. Foldspang A. From potential to action – public health core competences for essential public health operations: a manual. Brussels: Association of Schools of Public Health in the European Region; 2016. Available from: (<http://www.aspher.org/repository,12,0,0.html>, accessed 30 January 2017).
12. Bjegovic-Mikanovic V, Foldspang A, Jakubowski E, Müller-Nordhorn J, Otok R, Stjernberg L. Developing the public health workforce. *Eurohealth incorporating Euro Observer*. 2015;21(1):24–7.

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Укрепление трудовых ресурсов здравоохранения для реализации вмешательств в области охраны общественного здоровья в Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы: результаты технического совещания

Ingrid Zuleta-Marin¹, Marjolein Dieleman¹, Prisca Zwanikken¹, Vesna Bjegovic-Mikanovic², Milena Santric-Milicevic², Galina Perfilieva³, Martin Kraye von Krauss³, Anna Cichowska³

¹ Королевский институт тропической медицины, Амстердам, Нидерланды

² Центральная школа общественного здравоохранения и управления, медицинский факультет, Белградский университет, Белград, Сербия

³ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Marjolein Dieleman (адрес электронной почты: m.dieleman@kit.nl)

АННОТАЦИЯ

Страны, утвердившие политику Здоровье-2020, договорились совместно работать над такими приоритетами, как укрепление системы общественного здравоохранения, ориентированной на человека, и повышение ее потенциала. В политике Здоровье-2020 и в седьмой из десяти ОФЗ, разработанных ЕРБ ВОЗ, основное внимание уделяется обеспечению общественного здравоохранения квалифицированными кадровыми ресурсами достаточной численности.

Начиная с 2011 г. ЕРБ ВОЗ оказывает поддержку деятельности SEEHN, проводя технические совещания, посвященные вопросам трудовых ресурсов здравоохранения. В этой статье приведены результаты технического совещания SEEHN, организованного ЕРБ ВОЗ, на котором обсуждались вопросы кадровых ресурсов общественного здравоохранения, а также был проведен анализ собранных результатов в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения. Во время интерактивных мероприятий участники поделились опытом успешного внедрения восьми мер в области общественного здравоохранения, а также обсудили и проанализировали стратегии, применяемые для решения проблем КРЗ с целью укрепления потенциала общественного здравоохранения. Принятые меры соответствовали конкретному бремени болезней в отдельных странах, а также национальным приоритетам политики здравоохранения. В большинстве случаев в их рамках предполагалось применение межсекторального подхода, и во всех – работа проводилась многодисциплинарными группами.

Меры в основном касались образования работников общественного здравоохранения; из них пять включали курсы практической подготовки. Остальные меры были связаны с аккредитацией курсов практической подготовки, корректировкой описаний должностных обязанностей для специалистов сектора здравоохранения, а также с информационно-разъяснительной работой для демонстрации той важной роли, которую играют работники общественного здравоохранения.

Курсы практической подготовки – одна из самых популярных стратегий укрепления трудовых ресурсов общественного здравоохранения, и в большинстве случаев именно она и применялась. Это может свидетельствовать о недостатке навыков и опыта в том, как перестроить трудовые ресурсы для осуществления вмешательств в области общественного здравоохранения с использованием разнообразных стратегий, таких как перераспределение обязанностей, осуществление наблюдения за работой и планирование карьеры. В глобальной и региональной политике и руководящих принципах по управлению КРЗ предлагается широкий набор стратегий по формированию и укреплению трудовых ресурсов. Для дальнейшего укрепления кадров общественного здравоохранения крайне важно пропагандировать применение самых разнообразных стратегий, а не только тех, которые касаются профессиональной подготовки.

Ключевые слова: ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОТЕНЦИАЛ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОЛИТИКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СТРАТЕГИИ КРЗ

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Как говорится в предварительном докладе ВОЗ *Interim report – Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century* [Поддержка выполнения стратегии Здоровье-2020: стратегическое руководство в секторе здравоохранения в XXI веке] (1), во многих странах Европейского региона ВОЗ наблюдается несоответствие между существующими стратегическими приоритетами политики здравоохранения (сокращение бремени неинфекционных заболеваний и неравенства в отношении здоровья; выполнение Международных медико-санитарных правил) и возможностями учреждений и организаций в области предоставления услуг, направленных на решение этих приоритетных задач, включая выделение кадровых и финансовых ресурсов и обеспечение надлежащей профессиональной подготовки специалистов. Причинами такого несоответствия могут быть изменившиеся в этих странах обстоятельства, связанные, например, с увеличением продолжительности жизни, изменениями потребностей населения в области здравоохранения, усилением неравенства в отношении здоровья, воздействием глобализации, экономическим развитием и несоответствием между спросом и предложением услуг здравоохранения (2, 3). Приняв основы Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 (4), 53 страны Европейского региона ВОЗ договорились совместно работать над решением общих приоритетных вопросов политики, направленной на охрану здоровья населения. К особым приоритетам Здоровья-2020 в области здравоохранения относится решение таких основных проблем, связанных со здоровьем населения Региона, как снижение бремени основных неинфекционных и инфекционных болезней и укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, а также усиление потенциала общественного здравоохранения, поддержание готовности к чрезвычайным ситуациям, осуществление надзора и реагирования. Наряду с политикой Здоровье-2020 в 2012 г. были разработаны десять основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ) с целью оказания поддержки странам в области планирования действий по повышению качества услуг и усилению потенциала общественного здравоохранения. Седьмая ОФОЗ посвящена вопросам обеспечения сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности (5).

КОНТЕКСТ

Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN) была создана в качестве компонента Пакта стабильности для Юго-Восточной Европы, посвященного вопросам здравоохранения. В эту сеть входят представители министерств здравоохранения девяти государств-членов (Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Израиль, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Черногория)¹. Также SEEHN осуществляет тесное сотрудничество с 12 странами-партнерами (Бельгия, Венгрия, Греция, Италия, Нидерланды, Норвегия, Словения, Соединенное Королевство, Франция, Швеция, Швейцария) и семью организациями-партнерами (Совет Европы, Банк развития Совета Европы, Европейская комиссия, Международная организация по миграции, Партнерство «Северное измерение» в области общественного здравоохранения и социального благополучия, Совет регионального сотрудничества и Европейское региональное бюро ВОЗ). Перечисленные страны и организации-партнеры оказывают постоянную политическую, техническую и финансовую поддержку SEEHN (6).

За последнее десятилетие SEEHN стала неоспоримым двигателем прогресса в секторе здравоохранения Юго-Восточной Европы; деятельность этой сети охватывает такие сферы, как охрана психического здоровья, борьба с инфекционными болезнями, продовольственная безопасность и питание, безопасность переливания крови, борьба с употреблением табака, информационные системы, охрана здоровья матерей и новорожденных, службы общественного здравоохранения и системы здравоохранения. Для

¹ Хорватия была одним из основателей Сети; представители Хорватии также приняли участие в техническом совещании.

активизации работы по приоритетным направлениям укрепления потенциала общественного здравоохранения с 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает поддержку деятельности SEEHN в области здравоохранения путем проведения технических совещаний по вопросам КРЗ. Был проведен ряд совещаний, посвященных таким проблемам, как удержание персонала; сбор данных о занятости и обучении работников здравоохранения; укрепление их базы знаний для поддержки политики здравоохранения, формируемой с учетом фактических данных; гармонизация и взаимное признание квалификации работников здравоохранения в Европе и изменения в области их образования и профессиональной подготовки.

В настоящей статье обсуждаются результаты технического совещания SEEHN по вопросам кадровых ресурсов общественного здравоохранения, организованного Европейским региональным бюро ВОЗ, а также дается анализ этих результатов в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения.

ПОДХОД

Техническое совещание было подготовлено Европейским региональным бюро ВОЗ и двумя сотрудничающими центрами – Королевским институтом тропической медицины в Амстердаме (Нидерланды) и Институтом общественного здравоохранения и управления медицинского факультета Белградского университета (Сербия). Цель совещания – помочь странам получить более полное представление о потенциале своих трудовых ресурсов общественного здравоохранения и способствовать повышению качества его услуг. В совещании приняли участие 20 представителей из восьми стран SEEHN, отобранных на национальном уровне. В их число вошли девять специалистов, отвечающих за разработку политики, из шести стран, шесть научных сотрудников из пяти стран и пять работников общественного здравоохранения из пяти стран.

На совещании обсуждались меры, направленные на решение проблем общественного здравоохранения, характерных для каждой из стран SEEHN, а также существующие стратегии укрепления КРЗ. Совещание состояло из нескольких частей: интерактивные презентации новейших стратегий ВОЗ в области кадровых ресурсов общественного здравоохранения, презентации информационных бюллетеней об успешном внедрении мер общественного здравоохранения, обсуждение и анализ стратегий развития КРЗ с целью наращивания их потенциала с последующей оптимизацией услуг общественного здравоохранения.

Участников совещания SEEHN заранее попросили подготовить плакаты и представить на них примеры успешных вмешательств в области общественного здравоохранения, осуществленных за последние пять лет с целью решения проблем в этой области на национальном или субнациональном уровнях, описав применявшиеся стратегии по укреплению трудовых ресурсов общественного здравоохранения. Эти примеры из практики включали результаты проведенного национальными представителями сбора данных о работниках общественного здравоохранения, принимавших участие в осуществлении вмешательств, и описания проведенных изменений в области трудовых ресурсов общественного здравоохранения, которые были необходимы для достижения успеха. Каждый плакат содержал краткую информацию о стране, приоритетах ее сектора здравоохранения, принятых мерах общественного здравоохранения и результатах их внедрения, о задействованных кадрах и извлеченных уроках. Во время совещания участники обсудили содержание плакатов, чтобы ознакомить друг друга с примерами успешных вмешательств в области общественного здравоохранения и стратегиями по укреплению потенциала трудовых ресурсов общественного здравоохранения в странах SEEHN, тем самым повышая уровень регионального обмена знаниями. В табл. 1 указаны должности участников из каждой страны и представляемые ими организации, а также меры, которые обсуждались во время совещания.

ТАБЛИЦА 1. СТРАНЫ, МЕРЫ, ОРГАНИЗАЦИИ И УЧАСТНИКИ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ НА СОВЕЩАНИИ SEEHN

Страна (Мера общественного здравоохранения)	Организация/ организации	Должность участника
Албания (Непрерывное обучение трудовых ресурсов общественного здравоохранения)	Министерство здравоохранения	разработчик политики
	Университетский больничный центр «Мать Тереза»	специалист в области общественного здравоохранения
Болгария (Фестиваль «Море и здоровье», посвященный общественному здравоохранению и его работникам)	Национальный центр общественного здоровья и анализа	научный сотрудник
	Медицинский университет Варны	научный сотрудник
Босния и Герцеговина (Ответные меры на ВИЧ и СПИД в Федерации Боснии и Герцеговины; Учреждение Центра управления сектором здравоохранения в Республике Сербской)	Министерство здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины	разработчик политики
	Министерство здравоохранения и социального обеспечения Республики Сербской	разработчик политики
	Институт общественного здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины	научный сотрудник
	Министерство гражданских дел Боснии и Герцеговины	разработчик политики
Бывшая югославская Республика Македония (Основанное на фактических данных стратегическое мероприятие по предотвращению насилия)	Министерство здравоохранения	разработчик политики
	Институт общественного здравоохранения	специалист в области общественного здравоохранения
Республика Молдова (Утверждение и внедрение законодательства по борьбе с употреблением табака)	Региональное министерство здравоохранения	разработчик политики
	Региональное министерство здравоохранения	разработчик политики
	Медицинский институт	научный сотрудник
Сербия (Мониторинг случаев жестокого обращения с детьми для обеспечения эффективного предотвращения насилия в отношении детей)	Министерство здравоохранения	разработчик политики
	Центр анализа, планирования и организации здравоохранения Институт общественного здравоохранения Сербии им. д-ра Милана Йовановича Батуца	специалист в области общественного здравоохранения
Хорватия (Программа обследования для выявления рака шейки матки)	Служба медицинских институтов и кадровых ресурсов	специалист в области общественного здравоохранения
	Национальный институт общественного здравоохранения	научный сотрудник
Черногория (Программа обследования для выявления колоректального рака)	Министерство здравоохранения	разработчик политики
	Центр развития системы здравоохранения Институт общественного здравоохранения	научный сотрудник

В следующих разделах статьи приводятся общие характеристики мер общественного здравоохранения, которые были рассмотрены во время совещания, описываются стратегии укрепления потенциала трудовых

ресурсов общественного здравоохранения, а также предлагается обсуждение с использованием системы стратегических мер в области КРЗ для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (7).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОВЕЩАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В общей сложности было представлено восемь мер общественного здравоохранения. Их темы варьировались от повышения квалификации работников общественного здравоохранения в Албании до лечения ВИЧ и оптимизации управления сектором здравоохранения в Боснии и Герцеговине, проведения информационно-разъяснительной работы о высокой значимости квалифицированных кадров общественного здравоохранения в Болгарии, проведения обследований с целью выявления онкологических заболеваний в Хорватии и Черногории, снижения употребления табака в Республике Молдова и сокращения насилия в Сербии и бывшей югославской Республике Македония.

ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕР

Представленные темы общественного здравоохранения соответствовали конкретному бремени болезней в отдельных странах и, в частности, национальным приоритетам политики здравоохранения. Многие представленные меры были основаны на недавно принятых законах, сопровождавшихся реализацией стратегий здравоохранения, что содействовало их успешному осуществлению. Например, в Республике Молдова принятие в декабре 2007 г. закона по борьбе с табакокурением повлекло за собой ряд изменений в Национальном центре общественного здравоохранения, необходимых для координации работы по выполнению нового закона.

Большинство практических примеров связаны с применением многосекторального подхода; например, в осуществлении мер были задействованы руководители, ответственные за принятие решений, из министерств здравоохранения Боснии и Герцеговины, Республики Молдова и Сербии, а также члены парламентов двух последних стран. Остальные заинтересованные стороны, привлеченные к этой работе, включали работников из других секторов, представителей научных кругов и неправительственных организаций, а в некоторых случаях – широкую общественность. Так, в Болгарии информационно-разъяснительная работа о важности квалифицированных кадров общественного здравоохранения проводилась с участием сотрудников факультета общественного здравоохранения в Варне, муниципалитета Варны, региональных органов санитарного надзора, Института океанологии и рыболовства (Академия наук Болгарии), болгарского отделения Красного Креста, Национальной военно-морской академии, окружного директората продовольственной безопасности, профессиональных и неправительственных организаций, представителей бизнес-кругов. К осуществлению мер также были привлечены разные министерства, в том числе Министерство внутренних дел, образования, правосудия и труда, а также парламенты Республики Молдова и бывшей югославской Республики Македония.

Во всех практических примерах меры разрабатывались и/или осуществлялись междисциплинарными группами. В их состав входили представители не только здравоохранения, но и других секторов: медицинские работники, медсестры, работники общественного здравоохранения, психологи и социальные работники. Так, группа, созданная для составления отчетов о подозреваемых случаях жестокого обращения с детьми или отсутствия родительской заботы о ребенке в Сербии, состояла из педиатров, медсестер, психологов и социальных работников. Группа, проводившая обследования с целью выявления колоректального рака в Черногории, состояла из врачей общей практики и специалистов клинической медицины, а ее деятельность координировалась специалистом общественного здравоохранения. В случае Болгарии, Боснии и Герцеговины и бывшей югославской Республики Македония в состав групп входили представители таких немедицинских профессий, как адвокаты, экономисты, экологи и работники правоохранительных органов.

СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН

Принятые меры общественного здравоохранения касались в основном вопросов образования: пять мер включали курсы профессиональной подготовки специалистов общественного здравоохранения, а также других медицинских или немедицинских работников. В бывшей югославской Республике Македония меры включали подготовку новых кадров. Два примера из Боснии и Герцеговины, а также примеры из Сербии и Черногории касались повышения квалификации и скорости реагирования действующих медицинских работников. В Албании повышение качества трудовых ресурсов осуществлялось при помощи системы аккредитации программ обучения. В Республике Молдова, Сербии и Черногории проводилась корректировка должностных инструкций специалистов общественного здравоохранения. Например, в Сербии к обязанностям специалистов общественного здравоохранения была добавлена задача по разработке и внедрению механизмов мониторинга за выполнением политики по предотвращению насилия в отношении детей. В Болгарии среди населения проводилась информационно-разъяснительная работа о той важной роли, которую играют работники общественного здравоохранения.

НАБЛЮДЕНИЯ

В процессе осуществления стратегий по укреплению потенциала трудовых ресурсов общественного здравоохранения были извлечены следующие уроки:

- для успешного осуществления мер общественного здравоохранения необходимы усилия многодисциплинарных групп. Такой подход подразумевает участие не только врачей, но и других работников сектора здравоохранения: медсестер, психологов и социальных работников. Специалисты общественного здравоохранения необходимы для координации работы многодисциплинарных групп;
- непрерывное обучение и сертификация могут содействовать повышению квалификации, совершенствованию навыков и стандартизации знаний работников общественного здравоохранения, а также предоставлять платформу для создания профессиональных сетей;
- необходимы особые программы для совершенствования управленческих навыков менеджеров, работающих в секторе здравоохранения;
- для выполнения новых законов и протоколов, например, по борьбе с жестоким обращением с детьми, необходимо разработать новые курсы подготовки специалистов общественного здравоохранения. Разработка и внедрение инструментов мониторинга за выполнением политики может входить в обязанности работников общественного здравоохранения;
- профессиональная подготовка в области применения новых протоколов по контролю и предотвращению насилия в отношении женщин содействует улучшению предоставления услуг общественного здравоохранения в этой области. Учреждения общественного здравоохранения также могут брать на себя обязанность по проведению первоначальной подготовки работников здравоохранения и других секторов;
- специалисты общественного здравоохранения могут быть назначены в качестве лиц, ответственных за координацию выполнения нового закона, например, закона по борьбе с табакокурением. Они должны пройти специальную подготовку для выполнения новых обязанностей, а описания их должностных обязанностей должны быть соответствующим образом скорректированы;

- адаптация описаний должностных обязанностей для специалистов общественного здравоохранения и врачей общей практики содействует формированию трудовых кадров с более широким кругом ответственности в области общественного здравоохранения. При проведении скрининговых программ специалисты общественного здравоохранения должны занимать ключевые позиции;
- для повышения признания важности работы специалистов общественного здравоохранения можно использовать фестивали здоровья.

Опираясь на результаты семинара, был проведен дальнейший анализ влияния обсужденных мер здравоохранения на трудовые ресурсы. Это было сделано при помощи описанной в работе Campbell et al. концептуальной схемы, в которой представлено, как можно обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения с помощью КРЗ. Система включает четыре компонента: наличие (в плане запасов и производства), доступность (в пространственном, временном и финансовом плане), приемлемость (в гендерном и социально-культурном плане) и качество (в плане компетенции и нормативных документов) (7). В ней показано, какие стратегические меры в области КРЗ могут улучшить тенденции развития трудовых ресурсов относительно их численности и эффективности работы.

Дальнейший анализ примеров из практики с использованием этой концептуальной основы показал, что большинство из них были посвящены предоставлению непрерывного образования для уже имеющих специалистов или подготовке различных медицинских работников к выполнению задач в области общественного здравоохранения (пять из восьми примеров из практики) с целью повышения качества оказываемых услуг. Обучение специалистов общественного здравоохранения выполнению новых задач представлено в одном примере из практики; благодаря этому обеспечивается достаточное число персонала для предоставления услуг общественного здравоохранения. Повышение квалификации и скорости реагирования уже имеющихся работников общественного здравоохранения проводилось в других четырех примерах из практики; благодаря этому повышается качество и приемлемость услуг. Качество подготовки также повышается за счет использования системы аккредитации, как было показано в одном из примеров.

Только две страны указали на использование как минимум двух разных стратегий, направленных на улучшение таких параметров как наличие, доступность и качество (в Черногории проведена профподготовка и уточнены должностные инструкции; в Республике Молдова уточнены должностные инструкции, проведена реорганизация ролей и обязанностей). Несмотря на то что во многих странах требуется обучить большое число специалистов, одного лишь повышения численности персонала, улучшения знаний и навыков недостаточно для предоставления подходящих в культурном отношении и приемлемых для общественности услуг, а также для повышения эффективности мер общественного здравоохранения (7). Необходимы дополнительные стратегии КРЗ для обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения и расширения возможностей служб общественного здравоохранения. В примеры из практики входят системы аккредитации и нормативные базы, которые содействуют повышению качества трудовых ресурсов и корректировке должностных инструкций, что может привести к формированию трудовых ресурсов общественного здравоохранения, сконцентрированных на расширении доступа к его услугам уязвимых или обделенных групп населения. К другим примерам стратегий по повышению параметров наличия, доступности, приемлемости и качества КРЗ относятся (7):

- создание благоприятной политической, нормативной и финансовой среды для обеспечения соответствия между спросом на трудовые ресурсы здравоохранения и их предложением;
- проведение активного стратегического управления, руководства и распределения трудовых ресурсов здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в городских, сельских и отдаленных районах в соответствии с принципами социальной справедливости;

- предоставление основанного на фактических данных стратегического руководства для обеспечения равного соотношения числа женщин и мужчин, надлежащей профессиональной структуры занятых, распределения обязанностей, компетенции и социокультурных потребностей;
- разработка и внедрение систем управления трудовыми ресурсами, показателей производительности труда и мониторинга с учетом особенностей отдельных стран для непрерывного предоставления высококачественных услуг.

В глобальных и региональных стратегических документах и руководящих принципах относительно КРЗ (Трудовые ресурсы-2030, Здоровье-2020 и десять ОФОЗ) выдвигается ряд стратегий для формирования и укрепления КРЗ (4, 8, 9). Точно неизвестно, почему в рамках большинства вмешательств в области общественного здравоохранения, которые обсуждались во время технического совещания SEEHN, меры по укреплению КРЗ осуществлялись исключительно методами профессиональной подготовки. Благодаря образованию и профессиональной подготовке можно достичь более осязаемых результатов, которые лучше поддаются измерению, чем результаты стратегий КРЗ в области финансирования, распределения и удержания кадров, управления или повышения эффективности работы. Однако для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения необходим целый ряд стратегий КРЗ, в том числе стратегии по удержанию кадров и повышению эффективности работы при помощи систем управления кадровыми ресурсами и финансирования.

Для повышения потенциала кадровых ресурсов общественного здравоохранения и обеспечения всеобщего охвата его услугами важно усилить потенциал участников SEEHN в области разработки и внедрения различных стратегий КРЗ.

ВЫВОДЫ

Данный двухдневный технический семинар, посвященный вопросам кадровых ресурсов общественного здравоохранения, содействовал на региональном уровне обмену информацией об успешных стратегиях решения существующих проблем в области общественного здравоохранения и предоставил участникам возможность рассмотреть и понять многогранность вопросов, связанных с укреплением трудовых ресурсов общественного здравоохранения. Участники семинара:

- отметили важность установления связи между национальным бременем болезней и системой общественного здравоохранения; одним из ключевых элементов успеха было приведение осуществляемых мер в соответствие с национальными приоритетами здравоохранения;
- указали на такие ключевые факторы, как мультидисциплинарность и мультисекторальность, необходимые для успешного внедрения мер общественного здравоохранения;
- подчеркнули необходимость наличия критически важной основной группы работников общественного здравоохранения для координации процессов разработки и внедрения политики общественного здравоохранения и соответствующих услуг.

Развитие трудовых ресурсов общественного здравоохранения основывается на седьмой ОФОЗ: обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности и принятие во внимание вопросов профессионального обучения, разработки учебных планов, основных квалификационных требований, аккредитации, лидерских навыков, наставничества и непрерывного повышения квалификации. Отправная точка развития трудовых ресурсов общественного здравоохранения, в частности разработка общих квалификационных требований для стран с низким и средним

уровнем доходов, была описана в статье (10), а также в материалах Ассоциации школ общественного здравоохранения Европейского региона (11). Эти работы являются краеугольным камнем для будущего развития кадровых ресурсов (12). В странах SEEHN следует утвердить основные компетенции, а также определить основные навыки и обязанности работников общественного здравоохранения, чтобы добиться общего признания важности обмена опытом и сотрудничества в области преобразования его трудовых ресурсов на уровне SEEHN.

Кроме того, несмотря на то, что меры общественного здравоохранения оказывают влияние на работников общественного здравоохранения, наиболее часто применявшиеся стратегии ограничивались курсами профессиональной подготовка.

Это может указывать на недостаток навыков и опыта в области использования трудовых ресурсов в рамках вмешательств в области общественного здравоохранения с помощью таких различных стратегий в области КРЗ, как адаптация систем управления кадровыми ресурсами для обеспечения нужд общественного здравоохранения, включая, среди прочего, адаптацию описаний должностных обязанностей, перераспределение обязанностей, осуществление наблюдения за работой и планирование карьеры.

Какие бы существующие концептуальные основы в отношении КРЗ ни применялись для укрепления трудовых ресурсов общественного здравоохранения, в настоящее время необходимо проводить информационно-разъяснительную работу о важности применения других стратегий, а не только механизмов профподготовки и финансирования, для дальнейшего укрепления трудовых ресурсов общественного здравоохранения в странах SEEHN.

Выражение признательности: Авторы выражают признательность страновому офису ВОЗ в Боснии и Герцеговине и следующим участникам семинара за предоставленные примеры из практики: г-же Lindita Baska, д-ру Elizeana Zaimi, д-ру Irena Jokic, д-ру Marina Bera, д-ру Jelena Djakovic Devic, д-ру Dijana Strkic, д-ру Hristo Hinkov, д-ру проф. Todorka Kostadinova, г-же Marija Pederin, д-ру Mario Troselj, д-ру Marija Palibrk, г-же Ljiljana Vujisic, д-ру Oleg Lozan, г-же Svetlana Nichita, д-ру Miljan Ljubicic, д-ру Nebojsa Jokic, г-же Sanja Sazdovska, проф. и д-ру Fimka Tozija.

Источники финансирования: Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества.

Конфликт интересов: Не заявлен.

Ограничение ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Interim report – Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/background-documents/interim-report-supporting-health-2020-governance-for-health-in-the-21st-century>, по состоянию на 23 января 2017 г.).
2. Willke H. Smart governance: governing the global knowledge society. Frankfurt: Campus Verlag; 2007.
3. Martín-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and assessing public health functions: a global analysis. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:335–55.

4. Здоровье-2020 – основы европейской политики здравоохранения и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 4 июля 2017 г.).
5. EPHO7: Assuring a sufficient and competent public health workforce. In WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho7-assuring-a-sufficient-and-competent-public-health-workforce>, по состоянию на 23 января 2017 г.).
6. The Dubrovnik Pledge: meeting the health needs of vulnerable populations in South East Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2001/dubrovnik-pledge-2001>, по состоянию на 15 мая 2017 г.).
7. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):853–63.
8. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/ru/, по состоянию на 4 июля 2017 г.).
9. 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения. ВОЗ/Европа [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>, по состоянию на 4 июля 2017 г.).
10. Zwanikken PA, Alexander L, Huong NT, Qian X, Valladares LM, Mohamed NA et al. Validation of public health competencies and impact variables for low- and middle-income countries. *BMC Public Health.* 2014;14:55. doi:10.1186/1471-2458-14-55.
11. Foldspang A. From potential to action – public health core competences for essential public health operations: a manual. Brussels: Association of Schools of Public Health in the European Region; 2016. Available from: (<http://www.aspher.org/repository,12,0,0.html>, по состоянию на 30 января 2017 г.).
12. Bjegovic-Mikanovic V, Foldspang A, Jakubowski E, Müller-Nordhorn J, Otok R, Stjernberg L. Developing the public health workforce. *Eurohealth incorporating Euro Observer.* 2015;21(1):24–7.

POLICY AND PRACTICE

The contribution of eHealth and mHealth to improving the performance of the health workforce: a review

Luís Velez Lapão¹, Gilles Dussault¹

¹Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisbon, Portugal

Corresponding author: Luís Velez Lapão (email: luis.lapao@ihmt.unl.pt)

ABSTRACT

Introduction: eHealth and mHealth are technologies that allow services to be extended closer to patients, in pursuit of the objectives of *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century* and of the *Global Strategy on Human Resources for Health: workforce 2030*. As Europe faces increased demand for health services due to ageing populations, rising patient mobility, and a diminishing supply of health workers caused by retirement rates that surpass recruitment rates, this paper illustrates how eHealth and mHealth can improve the delivery of services by the health workforce in response to increasing demands.

Methods: Through a scoping literature review, the impact of eHealth/mHealth on the health workforce was assessed by examining how these technologies affect four dimensions of the performance of health professionals, according to the so-called AAAQ: availability, accessibility, acceptability, and quality.

Results: Few high-quality studies were found. Most studies focused on the utilization of text messaging (SMS) for patient behavior change, and some examined the potential of mhealth to strengthen health systems. We also found some limited literature reporting effects on clinical effectiveness, costs, and patient acceptability; we found none reporting on equity and safety issues. Facilitators and barriers to the optimal utilization of eHealth and mHealth were identified and categorized as they relate to individuals, professional groups, provider organizations, and the institutional environment.

Discussion: There are ongoing clinical trial protocols of large-scale, multidimensional mHealth interventions, suggesting that the current limited evidence base will expand in coming years. The requirement for new digital skills for human resources for health (HRH) was observed as significant. This has implications for the education of health workers, the management of health services, policy-making, and research.

Keywords: EHEALTH/MHEALTH; HUMAN RESOURCES FOR HEALTH; HEALTH WORKFORCE PERFORMANCE; DIGITALIZATION OF HEALTH

INTRODUCTION

The potential contribution of eHealth and mHealth to making health care delivery more effective is broadly recognized (1). Here we refer to eHealth as the “cost-effective and secure use of information and communication technologies in support of health and health-related fields, including health care services, health surveillance, health literature, and health education”; and to mHealth as the “use of mobile and wireless technologies to support the achievement of health objectives” (1, 41).

In Europe, their use is already extensive in some countries, while their use in the majority has just begun. Among other requirements, the implementation of eHealth/mHealth-based services depends on the availability of health professionals, administrative and support staff, and managers with adequate new digital skills (2). Innovations such as the provision of alerts to patients for therapeutic guidance and for monitoring drug adherence, or digital support to clinical and administrative tasks, offer the potential of making services more accessible, effective and

efficient. Such services are expected to benefit the users of services, health care professionals, provider organizations and the entire health care system, in the form of increased safety, quality of services, and efficiency gains (3). However, many obstacles to the implementation of eHealth/mHealth remain (4).

This paper focusses on addressing how eHealth/mHealth can increase the availability, accessibility, acceptability and quality (AAAQ) of the health workforce (2), and thereby scale-up its capacity to deliver services that are better aligned with population needs.

We present examples that illustrate how eHealth and mHealth are used and how they improve performance and thereby “help improve the lives of European citizens, both patients and health professionals, while tackling the challenges to health care systems” (5). We also include examples of countries with advanced implementation, and discuss facilitators and barriers to the optimal utilization of new communication and management technologies and their implications for the education of health workers, service management, policy-making, and research. But first, the general picture of their utilization in Europe is reviewed.

METHODS

A scoping review of literature published in English was performed on the utilization of eHealth/mHealth in Europe; the search in the PubMed and Google Scholar databases combined the following terms: Human Resources for Health, eHealth, mHealth, healthcare service delivery, and digital skills.

The example of two so-called digitally advanced countries, identified as such by the *European momentum for mainstreaming telemedicine deployment in daily practice* (MOMENTUM), a platform where clinicians share their experience in deploying telemedicine services into routine care (6), was used. These are Norway, as this country’s geography led to the necessity of deploying ehealth to address health coverage issues; and Portugal, a small country with a national centralized ehealth system. The examples were documented in detail to draw lessons on what enables or impedes the optimal utilization of ehealth/mhealth technologies, and on changes observed in the performance of the health workforce. The literature review and the country examples were analyzed according to the AAAQ dimensions. This in turn helped identify the impact of ehealth/mhealth on the education and management of health workers and on related policy and research.

RESULTS

The literature review identified several examples of using eHealth and mHealth technologies in the process of the digitalization of health care services, including support for electronic health records, electronic prescription and Internet-of-Things (equipping patients’ home with sensors to monitor and transfer health data), and big data/artificial intelligence (7).

Most studies focused narrowly on text messaging systems for patient behavior change, and a few studies examined systems for strengthening aspects of eHealth/mHealth (8). There was limited literature on clinical effectiveness, costs, and patient acceptability, and none on equity and safety issues. In addition, there were only four papers on eHealth/mHealth and digital skills requirements for health professionals (9–12). Despite the bold promise of eHealth/mHealth to improve health care, much remains unknown about whether and how this will be fulfilled. We identified registered clinical trial protocols of large-scale, multidimensional eHealth/mHealth interventions, suggesting that the current limited evidence base will expand in the coming years.

The results are presented in three parts: eHealth/mHealth in Europe, case studies of Norway and Portugal, and the impact on the performance of the health workforce and conditions for successful implementation and utilization.

EHEALTH AND MHEALTH IN THE EUROPEAN REGION

The literature suggests that eHealth/mHealth can be used as tools to meet the challenges of healthy ageing and universal and equitable access to health services in the context of the increasing burden of chronic diseases (13). More specifically, eHealth/mHealth has showed capacity to:

- improve access to a wide range of services at all levels of health care – primary, secondary and tertiary – covering conditions such as mental illness, heart and cerebrovascular disease, diabetes, cancer and trauma. Services such as radiology, pathology and rehabilitation have also benefited (14, 15);
- promote individualized, patient-centered care at a lower cost (16, 17);
- enhance efficiency in clinical decision-making and prescribing, through easier communication between health care providers (14);
- increase the effectiveness of chronic disease management in both long-term care facilities and at home (14);
- promote the adoption of healthy lifestyles and self-care (18).

As of 2008, the European Commission adopted a policy to encourage the development of telemedicine (5). It identified the ways in which telemedicine services might assist patients, particularly those living in remote areas or experiencing conditions that might not be treated as easily or as often as needed. It also cited specific benefits, such as: improving access to health care by giving access to specialists who are not available locally, and; at the organizational level, helping to shorten patient waiting lists, to optimize the use of resources and enable productivity gains.

In the last decade, a number of European, national and regional initiatives have been launched in support of the development of eHealth/mHealth under the *Competitiveness and Innovation Programme* – in particular its *Policy Support Programme* (19), and its pilot experiments or European FP7 projects such as *Renewing Health* (20), *United4Health* (21), and *Digital Agenda for Europe* (22). Major policy documents, such as *Horizon 2020* (23), the *European Innovation Partnership* (EIP) and its first partnership on *Active and Healthy Ageing* (AHA) (24), the 2012 *European eHealth Action Plan* (5), and the *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability* (25), have highlighted the value of using technologies, such as eHealth/mHealth, in health care. The 2008 European Health Telematics Association (EHTEL) brief, *Sustainable Telemedicine: paradigms for future-proof healthcare*, proposed good practices in the use of ICT in integrated care (6). The deployment of eHealth/mHealth is already the objective of several European initiatives (see Box 1).

BOX 1: EHEALTH/MHEALTH INITIATIVES AND ACTIONS IN THE EUROPEAN REGION

- European Momentum for Mainstreaming Telemedicine Deployment in Daily Practice (<http://www.telemedicine-momentum.eu/>) (2012–15)
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en) (2014–20)
- Discussion Paper: *Filling the Gap: Legal and Regulatory Challenges of Mobile Health (mHealth) in Europe* (ITU, 2014)
- EU Green Paper (2014) on the potential of mHealth for health care services
- EU project *DECIPHER PCP*, to create a mobile health care platform which would enable secure cross-border access to existing patient health care portals. (www.decipherpcp.eu) (2013–17)
- *Renewing Health*: aimed at implementing large-scale, real-life testbeds for the validation and subsequent evaluation of innovative eHealth/mHealth services for the remote monitoring and treatment of chronic patients suffering from diabetes, chronic obstructive pulmonary disease or cardiovascular diseases. Nine regions from different European countries participate: Regione Veneto (Italy), Region Syddanmark (Denmark – Coordinator), Northern Norway Regional Health Authority (Norway), South Karelia Social and Health Care District (Finland), County Council of Norrbotten (Sweden), Catalunya (Spain), Region of Central Greece, Carinthia (Austria), and Land of Berlin (Germany). (2011–14)
- Centre for Telemedicine and Telehealthcare, 2012, Central Denmark Region (<http://www.smartaarhus.eu/projects/centre-telemedicine-and-telehealthcare>).
- An implementation resource that focuses on coaching, monitoring and consultations for people with long-term conditions, developed by the University of York to address innovation in long-term care (26).
- A toolkit that provides a structured approach to delivering the business objectives of eHealth/mHealth, developed to support the UK's National Health Service challenge to leverage the use of mHealth (27).
- A collection of eHealth/mHealth case studies (http://www.cocir.org/fileadmin/Publications_2011/telemedicine_toolkit_link2.pdf)(28).
- A collection of eHealth/mHealth testimonials collected by the campaign for eHealth/mHealth in support of integrated care, a 2011 initiative of Brussels-based organizations (<http://telemedicine-momentum.eu/testimonials/>) (29, 32).

Currently, eHealth/mHealth exists through three main types of services: diagnosis, monitoring and consultation:

- **Diagnosis:** The results of x-ray, ultrasound, CT, MRI, ECG or Holter exams are sent digitally from a diagnostic device to the appropriate health professionals who in turn make a diagnosis that is sent digitally to the referring physician or diagnostic clinic.
- **Monitoring:** Data derived from eHealth/mHealth devices measuring patient vital signs are tracked by a monitoring centre, individual clinician or website. Typically, the recipient of the data uses clinical guidelines to identify any deviation from what is considered normal for that patient. Embedded algorithms, written guidelines or professional judgment all support this process. If an unusual event occurs, the monitoring process generates a response in the form of an alert, contact with a clinician, or some form of online guidance to the patient.
- **Consultation:** When a virtual visit or dialogue takes place instead of, or in addition to, a face-to-face encounter.

TWO EXAMPLES OF UTILIZATION OF EHEALTH/MHEALTH IN NORWAY AND PORTUGAL

NORWAY

The *Electronic platform for integrated home care of long lasting and chronic ulcers* at the University of North Norway Hospital (UNN: <http://www.telemedicine-momentum.eu/ulcers-no/>) aims to facilitate cooperation between the patient, out-patient clinic at the hospital, patient's general practitioner, and home care personnel. The platform is a web-based electronic health record available via the Internet that can be used from computers, mobile phones and tablets. It is possible to register digital images of ulcers, compare images over time, ask for advice, and discuss the most appropriate treatment. This service is expected to lead to better care, better quality of life for the patient, and more effective treatment. It is expected that the number of hospital visits will be reduced along with resulting cost-savings. It also leads to the upgrading of ulcer treatment skills among involved home care personnel.

The service covers patients with chronic conditions and those undergoing a specific treatment. Up to ten people receive the service each month. This service offers diagnosis, mobile access to information, monitoring, therapy and treatment. Local health personnel as well as the patient can send images and questions electronically to the hospital, receive answers, and discuss different options for action.

PORTUGAL

For every 1000 newborns worldwide, eight contract some type of cardiopathy (29, 30). For children delivered in District Hospitals, telemedicine allows for a rapid and valid diagnosis of complex paediatric cardiopathies and for an adapted follow-up.

The Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) is a 95-bed hospital that serves central Portugal and a population of 2.3 million representing about 25% of the total population of the country. In October 1998, HPC launched *Medigraf*, an eHealth system for teleconsultation that enables the reading of an eco-cardiogram in real-time at a distance, for example, in district hospitals (29). It is also possible to communicate by telephone with a physician – usually a paediatrician – based at HPC, in order to make a complete distance examination. Images and sounds can be recorded in the system database and made available at both ends. In practice, the project experienced some barriers, such as in communicating the objectives of the telemedicine service, being seen as a non-user-friendly technology, not being clear regarding the remuneration of consultations, and insufficient training. Leaders of the project promoted the participation of physicians in a pilot experiment and invited other regional hospitals to join the task force responsible for the development of the experiment at HPC. Workshops to train physicians in the use of telemedicine were conducted and helped raise their interest in the project.

IMPACT OF EHEALTH/MHEALTH ON THE PERFORMANCE OF THE HEALTH WORKFORCE

Literature remains scarce about how these new services affect the health workforce: here we examine what the literature says about the AAAQ dimensions of the health workforce:

Availability: The more general literature indicates that the utilization of eHealth/mHealth augments the productivity of clinicians thanks to time-saving practices, less paper work and more rapid access to information. Higher productivity translates into increased availability and capacity to provide services to more users, even if the absolute numbers of health professionals remain constant (8, 9, 28, 29, 31, 33, 34).

Accessibility: Accessibility improves as providers intervene at a distance, with the capacity to diagnose problems and monitor patient conditions through mobile devices (14, 30, 31). Specialists, who typically concentrate in urban areas and higher-complexity clinics and hospitals, become accessible as they interact with their colleagues in general practice or directly with patients, irrespective of distance. This has the potential to facilitate the development of home care as well as the integration of services (10, 12, 18, 29, 35).

Acceptability: eHealth/mHealth services make communication with patients easier, and more direct and adapted to each individual needs, thereby potentially enhancing the acceptability of providers. This is more likely with younger persons who are more familiar with the utilization of computers and mobile devices; strategies to facilitate their use by older patients may therefore be needed (14, 28, 36).

Quality: Finally, eHealth and mHealth tools give providers rapid access to valid information, second opinions and guidelines, all of which contribute to scaling-up the competencies and compliance with professional standards, and thereby improving patient safety and service effectiveness (7, 10, 18, 28, 30).

DISCUSSION

Online services are already changing how many sectors of the economy function, but they are relatively new in health care. This raises questions about what can facilitate their utilization, and which barriers need to be overcome to make real the potential performance gains of health workers and health services. eHealth/mHealth is not a panacea, but it offers significant opportunities to improve access to care, contain costs and scale-up quality.

Facilitators and barriers have been identified in relation to: individuals, such as patients, providers and managers; professional associations; provider organizations; and the institutional and regulatory environment. The acquisition or development of digital skills by health workers is critical. This has implications for the education of health workers, the management of health services, policy-making and research. Proper eHealth service implementation requires adjustments in service delivery and in how work is organized (37–38).

Competencies to work in a digitalized environment have already been identified as among the core competencies which health professionals must have to deliver the services that meet the current and future needs of populations (39, 40). The policy challenge here is for educational institutions to adapt the contents of curricula and learning strategies to prepare future professionals for transformed ways of practicing; it also includes the need to help the existing workforce acquire digital skills which did not exist when they were initially educated. Curricular changes are notoriously long to make as they imply the review of accreditation norms, retraining of teaching staff or the introduction of new mechanisms to evaluate competencies.

The impact of eHealth/mHealth on the provision of services will affect the availability of the health workforce differently, depending on the type of service. In some instances, it may lead to a reduction of needs if productivity increases and demand remains constant. More likely, it will generate additional and new needs. For instance, as these tools enable reaching out to populations previously without access to some categories of health workers – such as medical specialists, physiotherapists and psychologists – the demand for the services of these professionals will increase. Also, as professionals are now able to monitor patients remotely, more physicians, nurses and pharmacists will be needed to respond to a demand in rapid growth from a population of patients with one, and often more than one, chronic condition. New categories of professionals in telenursing, telepharmacy, health data analysis, and most probably in other areas and functions which are not yet known, will also be needed.

The facilitators and barriers to the diffusion of eHealth/mHealth are not very different from that of other innovations. Their adoption as routine tools by health workers and provider organizations will be facilitated by the favorable cost-benefit ratio of their utilization. As costs continuously drop, the power and potential of these tools will rise. Also, the new generations of health workers born into a rapidly digitalized environment are less likely to resist adopting these tools; on the contrary, it can even be expected that they will contribute to their further development. Factors such as engaging stakeholders in implementing change, the visibility of its advantages and user-friendliness, the leadership of respected so-called champions, access to training, the commitment and support of managers and decision-makers, good planning, and an enabling financial and legal environment can all play a positive role (41). Their absence can constitute barriers, but in the case of eHealth/mHealth, the risks of barriers being stronger than facilitators are reduced. For instance, a typical barrier such as the resistance of older workers becomes less of an issue as the new tools become more user-friendly and as their utility for the worker, patient and organization is almost immediately apparent.

The technology is changing more rapidly than the organizational and institutional environment. Issues linked to legal responsibility, the definition of scopes of practice, remuneration and reimbursement, and the standardization of tools are starting to be addressed (6, 32, 42). These are particularly difficult in a context such as that of the European Union where the mobility of health workers and patients is a fundamental right. Another issue relates to planning the future health workforce in a context of rapid technological, demographic, epidemiological, economic and social change.

There are two principal limitations to this article. First, it only covers publications in English. It does not include publications in French, Portuguese, Russian or Spanish that report experiences of the utilization of eHealth/mHealth in countries where these languages are used, although researchers tend to publish in English to reach out to a broader audience. The second, more important, limitation is that the literature reviewed does not include studies that report experiences evaluated according to a rigorous research protocol. Information on the results of experiences is based primarily on administrative evaluations and on assessments by providers and patients.

CONCLUSION

It is a paradox that the uptake of eHealth/mHealth services is more advanced in some low-income countries than in more economically developed one. This is changing rapidly as numerous initiatives to promote and facilitate their use have been launched and as some countries are becoming good models of integration for new communication technologies. The challenge remains to move from the recognition of the potential benefits of eHealth/mHealth to their actual utilization on a large scale, in a routine manner. In the European context, there seems to be more facilitators than barriers which bodes well for the future of health services in terms of improved accessibility, effectiveness and efficiency. It also offers the potential for better working conditions and higher satisfaction for health workers as they will be better equipped to do their job.

The benefits of eHealth/mHealth will not come spontaneously. An enabling policy environment is a prerequisite, as is the case for any major change. Research can help inform the policy process if it is well targeted and if its results are communicated to policy-makers in a way that encourages and supports their utilization. Policy-makers will be interested in the economics of the utilization of eHealth/mHealth; direct costs may be low and there may be savings from less visits and hospitalizations, but indirect costs also need to be assessed, whether it is for training or through increased demand induced by the greater accessibility facilitated by the technologies. Research on the process of implementation of eHealth/mHealth-based services is also important, including cross-national comparisons and studies. Another topic for research, more complex to study but most relevant, is their impact on health outcomes.

Acknowledgements: None declared.

Sources of funding: This work was supported in part by the Portuguese Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) funds (UID/Multi/04413/2013).

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, accessed 27 January 2016).
2. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Lapão LV. The Future Impact of Healthcare Services Digitalization on Health Workforce: The Increasing Role of Medical Informatics. *Stud Health Techn Inform.* 2016;228:675–679.
4. Tsiknakis M, Kouroubali A. Organizational factors affecting successful adoption of innovative eHealth services: A case study employing the FITT framework. *International Journal of Medical Informatics.* 2009;78(1):39–52.

5. Telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society (Staff working paper SEC 943). Brussels: European Commission; 2009 (<http://www.cupid-project.eu/sites/default/files/StaffworkingpaperTelemedicineforthebenefitofpatientshealthcaresystemsandsociety.pdf>; accessed 2 February 2017).
6. Christiansen EK, Henriksen E, Jensen LK, Lange M, Lapão LV, Kaye R, et al. Towards a Personalised Blueprint – for doers, by doers: consolidated version. European Momentum for Mainstreaming Telemedicine Deployment in Daily Practice. Brussels: European Commission; 2014.
7. Quaglio G, Dario C, Stafylas P, Tiik M, McCormack S, Zilgalvis P, et al. E-Health in Europe: Current situation and challenges ahead. *Health Policy and Technology*. 2016;5(4):314–317.
8. Tian M, Zhang J, Luo R, Chen S, Petrovic D, Redfern J, et al. mHealth Interventions for Health System Strengthening in China: A Systematic Review. *JMIR*. 2017;5(3):e32.
9. Gregório J, Cavaco A, Lapão LV. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. *Human Resources for Health*. 2014;12(1):58.
10. van Deursen AJ, van Dijk JA. Internet skills performance tests: are people ready for eHealth? *Journal of Medical Internet Research*. 2011;13(2):e35.
11. Eley R, Fallon T, Soar J, Buikstra E, Hegney D. The status of training and education in information and computer technology of Australian nurses: a national survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(20):2758–2767.
12. Booth R. Educating the Future eHealth Professional Nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2006;3(1). Published Online: 2006-02-27. doi: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1187>.
13. Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J, Kvedar JC, Wienstein RS, et al. National telemedicine initiatives: essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health*. 2009;15(6):600–610.
14. Bloomfield GS, Vedanthan R, Vasudevan L, Kithei A, Were M, Velazquez EJ. Mobile health for non-communicable diseases in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature and strategic framework for research. *Globalization and Health*. 2014;10.1:49.
15. Boldt I, Cruz-Correia R, Ferreira AM, Freitas A, Lapão L, Rodrigues PP, et al. Analysis of the quality of hospital information systems audit trails. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13(1):84.
16. Chib A, Shelly M, Rajiv GA, Siti ZK. Migrant mothering and mobile phones: Negotiations of transnational identity. *Mobile Media & Communication*. 2014;2(1):73–93.
17. Koedderitzsch M, Botha A, Herselman M, Coleman A. Towards a channel-agnostic mobile transaction platform to support drug adherence within a resource constrained environment. In: 2013 IEEE International Conference on Adaptive Science and Technology (ICAST) (pp. 1–5), Pretoria, South Africa. (<http://ieeexplore.ieee.org/document/6707500/>, accessed 2 February 2017).
18. Atienza AA, Hesse BW, Baker TB, Abrams DB, Rimer BK, Croyle RT. Critical issues in eHealth research. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;32(5 Suppl):S71–74.
19. ICT-enabled public sector innovation in Horizon 2020. European Commission, Digital Single Market. (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/ict-enabled-public-sector-innovation-horizon-2020>, accessed 27 January 2017).
20. Renewing Health Project (Final Report). Brussels: European Commission; 2014 (<http://www.renewinghealth.eu/documents/28946/555381f3-9686-4955-8547-76b58be34a04>, accessed 29 January 2017).
21. United4Health Project [website]. European Commission (<http://www.United4Health.eu>, accessed 2 February 2017).
22. Digital Agenda [website]. European Commission (<https://ec.europa.eu/digital-agenda/>, accessed 2 February 2017).
23. Horizon 2020 [website]. European Commission (<http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en>, accessed 2 February 2017).
24. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [website]. European Commission (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing, accessed 15 January 2017).
25. New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability. Paris: OECD; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>, accessed 2 February 2017).
26. McCormick F, Watson J, Burke C, Jackson M, Offer C, Renfrew MJ. Yorkshire and the Humber Health Innovation and Education Cluster, Maternal and Infant Health and Care Theme. Department of Health Sciences, University of York, York (UK); 2012.

27. Brownsell S, Ellis T. Ready, steady, go: A telehealth implementation toolkit. Sheffield Teaching Hospital NHS Foundation Trust. University of Sheffield, Sheffield; 2012.
28. eHealth/mHealth case studies COCIR, 2011. European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR); 2011 (http://www.cocir.org/fileadmin/Publications_2011/telemedicine_toolkit_link2.pdf, accessed 2 February 2017).
29. Lapão LV, Tavares LV, Mendes J B, Castela E. HPC Telemedicine's Service Improves Access to Pediatric Cardiology in Central Portugal: leadership, organization and training as critical success factors—people really matter! *Stud Health Techn Inform.* 2006;524(375):149.
30. Daponte P, De Vito L, Picariello F, Riccio M. State of the art and future developments of measurement applications on smartphones. *Measurement.* 2013;46:3291–3307.
31. Peiris D, Praveen D, Johnson C, Mogulluru, K. Use of mHealth Systems and Tools for Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: a Systematic Review. *J. of Cardiovasc. Trans. Res.* 2014;7:677. doi:10.1007/s12265-014-9581-5.
32. Ross P, Lapão LV, Marti T, Strübin, M. Deliverable D5.2: Report on SIG 2, Organisational implementation and change management. European Commission, Momentum 2014 (https://sctt.org.uk/wp-content/uploads/2015/03/D5.2_MOMENTUM_SIG2_v11.pdf, accessed 2 February 2017).
33. Jorgenson DW. Information technology and the US economy. *American Economic Review.* 2001:1–32.
34. Brynjolfsson E, McAfee A. Race against the machine: How the digital revolution is accelerating innovation, driving productivity, and irreversibly transforming employment and the economy. Lexington (MA): Digital Frontier; 2011.
35. Gubbi J, Buyya R, Marusic S, Palaniswami M. Internet of Things (IoT): A vision, architectural elements, and future directions. *Future Generation Computer Systems.* 2013;29(7):1645–1660.
36. Marques R, Gregório J, Pinheiro F, Póvoa P, da Silva MM, Lapão LV. How can information systems provide support to nurses' hand hygiene performance? Using gamification and indoor location to improve hand hygiene awareness and reduce hospital infections. *BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2017;17(1):15.
37. Graffigna G, Barelló S, Triberti S, Wiederhold BK, Bosio AC, Riva G. Enabling eHealth as a Pathway for Patient Engagement: a Toolkit for Medical Practice. *Stud Health Techn Inform.* 2014;199:13–21.
38. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet.* 2010;376:1923–58.
39. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/, accessed 2 February 2017).
40. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science.* 2016;11:146.
41. mHealth Sub-group Report on National mHealth Strategies. Brussels: European Commission, eHealth Network; 2016 (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20161121_co22_en.pdf, accessed 2 February 2017).
42. Lapão LV, Silva MM, Gregório J. Implementing an online pharmaceutical service using design science research. *BMC Medical Informatics and Decision-Making.* 2017;17(1):31.

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Вклад электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения в повышение производительности труда работников здравоохранения: обзор

Luís Velez Lapão¹, Gilles Dussault¹

¹ Глобальное здравоохранение и тропическая медицина, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Лиссабон, Португалия

Автор, отвечающий за переписку: Luís Velez Lapão (адрес электронной почты: luis.lapao@ihmt.unl.pt)

АННОТАЦИЯ

Введение: Электронное здравоохранение (eHealth) и мобильное здравоохранение (mHealth) – это технологии, которые позволяют приблизить услуги к пациентам в соответствии с задачами политики «Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века и Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г». Из-за старения населения и повышения мобильности пациентов Европа испытывает растущую потребность в услугах здравоохранения; при этом в условиях, когда показатели выхода на пенсию превышают показатели набора персонала, численность медицинских работников неуклонно сокращается. В данной работе показано, каким образом при растущей потребности в медицинских кадрах электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение силами имеющихся трудовых ресурсов могут улучшить ситуацию в области предоставления медико-санитарной помощи.

Методология: Подготовленный обзор литературы позволил проанализировать влияние электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения на кадровые ресурсы, а также выявить, как эти технологии воздействуют на четыре аспекта результативности труда работников здравоохранения в соответствии с такими критериями, как наличие, доступность, приемлемость и качество (НДПК).

Результаты: Публикаций, в которых представлены результаты исследований высокого качества, найдено немного. Большинство исследований были посвящены использованию

текстовых сообщений (СМС) с целью способствовать изменению поведения пациента. Некоторые исследования анализировали потенциал мобильного здравоохранения в целях укрепления систем здравоохранения. Найдено несколько литературных источников, посвященных его воздействию на клиническую эффективность, стоимость и доступность медико-санитарной помощи для пациентов. Исследований по вопросам социальной справедливости и безопасности найдено не было. Определены и классифицированы факторы, облегчающие и затрудняющие использование электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения, в зависимости от их отношения к отдельным лицам, профессиональным группам, предоставляющим услуги организациям и институциональной среде.

Обсуждение: Имеются протоколы продолжающихся клинических исследований, касающихся крупномасштабных, многомерных вмешательств в сфере мобильного здравоохранения, т.е. можно рассчитывать на то, в ближайшие годы существующая на данный момент ограниченная доказательная база будет расширена. Наблюдается значительная потребность в формировании у кадровых ресурсов здравоохранения новых цифровых навыков. Это необходимо учитывать при обучении работников здравоохранения, управлении службами медико-санитарной помощи, формировании политики и проведении научных исследований.

Ключевые слова: ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ/МОБИЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ; КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ; ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ; ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Широко признан потенциальный вклад электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения в повышение эффективности медико-санитарной помощи (1). В данном случае мы понимаем электронное здравоохранение как «экономически эффективное и безопасное использование информационных и коммуникационных технологий в поддержку здравоохранения и связанных с ним областей, включая услуги медико-санитарной помощи, эпиднадзор, медицинскую литературу и медицинское образование», а под мобильным здравоохранением понимается «использование мобильных и беспроводных технологий, чтобы содействовать в решении задач здравоохранения» (1, 41).

В некоторых странах Европы новые технологии уже нашли широкое применение, но в большинстве стран их использование только начинается. Среди прочих необходимых условий внедрение услуг на основе электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения зависит от наличия квалифицированных работников здравоохранения, административного и вспомогательного персонала и руководителей, обладающих надлежащими навыками в области цифровых технологий (2). Такие инновации, как рассылка пациентам информационных сообщений в целях доставки терапевтических рекомендаций или мониторинг соблюдения режима приема медикаментов или технологическая поддержка при решении клинических и административных задач, могут способствовать тому, чтобы услуги стали более доступными, эффективными и результативными. Ожидается, что подобные услуги будут полезны для пользователей, работников здравоохранения, организаций-провайдеров и для системы здравоохранения в целом благодаря повышению их безопасности, качества и эффективности (3). Тем не менее на пути к использованию электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения имеется целый ряд препятствий (4).

Авторами проведен анализ с целью выявить, каким образом электронное здравоохранение/мобильное здравоохранение может обеспечивать наличие, повышать доступность, приемлемость и качество кадровых ресурсов здравоохранения (2), расширяя таким образом их возможности в сфере оказания услуг, в большей степени отвечающих потребностям населения.

В работе приведены примеры, иллюстрирующие, как используются электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение, а также как они способствуют повышению производительности труда и тем самым «помогают улучшить жизнь граждан Европы – как пациентов, так и медицинских работников – при решении проблем в сфере здравоохранения» (5). Также приведены примеры тех стран, где электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение уже внедрены и накоплен определенный опыт, обсуждаются факторы, способствующие и препятствующие оптимальному использованию новых коммуникационных и управленческих технологий, а также изменения, которые необходимы в этой связи при обучении работников здравоохранения, управлении службами медико-санитарной помощи, формировании политики и проведении научных исследований. В первую очередь, однако, дана общая картина использования электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения в Европе.

МЕТОДОЛОГИЯ

Проведен предварительный обзор литературы, посвященной вопросам использования электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения в Европе; для поиска в базах данных PubMed и Google Scholar использовали следующие термины: Human Resources for Health, eHealth, mHealth, healthcare service delivery, digital skills [кадровые ресурсы здравоохранения, электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение, оказание услуг медико-санитарной помощи, цифровые навыки].

В качестве примеров отобраны две «передовые в цифровом отношении» страны, выявленные благодаря *European momentum for mainstreaming telemedicine deployment in daily practice* (MOMENTUM)

[Европейский импульс для внедрения телемедицины в повседневную практику] – платформе, на которой клиницисты делятся опытом по внедрению услуг телемедицины в повседневную практику (6). Такими странами являются Норвегия, географические особенности которой привели к необходимости внедрения электронного здравоохранения для достижения полноценного охвата населения медико-санитарной помощью, а также Португалия – небольшая страна, имеющая общенациональную централизованную систему электронного здравоохранения. Рассмотренный подробно опыт этих стран позволяет четко определить, что облегчает или затрудняет оптимальное использование технологий электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, а также выявить, какие при этом наблюдаются изменения в работе кадровых ресурсов здравоохранения. Обзор литературы и примеры стран анализировались в соответствии с такими критериями, как наличие, доступность, приемлемость и качество. Это, в свою очередь, помогло определить, каким образом электронное здравоохранение/мобильное здравоохранение влияет на образование и управление персоналом здравоохранения и на соответствующие меры политики и исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обзор литературы позволил выявить несколько примеров использования технологий электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения в процессе дигитализации услуг медико-санитарной помощи, включая внедрение электронных медицинских карт, электронных рецептов, технологии интернета вещей (оснащение дома пациента датчиками, которые позволяют вести наблюдение и передавать медицинские данные), а также больших данных/искусственного интеллекта (7).

Большинство исследований были посвящены исключительно использованию систем текстовых сообщений в целях изменения поведения пациентов, и лишь немногие исследования анализировали системы, способствующие укреплению электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения (8). Объем литературы по вопросам клинической эффективности новых технологий, их стоимости и приемлемости для пациентов весьма ограничен, не выявлено исследований, посвященных проблемам социальной справедливости и безопасности. Кроме того, найдено всего четыре исследования, связанных с внедрением электронного мобильного здравоохранения и требований, касающихся навыков работы с цифровыми технологиями (9–12). Несмотря на смелое обещание улучшить качество медико-санитарной помощи благодаря использованию электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, многое в отношении того, осуществимо ли это и каким образом, остается неизвестным. Авторами выявлены зарегистрированные протоколы клинических исследований, касающихся крупномасштабных, многомерных вмешательств в сфере электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, т.е. можно рассчитывать на то, в ближайшие годы имеющаяся на данный момент ограниченная доказательная база будет расширена.

Результаты разбиты на четыре части: электронное здравоохранение/мобильное здравоохранение в Европе, примеры из практики Норвегии и Португалии, а также влияние на эффективность работы трудовых ресурсов здравоохранения и условия для успешного внедрения и использования электронного и мобильного здравоохранения.

ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МОБИЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Анализ собранных данных литературы показывает, что электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение могут использоваться как инструменты для ответных действий в связи с такими вызовами как обеспечение здорового старения, всеобщего и справедливого доступа к услугам медико-санитарной помощи в контексте растущего бремени хронических болезней (13). В частности, электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение демонстрируют свой потенциал в следующих областях:

- повышение доступности широкого спектра услуг на всех уровнях медико-санитарной помощи – первичном, вторичном и третичном – с охватом таких патологических состояний, как психические расстройства, заболевания сердца и цереброваскулярные болезни, сахарный диабет, онкологические заболевания и травмы. Налицо совершенствование услуг радиологии, патологии и реабилитации (14, 15);
- содействие оказанию индивидуализированной, ориентированной на пациента медико-санитарной помощи по более низкой цене (16, 17);
- повышение эффективности принятия решений в отношении терапии и назначения лечения благодаря оптимизации взаимодействия между различными поставщиками медико-санитарных услуг (14);
- повышение эффективности ведения пациентов с хроническими заболеваниями в учреждениях долгосрочного пребывания и на дому (14);
- содействие здоровому образу жизни и самопомощи (18).

В 2008 г. Европейская комиссия приняла политику, призванную стимулировать развитие телемедицины (5). Было определено, каким образом услуги телемедицины могут помочь пациентам, живущим, в частности, в отдаленных районах и страдающим заболеваниями, которые не так легко и не так часто, как хотелось бы, подвергаются лечению. Были также названы те преимущества, которые предоставляет телемедицина: повышение доступности медико-санитарной помощи путем обеспечения дистанционного доступа к специалистам, которых нет на местах, а на организационном уровне – возможность сократить листы ожидания пациентов в целях оптимального использования ресурсов и увеличения производительности труда медицинских работников.

В последнее десятилетие был инициирован целый ряд европейских, национальных и региональных инициатив в поддержку развития электронного и мобильного здравоохранения в рамках программы Конкурентоспособность и инновации, в особенности ее программы Поддержка в вопросах политики (19), а также ее пилотных испытаний или европейских проектов 7-й рамочной программы по научно-техническому развитию ЕС (FP7), таких как *Renewing Health* [Модернизация здоровья](20), *United4Health* [Объединение в интересах здоровья] (21) и *Digital Agenda for Europe* [Цифровая повестка дня для Европы] (22). Основные стратегические документы, такие как Горизонты-2020 (23), Европейское инновационное партнерство (EIP) и первое из партнерств Активное долголетие (AHA) (24), Европейский план действий в области электронного здравоохранения 2012 г. (5), а также *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability* [Новые технологии здравоохранения: управление доступом, пользой и устойчивостью] (25), подчеркивают ценность использования технологий здравоохранения, подобных электронному здравоохранению/мобильному здравоохранению. В 2008 г. Европейская ассоциация телематики в области здравоохранения (ЕНТЕЛ) подготовила информационную записку *Sustainable Telemedicine: paradigms for future-proof healthcare* [Устойчивая телемедицина: парадигма для здравоохранения, устойчивого перед будущими вызовами], в которой приведены примеры успешного использования информационных и коммуникационных технологий в рамках комплексного оказания медико-санитарной помощи (6). Внедрение электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения уже является целью нескольких европейских инициатив (см. Вставку 1).

ВСТАВКА 1: ИНИЦИАТИВЫ И ДЕЙСТВИЯ В ОБЛАСТИ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

- European Momentum for Mainstreaming Telemedicine Deployment in Daily Practice [Европейский импульс для интеграции телемедицины в повседневную практику] (<http://www.telemedicine-momentum.eu/>) (2012–15).
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [Европейское инновационное партнерство по активному долголетию] (https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en) (2014–20).
- Дискуссионный документ *Filling the Gap: Legal and Regulatory Challenges of Mobile Health (mHealth) in Europe* [Ликвидировать пробел: юридические и законодательные вызовы мобильного здравоохранения в Европе] (ITU, 2014).
- Зеленая книга ЕС (2014 г.) о потенциале мобильного здравоохранения в целях оказания услуг медико-санитарной помощи.
- Проект ЕС *DECIPHER PCP* по созданию мобильной платформы здравоохранения, которая позволит обеспечить безопасный трансграничный доступ к существующим медицинским порталам, ориентированным на пациента (www.decipherpcp.eu) (2013–2017 гг.).
- Проект *Renewing Health*, направленный на проведение широкомасштабных испытаний в реальных условиях с целью проверить и оценить действенность инновационных услуг электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения применительно к мониторингу и лечению пациентов с хроническими заболеваниями, страдающих сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких или сердечно-сосудистыми заболеваниями. В проекте участвуют девять регионов из нескольких европейских стран: Венето (Италия), Южная Дания (Дания – координатор), Региональное управление здравоохранения Северной Норвегии (Норвегия), Округ социального и медицинского обслуживания Южной Карелии (Финляндия), Совет графства Норрботтен (Швеция), Каталония (Испания), Центральная Греция, Каринтия (Австрия) и Земля Берлин (Германия). (2011–2014 гг.).
- Центр телемедицины и телездравоохранения, 2012 г., регион Центральная Дания (<http://www.smartaarhus.eu/projects/centre-telemedicine-and-telehealthcare>).
- Внедренческий ресурс, посвященный коучингу, мониторингу и консультированию для лиц с длительно текущими заболеваниями, который разработан Йоркским университетом для внедрения инноваций в области оказания долгосрочной помощи и ухода (26).
- Набор инструментов, который обеспечивает структурный подход к решению бизнес-задач электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, разработанный для содействия Национальной службе здравоохранения Соединенного Королевства в максимально эффективном использовании мобильного здравоохранения (27).
- Подборка примеров из практики электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения (http://www.cocir.org/fileadmin/Publications_2011/telemedicine_toolkit_link2.pdf) (28).
- Подборка свидетельств об электронном здравоохранении/мобильном здравоохранении, собранных в рамках кампании по использованию электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения в поддержку комплексного оказания медико-санитарной помощи, реализованная в 2011 г. инициатива организаций, базирующихся в Брюсселе (<http://telemedicine-momentum.eu/testimonials/>) (29, 32).

В настоящее время электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение существуют в форме трех основных видов услуг: диагностика, мониторинг и консультирование:

- диагностика: результаты рентгенологического или ультразвукового исследования, КТ, МРТ, ЭКГ или холтеровского мониторирования сердца в цифровом виде передаются с диагностического устройства профильным специалистам, которые, в свою очередь, ставят диагноз и отправляют его в цифровом виде лечащему врачу или в диагностическую клинику.
- мониторинг: данные с устройств электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, измеряющих жизненно важные показатели пациента, отслеживаются мониторинговым центром, отдельным клиницистом или веб-сайтом. Как правило, получатель данных использует клинические руководства для выявления любых отклонений от того, что считается нормой для данного пациента. В поддержку этого процесса используются встроенные алгоритмы, письменные рекомендации или профессиональное суждение. Если происходит нечто необычное, в процессе мониторинга генерируется реакция в виде тревожного сигнала, контакта с клиницистом или рекомендации пациенту в какой-либо иной форме.
- консультирование: виртуальное посещение или диалог вместо очной встречи или в дополнение к ней.

ДВА ПРИМЕРА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НОРВЕГИИ И ПОРТУГАЛИИ

НОРВЕГИЯ

Электронная платформа для интегрированной помощи на дому по лечению незаживающих и хронических язв при больнице Университета Северной Норвегии (UNN: <http://www.telemedicine-momentum.eu/ulcers-no/>) призвана содействовать сотрудничеству между пациентом, поликлиникой при больнице, лечащим пациента врачом общей практики и персоналом, обеспечивающим помощь на дому. Платформа представляет собой размещенную в сети электронную медицинскую карту, доступную через Интернет с компьютера, мобильного телефона или планшета. Имеется возможность хранить цифровые изображения язв, для того чтобы отслеживать динамику, просить совета и обсуждать наиболее приемлемое лечение. Как предполагается, этот сервис приведет к улучшению медико-санитарной помощи, повышению качества жизни пациента и более эффективному его лечению. Ожидается, что сократится число посещений больницы и снизятся затраты. Кроме того, это позволяет лицам, оказывающим помощь на дому, совершенствовать навыки, необходимые для лечения язв.

Услуга предназначена пациентам с хроническими заболеваниями и тем, кто получает специализированное лечение. Каждый месяц до десяти человек получают эту услугу, которая включает диагностику, мобильный доступ к информации, мониторинг, лечение и уход. Местный медицинский персонал и пациент могут отправлять изображения и вопросы в электронном виде в больницу, получать ответы и обсуждать различные варианты действий.

ПОРТУГАЛИЯ

На каждую тысячу новорожденных во всем мире приходится восемь малышей с тем или иным видом кардиопатии (29, 30). Телемедицина дает возможность поставить быстрый и точный диагноз комплексной кардиопатии детям, появившимся на свет в районных больницах, и осуществлять индивидуальное последующее наблюдение.

Hospital Pediátrico de Coimbra (НРС) – 95-местная больница, обслуживающая Центральную Португалию с населением 2,3 млн человек, что составляет около 25% населения страны в целом. В октябре 1998 г. в НРС начала функционировать *Medigraf* – система электронного здравоохранения, предназначенная для телеконсультирования и позволяющая в реальном времени расшифровывать эхокардиограмму, которая проводится удаленно, например, в районной больнице (29). Имеется также возможность связаться по телефону с врачом (обычно с педиатром) из НРС, чтобы пройти полный дистанционный осмотр. Изображения и звуки могут быть записаны в базу данных системы и доступны обеим сторонам. На практике проект сталкивался с определенными проблемами, в частности, с необходимостью разъяснять задачи телемедицинской службы, которая рассматривалась как технология, неудобная для пользователей, с отсутствием четкости в вопросе оплаты консультаций, а также с недостаточной обученностью персонала. Руководство проекта поощряло участие врачей в его пилотировании и пригласило региональные больницы присоединиться к целевой группе, отвечавшей за разработку эксперимента в НРС. Для того чтобы обучить врачей надлежащему использованию телемедицины, проводились семинары, которые способствовали повышению интереса к проекту.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В отобранных для обзора материалах было мало информации о влиянии новых технологий на работников здравоохранения. Авторы данной статьи имели возможность проанализировать их влияние лишь на четыре параметра производительности труда медицинских работников.

НАЛИЧИЕ

В основной массе литературные данные свидетельствуют о том, что использование электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения повышает производительность труда клиницистов благодаря экономии времени, сокращению бумажной работы и оперативному доступу к информации. Повышение производительности труда приводит к увеличению доступности и предоставлению услуги большему числу пользователей, при этом абсолютное число работников здравоохранения остается неизменным (8, 9, 28, 29, 31, 33, 34).

ДОСТУПНОСТЬ

Доступность повышается, поскольку поставщики услуг оказывают помощь дистанционно, имея возможность диагностировать проблемы и отслеживать состояние пациента с помощью мобильных устройств (14, 30, 31). Становятся доступны услуги специалистов, которые обычно сконцентрированы в городских районах, а также в узкоспециализированных клиниках и больницах, которые взаимодействуют со своими коллегами из числа врачей общей практики или непосредственно с пациентами вне зависимости от расстояния. Это может способствовать развитию помощи на дому, а также интеграции услуг (10, 12, 18, 29, 35).

ПРИЕМЛЕМОСТЬ

Использование электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения облегчает общение работников здравоохранения с пациентами, обеспечивает более непосредственный контакт и делает его более индивидуальным, потенциально повышая приемлемость услуг. Вероятность повышения приемлемости услуг выше для молодежи, умеющей пользоваться компьютером и мобильными устройствами; поэтому могут понадобиться методики для обучения пожилых пациентов использованию современных технологий (14, 28, 36).

КАЧЕСТВО

Наконец, инструменты электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения предоставляют поставщикам услуг быстрый доступ к достоверной информации, позволяют получить альтернативное мнение и рекомендации, что способствует расширению компетенций и обеспечению соответствия профессиональным стандартам, увеличивая тем самым безопасность и эффективность услуг (7, 10, 18, 28, 30).

ОБСУЖДЕНИЕ

Онлайн-сервисы уже активно влияют на работу многих секторов экономики, но являются относительно новыми для здравоохранения. В этой связи возникают вопросы, как обеспечить их использование в этой сфере и какие барьеры необходимо преодолеть для реального повышения производительности труда медицинских работников и системы здравоохранения в целом. Электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение не являются панацеей, но создают большие возможности для улучшения доступа к медицинской помощи, повышения ее качества и сокращения затрат.

Выявлены способствующие и сдерживающие факторы в отношении отдельных лиц, таких как пациенты, поставщики услуг и управляющий персонал; профессиональных ассоциаций; организаций-провайдеров; а также в отношении институциональной и нормативно-правовой среды. Важное значение имеет приобретение или развитие у работников здравоохранения цифровых навыков. Это накладывает отпечаток на их обучение, управление медицинскими службами, формирование политики и научные исследования. Надлежащее внедрение служб электронного здравоохранения требует корректировки при предоставлении услуг и в самой организации работы (37–38).

Навыки работы в цифровой среде уже отнесены к числу основных компетенций, которыми должны обладать работники здравоохранения для предоставления услуг, отвечающих текущим и будущим потребностям населения (39, 40). В этом контексте задача учреждений по подготовке медицинских кадров состоит в том, чтобы изменить содержание учебных планов и стратегий обучения с целью подготовки будущих специалистов

к новым видам практики. Также необходимо содействовать уже работающим медицинским специалистам в получении навыков работы с новыми технологиями, которых не существовало на момент получения ими первоначального образования. Изменения в учебных планах, к сожалению, требуют времени, поскольку предполагают пересмотр существующих нормативных актов, переподготовку преподавательского состава и внедрение новых механизмов оценки компетенций.

В зависимости от вида услуг влияние электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения на их предоставление может по-разному сказываться на кадровых ресурсах здравоохранения. В ряде случаев это может приводить к сокращению потребностей, если производительность повышается, а спрос остается стабильным. Более вероятно, однако, возникновение дополнительных и новых потребностей. Так, например, поскольку эти инструменты дают возможность охватить группы населения, прежде не имевшие доступа к определенным категориям медицинских работников, таких как врачи-специалисты, физиотерапевты и психологи, спрос на их услуги возрастет. Кроме того, поскольку специалисты могут теперь удаленно отслеживать состояние пациента, потребуется больше врачей, медицинских сестер и фармацевтов для того, чтобы удовлетворить растущий спрос со стороны пациентов с хроническим заболеванием, чаще с несколькими хроническими заболеваниями. Также потребуются новые категории специалистов в таких областях, как удаленная сестринская помощь, телефармация, анализ данных здравоохранения, и весьма вероятно, в пока еще неизвестных на сегодняшний день областях, в том числе для выполнения новых функций.

Факторы, способствующие и препятствующие распространению электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, не слишком отличаются от аналогичных факторов применительно к другим инновациям. Их принятию работниками здравоохранения и организациями-провайдерами в качестве повседневных инструментов будет способствовать благоприятное соотношение затрат и выгод. По мере того как затраты постоянно сокращаются, мощность и потенциал этих инструментов будут возрастать. Кроме того, новые поколения работников здравоохранения, родившиеся в стремительно развивающейся цифровой среде, с меньшей вероятностью будут сопротивляться внедрению этих инструментов; напротив, следует ожидать, что они будут способствовать их дальнейшему развитию. Такие факторы, как привлечение заинтересованных сторон к осуществлению изменений, привлечение внимания к преимуществам и простоте в использовании новых технологий, ведущая роль так называемых «чемпионов» или энтузиастов, доступность обучения, приверженность и поддержка со стороны руководства и лиц, ответственных за принятие решений, эффективное планирование и благоприятная финансовая и правовая среда, могут сыграть положительную роль (41). Их отсутствие может стать преградой, но применительно к электронному здравоохранению/мобильному здравоохранению риск того, что сдерживающие факторы окажутся сильнее способствующих, невелик. Например, такая типичная проблема как неприятие изменений работниками старшего поколения, теряет остроту по мере того, как новые инструменты становятся все более простыми в использовании, и их польза для медицинских работников, пациентов и организации почти сразу становится очевидной.

Технологии меняются быстрее, чем организационная и институциональная среда. Вопросы, связанные с юридической ответственностью, определением областей применения, вознаграждением и компенсацией расходов, а также стандартизацией инструментов постепенно начинают решаться (6, 32, 42). Это особенно сложно в таком контексте, как, например, условия Европейского союза, где мобильность медицинских работников и пациентов является одним из фундаментальных прав. Еще один вопрос связан с планированием будущих кадровых ресурсов здравоохранения в условиях стремительно меняющейся технологической, демографической, эпидемиологической, экономической и социальной ситуации.

Необходимо сделать две важные оговорки, касающиеся содержания данной статьи. Во-первых, в ней рассматриваются только публикации на английском языке. В статье не были представлены публикации на испанском, португальском, русском и французском языках, в которых рассказывается об опыте использования технологий электронного/мобильного здравоохранения в странах, население которых пользуется этими языками. Исследователи склонны публиковать свои выводы на английском языке, чтобы охватить

более широкую аудиторию. Вторая, еще более важная оговорка касается того, что среди рассматриваемой в данной статье литературы нет исследований, в рамках которых полученный опыт оценивался бы в соответствии со строгим исследовательским протоколом. Информация о приобретенном опыте главным образом основывается на административных оценках результатов деятельности и на оценках, высказанных поставщиками услуг и пациентами.

ВЫВОДЫ

Парадокс заключается в том, что в ряде стран с низким уровнем доходов услуги электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения более распространены, чем в экономически развитых странах. Эта ситуация быстро меняется, т.к. осуществляется множество инициатив по стимулированию и облегчению их использования, и некоторые страны становятся образцами внедрения новых коммуникационных технологий. Вызов состоит в том, чтобы перейти от осознания преимуществ электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения к их реальному широкомасштабному использованию на повседневной основе. В Европейском контексте, как представляется, способствующих факторов больше, чем препятствующих, что вселяет оптимизм в отношении будущего услуг здравоохранения с позиций повышения доступности, эффективности и результативности. Это также создает потенциал для улучшения условий труда и более высокой удовлетворенности медицинских работников, которые хорошо подготовлены к выполнению своей работы.

Преимущества электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения не проявятся сами по себе. Как и в случае любых значительных изменений, необходимым условием является благоприятная политическая среда. Также основой политического процесса могут стать результаты научных исследований, но лишь в том случае если исследования будут целенаправленными, а их результаты представлены таким образом, чтобы стимулировать поддержку их использования при формировании политики. Политиков будет интересовать экономическая сторона использования электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения; прямые расходы могут быть низкими, возможна экономия в результате уменьшения числа посещений врача и госпитализаций, но необходимо оценивать также и косвенные издержки, будь то обучение персонала или повышение спроса, спровоцированное большей доступностью услуг в результате использования новых технологий. Важное значение имеет также анализ внедрения услуг на основе электронного здравоохранения/мобильного здравоохранения, включая межнациональные сравнения и исследования. Еще одной, более сложной, но чрезвычайно актуальной темой научных исследований является влияние новых технологий на показатели здоровья населения.

Выражение признательности: Не указано.

Источники финансирования: Эта работа была частично профинансирована Portuguese Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) (UID/Multi/04413/2013).

Конфликт интересов: Не завлен.

Отказ от ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 10 июля 2017 г.).

2. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016.
3. Lapão LV. The Future Impact of Healthcare Services Digitalization on Health Workforce: The Increasing Role of Medical Informatics. *Stud Health Techn Inform.* 2016;228:675–679.
4. Tsiknakis M, Kouroubali A. Organizational factors affecting successful adoption of innovative eHealth services: A case study employing the FITT framework. *International Journal of Medical Informatics.* 2009;78(1):39–52.
5. Telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society (Staff working paper SEC 943). Brussels: European Commission; 2009 (<http://www.cupid-project.eu/sites/default/files/StaffworkingpaperTelemedicineforthebenefitofpatientshealthcaresystemsandsociety.pdf>; по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
6. Christiansen EK, Henriksen E, Jensen LK, Lange M, Lapão LV, Kaye R, et al. Towards a Personalised Blueprint – for doers, by doers: consolidated version. European Momentum for Mainstreaming Telemedicine Deployment in Daily Practice. Brussels: European Commission; 2014.
7. Quaglio G, Dario C, Stafylas P, Tiik M, McCormack S, Zilgalvis P, et al. E-Health in Europe: Current situation and challenges ahead. *Health Policy and Technology.* 2016;5 (4):314–317.
8. Tian M, Zhang J, Luo R, Chen S, Petrovic D, Redfern J, et al. mHealth Interventions for Health System Strengthening in China: A Systematic Review. *JMIR.* 2017;5(3):e32.
9. Gregório J, Cavaco A, Lapão LV. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. *Human Resources for Health.* 2014;12(1):58.
10. van Deursen AJ, van Dijk JA. Internet skills performance tests: are people ready for eHealth? *Journal of Medical Internet Research.* 2011;13(2):e35.
11. Eley R, Fallon T, Soar J, Buikstra E, Hegney D. The status of training and education in information and computer technology of Australian nurses: a national survey. *Journal of Clinical Nursing.* 2008;17(20):2758–2767.
12. Booth R. Educating the Future eHealth Professional Nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship.* 2006;3(1). Published Online: 2006-02-27. doi: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1187>.
13. Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J, Kvedar JC, Wienstein RS, et al. National telemedicine initiatives: essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health.* 2009;15(6):600–610.
14. Bloomfield GS, Vedanthan R, Vasudevan L, Kithei A, Were M, Velazquez EJ. Mobile health for non-communicable diseases in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature and strategic framework for research. *Globalization and Health.* 2014;10.1:49.
15. Boldt I, Cruz-Correia R, Ferreira AM, Freitas A, Lapão L, Rodrigues PP, et al. Analysis of the quality of hospital information systems audit trails. *BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2013;13(1):84.
16. Chib A, Shelly M, Rajiv GA, Siti ZK. Migrant mothering and mobile phones: Negotiations of transnational identity. *Mobile Media & Communication.* 2014;2(1):73–93.
17. Koedderitzsch M, Botha A, Herselman M, Coleman A. Towards a channel-agnostic mobile transaction platform to support drug adherence within a resource constrained environment. In: 2013 IEEE International Conference on Adaptive Science and Technology (ICAST) (pp. 1–5), Pretoria, South Africa. (<http://ieeexplore.ieee.org/document/6707500/>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
18. Atienza AA, Hesse BW, Baker TB, Abrams DB, Rimer BK, Croyle RT. Critical issues in eHealth research. *American Journal of Preventive Medicine.* 2007;32(5 Suppl):S71–74.
19. ICT-enabled public sector innovation in Horizon 2020. European Commission, Digital Single Market. (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/ict-enabled-public-sector-innovation-horizon-2020>, по состоянию на 27 января 2017 г.).
20. Renewing Health Project (Final Report). Brussels: European Commission; 2014 (<http://www.renewinghealth.eu/documents/28946/555381f3-9686-4955-8547-76b58be34a04>, по состоянию на 29 января 2017 г.).
21. United4Health Project [website]. European Commission (<http://www.United4Health.eu>, по состоянию на 27 февраля 2017 г.).
22. Digital Agenda [website]. European Commission (<https://ec.europa.eu/digital-agenda/>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).

23. Horizon 2020 [website]. European Commission (<http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
24. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [website]. European Commission (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing, по состоянию на 15 января 2017 г.).
25. New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability. Paris: OECD; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
26. McCormick F, Watson J, Burke C, Jackson M, Offer C, Renfrew MJ. Yorkshire and the Humber Health Innovation and Education Cluster, Maternal and Infant Health and Care Theme. Department of Health Sciences, University of York, York (UK); 2012.
27. Brownsell S, Ellis T. Ready, steady, go: A telehealth implementation toolkit. Sheffield Teaching Hospital NHS Foundation Trust. University of Sheffield, Sheffield; 2012.
28. eHealth/mHealth case studies COCIR, 2011. European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR); 2011 (http://www.cocir.org/fileadmin/Publications_2011/telemedicine_toolkit_link2.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
29. Lapão LV, Tavares LV, Mendes J B, Castela E. HPC Telemedicine's Service Improves Access to Pediatric Cardiology in Central Portugal: leadership, organization and training as critical success factors—people really matter! *Stud Health Techn Inform.* 2006;524(375):149.
30. Daponte P, De Vito L, Picariello F, Riccio M. State of the art and future developments of measurement applications on smartphones. *Measurement.* 2013;46:3291–3307.
31. Peiris D, Praveen D, Johnson C, Mogulluru, K. Use of mHealth Systems and Tools for Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: a Systematic Review. *J. of Cardiovasc. Trans. Res.* 2014;7:677. doi:10.1007/s12265-014-9581-5.
32. Ross P, Lapão LV, Marti T, Strübin, M. Deliverable D5.2: Report on SIG 2, Organisational implementation and change management. European Commission, Momentum 2014 (https://sctt.org.uk/wp-content/uploads/2015/03/D5.2_MOMENTUM_SIG2_v11.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
33. Jorgenson DW. Information technology and the US economy. *American Economic Review.* 2001;1–32.
34. Brynjolfsson E, McAfee A. Race against the machine: How the digital revolution is accelerating innovation, driving productivity, and irreversibly transforming employment and the economy. Lexington (MA): Digital Frontier; 2011.
35. Gubbi J, Buyya R, Marusic S, Palaniswami M. Internet of Things (IoT): A vision, architectural elements, and future directions. *Future Generation Computer Systems.* 2013;29(7):1645–1660.
36. Marques R, Gregório J, Pinheiro F, Póvoa P, da Silva MM, Lapão LV. How can information systems provide support to nurses' hand hygiene performance? Using gamification and indoor location to improve hand hygiene awareness and reduce hospital infections. *BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2017;17(1):15.
37. Graffigna G, Barello S, Triberti S, Wiederhold BK, Bosio AC, Riva G. Enabling eHealth as a Pathway for Patient Engagement: a Toolkit for Medical Practice. *Stud Health Techn Inform.* 2014;199:13–21.
38. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet.* 2010;376:1923–58.
39. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
40. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science.* 2016;11:146.
41. mHealth Sub-group Report on National mHealth Strategies. Brussels: European Commission, eHealth Network; 2016 (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20161121_co22_en.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
42. Lapão LV, Silva MM, Gregório J. Implementing an online pharmaceutical service using design science research. *BMC Medical Informatics and Decision-Making.* 2017;17(1):31.

POLICY AND PRACTICE

Worldwide prison health research and engagement network: a vehicle for capacity-building in prison health

Emma Plugge^{1,2}, Sunita Stürup-Toft², Lars Møller³, Éamonn O'Moore²

¹ Centre for Tropical Medicine & Global Health, Nuffield Department of Clinical Medicine, University of Oxford, United Kingdom

² UK Collaborating Centre for WHO Health in Prisons Programme (European Region), Public Health England, Reading, United Kingdom

³ Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-course, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Emma Plugge (email: emma.plugge@ndm.ox.ac.uk)

ABSTRACT

Background: More than 10 million people are imprisoned worldwide; these individuals have considerable health needs, yet often receive poor, suboptimal care.

Context: Staff working to deliver health care to people in prison play an important role not only in ensuring these needs are met but also in providing a service to society, as the evidence suggests that health and reoffending are closely linked. Despite its importance, the work of health care staff in prison tends to be undervalued and underrecognized, and recruitment and retention are important issues within the workforce.

Approach: The Worldwide Prison Health Research and Engagement Network is a new initiative that will support the professional

development of health care staff in prisons. The Network aims to help the development of health service delivery within prison settings across the world to improve the health and well-being of people in prison and reduce health inequalities.

Observations: The Network will use a web platform to harness the power of cost-effective information and communication technologies to deliver online training programmes, enable the sharing of resources among practitioners globally and promote intersectoral collaboration. As a new initiative, its impact will be evaluated to examine the benefits to those working in prisons, those receiving care and wider society.

Keywords: PRISON HEALTH, HEALTH INEQUALITIES, CAPACITY-BUILDING

BACKGROUND

In 1971, Julian Tudor Hart, a British doctor, writing in the *Lancet*, first described the “inverse care law”, stating that “the availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served” (1). While Tudor Hart focused on the situation in the community in Britain, this law still reflects the reality of unjust health care provision in many communities and most parts of the world today, more than 45 years later. Prisons across the world provide a rich example of this: people in prison have considerable health needs, greater than those of the general community, yet often receive poor, suboptimal care (2–4).

HEALTH ISSUES IN PRISON

Over 10 million people are imprisoned worldwide (5). Many studies have shown that the prevalence of a number of diseases among people in prison is much greater than that among people in the community. For example, mental disorders – particularly serious mental disorders – are overrepresented among people in prison: 3.7% of men in prison suffer from psychotic illnesses, 10% suffer from major depression and 65% have a personality disorder, including 21% with antisocial personality disorder (6). Compared with the general American or

British population of a similar age, people in prison have rates of psychotic illnesses and major depression about 2–4 times higher; rates of antisocial personality disorder are about 10 times higher (6).

The prevalence of alcohol abuse and dependence is estimated to be 18–30% among men and 10–24% among women in prison; the prevalence of drug abuse and dependence is estimated to be 10–48% among men and 30–60% among women in prison. These prevalence estimates are much higher than those from general population surveys. Compared to the general American population of a similar age, men in prison are 2–10 times more likely to be drug-dependent and women in prison are 2–4 times as likely to be alcohol-dependent and at least 13 times more likely to be drug-dependent (7).

Prevalence rates for infectious diseases are also much higher than those found in the community. Epidemiological studies of prison populations in most countries have consistently reported rates of HIV infection greater than those in the general population; the same applies to rates of hepatitis B and C and tuberculosis (8). Noncommunicable diseases are also an issue for those in prison, with rates of obesity, physical inactivity, poor diet and smoking higher than those found in the community (9, 10).

CONTEXT

THE ROLE OF HEALTH CARE STAFF IN PRISONS

Staff working to deliver health care to people in prison play an incredibly important role not only in ensuring that the considerable health needs of individuals in prison are met but also in providing a service to society, as the evidence suggests that health and reoffending are closely linked. For example, the evidence on methadone maintenance therapy for people with opioid dependence suggests that it results in a reduction in criminal activity – something that all of society benefits from (11). The community dividend of working with those in prison can also extend to reducing the onward transmission of communicable diseases, as well as the positive impact of health promotion messages that may filter through to the social networks of people who have been in prison. It is important to note that many people in prison are released back into the community after serving their sentences; therefore, the relationship between prison and community can be an important opportunity to have a wider health impact.

THE CHALLENGES FOR HEALTH CARE STAFF IN PRISONS

Despite the important context of prison health care set out above, the work of health care staff in prison tends to be undervalued and underrecognized. Not surprisingly, recruitment and retention are important issues within the workforce (12). Historically, working in prison health care has not been seen as an attractive option for health professionals for several reasons. The challenges are considerable, because of both the high health needs and the nature of the health problems, such as chronic mental health issues and substance use, and the high prevalence of violence. Indeed, there is evidence to show that burnout, a severe consequence of prolonged exposure to stressful work conditions, is an important issue for custodial staff working in prisons (13–17). Research on burnout in health care professionals who work in prison, however, is lacking.

Health care staff in prisons are further challenged by the issue of “dual loyalty” (18–20), which the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment describes thus: “The health-care staff in any prison is potentially a staff at risk. Their duty to care for their patients (sick prisoners) may often enter into conflict with considerations of prison management and security. This can give rise to difficult ethical questions and choices” (21). Essentially, this means that health care staff may be put in positions in which they feel conflicted. As a professional, each individual’s first duty is to his or her patient, to provide high-quality care and maintain confidentiality – to be the prisoner’s not the prison’s doctor. In reality, this may conflict with the employers’ (the prison authorities) priorities of security and punishment.

APPROACH

WHO HEALTH IN PRISONS PROGRAMME

It is not surprising, therefore, that the prison health care workforce across the world is often understaffed, under-skilled and isolated from colleagues in the community. This has been acknowledged by a number of international organizations. The WHO Regional Office for Europe, for example, has a wide-ranging and impactful Health in Prisons Programme, committed to improving the health of those in prison. It has recently published guidance on prison health governance which acknowledges the above issue of professional and ethical conflict and highlights the importance of prison health care staff, noting the following:

- Prison health services should be at least of equivalent professional, ethical and technical standards to those applying to public health services in the community.
- Prison health services should be provided exclusively to care for prisoners and must never be involved in the punishment of prisoners.
- Prison health services should be fully independent of prison administrations and yet liaise effectively with them.
- Prison health services should be integrated into national health policies and systems, including the training and professional development of health care staff (22).

WORLDWIDE PRISON HEALTH RESEARCH AND ENGAGEMENT NETWORK

The Worldwide Prison Health Research and Engagement Network (WEPHREN) is a new initiative that will support the professional development of health care staff in prisons. The Network is led by the UK Collaborating Centre for WHO Health in Prisons Programme, hosted by the National Health and Justice Team at Public Health England, United Kingdom. It is guided by the WHO Health in Prisons Programme, using its established links with European and central Asian countries and with other international organizations such as the Council of Europe, International Committee of the Red Cross and United Nations Office on Drugs and Crime, which are committed to ensuring that people in prison have the same standard of medical care as people living in the community.

WEPHREN aims to help the development of health service delivery within prison settings across the WHO European Region and the world to improve the health and well-being of people in prison and reduce health inequalities. This objective aligns with one of the key strategic objectives of the new European health policy framework Health 2020, to “improve health for all and reduce health inequalities” (23). The Network will provide a forum for all stakeholders interested in prison health to exchange ideas and work together; it will also provide a platform for developing the skills of health professionals and researchers – capacity-building for prison health is a key objective. Understanding different models of practice used in different countries can inspire innovative changes in staff training, such as including prison health as part of wider training placements for health care staff, as well as changes in staffing structures, such as using community staff to work with those in prison. Recognizing that the well-being of staff and their professional development is central to the effectiveness of any initiative designed to improve the health of those in prison, the power of an international network such as WEPHREN to facilitate global practitioner support, development of standards and professionalization of a career in prison health will strengthen the health workforce’s capacity to deliver high-quality and safe health care practice.

OBSERVATIONS

WEPHREN will address a number of the recommendations of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth relating to health employment and health service delivery (24). At the heart of its capacity-building ambitions is the scale-up of high-quality education and lifelong learning so that all health workers in prisons have skills that match the health needs of the people in prison and can work to their full potential. The Network will use a web platform to harness the power of cost-effective information and communication technologies to deliver online training programmes and enable the sharing of resources among the practitioners across the world. It will promote intersectoral collaboration and engage important stakeholders beyond health care staff. These will include prison services, policy-makers and nongovernmental, public health and professional organizations, with the further ambition of including health care service users themselves – the patients in prison. WEPHREN sits as a “community of practice” within the Global Health Network (25). This is a well established and widely used digital platform to enable research by sharing knowledge and methods and to develop capacity. Members are able to access and use many resources on this site –in addition to those specific to WEPHREN – for professional development.

THE OPPORTUNITIES FOR HEALTH CARE STAFF IN PRISONS

Delivering health care in prisons should be a positive choice but perhaps is not always obviously so. It is an opportunity to play an important role in reducing health inequalities. A number of aspects of the clinical work appeal to clinicians – it is challenging and diverse and offers an opportunity to help an underserved population. Furthermore, professionals gain a great deal of experience – there is often plenty of “pathology” (12). Some professionals have reported a high degree of autonomy and, in many prisons, can establish an ongoing relationship with their patients (12). The work is likely to be more satisfying if professionals feel supported throughout their employment and are offered opportunities for continuing professional development (26). By supporting practitioners and providing accessible learning opportunities, WEPHREN will contribute to the development of prison health care settings as positive work environments.

There are considerable differences in prisons and the delivery of health care within them across the world. For example, even within one country the nature of the population in one prison will be very different from another, depending on whether those imprisoned are sentenced or awaiting trial, male or female, young or old and so on. Between countries the differences are likely to be starker, as different penal systems and health care organization models will affect the prison environment. It is likely that these differences are also reflected in inequalities in staff development in prisons within and between countries, which may also mirror some of the health inequalities faced by the prison population. An ongoing survey is asking WEPHREN members about their most important professional development priorities, with particular interest in low- and middle-income countries. Although still in progress, emerging findings from the survey suggest that health care staff want to develop their team working and leadership skills, enhance their ability to deliver effective health promotion and learn more about health research. In the future, WEPHREN aims to tailor training, both online and face to face, to ensure these priority development needs are met.

PARTICIPATING IN WEPHREN¹

WEPHREN is an inclusive network that aims to bring a range of stakeholders together to improve the health and well-being of those in prison – health care staff, prison services, policy-makers, nongovernmental, public health and professional organizations and service users. Although a very new initiative, it already has over 200 members from over 20 countries and it is anticipated that membership will rise exponentially in the coming year.

¹ Further information and details of how to participate are available at the Network’s website (27) or via email at WEPHREN@phe.gov.uk.

CONCLUSIONS

The health needs of people in prison are great. In order to respond effectively to these and to play an important role in improving health for all and reducing health inequalities, there must be an appropriately trained and skilled workforce that is well supported by both the institution in which it works and the relevant professional bodies. While there is little robust research on the professional development needs of those health care professionals working in prisons across the WHO European Region, emerging information suggests that prisons face particular staffing issues when delivering health care. WEPHREN will start to address these priority issues in a flexible manner, tailoring educational interventions for the “specific reality of each country” (28) for the benefit of those working in prisons, those receiving care and wider society.

Acknowledgements: The authors thank the WEPHREN Steering Committee members for the time they have invested in this initiative and the careful consideration they have given its development.

Sources of funding: Emma Plugge, Sunita Stürup-Toft and Éamonn O’Moore were funded for their time developing WEPHREN and writing the manuscript by Public Health England. Lars Møller was funded by the WHO Regional Office for Europe.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;27:405–12.
2. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956–65.
3. Douglas N, Plugge E, Fitzpatrick R. The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say? *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(9):749–54.
4. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 2003;327(7413):480.
5. Walmsley R. World prison population list, 11th edition. London: Institute for Criminal Policy Research; 2016.
6. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545–50.
7. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addict*. 2006;101:181–91.
8. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388:1089–102.
9. Ritter C, Stover H, Levy M, Etter J-F, Elger B. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J Public Health Pol*. 2011;32:32–45.
10. Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. A systematic review of the prevalence of risk factors for non-communicable diseases in worldwide prison populations. *Lancet*. 2012;26:379(9830):1975–82.
11. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 8(3):CD002209. doi:10.1002/14651858.CD002209.pub2.
12. Hale JF, Haley HL, Jones JL, Brennan A, Brewer A. Academic–correctional health partnerships: preparing the correctional health workforce for the changing landscape – focus group research results. *J Correct Health Care*. 2015;21(1):70-81.

13. Dignam JT, Barrera Jr M, West SG. Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *Am J Community Psychol.* 1986;14:177e93.
14. Garland B. The impact of administrative support on prison treatment staff burnout: an exploratory study. *Prison J.* 2004;84:452e71.
15. Hu S, Wang JN, Liu L, Wu H, Yang X, Wang Y et al. The association between work-related characteristic and job burnout among Chinese correctional officers: a cross-sectional survey. *Public Health.* 2015;129(9):1172–8.
16. Roman C, Joanna K, Jan S, Magdalena K. Burnout predictors among prison officers: the moderating effect of temperamental endurance. *Pers Individ Dif.* 2008;7:666e72.
17. Schaufeli WB, Peeters MCW. Job stress and burnout among correctional officers: a literature review. *Int J Stress Manag.* 2000;7:19e49.
18. Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual loyalty in prison health care. *Am J Public Health.* 2012;102(3):475–80.
19. Open-ended intergovernmental expert group on the standard minimum rules for the treatment of prisoners: working paper prepared by the Secretariat. Buenos Aires: United Nations Office on Drugs and Crime; 2012 (<https://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/expert-group-meetings6.html>, accessed 16 June 2017).
20. Dualloyaltyandhumanrightsreport. Boston, MA: Physicians for Human Rights; 2003 (<http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/dual-loyalty-and-human-rights-2003.html>, accessed 25 May 2017).
21. Report to the Albanian Government on the visit to Albania carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 23 May to 3 June 2005. Strasbourg: Council of Europe; 2006 (CPT/Inf (2006) 24; <http://www.coe.int/en/web/cpt/Albania>, accessed 16 June 2017).
22. Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health-2013>, accessed 16 June 2017).
23. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 16 June 2017).
24. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, accessed 16 June 2017).
25. The Global Health Network [website]. Oxford: The Global Health Network; 2017 (<https://tghn.org/>, accessed 16 June 2017).
26. Perry J. Nursing in prisons: developing the specialty of offender health care. *Nurs Stand.* 2010;24(39): 35–40.
27. WEPHREN. In: The Global Health Network [website]. Oxford: The Global Health Network; 2017 (<https://wephren.tghn.org/>, accessed 16 June 2017).
28. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 16 June 2017).

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Всемирная сеть по исследованиям и деятельности в области охраны здоровья заключенных: механизм для укрепления потенциала в области охраны здоровья в тюрьмах

Emma Plugge^{1,2}, Sunita Stürup-Toft², Lars Møller³, Éamonn O'Moore²

¹ Центр тропической медицины и глобального здравоохранения, Департамент клинической медицины Наффилда, Оксфордский университет, Соединенное Королевство

² Сотрудничающий центр в Соединенном Королевстве по программе ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» (Европейский регион), Департамент общественного здравоохранения Англии, Рединг, Соединенное Королевство

³ Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Emma Plugge (адрес электронной почты: emma.plugge@ndm.ox.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: Более 10 млн человек во всем мире находятся в местах лишения свободы; многие из них нуждаются в адекватном медицинском уходе, однако предоставляемая им помощь обычно не отличается высоким качеством и далека от оптимальных стандартов.

Контекст: Работники здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в местах лишения свободы, играют важную роль не только в контексте реагирования на медицинские потребности заключенных, но и с точки зрения служения обществу, поскольку фактические данные указывают на то, что существует тесная связь между аспектами здоровья и вторными правонарушениями.

Насмотря на это, работа медицинского персонала в тюрьмах зачастую недооценивается и не получает необходимого признания, в связи с этим подбор и удержание сотрудников остаются в числе актуальных проблем в области трудовых ресурсов здравоохранения.

Подход: Всемирная сеть по исследованиям и деятельности в области охраны здоровья заключенных (Worldwide Prison

Health Research and Engagement Network) – новая инициатива, призванная поддержать профессиональное развитие медицинского персонала, работающего в местах лишения свободы. Цель сети – содействовать развитию медицинских услуг в тюремных системах всего мира для улучшения здоровья и благополучия заключенных и снижения неравенства в области здравоохранения.

Наблюдения: Работа сети будет осуществляться на основе интернет-платформы, с помощью которой будут использоваться преимущества экономически эффективных технологий в сфере информации и коммуникации для организации онлайн-обучения, содействия обмену ресурсами между практикующими специалистами из разных стран и стимулирования межсекторального сотрудничества. Как и для любого начинания, предстоит также оценить воздействие этой инициативы с точки зрения ее пользы для тюремного персонала, заключенных, получающих медицинскую помощь, и общества в целом.

Ключевые слова: ТЮРЕМНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, НЕРАВЕНСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СЛУЖБ ТЮРЕМНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

В 1971 г. британский врач Джулиан Тюдор Харт в своей статье для журнала *Lancet* описал «обратный закон здравоохранения», в соответствии с которым «доступность качественной медицинской помощи изменяется в обратной зависимости от потребности в ней обслуживаемого населения» (1). И хотя Тюдор Харт говорил о конкретной ситуации в британском сообществе, этот закон отражает реалии несправедливого распределения услуг здравоохранения во многих сообществах и в большинстве стран мира даже теперь, спустя более чем 45 лет. Хорошим примером тому служат сегодняшние тюрьмы: многие заключенные нуждаются в адекватной медицинской помощи в большей степени, чем представители общества в целом, однако оказываемая им помощь обычно не отличается высоким качеством и далека от оптимальных стандартов (2–4).

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

Более 10 млн человек во всем мире находятся в местах лишения свободы (5). Многочисленные исследования продемонстрировали, что распространенность некоторых заболеваний в тюрьмах значительно выше, чем в обществе в целом. Например, заключенные в непропорционально большой степени затронуты психическими расстройствами, особенно серьезными психическими заболеваниями: 3,7% мужчин в тюрьмах страдают психозом, 10% – глубокой депрессией и 65% – расстройствами личности, в т.ч. 21% – диссоциальным расстройством личности (6). По сравнению с американским или британским населением того же возраста заключенные в 2–4 раза чаще страдают психотическими расстройствами и глубокой депрессией и примерно в 10 раз чаще – диссоциальным расстройством личности (6).

Распространенность злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости составляет 18–30% среди мужчин и 10–24% среди женщин, находящихся в местах лишения свободы; распространенность злоупотребления наркотиками и наркотической зависимости оценивается в 10–48% среди заключенных мужчин и 30–60% среди женщин. Это существенно выше соответствующих показателей для общества в целом. По сравнению с общим населением США сходного возраста мужчины-заключенные в 2–10 раз более склонны к наркозависимости, а женщины-заключенные в 2–4 раза – к алкогольной зависимости и как минимум в 13 раз чаще являются наркозависимыми (7).

Распространенность инфекционных заболеваний в тюрьмах также значительно выше, чем в обществе в целом. Многочисленные эпидемиологические исследования среди заключенных показывают более высокую распространенность ВИЧ-инфекции, чем в широких слоях общества; то же относится к показателям заболеваемости вирусными гепатитами В и С и туберкулезом (8). Тюремное население также во многом затронуто неинфекционными заболеваниями, например, ожирением, отличается низкой физической активностью, плохим питанием, а показатели табакокурения у них выше таковых у населения в целом (9, 10).

КОНТЕКСТ

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО В ТЮРЬМАХ

Работники здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в местах лишения свободы, играют важную роль не только в контексте реагирования на медицинские потребности заключенных, но и с точки зрения служения обществу, поскольку фактические данные указывают на то, что существует тесная связь между аспектами здоровья и повторными правонарушениями. Например, данные о результатах программ поддерживающей метадоновой терапии для людей с опиоидной зависимостью свидетельствуют о снижении уровней участия в преступной деятельности, что является положительным результатом для всего общества (11). Польза от работы с тюремным населением для общества может также заключаться в сокращении дальнейшего распространения инфекционных заболеваний, а также в позитивном

воздействию рекомендаций по укреплению здоровья, распространяемых через социальные сообщества бывших заключенных. Важно также и то, что многие заключенные после отбытия наказания вновь возвращаются в общество, поэтому создание связей между тюремной системой и обществом дает дополнительные возможности для расширения охвата мерами по охране здоровья.

ТРУДНОСТИ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ, РАБОТАЮЩИЙ В ТЮРЬМАХ

Несмотря на важную роль здравоохранения в тюрьмах, описанную выше, работа медицинского персонала в местах лишения свободы зачастую недооценивается и не получает необходимого признания. Неудивительно, что наем и удержание сотрудников остаются в числе актуальных проблем в области кадровых ресурсов (12). Так сложилось, что по ряду причин медицинские специалисты не стремятся работать в системе тюремного здравоохранения. Эта работа сопряжена с существенными трудностями, связанными как с высокими медицинскими потребностями заключенных и их проблемами со здоровьем, такими как хронические психические заболевания и употребление наркотических веществ, так и с высоким уровнем насилия в тюрьмах. Например, исследования показывают, что профессиональное выгорание – тяжелое последствие продолжительной работы в стрессовых условиях – распространенная проблема среди сотрудников исправительных учреждений (13–17). При этом практически отсутствуют исследования по проблеме выгорания медицинского персонала, работающего в местах лишения свободы.

В тюрьмах медицинские работники также сталкиваются с дилеммой «двойной лояльности» (18–20), которую Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания описывает следующим образом: «Медицинские работники в любом пенитенциарном учреждении потенциально подвергаются риску. Их обязанность заботиться о своих пациентах (больных заключенных) зачастую может вступать в конфликт с соображениями поддержания тюремного порядка и режима. Это может привести к сложным этическим и вариантам выбора» (21). Иными словами, сотрудники тюрем могут оказаться в ситуациях, вызывающих внутренний конфликт. С профессиональной точки зрения первая обязанность каждого врача – помогать пациенту, предоставляя высококачественную медицинскую помощь и сохраняя конфиденциальность, т.е. быть врачом для заключенного, а не для тюрьмы. В реальности же эта обязанность может вступать в противоречие с требованиями безопасности и условиями отбытия наказания, являющимися приоритетом для сотрудников (тюремной администрации).

ПОДХОД

ПРОГРАММА ВОЗ «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ В ТЮРЬМАХ»

В этом контексте неудивительно, что медицинские службы исправительных учреждений во всем мире зачастую сталкиваются с проблемами нехватки кадров, недостаточной квалификации персонала и его изолированности от коллег, работающих вне тюремных стен. Международные организации признают эти проблемы, например, Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет широкомасштабную, эффективную программу «Охрана здоровья в тюрьмах», нацеленную на улучшение здоровья людей в местах лишения свободы. Недавно в рамках программы выпущен аналитический обзор по вопросам разумного руководства охраной здоровья в тюрьмах, в котором признается наличие упомянутого профессионального и этического конфликта, подчеркивается важная роль, которую играет медицинский персонал исправительных учреждений, а также отмечается следующее:

- профессиональные, этические и технические стандарты услуг здравоохранения в местах лишения свободы должны быть как минимум эквивалентны стандартам услуг здравоохранения в обществе;

- услуги здравоохранения в местах лишения свободы должны предоставляться исключительно в целях медицинской помощи заключенным, и их предоставление или непредоставление никогда не должно быть связано с наказанием заключенных;
- службы пенитенциарного здравоохранения должны быть полностью независимы от администрации мест лишения свободы и в то же время должны эффективно сотрудничать с ней;
- службы пенитенциарного здравоохранения должны быть интегрированы в национальную политику и системы здравоохранения, включая обучение и повышение квалификации медицинского персонала (22).

ВСЕМИРНАЯ СЕТЬ ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ

Всемирная сеть по исследованиям и деятельности в области охраны здоровья заключенных (WEPHREN) – новая инициатива, содействующая профессиональному развитию медицинского персонала, работающего в местах лишения свободы. Руководство сетью осуществляет Сотрудничающий центр в Соединенном Королевстве по программе ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах», а принимающей стороной выступает Национальная группа по вопросам здоровья и правосудия Департамента общественного здравоохранения Англии, Соединенное Королевство. В своей работе сеть опирается на опыт программы ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах», используя уже налаженные связи со странами Европы и Центральной Азии, а также с такими международными организациями, как Совет Европы, Международный Комитет Красного Креста и Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций, приверженными задачам организации медицинской помощи для заключенных по тем же стандартам, по которым она предоставляется обществу в целом.

Сеть WEPHREN содействует развитию служб тюремного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и во всем мире в целях улучшения здоровья и благополучия заключенных и снижения неравенства в сфере здравоохранения. Эта цель согласуется с одной из стратегических задач политики Здоровье-2020: «улучшение здоровья для всех и сокращение неравенств по показателям здоровья» (23). Сеть станет форумом для всех заинтересованных сторон, занимающихся вопросами охраны здоровья в тюрьмах, предназначенным для обмена идеями и совместной работы; а также платформой для развития навыков медицинских работников и исследователей, учитывая, что основной задачей сети является укрепление потенциала служб тюремного здравоохранения. Понимание различных моделей практической работы, применяемых в разных странах, может способствовать внедрению новаторских изменений в программы обучения персонала, например, включению вопросов охраны здоровья в тюрьмах в общую профессиональную подготовку медицинских специалистов, а также изменениям в структуре обеспечения персоналом, например, привлечению работников здравоохранения, обслуживающих население, к оказанию медицинских услуг заключенным. Признавая, что в основе эффективности любой инициативы по улучшению здоровья заключенных лежит благополучие и профессиональное развитие медицинского персонала, возможности, которыми располагает WEPHREN как международная сеть – поддержка практикующих специалистов на глобальном уровне, разработка стандартов и профессионализация карьеры в области тюремного здравоохранения, – будут способствовать укреплению потенциала кадровых ресурсов для оказания безопасной и высококачественной медицинской помощи.

НАБЛЮДЕНИЯ

Сеть WEPHREN будет обеспечивать выполнение ряда рекомендаций Комиссии высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста, связанных с трудоустройством медицинских специалистов и организацией медицинских услуг (24). Центральным звеном усилий по

укреплению потенциала кадровых ресурсов будет работа по расширению качественных образовательных программ и обучение в течение всей жизни, с тем чтобы весь медицинский персонал, работающий в тюрьмах, имел возможность развивать навыки, необходимые для реагирования на медицинские потребности заключенных, и мог полностью реализовать свой потенциал. Работа сети будет осуществляться на основе интернет-платформы, с помощью которой будут использоваться преимущества экономически эффективных технологий в сфере информации и коммуникации для организации онлайн-обучения и содействия обмену ресурсами между практикующими специалистами из разных стран. Усилия сети будут также нацелены на стимулирование межсекторального сотрудничества и вовлечение важных партнеров, представляющих также другие сферы деятельности: сотрудников тюремных служб, разработчиков политики, представителей организаций здравоохранения и неправительственных и профессиональных организаций, также постепенно привлекая самих пользователей услуг здравоохранения – пациентов в местах лишения свободы. WEPHREN представляет собой сообщество практики в рамках Глобальной сети охраны здоровья (25). Это хорошо отлаженная и широко используемая цифровая платформа для развития потенциала и содействия исследовательской работе посредством обмена знаниями. Получив доступ к многочисленным ресурсам на ее сайте, помимо ресурсов непосредственно сети WEPHREN, участники платформы используют обширные возможности для своего профессионального развития.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО В ТЮРЬМАХ

Работа в медицинских службах исправительных учреждений должна быть позитивным выбором, однако ее преимущества не всегда очевидны. Она дает возможность внести важный вклад в усилия по снижению неравенства в сфере здравоохранения. Практикующим специалистам может быть интересен ряд аспектов клинической деятельности: это и преодоление трудностей, и разнообразие, и возможность помочь группам населения, недостаточно обеспеченным медицинским обслуживанием. Кроме того, специалисты получают ценный опыт: зачастую им приходится работать с самыми разными «патологиями» (12). Некоторые медицинские работники отмечают высокую степень автономности и возможность установить длительное взаимодействие со своими пациентами во многих тюрьмах (12). Эта работа может приносить еще большее удовлетворение, если специалисты будут получать всю необходимую поддержку для осуществления деятельности и иметь доступ к программам непрерывного профессионального развития (26). Оказывая поддержку практикующим специалистам и предоставляя им доступные возможности для обучения, сеть WEPHREN будет способствовать формированию позитивной рабочей среды и повышению привлекательности работы в медицинских службах исправительных учреждений.

Условия функционирования тюрем отличаются от страны к стране, равно как и системы организации медицинских услуг для заключенных. Например, даже в пределах одной страны состав одной тюрьмы будет отличаться от состава другой в зависимости от целого ряда факторов, таких как возраст и пол заключенных, временное содержание ожидающих суда и отбытие наказания уже получивших срок. Различия между исправительными учреждениями разных стран выражены еще более явно, поскольку условия содержания в них зависят от специфики пенитенциарных систем и моделей организации услуг здравоохранения. Вероятнее всего, эти различия также проявляются в неравных условиях в сфере развития тюремного персонала в разных исправительных учреждениях и разных странах, а также отражают некоторые формы несправедливого доступа заключенных к услугам здравоохранения. Сеть WEPHREN в настоящий момент проводит опрос своих участников об их основных приоритетах в сфере профессионального развития, уделяя особое внимание странам с низким и средним уровнем дохода. И хотя опрос еще не закончен, по его предварительным результатам уже можно сделать вывод, что работники здравоохранения хотели бы улучшить навыки лидерства и работы в коллективе, укрепить свой потенциал для предоставления эффективных услуг здравоохранения и узнать больше об исследованиях в сфере здравоохранения. В будущем сеть WEPHREN намерена адаптировать учебные программы – как онлайн, так и очные – с учетом приоритетных потребностей в области профессионального развития.

ЧЛЕНСТВО В СЕТИ WEPHREN¹

WEPHREN – инклюзивная сеть, объединяющая усилия самых разных специалистов в целях улучшения здоровья и благополучия людей, находящихся в местах лишения свободы. Сеть включает медицинских работников, сотрудников тюремных служб, разработчиков политики, представителей организаций здравоохранения и неправительственных и профессиональных организаций, а также пользователей услуг. И хотя сеть была создана недавно, в ее составе уже насчитывается 200 участников из 20 стран. Ожидается, что в ближайший год членский состав будет расти в геометрической прогрессии.

ВЫВОДЫ

Люди, находящиеся в местах лишения свободы, имеют многочисленные медицинские потребности. Чтобы обеспечить эффективное реагирование на них и внести вклад в улучшение здоровья всех людей и снижение неравенства в области здравоохранения, необходимо организовать адекватное обучение и подготовку кадровых ресурсов, которые, в свою очередь, должны получать поддержку как от учреждений, в которых они работают, так и от соответствующих профессиональных структур. И хотя в настоящее время проводится мало серьезных исследований в области профессионального развития медицинского персонала, работающего в тюрьмах в Европейском регионе ВОЗ, уже очевидно, что при организации медицинской помощи исправительные учреждения сталкиваются со значительными кадровыми проблемами. Сеть WEPHREN будет реагировать на эти приоритетные проблемы посредством применения гибкого подхода и адаптации образовательных программ к «конкретным реалиям каждой страны» (28) в интересах работников тюрем, людей, получающих услуги, и общества в целом.

Выражение признательности: Авторы благодарят членов Руководящего комитета сети WEPHREN за время, уделенное данной инициативе, и их активное участие в ее развитии.

Источники финансирования: Emma Plugge, Sunita Stürup-Toft и Éamonn O’Moore получили финансирование на развитие сети WEPHREN и подготовку данной статьи от Департамента общественного здравоохранения Англии. Финансирование для Lars Møller предоставлено Европейским региональным бюро ВОЗ.

Конфликт интересов: Не заявлен.

Отказ от ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;27:405–12.
2. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956–65.
3. Douglas N, Plugge E, Fitzpatrick R. The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say? *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(9):749–54.
4. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 2003;327(7413):480.
5. Walmsley R. World prison population list, 11th edition. London: Institute for Criminal Policy Research; 2016.

¹ Дополнительную информацию об участии в работе сети можно получить на веб-сайте (27) или по электронной почте WEPHREN@phe.gov.uk

6. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545–50.
7. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addict*. 2006;101:181–91.
8. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388:1089–102.
9. Ritter C, Stover H, Levy M, Etter J-F, Elger B. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J Public Health Pol*. 2011;32:32–45.
10. Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. A systematic review of the prevalence of risk factors for non-communicable diseases in worldwide prison populations. *Lancet*. 2012;26:379(9830):1975–82.
11. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 8(3):CD002209. doi:10.1002/14651858.CD002209.pub2.
12. Hale JF, Haley HL, Jones JL, Brennan A, Brewer A. Academic–correctional health partnerships: preparing the correctional health workforce for the changing landscape – focus group research results. *J Correct Health Care*. 2015;21(1):70-81.
13. Dignam JT, Barrera Jr M, West SG. Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *Am J Community Psychol*. 1986;14:177e93.
14. Garland B. The impact of administrative support on prison treatment staff burnout: an exploratory study. *Prison J*. 2004;84:452e71.
15. Hu S, Wang JN, Liu L, Wu H, Yang X, Wang Y et al. The association between work-related characteristic and job burnout among Chinese correctional officers: a cross-sectional survey. *Public Health*. 2015;129(9):1172–8.
16. Roman C, Joanna K, Jan S, Magdalena K. Burnout predictors among prison officers: the moderating effect of temperamental endurance. *Pers Individ Dif*. 2008;7:666e72.
17. Schaufeli WB, Peeters MCW. Job stress and burnout among correctional officers: a literature review. *Int J Stress Manag*. 2000;7:19e49.
18. Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual loyalty in prison health care. *Am J Public Health*. 2012;102(3):475–80.
19. Open-ended intergovernmental expert group on the standard minimum rules for the treatment of prisoners: working paper prepared by the Secretariat. Buenos Aires: United Nations Office on Drugs and Crime; 2012 (<https://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/expert-group-meetings6.html>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
20. Dual loyalty and human rights report. Boston, MA: Physicians for Human Rights; 2003 (<http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/dual-loyalty-and-human-rights-2003.html>, по состоянию на 25 мая 2017 г.).
21. Report to the Albanian Government on the visit to Albania carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 23 May to 3 June 2005. Strasbourg: Council of Europe; 2006 (CPT/Inf (2006) 24; <http://www.coe.int/en/web/cpt/Albania>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
22. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке: краткий аналитический обзор по вопросу организации пенитенциарного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health-2013>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
23. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
24. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
25. The Global Health Network [Глобальная сеть охраны здоровья] [веб-сайт]. Oxford: The Global Health Network; 2017 (<https://tghn.org/>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).

26. Perry J. Nursing in prisons: developing the specialty of offender health care. *Nurs Stand.* 2010;24(39):35–40.
27. WEPHREN. In: *The Global Health Network* [WEPHREN в составе Глобальной сети охраны здоровья] [веб-сайт]. Oxford: The Global Health Network; 2017 (<https://wephren.tghn.org/>, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
28. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/ru/, по состоянию на 16 июня 2017 г.).

CASE STUDY

Strengthening data for planning a sustainable health workforce: what data to collect for health workforce development and why

Eszter Kovacs¹, Edmond Girasek¹, Edit Eke¹, Miklos Szocska¹

¹ Health Services Management Training Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary.

Corresponding authors: Eszter Kovacs (email: kovacs.eszter@emk.sote.hu) and Edmond Girasek (email: girasek@emk.sote.hu)

ABSTRACT

Background: A strong and responsive health workforce (HWF) is essential for sustainable health care systems. Planning the appropriate HWF for provision of high-quality care and moving towards universal health coverage is a key issue for health policy, in which education and labour market dynamics should be taken into consideration. The macro-level trends and challenges significantly influence the operation of health care systems; thus, health care professionals and systems are expected to be responsive, resilient and able to undergo transformations to maintain sustainability.

Objective: The main objectives of this paper are to synthesize key findings from recent European Union projects on HWF education and labour market composition issues and to provide a comprehensive overview of the benefits of data complexity and data-driven policy-making in a rapidly changing environment.

Methods: Previous evidence and studies linked to the HWF were included in the review. Key projects, project policy documents, research papers, reports and books in the HWF field were identified through a process of expert reference and literature

searches, for which the inclusion criteria were set to include international projects focusing on the HWF in the European Union and WHO European Region.

Results: In terms of education and labour market composition, HWF data and policy show wide variety in different European countries. Global initiatives for harmonization were carried out regarding data collection, indicators and data content supporting HWF planning and overcoming critical challenges. No comparable international standards are in use, since HWF data management and planning are still matters of national competence.

Conclusion: Macro-level trends in the current rapidly changing environment show several challenges related to HWF, including altered care patterns, new skill requirements, shortages and/or maldistribution of health professionals and mobility. These cannot be handled in isolation. They can, however, be solved by using appropriate, valid and reliable data in data-driven health policy. This goal requires proper information flow and the collaboration of different stakeholders in the global arena.

Keywords: HEALTH WORKFORCE DEVELOPMENT, HEALTH WORKFORCE DATA, DATA-DRIVEN HEALTH POLICY INTERVENTIONS, MINIMUM DATASET FOR HEALTH WORKFORCE PLANNING

CONTEXT AND CHALLENGES OF A SUSTAINABLE HEALTH WORKFORCE (HWF)

To achieve the best possible operation of sustainable health systems, the right level of education and balanced labour market dynamics are essential (1). The first challenge to HWF comes from an alteration in care needs. Macro-level trends show that population needs are changing and patterns of care provision are also modified by several external factors. The ageing trend prevailing in Europe significantly influences the demography and disease profile of the population, as well as the composition and features of the HWF itself; it underlines the rise in life expectancy and mean age in both genders, as a result of which chronic conditions show increasing incidence and prevalence (2–4). This change in the health and disease profile affects care provision and therapies – particularly new forms of care, such as personalized and patient-centred care or long-term care (5). The emerging need for altered, transformed care may mean a significant challenge for HWF.

The second challenge relates to a need to develop new skills within the HWF. Rapid developments in medicine result in new methods of care and practice, new professional roles and task divisions, new medicines and new technologies for certain conditions (6, 7). More importantly, ageing also affects the HWF: professionals spend more years providing care and reach elevated years of age during their practice. In addition, continuous professional development (CPD) and education are required to keep knowledge fit to practice and skills up to date in the rapidly changing environment (8).

The third and fourth challenges to HWF relate to staff shortages or maldistribution and professional mobility. The macro-level population trends and challenges greatly influence patient care and the operation of health care systems: health care professionals and systems are expected to be responsive, resilient and able to undergo transformations to maintain sustainability. While coping with current challenges, some countries may experience variety in their health labour market, such as shortages and/or maldistribution of health professionals – including reduced numbers of entrants into medical or other health-related professions, reduced prestige of certain speciality areas and service types – resulting from uncontrollable and/or unattractive features (9) or increased levels of mobility (10).

Free movement of goods, services and professionals is enabled in the European Union (EU) through its basic principles. Among the key push and pull factors in health professionals' mobility, salary, working conditions and career options play crucial roles (11). Beyond economic reasons, professionals also consider perceived associated transaction costs and benefits, at both individual and collective levels, when dealing with cross-border movement (11). International mobility and migratory flows are present globally and may cause inequalities in distribution and supply of the HWF within Europe. Outflow mobility may result in shortages or surpluses of certain specialty areas, and relying on inflow may also generate difficulties in keeping the appropriate HWF for the health care system. Some countries (recognized as source or donor countries) experience high-volume loss, while others rely greatly on foreign HWF professionals (target or recipient countries) (12). Further consequences of inflow mobility include adaptation difficulties in a socially and culturally diverse environment. In a borderless global arena this phenomenon will doubtless continue, so global, regional, European and national health policy agendas should address the issue of HWF for sustainable health care systems in the future. Several countries have already recognized this need – particularly those losing critical numbers of professionals – and have initiated health policy interventions to retain domestic professionals (13) or to recruit them from different places (14). Alongside mobility, many other topics – including training, licensing, CPD and safety – need to be included in discussions around forming and managing a competent, strong and responsive HWF in a data-driven way, based on valid, reliable and comparable data.

METHODOLOGY

A review of recent EU projects on HWF education and labour market composition issues was undertaken, with the aim of providing a comprehensive overview of the benefits of data complexity and data-driven policy-making in a rapidly changing environment. Previous evidence and studies linked to the HWF were included in the review. Key projects, project policy documents, research papers, reports and books in the HWF field were identified through a process of expert reference and literature searches, for which the inclusion criteria were set to include international projects focusing on the HWF in the EU and WHO European Region. Study conclusions and the recommendations of the European Commission feasibility study on forecasting HWF needs, Mobility of Health Professionals (MoHProf), RN4Cast – Registered Nurse Forecasting in Europe, Health Prometheus: Health Professional Mobility in the European Union Study, Evaluating Care Across Borders: European Union Cross Border Care Collaborations (ECAB), Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa: Creación de Oportunidades para el desarrollo compartido (MPDC), European Community Health Indicators and Monitoring (ECHIM), Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWF), Health Care Reform: the impact on practice, outcomes and costs of new roles of health professionals (Munros), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) working paper series and WHO policy documents were summarized.

DATA SERVING HEALTH POLICY GOALS

Policy- and decision-makers establish development strategies for strengthening health system sustainability. Not surprisingly, evidence-based, evidence-informed or data-driven health policy, implementing actions and interventions and strategic planning require exact inputs that describe the retrospective trends and the current situation, as well as anticipating the future. Valid information that includes quantitative and qualitative data on HWF is crucial for health policies to manage health care appropriately in a changing environment: reliable data on HWF should be collected and examined to analyse trends and make projections. Improving the timeliness, availability, accessibility, accuracy, validity, reliability, coherence, consistency and comprehensiveness of HWF data and datasets also plays a crucial role in achieving a sustainable HWF.

HWF data collection, monitoring, planning and formulating of projections is a matter of national competence in EU countries, but global and European guidelines, recommendations and action plans exist to support countries in this field (15–17). The international scope requires harmonization and transparency to conduct solid comparisons and track the wider perspective. Data collection, including data content, sources and categories, can differ significantly between countries – even from the same region – based on national traditions and practice (18): national planning models utilize separate indicators or data coverage and follow different processes. Since HWF cannot be handled in isolation solely at the national level, international monitoring would be beneficial; this is also a prerequisite for reliable comparison of HWF-related information and knowledge exchange between countries. In the EU joint data collection was initiated in 2010 – via the OECD/Eurostat/WHO-Europe joint questionnaire on non-monetary health care statistics – to track the volume and changes in HWF supply. Previous research showed that remarkable gaps exist between national and international data categories, and that indicators used at the national level might not match internationally required data (18). Discussions and lively dialogue followed about the diversity of data collection, sources and categories in HWF monitoring, since HWF planning and forecasting need the application of prerequisite indicators, ideally harmonized within and between countries.

The most important national HWF data source might be a registry of health professionals that summarizes the numbers of professionals registered and licensed to practice in a given country. Registries in general show the number of new entrants and stock data by professions and subsectors, often including headcounts and sometimes full-time equivalents. Nevertheless, although registry data are considered to be a valid and reliable source, data categories and calculation methods can follow diverse formulas (18–20). Beside registries, additional data

collections can result in more focused and detailed information regarding the features of the HWF. A labour force survey and annual data collections by statistical offices or professional organizations such as chambers/orders can lead to more exact information and deeper understanding of changes in the HWF, and in specific specialty areas. Nevertheless, validation of HWF data should be ensured by in-country discussions, data exchange and data collection and reporting protocols. A national HWF-specific interlinked data warehouse could ease monitoring and planning mechanisms (19), and if all HWF-related data and datasets were organized into such data warehouses, they could serve health policy goals through evidence-informed policy-making. The process of HWF planning should not remain solely a quantitative exercise, since involving qualitative data in planning could increase its level of influence in real-life situations (21). Qualitative data can enrich current knowledge about the HWF and its features by gathering additional information on local characteristics to deepen understanding of specialties in certain fields and areas. Integration of the use of quantitative and qualitative methodology remains challenging in the field, however.

From the diversity of data sources, it can easily be recognized that the HWF data collection and monitoring process incorporates several key actors and stakeholders. Ministries, competent authorities, chambers, professional associations and further bodies play an important role in managing HWF-related information and developing the HWF. This multistakeholder arena needs to collaborate and connect in more areas to establish a valid overview and analyses for achieving health policy goals (22). Stakeholders should be aware not only of the detailed requirements for data but also of the crucial importance of the quality of data and the decisive role of data in health policy in achieving a sustainable HWF and in monitoring the impact of health policy interventions. European and national health policy agendas should address HWF complexity in a data-driven way, where both HWF stock supply side and demand side on population characteristics require continuous monitoring. It is crucial that all stakeholders know and understand health policy goals and planning mechanisms in order that they deliver all necessary support and data in relation to the issue.

DATA IN RESPONSE TO HWF CHALLENGES

A significant amount of evidence has been gathered during the last few decades to understand the composition of the HWF and its changes. For instance, there were around 17.1 million jobs in the health care sector in the EU in 2010 (17), and the total number of health professionals in hospital employment in Europe was 3.5 million in 2014 (23). A previous EU estimate of the available HWF projected 1 million missing health workers for 2020 (17), and a recent estimate called attention to an anticipated 80 million missing health care workers at the global level, and 18 million in the WHO European Region in 2030 (15). Important findings showed that changes occurred globally but challenges vary in different regions of the world. The shortage of health professionals is critical in Africa and South-East Asia, and several European countries also suffer from a significant lack of professionals, which endangers the quality of care provision in certain fields. For example, the density of skilled health professionals per 10 000 population in the WHO European Region was 71.9 in 2005–2013 – a significantly low figure. In the WHO African Region, however, this was 12.7; in the WHO South-East Asia Region it was 12.5; and the global average was 25 (24). It can thus be seen that the composition of the HWF and the shortages always need the context to be taken into account to draw relevant conclusions.

Previous research showed that HWF data availability, reliability, validity and comparability are hard to achieve, since huge gaps and diversity in understanding and interpretation can be experienced when focusing on the required data content (18). Some countries (including Finland, Belgium, the Netherlands) have a clear understanding of the stock – health professionals licensed, professionally active or practising in the field – even having a detailed breakdown of full-time equivalents (FTEs), while other countries can only draw on headcount numbers, sometimes aggregated solely for certain groups of health professionals (20). The OECD/Eurostat/WHO-Europe joint questionnaire on non-monetary health care statistics recommends standardization by providing three formulas for calculation of FTEs, as these differ significantly among countries, based on national data collection and

traditions. Studies on HWF planning recommend collection of data on health professionals licensed, professionally active or practising in the field (18) and data on FTE breakdown and headcounts (20) to gain more data and understanding. In HWF planning, these data and indicators should be utilized when preparing comprehensive analysis based on specific objectives.

Data use as a building block of HWF-related policy-making was also investigated in several projects. Previous recommendations pointed out that different datasets should be in use to carry out HWF monitoring, forecasting and planning. Knowing the current HWF inventory and assessing the existing situation should be followed by making future forecasts (19). The latest initiative of harmonized HWF data is the WHO National Health Workforce Accounts, in which 90 common indicators aim to capture the most important features of the HWF.

Many recommendations already propose optimal datasets: so-called “minimum datasets” that contain the least possible data required for HWF planning and development. Calculations and models exist focusing first on the available HWF stock data and then on other characteristics (such as gender, age, retirement age, country of first qualification). Minimum datasets are frequently used in planning models, but utilization of refined HWF planning models is characteristic in only a few countries (Belgium, the Netherlands and Finland). The minimum datasets for planning highlight stock and flow data on the supply side by profession (health education and training, activity status, retirement and mobility) and subsector (in- and outpatient care and so on) as well as population data on the demand side (health consumption, service utilization, patterns and incidence/prevalence of diseases). For example, according to the Eurostat estimation, the ratio of people aged over 65 years will increase from 28.8% in 2015 to 39% in 2030 (25). The rate of population with longstanding illness or health problems (chronic conditions) reached 32.5% in 2014 (26), while the rate of physicians aged over 65 years reached nearly 20% in that year (27). Thus, not only HWF stock and flow, particularly on the supply side, but also detailed information on the demand side needs to be tracked.

Once the appropriate minimum data on HWF stock and flow are attained, further features should be taken into account that might influence the interpretation of these data. Former studies investigated scope of practice and task-sharing in different professions (ECAB, JAHWF, Munros). Findings showed that vocational/graduate and postgraduate training to gain specialization requirements are quite well harmonized in the EU (through Directive 2005/36/EC amended by Directive 2013/55/EU), but there are widespread diversities in daily practice and CPD-related processes. For example, nurses are entitled to prescribe medicines in Portugal (28) and nationwide e-prescriptions have been introduced in Denmark and Sweden (29) so that the workload of doctors can be relieved. The ECAB project investigated the scope of practice of general practitioners, obstetricians, gynaecologists and orthopaedic surgeons and found that clinical organization of services of obstetricians and gynaecologists widely varied among countries (30). The number of administrative tasks performed during working hours among orthopaedic specialists varied country by country, ranging from 60% in Hungary to 50% in Belgium and 40% in the Netherlands (31). Technology played an important role in advancing the scope of care, while creating new opportunities and challenges. For example, the time dedicated to doctor–patient relationships and patient care varied greatly, based on the tasks completed in a working day. These trends indicate that modified skills and skill sets might be required and suitable for different professions in different countries (7, 8).

Altered skill profiles are often captured in recognition, licensing and revalidation processes, even in the internal market of the EU. Being registered and licensed as fit to practice is a minimum requirement for practising in several health professions, and includes elements such as knowledge of the domestic language of the target country. Mutual recognition of qualifications aims to ensure automatic recognition of sectoral professions within the EU (Directive 2005/36/EC) and provides reference to requirements for non-EU professionals. Health systems also differ by having established mandatory or voluntary revalidation processes or registration/licenses that are valid non-time bound or lifelong (32, 33). Mandatory revalidation processes might be linked to specific CPD requirements. For example, many EU countries have revalidation periods every fifth or seventh year (Hungary, the Netherlands and Slovenia). The United Kingdom introduced revalidation first in 2011, which was necessary due to the

high inflow of professionals. The new system of revalidation involves a very detailed performance assessment and evaluation process that aims to cover individual learning and CPD.

All these issues touch on the topics of mobility, recruitment and retention (14). In Europe, health professionals traditionally cross borders to provide care in another country than their country of origin or residence. Since mobility trends show growth and stable pathways of south–north, east–west and movement between neighbouring countries (10, 11), WHO prepared the *Global Code of Practice on the Recruitment of International Health Personnel* and elaborated the *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, which focuses on the framework for action towards a sustainable HWF that ensures continuity for the previous global and European actions (17, 19). Notably, mobility also has new forms, like parallel service provision in more than one country, either by crossing borders regularly for a short time (weekend duties, or working two-week-long shifts in two countries) or even without crossing borders (including telemedicine and radiology diagnostic and consultancy services). Following these types of mobility alternatives by tracking data raises even more specific challenges. Indicators for measuring health professional mobility have been investigated for a long time, and the common indicators of foreign-trained, foreign-born and foreign-nationality professionals are in use in many countries, including Belgium, Germany, Hungary, the Netherlands, Norway, Portugal, Slovakia and Spain (19, 34). Considering the new mobility types and context, further data and indicators could refine the situation analysis, which would enable the real volume of mobility to be realized (19, 34).

CONCLUSIONS

Several research projects, academic debates and policy dialogues aimed to address HWF issues, including the topics of HWF monitoring, planning and related fields, sometimes from very different angles. These projects often ran in parallel, although research initiatives related to certain policy or research goals were not completely harmonized, and at times the global and comprehensive strategic approach was hard to identify. The usefulness of evidence and data collected at the national and international levels is doubtless emphasized in policy actions of HWF planning and development.

Macro-level trends in the rapidly changing environment influence the operation of the HWF and raise several challenges regarding the sustainable HWF. Anticipated challenges encompass altered care patterns, new skill requirements, shortages and/or maldistribution of health professionals and mobility, which cannot be handled in isolation. They can, however, be overcome by using appropriate, valid and reliable data in data-driven health policy. This means that data should be interpreted and utilized adequately: the data and minimum datasets should be collected properly, and the right data used for the right purposes.

HWF development, monitoring widespread HWF characteristics in a rapidly changing environment with precise data needs a comprehensive approach and HWF-specific national data warehouses. Up-to-date, valid and well-protected HWF data warehouses should be based on efficient use of existing datasets, interlinked data sources, well organized data flows and collaboration of different stakeholders in the global arena. Furthermore, HWF data warehouses could be supported by precise health information systems, big data and e-health solutions. Health policy should discuss and revise HWF data and indicators regularly, when monitoring the implementation of actions, the impact and effectiveness of health policy interventions. These data-related actions may strengthen the success of HWF development, coping with HWF challenges and planning sustainable HWFs.

In summary, strengthening data for a sustainable HWF is essential. Global, European and national health policy agendas should address complex HWF issues for sustainable health care systems in a data-driven way.

Acknowledgments: None declared.

Sources of funding: None declared.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):892–4.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. *Health at a glance: Europe 2016.* Paris: OECD Publishing; 2016.
3. Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA.* 2004;291(21):2616–22.
4. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (HEN-OBS joint policy brief No.10; <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2009/how-can-health-systems-respond-to-population-ageing>, accessed 9 June 2017).
5. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. *A good life in old age?* Paris: OECD Publishing; 2013.
6. de Bont A, van Exel J, Coretti S, Ökem ZG, Janssen M, Hope KL et al. Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):637.
7. Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J et al. Costs and effects of new professional roles: evidence from a literature review. *Health Policy.* 2015;119(9):1176–87.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places.* Paris: OECD Publishing; 2016.
9. Girasek E. Resident doctors' motivation for specialisation choice and working in rural areas [PhD thesis]. Budapest: Semmelweis University Doctoral School of Mental Health; 2013.
10. Ognyanova D, Maier CB, Wismar M, Girasek E, Busse R. Mobility of health professionals pre and post 2004 and 2007 EU enlargements: evidence from the EU project PROMeTHEUS. *Health Policy.* 2012;108(2–3):122–32.
11. Tjadens F, Weilandt C, Eckert, J. Mobility of health professionals: health systems, work conditions, patterns of health workers' mobility and implications for policy makers. Heidelberg: MoHProf Group; 2013.
12. Gaál P, Kovács E, Girasek E, Szócska M. Feasibility study on a sustainable European data collection network. Budapest: Health Service Management Training Centre, Semmelweis University; 2010.
13. Eke E, Kovács E, Cserháti Z, Girasek E, Joó T, Szócska M. Addressing health workforce outflow in Hungary through a scholarship programme. *Eurohealth.* 2016;22(2):38–41.
14. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O et al. Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Brussels: European Commission; 2015.
15. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.* Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>, accessed 9 June 2017).
16. *National Health Workforce Accounts: a handbook – draft for consultation.* Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/, accessed 9 June 2017).
17. Commission staff Working document on an Action Plan for the EU Health Workforce. Strasbourg: European Commission; 2012.

18. Aszalos Z, Eke E, Kovács E, Kovács R, Cserhádi Z, Girasek E et al. Terminology gap analysis. Saint-Gilles: EU Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting; 2014.
19. Kovacs E, Girasek E, Kovács R, Aszalos Z, Eke E, Cserhádi Z et al. Report on health workforce planning data: preparing for tomorrow's meaningful actions. Budapest: Semmelweis University; 2016.
20. Girasek E, Kovács E, Aszalós Z, Eke E, Ragány K, Kovács R et al. Headcount and FTE data in the European health workforce monitoring and planning process. *Hum Resour Health*. 2016;14(1):42.
21. Fellows J, Edwards M. User guidelines on qualitative methods in health workforce planning and forecasting. London: Centre for Workforce Intelligence; 2014.
22. Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M. Handbook on Health workforce planning methodologies across EU countries. Bratislava: Ministry of Health of the Slovak Republic; 2015.
23. Health personnel employed in hospital [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prshp1&lang=en, accessed 9 June 2017).
24. World Health Statistics 2016 data visualizations dashboard: health workers density and distribution [online database]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-c-viz?lang=en>, accessed 9 June 2017).
25. Projected old-age dependency ratio [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&ocode=tsdde511&plugin=1>, accessed 9 June 2017).
26. People having a long-standing illness or health problem [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/HLTH_SILC_05, accessed 9 June 2017).
27. Physicians by sex and age [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2014 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_phys&lang=en, accessed 16 June 2017).
28. Attree M, Flinkman M, Howley B, Lakanmaa RL, Lima-Basto M, Uhrenfeldt L, A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom*/England. *J Nurs Manag*. 2011;19(6):786–802.
29. Mäkinen M, Rautava P, Forsström J, Aärimaa M. Electronic Prescriptions are slowly spreading in the European Union. *Telemed J E Health*. 2011;17(3):217–22.
30. Risso-Gill I, Kiasuwa R, Baeten R, Caldarelli I, Mitro S, Merriel A et al. Exploring the scope of practice and training of obstetricians and gynaecologists in England, Italy and Belgium: a qualitative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;180:40–5.
31. Kovacs E, Szócska G. Comparing the scope of practice of orthopaedic surgeons in Belgium, Hungary and the UK. Paper presented at the Annual Congress of the Hungarian Orthopaedic Association, Budapest, 27 June 2013.
32. Solé M, Panteli D, Risso-Gill I, Döring N, Busse R, McKee M et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing? *Clin Med (Lond)*. 2014;14(6):633–39.
33. Kovacs E, Schmidt AE, Szocska G, Busse R, McKee M, Legido-Quigley H. Licensing procedures and registration of medical doctors in the European Union. *Clin Med (Lond)*. 2014;14(3):229–38.
34. Aszalós Z, Kovács R, Eke E, Kovács E, Cserhádi Z, Girasek E et al. Health workforce mobility data serving policy objectives. Budapest: Semmelweis University; 2016.

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Оптимизация работы с данными для планирования устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения: какие данные собирать и почему

Eszter Kovacs¹, Edmond Girasek¹, Edit Eke¹, Miklos Szocska¹

¹ Учебный центр по управлению службами здравоохранения, Университет Земмельвайса, Будапешт, Венгрия.

Авторы, отвечающие за переписку: Eszter Kovacs (адрес электронной почты: kovacs.eszter@emk.sote.hu) и Edmond Girasek (адрес электронной почты: girasek@emk.sote.hu)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: Для обеспечения устойчивости систем здравоохранения необходимы сильные и быстро реагирующие трудовые ресурсы здравоохранения (ТРЗ). Для оказания высококачественной помощи и перехода к всеобщему медицинскому обеспечению планирование соответствующих ТРЗ – ключевой вопрос политики здравоохранения, в рамках которой необходим учет динамики образования и рынка труда. На макроуровне на систему здравоохранения существенно влияют тенденции и вызовы; для поддержания устойчивости медицинские работники и системы здравоохранения должны быть готовы к быстрому реагированию, проявлять гибкость и способность претерпевать преобразования.

Задача: Перед авторами статьи стояла задача: обобщить основные результаты, которые были получены в ходе реализации недавних проектов Европейского союза, посвященных вопросам обучения ТРЗ и состояния рынка труда, и подготовить всеобъемлющий обзор тех преимуществ, которые достигаются благодаря комплексности данных и формированию политики, определяемой данными в стремительно меняющихся условиях.

Методология: В обзор включены ранее полученные данные и исследования в области ТРЗ. В процессе экспертного поиска соответствующих справочных изданий и литературы отобраны ключевые проекты, документы проектной политики,

исследования, доклады и книги, касающиеся вопросов ТРЗ. Критерием для отбора материалов служило их включение в международные проекты Европейского союза и Европейского региона ВОЗ, посвященные вопросам ТРЗ.

Результаты: В том, что касается образования и рынка труда, данные и политика, связанные с ТРЗ, в различных европейских странах существенно варьируются. Реализованы общемировые инициативы по гармонизации сбора данных, показателей и содержания данных с целью содействовать планированию ТРЗ и решению наиболее сложных проблем. Не используются никакие сопоставимые международные стандарты, поскольку обработка данных и планирование ТРЗ по-прежнему являются вопросами национальной компетенции.

Выводы: В текущих стремительно меняющихся условиях макроуровневые тенденции указывают на несколько вызовов в отношении ТРЗ. Прогнозируемые вызовы включают изменение характера медико-санитарной помощи, новые требования к навыкам, нехватку и/или неоптимальное распределение медицинских работников и мобильность, с которыми невозможно справиться по отдельности. В глобальном масштабе для этого требуется надлежащий поток информации и взаимодействие различных заинтересованных сторон.

Ключевые слова: РАЗВИТИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ; ДАННЫЕ О ТРУДОВЫХ РЕСУРСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ; ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ДАННЫМИ; МИНИМАЛЬНЫЙ НАБОР ДАННЫХ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КОНТЕКСТ И ВЫЗОВЫ В ОТНОШЕНИИ УСТОЙЧИВЫХ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для обеспечения наилучшей работы устойчивых систем здравоохранения необходимы соответствующий уровень профессиональной подготовки и сбалансированная динамика рынка труда (1). Первым вызовом в отношении ТРЗ является изменение характера потребностей в медицинской помощи. Макроуровневые тенденции показывают, что изменяются потребности населения, а под влиянием ряда внешних факторов также изменяются и модели оказания помощи. Превалирующая в Европе тенденция старения населения существенно влияет как на демографию и профиль заболеваемости людей, так и на состав и свойства самих ТРЗ; она свидетельствует об увеличении ожидаемой продолжительности жизни и среднего возраста лиц обоего пола, в результате чего возрастают частота случаев и распространенность хронических заболеваний (2–4). Изменение профилей здоровья и заболеваемости влияет на оказание помощи и характер лечения, в особенности на новые формы помощи, такие как персонализированная и ориентированная на пациента или долгосрочная помощь (5). Возникающая потребность в измененной, трансформированной помощи может представлять существенный вызов для ТРЗ.

Второй вызов относится к необходимости развивать у ТРЗ новые навыки. Стремительное развитие медицины приводит к появлению новых методов практики и оказания медико-санитарной помощи, новых профессиональных ролей и разделений обязанностей, новых лекарств и новых технологий для конкретных состояний (6, 7). Что еще более важно, на ТРЗ также влияет фактор старения населения: специалисты дольше остаются на своих рабочих местах, оказывая помощь, и в ходе практики достигают более преклонного возраста. Кроме того, чтобы знания соответствовали практике, а навыки оставались актуальными в стремительно меняющихся условиях, необходимы непрерывное профессиональное развитие (НПР) и обучение (8).

Третий и четвертый вызовы в отношении ТРЗ связаны с нехваткой персонала или его неоптимальным распределением и профессиональной мобильностью. На макроуровне демографические тенденции и вызовы в значительной степени влияют на оказание помощи пациентам и работу систем здравоохранения; в целях сохранения устойчивости требуется, чтобы работники и системы здравоохранения проявляли готовность к оперативному и гибкому реагированию и способность к преобразованиям. При решении текущих проблем некоторые страны могут столкнуться на рынке труда медицинских работников с такими ситуациями, как нехватка и/или неоптимальное распределение кадров, включая сокращение численности лиц, выбирающих медицинские или иные связанные со здоровьем специальности, снижение престижа некоторых специальностей или видов услуг, что является результатом не поддающихся контролю и/или непривлекательных функций (9) или возросшего уровня мобильности (10).

Основные принципы существования Европейского союза (ЕС) делают возможным свободное перемещение товаров, услуг и рабочей силы. Среди главных побудительных факторов, влияющих на мобильность медицинских работников, решающую роль играют заработная плата, условия труда и возможности карьерного роста (11). Когда речь идет о трансграничном перемещении, помимо экономических причин специалисты обычно учитывают сопутствующие транзакционные издержки и выгоды как на индивидуальном, так и на коллективном уровне (11). Международная мобильность и миграционные потоки имеют место во всем мире и могут быть причиной неравенства в распределении ТРЗ и удовлетворении потребности в них в Европе. Отток кадров может привести к их нехватке или их избытку в определенных медицинских областях, а расчет на приток также может создавать трудности, связанные с сохранением определенных ТРЗ для системы здравоохранения. Некоторые страны (признанные странами-источниками или странами-донорами) несут большие кадровые потери, в то время как другие (страны назначения или страны-получатели) в значительной степени зависят от иностранных медицинских работников (12). Еще одним последствием притока кадров являются трудности, связанные с адаптацией в разных социальных

и культурных средах. На лишенной границ глобальной арене этот феномен будет, без сомнения, наблюдаться и далее, поэтому глобальная, региональная, европейская и национальные повестки дня здравоохранения должны учитывать проблемы ТРЗ в целях сохранения устойчивых систем здравоохранения в будущем. Некоторые страны, в особенности те, где кадровые потери дошли до критического уровня, уже признали эту необходимость и выступили с инициативой вмешательства в политику здравоохранения с целью сохранения местных специалистов (13) или их набора из других регионов (14). Наряду с мобильностью, при обсуждении вопросов, касающихся формирования и руководства, на доказательной основе и с учетом достоверных, надежных и сопоставимых данных, компетентными, крепкими и готовыми к реагированию ТРЗ, необходимо учитывать и многие другие направления, включая подготовку, лицензирование, НПП и безопасность.

МЕТОДОЛОГИЯ

Авторами был проведен обзор последних проектов ЕС в сфере образования для ТРЗ и структуры рынка труда, призванный дать комплексное представление о положительных аспектах сложности данных и выработки политики с учетом данных в стремительно меняющихся окружающих условиях. В обзор включены ранее полученные данные и исследования в области ТРЗ. В процессе экспертного поиска соответствующих справочных изданий и литературы отобраны ключевые проекты, документы проектной политики, исследования, доклады и книги, касающиеся вопросов ТРЗ. Критерием для отбора материалов служило их включение в международные проекты Европейского союза и Европейского региона ВОЗ, посвященные вопросам ТРЗ. Были обобщены выводы и рекомендации следующих проектов: исследование Европейской комиссии, посвященное возможности прогнозирования потребностей в КРЗ, исследования в рамках проектов «Мобильность медицинских работников» (MoHPProf), «Прогнозирование в отношении зарегистрированных медсестер в Европе» (RN4Cast), «Изучение мобильности медицинских работников в Европейском союзе» – Health Prometheus, Программы ЕС по трансграничному сотрудничеству в сфере медико-санитарной помощи (ECAB), программы Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa: Creación de Oportunidades para el desarrollo compartido (MPDC), проектов «Мониторинг показателей здоровья в Европейском сообществе» (ECHIM), «Совместные действия по планированию и прогнозированию кадровых ресурсов здравоохранения» (JAHWF), «Реформа здравоохранения: влияние новых профессиональных ролей медицинских работников на практику, результаты и затраты» (Munfos), а также серии рабочих документов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и политические документы ВОЗ.

ДАННЫЕ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для укрепления устойчивости системы здравоохранения лица, формирующие политику и ответственные за принятие решений, выбирают стратегии развития. Неудивительно, что политика здравоохранения, действия и вмешательства, а также стратегическое планирование, основанные на фактических данных, опирающиеся на фактические данные или же, определяемые данными, требуют точной информации, которая характеризует ретроспективные тенденции и текущую ситуацию и позволяет прогнозировать будущее. Достоверная информация, включающая количественные и качественные данные о ТРЗ, имеет решающее значение для того, чтобы политика здравоохранения обеспечивала надлежащее управление здравоохранением в условиях изменяющейся среды; сбор и изучение надежных данных о ТРЗ необходимы для анализа тенденций и прогнозирования. Своевременность, наличие, доступность, точность, достоверность, надежность, согласованность, последовательность и полнота данных и набор данных о ТРЗ также играют важную роль в достижении устойчивости ТРЗ.

В странах ЕС сбор данных о ТРЗ, мониторинг, планирование и прогнозирование являются вопросом национальной компетенции, но, чтобы содействовать странам в этой сфере, разработаны глобальные и европейские руководства, рекомендации и планы действий (15–17). Действия в международном масштабе требуют гармонизации и прозрачности для проведения надежных сопоставлений и учета более широкой перспективы. В зависимости от национальных традиций и практики сбор данных, включая их состав, источники и категории, существенно различается между странами, даже относящимися к одному региону (18): национальные модели планирования используют обособленные показатели или требуют независимого сбора данных, а также следуют различным процессам. Поскольку вопросы ТРЗ не могут решаться изолированно и исключительно на национальном уровне, желательным был бы международный мониторинг; он также является необходимым условием для надежного сопоставления информации, относящейся к ТРЗ, и обмена знаниями между странами. В рамках ЕС совместный сбор данных был инициирован в 2010 г. – посредством совместного вопросника ОЭСР/Евростата/ЕРБ ВОЗ по немонетарной статистике здравоохранения – с целью отследить объем и изменение рынка ТРЗ. Ранее проведенные исследования показали, что между национальными и международными категориями данных существуют значительные расхождения и что показатели, используемые на национальном уровне, могут не соответствовать международным требованиям к данным (18). Последовали дискуссии и оживленный диалог относительно различий между методами сбора данных, их источниками и категориями при мониторинге ТРЗ, поскольку планирование и прогнозирование ТРЗ требует применения заранее установленных показателей, идеально согласованных внутри стран и между странами.

Важнейшим источником национальных данных о ТРЗ может быть регистр медицинских работников, в котором суммируется количество специалистов, прошедших регистрацию и имеющих лицензию на работу в конкретной стране. Регистры в целом отражают число новых кадров и данные о кадровом запасе в разбивке по профессиям и подсекторам, часто включая численность и иногда в пересчете на эквивалент полной занятости. Тем не менее, хотя данные регистров считаются достоверным и надежным источником, категории данных и методы расчета могут использовать различные формулы (18–20). Помимо регистров дополнительный сбор данных может давать более конкретную и подробную информацию о характеристиках ТРЗ. Обследование населения по вопросам занятости и ежегодный сбор данных статистическими бюро или профессиональными организациями, такими как палаты/ассоциации, могут дать более точную информацию и способствовать более глубокому пониманию изменений ТРЗ, в том числе и в узкоспециализированных областях. Вместе с тем валидация данных о ТРЗ должна обеспечиваться посредством внутривостановых дискуссий, обмена и сбора данных, а также протоколов отчетности. Национальное хранилище взаимосвязанных данных о ТРЗ могло бы облегчить работу механизмов мониторинга и планирования (19). Таким образом, сведение всех относящихся к ТРЗ данных и наборов данных в подобные хранилища могло бы служить целям политики здравоохранения, обеспечивая ее формирование с учетом фактических данных. Процесс планирования ТРЗ не должен носить исключительно количественный характер, поскольку учет качественных данных при планировании может повысить уровень его влияния в реальных условиях (21). Качественные данные могут дополнить имеющиеся знания о ТРЗ и их особенностях информацией о местной специфике, что обеспечит более глубокое понимание конкретики в определенных сферах и областях. Вместе с тем интеграция используемых для этого количественных и качественных методов пока остается проблематичной.

Учитывая разнообразие источников данных, понятно, что к сбору данных о ТРЗ и проведению соответствующего мониторинга привлекаются несколько ключевых участников и заинтересованных сторон. Министерства, компетентные органы, палаты, профессиональные ассоциации и иные организации играют важную роль в управлении информацией о ТРЗ и их развитии. Для достижения целей политики здравоохранения эта многоуровневая арена нуждается в сотрудничестве и взаимосвязи в большом числе областей (22). В повестках политики здравоохранения на европейском и национальном уровнях присущая ТРЗ сложность требует подходов, определяемых данными, при которых определяемые характеристиками населения предложение ТРЗ и потребность в них нуждаются в непрерывном мониторинге.

Необходимо, чтобы все заинтересованные стороны знали и понимали цели и механизмы планирования политики здравоохранения и оказывали содействие в предоставлении надежных данных.

ДАННЫЕ, КОТОРЫЕ ПОМОГУТ ПРЕОДОЛЕТЬ ВЫЗОВЫ В ОТНОШЕНИИ ТРЗ

За несколько последних десятилетий собрано большое количество фактических данных для понимания состава ТРЗ и его изменений. Например, в 2010 г. сектор здравоохранения ЕС насчитывал 17,1 млн рабочих мест (17), а в 2014 г. в Европе общее число медицинских работников, занятых в стационарах, составляло 3,5 млн (23). Предыдущая оценка ЕС относительно доступных ТРЗ прогнозировала нехватку 1 млн медицинских работников на 2020 г. (17), а недавняя оценка привлекла внимание к предполагаемой нехватке 80 млн медицинских работников на общемировом уровне и 18 млн в Европейском регионе ВОЗ в 2030 г. (15). Результаты исследований показали, что изменения произошли во всем мире, но в разных регионах вызовы различны. Нехватка медицинских работников носит критический характер в Африке и Юго-Восточной Азии, несколько европейских стран также испытывают значительную нехватку специалистов, что ставит под угрозу качество оказания медицинской помощи в определенных областях. Например, в 2005–2013 гг. плотность квалифицированных медицинских работников на 10 000 населения в Европейском регионе ВОЗ составляла 71,9 – весьма низкий показатель. Однако в Африканском регионе ВОЗ этот показатель составил 12,7; в регионе Юго-Восточной Азии – 12,5; а среднемировой показатель равнялся 25 (24). Таким образом, очевидно, что состав ТРЗ и нехватка кадров должны оцениваться с учетом конкретной ситуации, чтобы можно было сделать правильные выводы.

Предыдущие исследования показали, что доступности, надежности, достоверности и сопоставимости данных о ТРЗ добиться весьма сложно, в первую очередь в связи с потенциальными пробелами и различиями в понимании и интерпретации содержания данных (18). Некоторые страны (включая Финляндию, Бельгию, Нидерланды) имеют четкое представление о своих ТРЗ, т.к. располагают данными о медицинских работниках, имеющих лицензии, профессионально активных или практикующих в конкретной области, причем с подробной разбивкой в эквивалентах полной занятости (ЭПЗ), в то время как другие страны имеют сведения лишь о численности, иногда агрегированной исключительно для определенных групп медицинских работников (20). Совместный вопросник ОЭСР/Евростата/ЕРБ ВОЗ по немонетарной статистике здравоохранения предлагает с целью стандартизации использовать для расчета ЭПЗ три формулы (в отдельных странах ЭПЗ существенно различаются) на основе национального сбора данных и с учетом существующих традиций. Чтобы получить большой объем данных и достичь лучшего понимания сложившейся ситуации, специалисты в области планирования ТРЗ рекомендуют проводить сбор данных о медицинских работниках, имеющих лицензию, профессионально активных или практикующих в определенной области (18), и данных в разбивке по таким показателям, как ЭПЗ и численность кадров (20). В рамках планирования ТРЗ эти данные и показатели должны использоваться при проведении комплексного анализа на основе конкретных целей.

Использование данных в качестве составного элемента при формировании политики, связанной с ТРЗ, также изучалось в рамках нескольких проектов. Предыдущие рекомендации подчеркивали, что для проведения мониторинга, прогнозирования и планирования ТРЗ следует использовать различные наборы данных. Вслед за пониманием имеющихся в наличии ТРЗ и оценкой текущей ситуации должно проводиться прогнозирование будущего (19). Новейшей инициативой в области гармонизации данных о ТРЗ является предлагаемый ВОЗ учет национальных кадровых ресурсов здравоохранения, в рамках которого 90 общих показателей призваны отразить наиболее важные характеристики ТРЗ.

Многие рекомендации уже предлагают оптимальные наборы данных: так называемые минимальные наборы данных, содержащие возможный минимум данных, необходимый для планирования и развития ТРЗ. Существуют расчеты и модели, ориентированные в первую очередь на доступные данные

о численности ТРЗ, а также на иные характеристики (пол, возраст, пенсионный возраст, страна первичной квалификации). Минимальные наборы данных часто используются в моделях планирования, но уточненные модели планирования ТРЗ применяются лишь в некоторых странах (Бельгия, Нидерланды и Финляндия). Минимальные наборы данных для планирования выделяют данные о запасах и движении с позиции предложения в разбивке по профессии (медицинское образование и подготовка, статус деятельности, выход на пенсию и мобильность) и подсектору (амбулаторная и стационарная помощь и т.д.), а также данные о населении с позиции спроса (потребление услуг здравоохранения, пользование услугами, характер и частота случаев/распространенность заболеваний). Например, согласно информации Евростата доля лиц в возрасте старше 65 лет увеличится с 28,8% в 2015 г. до 39% в 2030 г. (25). Доля населения с заболеваниями или проблемами со здоровьем, носящими длительный характер (хроническими заболеваниями), в 2014 г. достигла 32,5% (26), в то время как доля врачей в возрасте старше 65 лет в том же году достигла почти 20% (27). Таким образом, отслеживать необходимо не только запас и движение ТРЗ, особенно с позиции предложения, но и детальную информацию с позиции спроса.

Когда надлежащие минимальные данные о запасе и движении ТРЗ получены, следует учесть дополнительные характеристики, которые могут повлиять на интерпретацию этих данных. В ходе предшествующих исследований были изучены масштабы практики и разделение задач применительно к различным профессиям (ЕСАВ, JАНWF, Munros). Полученные результаты показали, что в ЕС профессиональная/додипломная и последипломная подготовка для получения специализации достаточно хорошо гармонизирована (благодаря Директиве 2005/36/ЕС с поправками, внесенными Директивой 2013/55/EU), но имеются большие различия в повседневной практике и НПР. Например, в Португалии медицинские сестры имеют право прописывать лекарства (28), а в Дании и Швеции на общенациональном уровне внедрена практика электронных рецептов (29), чтобы облегчить труд врачей. Благодаря проекту ЕСАВ, посвященному изучению масштабов деятельности врачей общей практики, акушеров, гинекологов и хирургов-ортопедов, выявлено, что клиническая организация акушерских и гинекологических служб в странах существенно различается (30). Число административных задач, которые в рабочее время выполняют ортопеды, различается от страны к стране и варьирует от 60% в Венгрии до 50% в Бельгии и 40% в Нидерландах (31). Технологии сыграли важную роль в расширении масштабов медико-санитарной помощи, открывая новые возможности и формируя новые вызовы. Например, время, посвященное общению врача с пациентом и оказанию ему помощи, существенно варьируется в зависимости от задач, решаемых в течение рабочего дня. Эти тенденции указывают на то, что могут потребоваться новые навыки и комплексы навыков, необходимые для разных профессий в разных странах (7, 8).

Измененные профили навыков часто фиксируются в процессе признания, лицензирования и переаттестации даже на внутреннем рынке ЕС. Регистрация и лицензирование с позиции готовности к практической деятельности являются минимальным требованием для работы по нескольким медицинским специальностям и включают такие элементы, как знание языка страны назначения. Взаимное признание квалификаций направлено на обеспечение автоматического признания отраслевых профессий в рамках ЕС (Директива 2005/36/ЕС) и информирование о требованиях для специалистов вне ЕС. Системы здравоохранения различаются также по признаку наличия обязательных или добровольных процессов переаттестации или регистрации/лицензий, действующих в течение определенного срока или пожизненно (32, 33). Процессы обязательной переаттестации могут быть связаны с определенными требованиями к НПР. Например, многие страны ЕС обязывают проходить переаттестацию раз в пять или семь лет (Венгрия, Нидерланды и Словения). Соединенное Королевство впервые ввело переаттестацию в 2011 г., что стало необходимым в связи с большим притоком специалистов. Новая система переаттестации включает чрезвычайно подробную оценку деятельности, а также процесс оценки, охватывающий вопросы самостоятельного обучения и НПР.

Все эти вопросы затрагивают темы мобильности, найма и сохранения кадров (14). В Европе медицинские работники традиционно пересекают границы для того, чтобы оказывать помощь в другой стране, а не в стране их происхождения или проживания. Поскольку тенденции мобильности отражают рост и стабильное

движение кадров с юга на север, с востока на запад, а также между соседними странами (10, 11), ВОЗ подготовлен «Глобальный кодекс практики по международному найму персонала здравоохранения» и доработана «Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.», в которой основное внимание уделяется созданию рамочной основы для действий на пути к устойчивым ТРЗ, что позволяет обеспечить преемственность по отношению к предшествовавшим действиям на общемировом и европейском уровне (17, 19). Следует отметить, что мобильность имеет несколько новых форм, подобных параллельному оказанию услуг более чем в одной стране либо путем регулярного пересечения границ на короткий срок (дежурство по выходным или работа вахтовым методом по две недели в двух странах), либо даже без пересечения границ (включая телемедицину и рентгенологическую диагностику, а также консультативные услуги). Учет такого рода альтернативной мобильности путем отслеживания данных создает еще более конкретные проблемы. Показатели, применяемые для измерения мобильности медицинских работников, изучаются уже давно, и во многих странах (включая Бельгию, Венгрию, Германию, Испанию, Нидерланды, Норвегию, Португалию и Словакию) используются общие показатели применительно к специалистам, прошедшим обучение за рубежом, родившимся за рубежом и имеющим зарубежное гражданство (19, 34). Учет новых видов мобильности и контекста, дополнительных данных и показателей мог бы способствовать уточнению ситуационного анализа, что позволит оценить реальные объемы мобильности (19, 34).

ВЫВОДЫ

Несколько исследовательских проектов, академических баз данных и политических диалогов были направлены на рассмотрение вопросов, связанных с ТРЗ, включая темы мониторинга и планирования ТРЗ, а также смежных областей, с весьма различных точек зрения. Зачастую эти проекты осуществлялись параллельно, хотя научно-исследовательские инициативы касались определенной политики или исследовательских целей, которые не были полностью гармонизированы, и иногда было сложно определить, каков же глобальный и комплексный стратегический подход. Полезность доказательств и данных, собранных на национальном и международном уровнях, несомненно, подчеркивается в рамках политических действий по планированию и развитию ТРЗ.

Макроуровневые тенденции в стремительно меняющихся условиях влияют на функционирование ТРЗ и создают целый ряд вызовов в отношении устойчивых ТРЗ. Предполагаемые вызовы включают изменившийся характер медико-санитарной помощи, потребность в новых навыках, нехватку и/или неоптимальное распределение медицинских работников, а также мобильность, с которыми невозможно справиться изолированно. Их, тем не менее, можно преодолеть путем использования соответствующих, достоверных и надежных данных при формировании, определяемой данными политики здравоохранения. Это означает, что данные следует интерпретировать и применять надлежащим образом: данные и минимальные наборы данных следует должным образом собирать и использовать правильные данные в правильных целях.

Развитие ТРЗ и проводимый в стремительно меняющихся условиях мониторинг широко распространенных характеристик ТРЗ на основе точных данных требуют комплексного подхода и наличия специализированных хранилищ национальных данных о ТРЗ. В основе современных, надежных и хорошо защищенных хранилищ должны лежать эффективное использование существующих наборов данных, взаимосвязанные источники данных, хорошо организованные потоки данных и сотрудничество различных заинтересованных сторон в глобальном масштабе. Кроме того, хранилища данных о ТРЗ могут подкрепляться системами точной информации здравоохранения, большими данными и решениями в области электронного здравоохранения. Политика здравоохранения требует регулярного обсуждения и пересмотра данных и показателей, характеризующих ТРЗ, при мониторинге проводимых действий, воздействия и эффективности мер в области здравоохранения. Такие меры в отношении данных могут способствовать более успешному развитию ТРЗ, преодолению связанных с ТРЗ вызовов и планированию устойчивых ТРЗ.

Таким образом, для формирования устойчивых ТРЗ необходима оптимизация данных. Глобальная, европейская и национальные повестки дня в области политики здравоохранения должны решать сложные вопросы ТРЗ в интересах устойчивых систем здравоохранения и с учетом данных.

Выражение признательности: Не указано.

Источники финансирования: Не заявлены.

Конфликт интересов: Не заявлен.

Отказ от ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):892–4.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. *Health at a glance: Europe 2016.* Paris: OECD Publishing; 2016.
3. Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA.* 2004;291(21):2616–22.
4. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (HEN-OBS joint policy brief No.10; <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2009/how-can-health-systems-respond-to-population-ageing>, по состоянию на 9 июня 2017 г.).
5. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. *A good life in old age?* Paris: OECD Publishing; 2013.
6. de Bont A, van Exel J, Coretti S, Ökem ZG, Janssen M, Hope KL et al. Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):637.
7. Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J et al. Costs and effects of new professional roles: evidence from a literature review. *Health Policy.* 2015;119(9):1176–87.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places.* Paris: OECD Publishing; 2016.
9. Girasek E. Resident doctors' motivation for specialisation choice and working in rural areas [PhD thesis]. Budapest: Semmelweis University Doctoral School of Mental Health; 2013.
10. Ognyanova D, Maier CB, Wismar M, Girasek E, Busse R. Mobility of health professionals pre and post 2004 and 2007 EU enlargements: evidence from the EU project PROMeTHEUS. *Health Policy.* 2012;108(2–3):122–32.
11. Tjadens F, Weilandt C, Eckert, J. Mobility of health professionals: health systems, work conditions, patterns of health workers' mobility and implications for policy makers. Heidelberg: MoHProf Group; 2013.
12. Gaál P, Kovács E, Girasek E, Szócska M. Feasibility study on a sustainable European data collection network. Budapest: Health Service Management Training Centre, Semmelweis University; 2010.
13. Eke E, Kovács E, Cserhádi Z, Girasek E, Joó T, Szócska M. Addressing health workforce outflow in Hungary through a scholarship programme. *Eurohealth.* 2016;22(2):38–41.
14. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O et al. Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Brussels: European Commission; 2015.

15. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030ru.pdf?ua=1, по состоянию на 25 июня 2017 г.).
16. National Health Workforce Accounts: a handbook – draft for consultation. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/, по состоянию на 9 июня 2017 г.).
17. Commission staff Working document on an Action Plan for the EU Health Workforce. Strasbourg: European Commission; 2012.
18. Aszalos Z, Eke E, Kovács E, Kovács R, Cserhádi Z, Girasek E et al. Terminology gap analysis. Saint-Gilles: EU Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting; 2014.
19. Kovacs E, Girasek E, Kovács R, Aszalos Z, Eke E, Cserhádi Z et al. Report on health workforce planning data: preparing for tomorrow's meaningful actions. Budapest: Semmelweis University; 2016.
20. Girasek E, Kovács E, Aszalós Z, Eke E, Ragány K, Kovács R et al. Headcount and FTE data in the European health workforce monitoring and planning process. *Hum Resour Health*. 2016;14(1):42.
21. Fellows J, Edwards M. User guidelines on qualitative methods in health workforce planning and forecasting. London: Centre for Workforce Intelligence; 2014.
22. Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M. Handbook on Health workforce planning methodologies across EU countries. Bratislava: Ministry of Health of the Slovak Republic; 2015.
23. Health personnel employed in hospital [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prshp1&lang=en, по состоянию на 9 июня 2017 г.).
24. World Health Statistics 2016 data visualizations dashboard: health workers density and distribution [online database]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-c-viz?lang=en>, по состоянию на 9 июня 2017 г.).
25. Projected old-age dependency ratio [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1>, по состоянию на 9 июня 2017 г.).
26. People having a long-standing illness or health problem [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2016 (http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/HLTH_SILC_05, по состоянию на 9 июня 2017 г.).
27. Physicians by sex and age [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2014 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_phys&lang=en, по состоянию на 16 июня 2017 г.).
28. Attree M, Flinkman M, Howley B, Lakanmaa RL, Lima-Basto M, Uhrenfeldt L, A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom*/England. *J Nurs Manag*. 2011;19(6):786–802.
29. Mäkinen M, Rautava P, Forsström J, Äärimaa M. Electronic Prescriptions are slowly spreading in the European Union. *Telemed J E Health*. 2011;17(3):217–22.
30. Risso-Gill I, Kiasuwa R, Baeten R, Caldarelli I, Mitro S, Merriel A et al. Exploring the scope of practice and training of obstetricians and gynaecologists in England, Italy and Belgium: a qualitative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;180:40–5.
31. Kovacs E, Szócska G. Comparing the scope of practice of orthopaedic surgeons in Belgium, Hungary and the UK. Paper presented at the Annual Congress of the Hungarian Orthopaedic Association, Budapest, 27 June 2013.
32. Solé M, Panteli D, Risso-Gill I, Döring N, Busse R, McKee M et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing? *Clin Med (Lond)*. 2014;14(6):633–39.
33. Kovacs E, Schmidt AE, Szocska G, Busse R, McKee M, Legido-Quigley H. Licencing procedures and registration of medical doctors in the European Union. *Clin Med (Lond)*. 2014;14(3):229–38.
34. Aszalós Z, Kovács R, Eke E, Kovács E, Cserhádi Z, Girasek E et al. Health workforce mobility data serving policy objectives. Budapest: Semmelweis University; 2016.

CASE STUDY

Civil society contributions to a sustainable health workforce in the European Union

Linda Mans¹, Remco van de Pas^{2,3}, Sascha Marschang⁴

¹Wemos Foundation, Amsterdam, The Netherlands

²Health Policy Unit, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

³Centre for Global Health Research and Training, Maastricht University, The Netherlands

⁴European Public Health Alliance, Brussels, Belgium

Corresponding author: Linda Mans (email: linda.mans@wemos.nl)

ABSTRACT

Background: Following the adoption of the World Health Organization's Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (WHO Code), eight civil society organizations implemented the European Union (EU) funded project "Health Workers for All and All for Health Workers" (2013–2016).

Investing in a sustainable health workforce requires long-term action at country and international level as part of an intersectoral effort. Both the Global Strategy on Human Resources for Health and the resolution of the UN General Assembly on Health Employment and Economic Growth anticipate an active role for civil society as change agents in this process.

Approach: This paper uses the approach and rich experiences of the project to provide case studies, an analysis of governance and accountability developments in the EU, the contribution of civil society (including its limitations) and lessons learned by the project.

Findings: The analysis indicates that civil society has been a driving force in holding the WHO Code under the attention of European policy-makers.

Conclusions: The WHO Code remains a relevant and efficient tool for guiding policy principles which address the mobility of health personnel within and beyond the EU. A governance mechanism based on shared responsibility is paramount to counteract widening disparities between health systems.

Keywords: CIVIL SOCIETY, HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, GOVERNANCE, CAREER MOBILITY AND MIGRATION, INTERSECTORAL COLLABORATION

BACKGROUND

Following the adoption of the World Health Organization's Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (WHO Code) by the World Health Assembly in 2010, eight civil society organizations (CSOs) implemented the European Union funded project, "Health Workers for All and All for Health Workers" (HW4All, 2013–2016).

As the labour market becomes more globalized, rising demand is driving migration and mobility amongst health personnel. The recruitment of health workers from abroad is a way of meeting domestic demand, but can worsen the shortage of qualified personnel in both low- and middle-income countries. The CSOs conceived the H4WAll project with the aim of addressing this ethical dilemma. HW4All aims to contribute to a sustainable health workforce worldwide by increasing coherence between development cooperation policies, domestic health policies,

and practices of EU member States with regard to the strengthening of the health workforce. HW4All aims to achieve this via analysis, advocacy, cooperation and implementation of the WHO Code at national and EU level.

The World Health Assembly adopted the WHO Code in May 2010 and it forms an integral part of the Global Strategy on Human Resources for Health (GSHRH 2030, adopted by the Health Assembly in May 2016). One of the guiding principles of the WHO Code states, “that an appropriate health workforce should be educated, retained and sustained for the specific conditions of each country, including areas of greatest needs, and that all Member States should strive to meet their health personnel requirements with their own human resources for health”.

Sufficient financing, effective governance and shared responsibility are required to attain these principles in current globalized economies and societies. This not only needs to be achieved at country level, but at regional and global level, and should include the promotion of equitable socioeconomic development through employment opportunities. Moreover, a skilled health workforce is key to protecting global health security (1).

In 2016 the United Nations Commission on Health Employment and Economic Growth (UNComHEEG) published recommendations and proposed a five-year implementation plan. The recommendations build towards the creation of approximately 40 million new health worker jobs by 2030, while addressing the current projected shortfall of 18 million health workers needed to achieve and sustain universal health coverage, primarily in low- and lower-middle-income countries (in line with the Sustainable Development Goals (SDGs)). The UNComHEEG reported, “The Commission recognizes that the international mobility of health workers may bring numerous benefits to source and destination nations and health workers themselves. However, the adverse effects of migration must be mitigated. An updated broader international agreement on health workforce migration should include provisions to maximize mutuality of benefits” (2). In conjunction with the UNComHEEG, the 71st session of the UN General Assembly adopted the resolution “Global Health and Foreign Policy: Health Employment and Economic Growth” (3).

Health workforce challenges in the EU include: skills shortages, unbalanced geographic distribution, workforce sustainability, transforming health workforce education to meet population health needs and addressing health worker mobility and migration (4). In the EU’s commitment to the UNComHEEG, it states, “Policy coherence is a priority to address the push and pull factors of health workforce migration and to reduce Europe’s reliance on health workers from countries with fragile health systems, in line with the WHO Code” (5).

Investing in sustainable health workforces requires long-term action at country level as part of an intersectoral effort. Both the GSHRH 2030 and the resolution of the UN General Assembly anticipate an active role for civil society as change agents. One of the recommendations of the GSHRH 2030 states, “Parliaments and civil society to contribute to sustained momentum of the human resources for health (HRH) agenda. This can be achieved through oversight of government activities and accountability mechanisms to monitor performance, and by advocating the improvement of both public and private sector educational institutions and employers. Social accountability mechanisms should be encouraged” (6).

APPROACH

This paper reflects on the role of civil society in developing and maintaining a sustainable health workforce, by providing case studies on the strategies, successes and challenges at the EU level. It uses the approach and rich experiences of the HW4All project to provide an analysis of governance and accountability developments in the region, an account of the contribution of civil society (including their limitations) and the lessons learned during the process. These reflections are relevant for implementing the GSHRH 2030 and the UNComHEEG action plan in the EU context. The paper ends with proposing policy pathways and institutional capacity-building for effective public policy stewardship, leadership and governance of actions on HRH at national and EU level.

THE HW4ALL PROJECT

HW4All brought together civil society actors from eight EU countries¹ in a coordinated action to exchange relevant data, tools, understanding and advocacy on health workforce mobility.² Among the CSOs working on WHO Code implementation were both organizations with a background in international development cooperation and organizations that work on health system sustainability at national level (including patient groups, labour unions, professional organizations and public health NGOs). These CSOs also urged their governments to involve several ministries to address health workforce governance complexity in an intersectoral manner, for example by involving ministries of foreign affairs, health, education, finance, labour and migration.

Between 2013 and early 2016 the HW4All partnership carried out advocacy activities in full alignment with the WHO Code, involving the development and dissemination of tools for policy analysis. These tools included: the translation of the WHO Code and its user's guide into the national language(s) of partner countries, a stakeholder analysis for each country and at EU-level, a collection of case studies and a call to action. The case studies included a description of intersectoral/multi-actor collaboration on WHO Code implementation and health workforce strengthening.³ These case studies functioned as a so-called shadow report to the formal WHO Code monitoring by the WHO and its Member States.

The HW4All partnership also organized workshops at national and EU level, which included health workers' representative bodies. The purpose was to create a community of shared practice involving national and international stakeholders in order to achieve a sustainable health workforce based on the national and regional context. In order to achieve this at the EU level, the HW4All partnership collaborated with the European Public Health Alliance (EPHA) and the European Public Services Union (EPSU).

The WHO Code promotes a public health approach to health workforce mobility, which makes EPHA an important actor in the implementation process. EPHA is a member-led organization made up of public health non-governmental organizations (NGOs), patient groups, health professionals and disease-specific organizations, working to improve health and strengthen the voice of public health in Europe. The WHO Code emphasizes the importance of equal treatment for migrant health workers and the domestically trained health workforce in all terms of employment and conditions of work. This makes EPSU an ally, as it is a federation of more than 250 independent trade union organizations representing more than 8 million workers in public services in Europe.

HW4All also became a collaborating and active partner in the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, an EU-wide health project with the aim of improving capacity for health workforce planning and forecasting by supporting European collaboration.⁴ HW4All maintained a dynamic website and reported on the country studies and intersectoral actions while remaining engaged in relevant health policy dialogues in the respective countries. HW4All organized several project disseminations and policy dialogues in Geneva and Brussels that involved members of the World Health Assembly, WHO Regional Committee for Europe and the European Parliament. A final conference was held in December 2015 in which a European Call to Action and a list

¹ The civil society organizations and their respective countries that constituted the HW4All partnership are the following; Memisa, Belgium; Terre des hommes, Germany; Amref Health Africa, Italy; Wemos, the Netherlands; Humanitarian Aid Foundation Redemptoris Missio, Poland; Centre for Health Policies and Services, Romania; Federation of Associations of Medicus Mundi, Spain; Health Poverty Action, the United Kingdom and Medicus Mundi International – Network Health for All.

² For a full account of the HW4all project, its activities and project outcomes visit: http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/PUBL-HW4All_def.pdf, accessed 16 July 2017

³ For example including different ministries, health authorities, civil society, labour unions, social partners, recruitment agencies, development cooperation partners and health professional organizations.

⁴ EU Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting. (<http://healthworkforce.eu/>, accessed 16 July 2017)

of 175 signatures of European and national key actors were handed over to the representatives of the European Commission (7).

FINDINGS

CASE STUDIES FROM THE HW4ALL PROJECT

HW4All engaged in a policy dialogue at EU level, building on the Action Plan for the EU Health Workforce, launched by the European Commission in 2012 (8). In particular, it monitored the way in which EU Member States foresee future shortages of health workers and plan accordingly, to create a sustainable domestic health workforce as envisaged by the WHO Code (9). HW4All partners actively contributed to and reported about the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, which initiated discussions of the applicability of the WHO Code within a European context, including the mapping of best practices (10). This topic was also part of a May 2015 workshop, including Members of the European Parliament, that the HW4All project organized in collaboration with EPHA and EPSU (11). As noted in the workshop, the Joint Action found that stakeholders are particularly concerned about challenges related to health worker retention, achieving solidarity and equal access (see Box 1), and encouraging circular migration. A contextualized European version of the WHO Code, focusing on retention of the health workforce, incentives for leaving, integration practices, distribution, planning and mobility data would be relevant to develop (10) (see Box 2).

BOX 1: CROSS-BORDER COLLABORATION

HW4All (Centre for Health Policies and Services, Romania) noted that by recruiting Bulgarian medical specialists from across the border, a southern Romanian hospital helped fill crucial shortages and successfully integrated Bulgarian cross-border workers who remained living and part-time working in their own country. This strategy was successful because the Romanian hospital provided the same salaries and working conditions they offer to Romanian workers, and in return they were rewarded with the Bulgarian workers' enthusiasm to learn the language quickly, share their expertise and adapt to the working culture. This represents a win for South-Eastern Europe given that both health systems are under pressure due to severe out-migration of health professionals to other EU countries where remuneration is much better (12).

BOX 2: DATA COLLECTION

HW4All (Health Poverty Action, United Kingdom) also illustrated the importance of having accurate data available for better health workforce planning and taking informed policy decisions. It described efforts undertaken in Poland and in the United Kingdom to collect the best possible data on so-called stocks and flows of nurses. In the UK case, the Royal College of Nurses (RCN, also active EPHA member) set out to produce a comprehensive annual labour market review based on data compiled from different sources, including the Nursing and Midwifery Council register, the Office for National Statistics and data on the number of training places commissioned by universities. This covered both the domestic nursing workforce as well as the internationally trained workforce. Moreover, the RCN released the "Frontline First Reports", which in 2013 uncovered the scale of the nursing shortage in the NHS. Combined, these reports act as a multipurpose tool for data analysis, policy-making, and advocacy (12).

Parallel to this, HW4All advocated that health workers have every right to develop professionally and build long-term careers no matter where they live, which should also apply to migrant health workers trained outside Europe. National level discussions explored the challenges of providing decent working conditions for migrant health workers of both EU and non-EU origin, which should be equal to the provisions offered to domestic health professionals (see Box 3). Migrant health workers contribute to the effective functioning of EU health systems and their rights and professional competencies must be valued (see Box 4).

BOX 3: DECENT WORK

HW4All (Federation of Associations of Medicus Mundi, Spain) shed light on the plight of a number of Spanish nurses hired by a private German recruitment agency. The case made headlines across Europe, since the nurses (who, given their Spanish university education, were more highly educated than their German counterparts) were taken advantage of by German employers who placed them into positions below their skill level and with a lower salary. Promises regarding free choice of location and working conditions were also not kept. Disillusioned, many of the nurses set out to break their contracts but were forced to pay fines. Only a joint intervention effort by Spanish and German labour unions, supported by EPSU, helped rectify the situation somewhat (12).

BOX 4: FAIR RECRUITMENT

HW4All (Terre des hommes, Germany) made reference to the recent rise in recruitment from non-EU countries in Germany, including nurses from the Philippines. This is not only a German phenomenon, Filipino health workers can also be found working in the UK, Ireland, Italy, Netherlands and other countries. However, while some countries have shifted their recruitment to EU sources as a result of the economic crisis, in Germany non-EU recruitment is a fairly recent move. The German and Filipino Governments negotiated a bilateral agreement to formalize the migration of nurses from the Philippines to Germany. The agreement was signed in March 2013. Both governments drafted the original text of the bilateral labour agreement without involvement of the International Labour Organization or trade unions. However, the first reporting cycle of the WHO Code triggered a debate and played a catalytic role in the process and in its implementation. Eventually the trade unions from the Philippines as well as from Germany were invited to become members of the Joint Committee and to monitor the implementation of the bilateral agreements. The Filipino newcomers received an appropriate introduction before their arrival, which included language training (12).

While professional mobility and migration are an integral part of the EU's single market and undoubtedly expand work opportunities for individuals, HW4All, EPSU and EPHA argued that in the health sector, close attention must be paid to the potential unintended consequences of unbalanced professional mobility. Unequal distribution can amplify health inequalities and create problems with access to health care, especially in times of crisis. In cases where health professional mobility is a viable option, the rights and conditions of migrant health workers must be safeguarded no matter where in Europe they are, as so-called social dumping (a practice where employers use cheaper labour than is usually available) and discrimination are unethical.

Given Europe's increasingly mobile health workforce, the WHO Code has a long-term role to play as a voluntary yet crucial instrument that can contribute to correct imbalances between countries and help create (self)sustainable health systems (see Box 5).

BOX 5: MULTI-ACTOR COLLABORATION

In Romania, HW4All partner Centre for Health Policies and Services (CHPS) collaborated with SANITAS Health Union Federation and the International Organisation for Migration (IOM) in setting up a think tank as a platform for discussion on HRH. In addition, collaboration with the Department of Public Health of the Romanian Presidential Administration was established. CHPS/HW4All took steps via the organization of two policy dialogues on HRH (in 2014 and 2015) at national level, followed by an action plan for implementing change. In November 2015, the Romanian government took responsibility for redefining the socio-professional status of Romanian health workers through adequate salary management, performance assessment criteria, career pathways, and integrity. This project has had success in improving the quality of health services, reducing health workers' migration abroad and reducing personnel shortages in health units, especially in rural areas, through various incentives (13).

CONCLUSIONS

ANALYSIS OF THE PROJECT AND LESSONS LEARNED

European civil society organizations, consolidated in HW4All and its allied networks, have created an engaged community of practice of national and international actors to achieve a sustainable health workforce. The project results provide clear indications that progress has been made at local and national level regarding the engagement of multiple actors in the implementation of the WHO Code and therefore also aspects of the GSHRH 2030. After the finalization of the HW4All project, some partners continued their advocacy as members or associates in the HRH working group of Medicus Mundi International – Network Health for All (MMI). Through this network, the collaboration with EPHA has continued.⁵ However, there is a lack of a long-term policy vision and financial resources that would allow CSOs to continue to engage in effective promotion and accountability activities in support of WHO Code implementation at the EU level. Although the HW4All project was in general visible and well received by policy-makers, it also took place during the recovery phase of the European financial crisis and the related austerity measures resulted in diminished employment opportunities for the EU health workforce. During this period, there was less recruitment from outside the EU, and more mobility of health workers between EU member States. This context might explain why uptake of WHO Code implementation, and political attention to the issue, got less priority when compared with more stringent socioeconomic policy reforms such as the implementation of the European Union's economic governance framework, the so-called European semester (14).

Civil society has been a driving force in holding the WHO Code under the attention of European policy-makers. The WHO Code remains a relevant and efficient tool for guiding policy principles addressing the mobility of health personnel within and beyond the EU. Civil society was able to fulfil its advocacy role because it received appropriate EU funding,⁶ allowing it to stimulate policy dialogue and democratic deliberation. Lack of funding and political engagement is one of the reasons why the uptake of the WHO Code has been limited in other regions of the world (14).

In hindsight, three issues could have been integrated into the inception of the project. Firstly, the project did not include a formal research component and a committed academic organization to systematically analyse and compare the country case studies and policy development at the EU level. The project led to relevant advocacy briefs and policy outcomes but was limited in generating the evidence-based knowledge to understand the complex policy pathways required to govern health workforce mobility. For this purpose, it would have been useful to include a research organization as an associate partner.

Secondly, HW4All would have similarly benefitted from engaging a health employer's organization or network as an associate partner. An employer's perspective on decent employment in the care sector would have added strength to the legitimacy of a social dialogue approach with governments, civil society and labour unions. Their involvement would have deepened the intersectoral policy dialogues and its uptake at the national and EU levels.

Thirdly, the project could have integrated actions and an approach to deepen governance and accountability mechanisms at the EU level. The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting deepened the collaboration on data exchange and uniform monitoring mechanisms of mobility patterns between EU Member States. Currently, there is no governance institution or HRH observatory at the European level that specifically addresses health workforce mobility issues and has the mandate to initiate policy dialogue on mitigating potential side effects of migration. The European Observatory on Health Systems and Policies is hosted by the WHO

⁵ MMI Human Resources for Health working group (MMI HRH) (<http://www.medicusmundi.org/mmi-hrh>, accessed 2 February 2017)

⁶ The European Commission finances amongst others the 'Brain Drain to Brain Gain' research project (http://www.who.int/workforcealliance/brain-drain_brain-gain/en/, accessed 16 July 2017)

Regional Office for Europe and monitors workforce mobility developments. However, it would be relevant to initiate a complementary multi-actor and multisectoral HRH observatory at the European level. This observatory would oversee health workforce trends across and beyond the EU, propose relevant policy discussions to address imbalances and provide evidence-based scenarios to anticipate workforce needs and demands in the future. Examples from Latin-America and South-East Asia indicate the possibilities for developing such a collaborative platform.⁷

IMPLICATIONS FOR POLICY DEVELOPMENT

Since the expansion of the EU there is a clear trend of health workers from Eastern Europe seeking employment in the west of the region. These movements have been joined by south-to-north flows as health professionals from financial crisis-hit countries migrate to countries with stronger economies (15). The impact of austerity measures and budgetary restrictions on the health care sector have contributed to encourage emigration. As health disparities in Europe are growing, so is the demand for health workers, with a widening gap between wealthier and poorer EU states. A changing labour mobility map in the health sector raises ethical and policy questions for EU Member States and whether there is, or should be, any scope for intra-EU solidarity (15).

Workforce capacity must be developed to address European public health threats such as increased risks of vector and foodborne infectious diseases due to climate change (16). In the east and south European countries, where there exists a relative lack of health workers, antimicrobial resistance is of serious concern (17). Investment is needed to ensure basic public health functions and core capacities of countries are equipped to deal with these challenges. At the heart of this capacity is the financing and planning of a sustainable health workforce, which will be crucial in implementing the International Health Regulations (1,18). Nevertheless, this demand should not exacerbate uneven EU workforce distribution and weaken fragile health systems in low income countries.

After several years of economic regression, the economies of the EU and its Member States are slowly recovering. In line with the recommendations of the UNcomHEEG, now is the time to invest European-wide in the education and employment of the health workforce. Such investment and planning should follow national priorities, be coherent with the broader European macroeconomic framework, and be closely coordinated between countries. An intra-European shared responsibility approach, as well as a dialogue on the flexibility of fiscal space required to invest in public goods such as health workforce employment is paramount to counteract widening disparities between health systems in the EU and beyond.

The UNcomHEEGs recommendations on investing in the workforce are in line with the European Commission's 2020 strategy on growth and jobs (8). The health sector especially can contribute in reducing the gender employment gap by stimulating the employment rate for women, which is around 60% in the EU (19). To be effective, investment in employment, governance of labour mobility and health system reform needs to be aligned with other EU-wide policy recommendations in the social sector. This includes the portability and standardization of unemployment benefits across EU Member States and an unemployment insurance scheme in the euro area, using the European Social Fund to ease integration of migrants into the labour market and society (20). Some groups of the European Parliament have organized a policy dialogue and recommended the introduction of an EU law requiring a minimum wage threshold in every country. Such an initiative might lead to the retention of health workers in lower-paid parts of the care sector and hence impact on the mobility of care workers across

⁷ See for example the Latin America and the Caribbean Regional Observatory (<http://www.observatoriorh.org/>) and the Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (<http://aaahrh.net/>).

Europe (21). The successor to the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting⁸ should therefore be engaged in the analysis, dialogue and broader social policy development beyond the national state level, and seek coherence and European solidarity in reducing labour inequalities.

Health NGOs like the HW4All partnership must cooperate with civil society and labour movements outside the health sector to build a political mass for a broader policy dialogue on social reforms and stronger governance and accountability mechanisms in Europe. This requires a transnational and intersectoral social movement. Beyond the EU, there remains a need to address the governance of HRH migration within the context of global international labour migration frameworks, the sustainable development agenda and the development of global and regional free-trade agreements. A human rights based approach, focussing on universal access to health care and health equity, should underpin such a global governance regime (14).

Acknowledgements: The authors wish to thank all partners of the HW4All project.

Sources of funding: The HW4All project was financially supported by the European Union. LM is currently involved in the Health Systems Advocacy Partnership financially supported by the Dutch Ministry of Foreign Affairs.

Conflicts of interest: Remco van de Pas is a board member of the Medicus Mundi International – Health for All Network.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. No health workforce, no global health security, *The Lancet*, 2016 May 21; 387(10033):2063. ([http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30598-0/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30598-0/fulltext), accessed 2 February 2017).
2. World Health Organization. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf?ua=1>, accessed 2 February 2017).
3. United Nations General Assembly. Seventy-first session. Agenda item 127. Global health and foreign policy. Global health and foreign policy: health employment and economic growth (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.41, accessed 2 February 2017).
4. Buchan J, Perfilieva G. Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European Region. World Health Organization, 2015. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/287456/Making-progress-towards-health-workforce-sustainability-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1, accessed 2 February 2017).
5. European Union. High-Level Commission Health Employment & Economic Growth: Commitments to action. Geneva, 2016 Dec 15. (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/european-union.pdf?ua=1>, accessed 16 July 2017).
6. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1>, accessed 2 February 2017).
7. HW4All. A health worker for everyone, everywhere! European Call to Action. (<http://www.healthworkers4all.eu/eu/contributions/european-call-to-action/>, accessed 16 July 2017).

⁸ On 29 November 2016, the European Commission announced a call for tender No Chafea/2016/Health/18 concerning the support for the health workforce planning and forecasting expert network (deadline: 30 January 2017). "The purpose of this contract is to sustain cross-country cooperation and provide support to Member States to increase their knowledge, improve their tools and succeed in achieving a higher effectiveness in health workforce planning processes and policy. It will serve to continue the work undertaken by the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting and aims to be consistent with its achievements."

8. European Commission. Communication towards a job rich recovery. European Commission: Strasbourg; 2012. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=1270&moreDocuments=yes&tableName=news>, accessed 27 July 2017).
9. Mans L, van de Pas R, de Ponte G. Civil society's contribution and advocacy for implementing the WHO Global Code in the European Region: Six country case studies. In: Siyam A, Dal Poz MR, editors. Migration of health workers: the WHO code of practice and the global economic crisis. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf, accessed 27 July 2017).
10. Kovács R et al. WP4 Report. The applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel within a European context. Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2015. (http://semmelweis.hu/emk/files/2016/03/WHO_Report.pdf, accessed 2 February 2017).
11. Health Workers 4All, EPHA, EPSU. Mobility of health professionals in the EU: ethical recruitment and policy coherence; event report. European Parliament, Brussels. 2015 May 5. (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/Brussels-1.pdf, accessed 2 February 2017).
12. Health Workers 4All: Collection of case studies. Practices of WHO Code implementation in Europe: the role of non-governmental actors. 2015. (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/case_studiesREADER.pdf, accessed 2 February 2017).
13. Health Workers 4 All. Romania: summary report. 2016. (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/PUBL-ROM.pdf, accessed 2 February 2017).
14. Van de Pas R, Mans L, de Ponte G, Dambisya Y. The Code of Practice and its enduring relevance in Europe and Eastern and Southern Africa. *Human Resources for Health* 2016;14(1);30:55-63. (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0122-y>, accessed 2 February 2017).
15. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J, editors. Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses. Geneva: World Health Organization; 2014 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf?ua=1, accessed 2 February 2017).
16. WHO – Regional Office for Europe. 2010. Climate change and health in Europe: opportunities for action in partnership. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health. Parma, Italy, 10–12 March 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/95737/Parma_EH_Conf_epb3.pdf?ua=1, accessed 15 August 2017).
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2017. (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf>, accessed 2 February 2017).
18. World Health Organization. The world health report 2007: a safer future; global public health security in the 21st century. Geneva: World Health Organization 2007. (http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf?ua=1, accessed 2 February 2017).
19. Eurofound. The gender employment gap: Challenges and solutions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. (http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1638en_1.pdf, accessed 2 February 2017).
20. Andor L. Fair Mobility in Europe. Social Europe Occasional Paper. 2015. (<https://www.socialeurope.eu/wp-content/uploads/2015/01/OP7.pdf>, accessed 2 February 2017).
21. Stupp C, Barbière C. MEPs call for EU law requiring minimum wage in every country. | EurActiv.com, 2017 Jan 19. (<https://www.euractiv.com/section/social-europe-jobs/news/meps-call-for-eu-law-requiring-national-minimum-wage-in-every-country/>, accessed 2 February 2017).

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Вклад гражданского общества в обеспечение устойчивости кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском союзе

Linda Mans¹, Remco van de Pas^{2,3}, Sascha Marschang⁴

¹ Фонд Wemos, Амстердам, Нидерланды

² Отдел развития политики здравоохранения, Департамент общественного здравоохранения, Институт тропической медицины, Антверпен, Бельгия

³ Центр глобальных исследований и обучения в области здравоохранения, Маастрихтский университет, Нидерланды

⁴ Европейский альянс общественного здравоохранения, Брюссель, Бельгия

Автор, отвечающий за переписку: Linda Mans (адрес электронной почты: linda.mans@wemos.nl)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: После принятия Всемирной организацией здравоохранения Глобального кодекса по практике международного найма персонала здравоохранения (далее – Кодекс ВОЗ) восемь организаций гражданского общества приняли участие в реализации проекта «Работники здравоохранения для всех и всё для работников здравоохранения» (2013–2016 гг.), осуществлявшегося при финансовой поддержке Европейского союза (ЕС).

Инвестирование в развитие устойчивых кадровых ресурсов здравоохранения требует долгосрочных усилий на страновом и международном уровнях, базирующихся на принципах межсекторального сотрудничества. Активная роль гражданского общества как инициатора перемен в этом процессе подчеркивается как в Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения, так и в резолюции Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста.

Подход: На основе реализованного в проекте подхода и полученного обширного опыта в статье анализируются механизмы управления и подотчетности в регионе, описывается вклад гражданского общества (в том числе его ограничения) и осмысливаются уроки, усвоенные в ходе осуществления проекта.

Результаты: Анализ показывает, что гражданское общество играет огромную роль в том, что Кодекс ВОЗ остается приоритетным вопросом в повестке дня разработчиков политики в Европе.

Выводы: Кодекс ВОЗ по-прежнему является актуальным и эффективным инструментом для разработки основ политики в сфере мобильности работников здравоохранения в ЕС и за его пределами. Для устранения усугубляющегося неравенства между системами здравоохранения крайне важно наличие механизма управления, основанного на принципах совместной ответственности.

Ключевые слова: ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО, КАДРОВЫЕ РЕУСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, КАРЬЕРНАЯ МОБИЛЬНОСТЬ И МИГРАЦИЯ, МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

После того как в 2010 г. Всемирной ассамблее здравоохранения был принят «Глобальный кодекс Всемирной организации здравоохранения по практике международного найма персонала здравоохранения», восемь организаций гражданского общества приняли участие в реализации проекта «Работники здравоохранения для всех и всё для работников здравоохранения» (HW4All, 2013–2016 гг.), осуществлявшегося при финансовой поддержке ЕС.

По мере все большей глобализации рынка труда повышение спроса рождает миграцию и мобильность медицинского персонала. Для удовлетворения внутреннего спроса нередко привлекаются медицинские работники из других стран, однако это может усугубить нехватку квалифицированного персонала в странах с низким и средним уровнем дохода. В целях разрешения этого этического противоречия организациями гражданского общества был инициирован проект HW4All, цель которого – способствовать обеспечению устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения во всем мире через повышение согласованности действий в рамках политики сотрудничества в области развития, национальных стратегий здравоохранения и практической работы государств-членов ЕС по укреплению потенциала трудовых ресурсов здравоохранения (ТРЗ). Способы достижения этих целей включают анализ, информационно разъяснительную работу, сотрудничество и реализацию Кодекса ВОЗ как на национальном уровне, так и на уровне Евросоюза.

Кодекс ВОЗ, принятый Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2010 г., представляет собой неотъемлемую часть Глобальной стратегией для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. (ГСКРЗ-2030, утверждена Ассамблеей здравоохранения в мае 2016 г.). Как гласит один из руководящих принципов Кодекса ВОЗ, «государствам-членам следует принять эффективные меры по подготовке, удержанию и сохранению на необходимом уровне кадровых ресурсов здравоохранения, отвечающих особым условиям каждой страны, в том числе в областях, где ощущается наибольшая потребность, и стремиться удовлетворять свои кадровые потребности в здравоохранении за счет своих собственных людских ресурсов».

Для достижения этих принципов в нынешних условиях глобализации экономики и общества необходимы такие компоненты, как достаточное финансирование, эффективное управление и коллективная ответственность. Их реализация – не только на уровне стран, но и на региональном и глобальном уровнях – должна включать усилия по стимулированию справедливого социально-экономического развития через реализацию возможностей для трудоустройства. Кроме того, квалифицированные медицинские кадры – это ключ к обеспечению глобальной безопасности здоровья (1).

В 2016 г. Комиссия ООН по вопросам занятости в сфере здравоохранения и экономического роста (ООН-КЗЭР) выпустила рекомендации и предложила к реализации пятилетний план действий, нацеленный на создание к 2030 г. в секторе здравоохранения около 40 млн новых рабочих мест, наряду с предотвращением прогнозируемого дефицита в 18 млн работников здравоохранения, необходимых для обеспечения и поддержания всеобщего охвата медико-санитарными услугами, особенно в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего (что согласуется с Целями устойчивого развития [ЦУР]). Как отмечается в докладе ООН-КЗЭР: «Комиссия признает, что международная мобильность работников здравоохранения может принести целый ряд преимуществ как странам происхождения и назначения, так и самим медицинским работникам. Однако при этом необходимы усилия по снижению негативного воздействия процессов миграции. Обновленное международное соглашение о миграции трудовых ресурсов здравоохранения должно быть более всеобъемлющим и включать положения о повышении возможностей для извлечения взаимных преимуществ» (2). В контексте усилий ООН-КЗЭР на 71-й сессии Генеральной Ассамблеи он была принята резолюция «Здоровье населения мира и внешняя политика: занятость в области здравоохранения и экономический рост» (3).

В области трудовых ресурсов здравоохранения в ЕС стоят задачи, связанные с недостатком квалифицированных специалистов, неравномерным географическим распределением кадров, обеспечением устойчивости кадровых ресурсов, преобразованием программ обучения для удовлетворения медицинских потребностей населения и реагирования на проблемы мобильности и миграции работников здравоохранения (4). Евросоюз, излагая свои обязательства перед ООН-КЗЭР, заявляет: «Необходимо в первую очередь обеспечить согласованность политики с учетом подталкивающих и притягивающих факторов миграции кадровых ресурсов здравоохранения и сокращения зависимости Европы от медицинских работников из стран со слабыми системами здравоохранения, в соответствии с Кодексом ВОЗ» (5).

Инвестирование в развитие устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения (ТРЗ) требует долгосрочных усилий на страновом и международном уровнях, базирующихся на принципах межсекторального сотрудничества. Активная роль гражданского общества как инициатора перемен в этом процессе подчеркивается как в ГСКРЗ-2030, так и в резолюции Генеральной Ассамблеи ООН. В соответствии с одной из рекомендаций ГСКРЗ-2030 «правительствам и гражданскому обществу следует способствовать поддержанию усилий по выполнению повестки дня в области ТРЗ. Этого можно добиться с помощью надзора за деятельностью правительств и механизмов подотчетности для мониторинга эффективности, а также путем содействия улучшению учебных заведений и работодателей как в государственном, так и в частном секторе. Следует поощрять применение механизмов социальной подотчетности» (6).

ПОДХОД

В данной работе анализируется роль гражданского общества в развитии и обеспечении устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения через изучение примеров из практики в ЕС – стратегий, успешных подходов и трудностей. На основе реализованного в проекте HW4All подхода и полученного обширного опыта в статье анализируются механизмы управления и подотчетности в регионе, описывается вклад гражданского общества (в том числе его ограничения) и осмысливаются уроки, усвоенные в ходе осуществления проекта. Этот анализ важен для реализации ГСКРЗ-2030 и плана действий ООН-КЗЭР в Евросоюзе. В конце статьи предлагаются рекомендации в отношении формирования политики и укрепления институционального потенциала в контексте внедрения эффективных общественно-государственных механизмов организации, руководства и управления мероприятиями в сфере ТРЗ на национальном и европейском уровнях.

ПРОЕКТ HW4ALL

Проект HW4All, объединивший усилия организаций гражданского общества из восьми стран Евросоюза¹, позволил скоординировать действия по обмену актуальными данными и инструментами, по улучшению понимания ситуации и проведению адвокации в сфере мобильности ТРЗ². Среди организаций гражданского общества, занимающихся вопросами реализации Кодекса ВОЗ, были как организации, работающие в сфере сотрудничества в целях международного развития, так и организации, обеспечивающие устойчивость систем здравоохранения на национальном уровне (включая объединения пациентов, профсоюзы, профессиональные и неправительственные организации, работающие в области общественного здравоохранения). Эти организации гражданского общества также призвали свои правительства привлечь

¹ В состав партнерства по проекту HW4All вошли следующие организации гражданского общества и страны, которые они представляют: Memisa, Бельгия; Terre des hommes, Германия; Amref Health Africa, Италия; Wemos, Нидерланды; Гуманитарный фонд Redemptoris Missio, Польша; Центр политики и служб здравоохранения, Румыния; Федерация ассоциаций Medicus Mundi, Испания; Health Poverty Action, Соединенное Королевство, и Medicus Mundi International – сеть «Здоровье для всех».

² Информацию о мероприятиях и результатах проекта HW4all можно найти на сайте http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/PUBL-HW4All_def.pdf, по состоянию на 16 июля 2017 г.

к работе ряд министерств для реагирования на комплексные проблемы, связанные с управлением ТРЗ, в рамках межсекторального сотрудничества. В работе проекта принимали участие такие ведомства, как министерства иностранных дел, здравоохранения, образования, финансов, труда и миграции.

С 2013 г. до начала 2016 г. партнерство HW4All в полном соответствии с Кодексом ВОЗ стимулировало разработку и распространение инструментов для политического анализа. Эти инструменты включали перевод Кодекса ВОЗ и его методического руководства на национальные языки партнерских стран, анализ заинтересованных сторон в каждой стране и на уровне ЕС, обзор примеров из практики и призыв к действию. Собранные примеры из практики представляли собой описание межсекторального/многостороннего сотрудничества в области реализации Кодекса ВОЗ и укрепления потенциала ТРЗ³. Эти примеры послужили своего рода теневым докладом в дополнение к официальным инструментам для мониторинга выполнения Кодекса, применяемым ВОЗ и ее государствами-членами.

Также в рамках проекта HW4All были организованы семинары на национальном уровне и на уровне ЕС, в которых принимали участие представительные органы работников здравоохранения. Целью этой работы было создание сообщества совместной практики с участием национальных и международных партнеров для того, чтобы достичь устойчивых ТРЗ с учетом странового или регионального контекста. Для достижения этой цели на уровне ЕС партнеры проекта HW4All активно взаимодействовали с Европейским альянсом общественного здравоохранения (EPHA) и Европейской федерацией профсоюзов общественного обслуживания (EPSU).

Кодекс ВОЗ содействует внедрению подхода общественного здравоохранения в качестве отклика на проблему мобильности ТРЗ, поэтому EPHA является важным партнером в работе по практической реализации Кодекса. EPHA – это альянс коллективного управления, объединяющий неправительственные организации (НПО) здравоохранения, самоорганизации пациентов, медицинских специалистов и организации, работающие по конкретным заболеваниям, цель которых – улучшение показателей здоровья и укрепление позиций общественного здравоохранения в Европе. В Кодексе ВОЗ подчеркивается важность обеспечения равных прав для работников здравоохранения-мигрантов и медицинских кадров, подготовленных внутри страны, по всем условиям найма и труда. В этой связи EPSU как федерация, объединяющая более 250 независимых профсоюзов, представляющих более 8 млн работников общественных служб в Европе, является важным союзником.

Проект HW4All также стал активным сотрудничающим партнером программы «Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения» – европейской инициативы, нацеленной на укрепление потенциала в области планирования и прогнозирования ТРЗ через развитие сотрудничества в Европе⁴. В рамках проекта HW4All функционировал постоянно обновляемый веб-сайт и выпускались отчеты с результатами страновых исследований и межсекторальных мероприятий, а также обеспечивалось участие в актуальных дискуссиях по вопросам развития политики здравоохранения в отдельных странах. Помимо этого был организован ряд мероприятий по распространению практик проекта и проведены стратегические диалоги в Женеве и Брюсселе с участием членов Всемирной ассамблеи здравоохранения, Европейского регионального комитета ВОЗ и Европейского парламента. В декабре 2015 г. состоялась заключительная конференция, по результатам которой в Европейскую

³ Т.е. примеры вовлечения в совместную работу различных министерств, администраций здравоохранения, гражданского общества, профсоюзов, социальных партнеров, кадровых агентств, партнеров по сотрудничеству в области развития и организаций медицинских работников.

⁴ EU Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting [Совместные действия ЕС по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения] [веб-сайт] (<http://healthworkforce.eu/>, по состоянию на 16 июля 2017 г.)

комиссию были направлены Европейский призыв к действиям и список из 175 подписей ключевых субъектов европейского и национального уровня (7).

РЕЗУЛЬТАТЫ

ПРОЕКТ HW4ALL: ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

Проект HW4All принял участие в политическом диалоге на уровне Евросоюза в контексте реализации Плана действий ЕС в области развития кадровых ресурсов здравоохранения, принятого Европейской комиссией в 2012 г. (8). В частности, был проведен мониторинг мер, принимаемых странами ЕС для прогнозирования потенциальной нехватки медицинских работников и соответствующего планирования в целях развития устойчивых национальных кадровых ресурсов здравоохранения, как это предусматривается в Кодексе ВОЗ (9). Партнеры проекта активно участвовали и отчитывались по программе «Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения», в результате чего была инициирована дискуссия о применимости Кодекса ВОЗ в европейском контексте и о составлении обзора примеров эффективной практики (10). Эта тема также обсуждалась на семинаре в мае 2015 г. с участием представителей Европарламента, организованном проектом в сотрудничестве с ЕРНА и EPSU (11). Как отметили участники семинара, их в первую очередь беспокоят такие проблемы, как удержание работников здравоохранения, обеспечение солидарности и равноправного доступа (см. Вставку 1) и стимулирование циркулярной миграции. Следует рассмотреть возможность разработки версии Кодекса ВОЗ, адаптированной к европейскому контексту, с приоритетным вниманием к таким вопросам, как удержание медицинского персонала, стимулы к отъезду из страны, практики интеграции и сбор данных о распределении, планировании и мобильности кадровых ресурсов (10) (см. Вставку 2).

ВСТАВКА 1: ТРАНСГРАНИЧНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Проект HW4All (Центр политики и служб здравоохранения, Румыния) показал, как привлечение медицинских специалистов из Болгарии позволило восполнить острую нехватку сотрудников в больнице на юге Румынии, обеспечив успешную интеграцию болгарских специалистов, которые продолжали жить в своей стране, где также имели частичную занятость. Эта стратегия оказалась успешной, поскольку в румынской больнице предлагались такие же условия работы и оплата, как и для румынских сотрудников, и в результате специалисты из Болгарии быстро выучили язык и проявили готовность реализовать свой опыт и адаптироваться к местной культуре работы. Это большой успех для Юго-Восточной Европы, учитывая, что системы здравоохранения обеих стран испытывают трудности из-за оттока медицинских специалистов в другие страны ЕС, где оплата труда значительно выше (12).

ВСТАВКА 2: СБОР ДАННЫХ

Проект HW4All (Health Poverty Action, Соединенное Королевство) также продемонстрировал важность наличия достоверных данных для оптимизации процессов кадрового планирования и принятия обоснованных стратегических решений в здравоохранении. Речь идет о сборе актуальных и качественных данных о численности и потоках сестринского персонала в Польше и Соединенном Королевстве. Королевский колледж медсестер (RCN, также является активным членом ЕРНА) в Соединенном Королевстве начал выпускать всеобъемлющий ежегодный обзор рынка труда на основе данных из различных источников, в том числе из реестра Совета по сестринскому и акушерскому делу, Национальной статистической службы и баз данных учебных центров при университетах. В обзор были включены данные как о сестринских кадрах, подготовленных внутри страны, так и о специалистах, обучавшихся за рубежом. Помимо этого RCN начал выпускать доклады Frontline First, с помощью которых в 2013 г. был продемонстрирован масштаб проблемы нехватки сестринского персонала в НСЗ. В совокупности эти доклады стали многоцелевым инструментом для анализа данных, формирования политики и адвокации (12).

Вместе с тем проект HW4All активно выступал за право работников здравоохранения на профессиональное развитие и долгосрочную карьеру вне зависимости от их места жительства, что также относится к работникам-мигрантам, обучавшимся за пределами стран Европы. В ходе дискуссий национального уровня были проанализированы проблемы, связанные с обеспечением достойных условий работы

для специалистов-мигрантов, как из ЕС, так и из стран не входящих в ЕС, с учетом того, что эти условия должны быть аналогичны тем, которые предоставляются местным работникам здравоохранения (см. Вставку 3). Усилия специалистов-мигрантов содействуют эффективному функционированию систем здравоохранения в ЕС, и их права и профессиональную квалификацию следует оценивать по достоинству (см. Вставку 4).

ВСТАВКА 3: ДОСТОЙНАЯ РАБОТА

Проект HW4All (Федерация ассоциаций *Medicus Mundi*, Испания) пролил свет на сложную ситуацию с медсестрами из Испании, которые были приглашены на работу в Германию частным немецким кадровым агентством. Эта история широко освещалась в европейских СМИ: немецкие работодатели, воспользовавшись выгодной для себя ситуацией, назначили медсестер с университетским образованием, полученным в Испании, и более высокой квалификацией, чем у их немецких коллег, на не соответствовавшие их уровню должности с более низким окладом. Обещания о самостоятельном выборе места и условий работы также не были выполнены работодателями. В таких условиях многие медсестры решили расторгнуть заключенные контракты и были вынуждены выплатить штрафы. Лишь совместное вмешательство профсоюзов Испании и Германии при поддержке EPSU помогло хотя бы отчасти исправить сложившееся положение (12).

ВСТАВКА 4: СПРАВЕДЛИВЫЙ ПОДБОР СОТРУДНИКОВ

Проект HW4All (*Terre des hommes*, Германия) проанализировал недавний рост масштабов набора персонала из стран, не входящих в ЕС, для работы в Германии, в частности, речь идет о сестринском персонале из Филиппин. Этот феномен характерен не только для Германии: филиппинские медицинские специалисты также работают в Соединенном Королевстве, Ирландии, Италии, Нидерландах и других странах. В то время как в ряде стран в результате экономического кризиса акцент при подборе персонала сместился на источники в ЕС, для Германии приглашение неевропейских специалистов – относительно новое явление. Правительства Германии и Филиппин подготовили двустороннее соглашение о законном статусе миграции медсестер из Филиппин в Германию, которое было подписано в марте 2013 г. Текст двустороннего трудового соглашения был составлен без участия Международной организации труда и соответствующих профсоюзов. Однако первый раунд отчетности по исполнению Кодекса ВОЗ стимулировал дискуссию, которая сыграла роль катализатора в данном процессе и его реализации. Вскоре профсоюзы обеих стран были приглашены к участию в работе Объединенного комитета и мониторингу за исполнением двусторонних соглашений. В результате филиппинские специалисты перед отъездом прошли необходимую подготовку, в том числе языковую (12).

Признавая, что профессиональная мобильность и миграция являются неотъемлемой частью единого трудового рынка ЕС и, несомненно, способствуют расширению возможностей для поиска работы, вместе с тем специалисты HW4All, EPSU и ЕРНА призывают тщательно отслеживать возможные непредвиденные последствия несбалансированной трудовой мобильности в секторе здравоохранения. Неравномерное распределение кадровых ресурсов может усугубить неравенство в здравоохранении и затруднить доступ к медицинским услугам, особенно в условиях кризиса. В случаях, когда профессиональная мобильность является разумной альтернативой, необходимо гарантировать права и достойные условия работы медицинских специалистов-мигрантов в любой стране Европы, а так называемый социальный демпинг (использование работодателями более дешевой рабочей силы вместо местных специалистов) и дискриминацию следует признать неэтичной практикой.

Учитывая растущую мобильность ТРЗ в Европе, Кодекс ВОЗ будет играть долгосрочную роль в качестве добровольного, однако имеющего исключительную важность инструмента корректировки дисбаланса между странами и для содействия развитию устойчивых и самодостаточных систем здравоохранения (см. Вставку 5).

ВСТАВКА 5: МНОГОСТОРОННЕЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Партнер проекта HW4All в Румынии, Центр политики и служб здравоохранения (CHPS), в сотрудничестве с Федерацией профсоюзов работников здравоохранения SANITAS и Международной организацией по миграции (МОМ) создали аналитическую комиссию по проблемам ТРЗ. Также было налажено взаимодействие с Департаментом общественного здравоохранения при администрации президента Румынии. CHPS/HW4All организовали на национальном уровне два диалога по вопросам политики в сфере ТРЗ (в 2014 и 2015 гг.), по результатам которых был принят план действий для осуществления преобразований. В ноябре 2015 г. правительство Румынии приняло обязательство пересмотреть профессиональный статус румынских работников здравоохранения с точки зрения адекватного регулирования оплаты труда, критериев оценки работы, карьерных возможностей и добросовестности. Проект позволил улучшить качество медицинских услуг, сократить темпы миграции за рубеж и восполнить нехватку специалистов в учреждениях здравоохранения, особенно в сельской местности, с помощью различных стимулов (13).

ВЫВОДЫ

АНАЛИЗ ПРОЕКТА И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Объединив свои усилия, европейские организации гражданского общества при поддержке проекта HW4All и его сетей сотрудничества сформировали сообщество практики национальных и международных партнеров, преследующее цель развития устойчивых ТРЗ. Результаты проекта наглядно демонстрируют прогресс, достигнутый на местном и национальном уровнях в отношении построения многостороннего сотрудничества в реализации Кодекса ВОЗ и, соответственно, положений ГСКРЗ-2030. После завершения проекта HW4All ряд партнеров продолжили совместную работу по адвокации в качестве действительных или ассоциированных членов рабочей группы по кадровым ресурсам здравоохранения организации Medicus Mundi International – сеть «Здоровье для всех» (ММИ). Через эту сеть также продолжается сотрудничество с ЕРНА⁵. Тем не менее, отсутствие долгосрочного политического видения и финансовых ресурсов затрудняют дальнейшую деятельность организаций гражданского общества в сфере адвокации и стимулирования подотчетности стран в исполнении Кодекса ВОЗ на уровне ЕС. Несмотря на то, что проект HW4ALL был в целом известен и получил поддержку разработчиков политики, его осуществление пришлось на стадию восстановления после финансового кризиса в Европе и принятия жестких мер экономии, в результате которых сократились возможности трудоустройства для работников здравоохранения в ЕС. В этот период снизились темпы набора персонала из стран, не входящих в ЕС, и повысилась мобильность работников здравоохранения между странами Евросоюза. В этом контексте объяснимо, почему процессы реализации Кодекса ВОЗ и его политической поддержки получили меньший приоритет по сравнению с более насущными социально-экономическими реформами, такими как реализация так называемого Европейского семестра – механизма регулирования экономики Евросоюза (14).

Гражданское общество играет огромную роль в том, что Кодекс ВОЗ остается приоритетным вопросом в повестке дня разработчиков политики в Европе. Кодекс ВОЗ по-прежнему является актуальным и эффективным инструментом для разработки основ политики в сфере мобильности работников здравоохранения в Евросоюзе и за его пределами. Благодаря финансовой поддержке ЕС⁶, гражданское общество смогло объединить усилия в области адвокации и стимулировать политический диалог и демократические дискуссии. Ограниченный характер действий по осуществлению Кодекса ВОЗ в других регионах мира связан, в том числе, с недостаточным финансированием и слабой политической поддержкой (14).

⁵ MMI Human Resources for Health working group (MMI HRH) [Рабочая группа ММИ по кадровым ресурсам здравоохранения] [веб-сайт] (<http://www.medicusmundi.org/mmi-hrh>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.)

⁶ Европейская комиссия финансирует среди прочих исследовательский проект «От утечки умов к притоку умов» (Brain Drain to Brain Gain) (http://www.who.int/workforcealliance/brain-drain_brain-gain/en/, по состоянию на 16 июля 2017 г.)

Оглядываясь назад, можно отметить три аспекта, которые нужно было бы учесть в проекте с самого начала. Во-первых, в нем не было формального компонента по исследованиям и какой-либо сотрудничающей научной организации для систематического анализа и сопоставления примеров из практики в разных странах и стратегических тенденций на уровне ЕС. В рамках проекта выпускались актуальные материалы с анализом эффективности текущих стратегий, однако он не имел потенциала для накопления обширной базы научных данных, необходимых для лучшего понимания комплекса политических задач в контексте регулирования процессов мобильности работников здравоохранения. В этих целях было бы полезно пригласить в проект исследовательскую организацию в качестве ассоциированного партнера.

Во-вторых, проект HW4All можно было усилить за счет привлечения партнерской организации или сети работодателей в сфере здравоохранения. Взгляд работодателя на проблему, связанную с обеспечением достойных условий труда в секторе медицинских услуг, добавил бы легитимной значимости подходу, основанному на социальном диалоге с правительствами, гражданским обществом и профсоюзами. Участие организаций работодателей способствовало бы углублению межведомственного политического диалога и внедрению его результатов на национальном и европейском уровнях.

В-третьих, проект мог бы содействовать интеграции действий и подхода к оптимизации механизмов управления и подотчетности на уровне Евросоюза. Программа «Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения» укрепила взаимодействие в области обмена данными и внедрения единых механизмов для мониторинга тенденций в области мобильности персонала между странами ЕС. В настоящее время не существует руководящей структуры или обсерватории в сфере ТРЗ на европейском уровне, которые бы занимались вопросами мобильности трудовых ресурсов здравоохранения и были бы наделены полномочиями инициировать политический диалог в целях устранения потенциальных негативных последствий миграции. При Европейском региональном бюро ВОЗ функционирует Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, которая осуществляет мониторинг процессов мобильности кадровых ресурсов. Однако было бы полезно учредить дополнительный многосторонний, межсекторальный орган – обсерваторию в сфере ТРЗ на европейском уровне. Подобный орган мог бы осуществлять надзор в сфере ТРЗ в Евросоюзе и за его пределами, стимулировать актуальные политические дискуссии в целях устранения диспропорций и разрабатывать основанные на научных данных сценарии реагирования на потребности и спрос на рабочую силу в будущем. Опыт создания подобных платформ для сотрудничества уже есть, например, в странах Латинской Америки и Юго-Восточной Азии⁷.

ВЛИЯНИЕ НА РАЗРАБОТКУ ПОЛИТИКИ

После расширения Евросоюза среди работников здравоохранения из стран Восточной Европы наметилась явная тенденция к поиску работы в западных странах региона. Эти процессы дополнились потоками трудовой миграции медицинских работников в направлении с юга на север, из стран, затронутых финансовым кризисом, в страны с сильной экономикой (15). Воздействие мер жесткой экономии и бюджетных ограничений на сектор здравоохранения выразилось в повышении уровня эмиграции. По мере усугубления неравенства в сфере здравоохранения в Европе растет спрос на медицинский персонал, что сопровождается увеличением разрыва между более бедными и более благополучными странами ЕС. Изменение тенденций трудовой мобильности в секторе здравоохранения ставит перед государствами-членами ЕС вопросы этического и политического характера, в том числе в контексте наличия или необходимости создания среды для укрепления солидарности внутри Евросоюза (15).

⁷ Например, Региональная обсерватория для стран Латинской Америки и Карибского бассейна (<http://www.observatoriorh.org/>) и Азиатско-Тихоокеанский альянс действий по развитию кадровых ресурсов здравоохранения (<http://aaahrh.net/>).

Укрепление потенциала ТРЗ в Европе необходимо в целях обеспечения реагирования на различные угрозы в сфере здравоохранения, такие как повышение риска распространения трансмиссивных инфекционных заболеваний и инфекций пищевого происхождения, обусловленного изменением климата (16). В восточноевропейских и южноевропейских странах, для которых характерна относительная нехватка медицинского персонала, серьезную обеспокоенность вызывает проблема устойчивости к противомикробным препаратам (17). Для организации адекватного отклика на эти проблемы требуются инвестиции, направленные на поддержание базовых функций и основного потенциала систем здравоохранения. Центральное место в работе по сохранению этого потенциала должно отводиться финансированию и планированию развития устойчивых кадровых ресурсов здравоохранения, что будет играть решающую роль в осуществлении Международных медико-санитарных правил (1, 18). Однако удовлетворение этого спроса не должно усугубить ситуацию с неравным распределением рабочей силы в ЕС и ослабить и без того неустойчивые системы здравоохранения в странах с низким уровнем дохода.

После нескольких лет экономического спада началось медленное восстановление экономики ЕС и его государств-членов. В соответствии с рекомендациями ООН-КЗЭР настало время широко инвестировать в профессиональную подготовку и трудоустройство ТРЗ по всей Европе. Эти процессы инвестирования и планирования должны проводиться с учетом национальных приоритетов, согласовываться с широким макроэкономическим контекстом Европы и тщательно координироваться между странами. Для устранения усугубляющегося неравенства между системами здравоохранения в Евросоюзе и за его пределами крайне важно реализовать внутриевропейские принципы совместной ответственности, а также осуществить диалог по вопросам гибкости в финансово-бюджетной сфере в целях инвестирования в такие общественные блага как трудоустройство работников здравоохранения.

Рекомендации ООН-КЗЭР об инвестировании в кадровые ресурсы согласуются с положениями стратегии Европейской комиссии «Европа-2020» в отношении экономического роста и трудоустройства (8). Сектор здравоохранения имеет особый потенциал для содействия снижению гендерного разрыва в занятости через повышение уровня занятости женщин, который в настоящее время в ЕС составляет 60% (19). Эффективность инвестиций в трудоустройство, регулирование мобильности кадров и реформы систем здравоохранения зависят от их согласованности с другими стратегическими рекомендациями по социальному сектору в масштабах ЕС. Это включает стандартизацию и возможность переноса пособий по безработице по всему Евросоюзу, а также систему страхования от безработицы в Еврозоне с использованием ресурсов Европейского социального фонда для содействия интеграции мигрантов на рынке труда и в общество (20). В рамках политического диалога некоторые комитеты Европарламента выступили с предложением принять на уровне ЕС закон, предусматривающий минимальный порог оплаты труда в каждой стране. Подобная инициатива может способствовать удержанию медицинских специалистов в частях сектора здравоохранения с более низкой оплатой и, соответственно, регулированию мобильности работников здравоохранения в Европе (21). Поэтому новый план действий, который будет принят по завершении программы «Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения»⁸, должен включать анализ, диалог и более масштабное развитие социальной политики, выходящее за пределы национального уровня, а также стимулировать согласованные меры и солидарность стран Европы в снижении неравенства в сфере труда.

⁸ 29 ноября 2016 г. Европейская комиссия объявила о приеме заявок на тендер № Chafea/2016/Health/18 по оказанию поддержки сети экспертов по вопросам планирования и прогнозирования трудовых ресурсов здравоохранения (с крайним сроком 30 января 2017 г.). «Цель контракта – укрепление межстранового сотрудничества и содействие государствам-членам в расширении информированности, усовершенствовании инструментов и повышении эффективности процессов планирования и политики в сфере кадровых ресурсов здравоохранения. Эта инициатива станет продолжением программы “Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения”, результаты которой будут взяты за основу при ее развитии».

Подобно партнерству в рамках проекта HW4ALL, работающие в области здравоохранения НПО должны сотрудничать с гражданским обществом и профсоюзными движениями из других секторов, чтобы расширить масштаб участия в политическом диалоге о социальных реформах и для укрепления механизмов управления и подотчетности в Европе. Для этого необходимо серьезное общественное движение транснационального и межсекторального уровней. За пределами ЕС сохраняется потребность регулирования миграции в сфере ТРЗ в контексте глобальных международных механизмов трудовой миграции, повестки дня в области устойчивого развития и разработки глобальных и региональных соглашений о свободной торговле. Подобные глобальные процессы управления должны быть основаны на принципах соблюдения прав человека и достижении всеобщего справедливого доступа к услугам здравоохранения (14).

Выражение признательности: Авторы благодарят всех партнеров проекта HW4All.

Источники финансирования: Проект HW4All проводился при финансовой поддержке Европейского союза. В настоящее время Linda Mans участвует в работе Партнерства по адвокации систем здравоохранения, финансируемого Министерством иностранных дел Нидерландов.

Конфликт интересов: Remco van de Pas является членом правления Medicus Mundi International – сеть «Здоровье для всех».

Ограничение ответственности: Авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. No health workforce, no global health security, *The Lancet*, 2016 May 21; 387(10033):2063. ([http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30598-0/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30598-0/fulltext), по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
2. World Health Organization. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf?ua=1>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
3. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Семьдесят первая сессия. Пункт 127 повестки дня. Здоровье населения мира и внешняя политика. Здоровье населения мира и внешняя политика: занятость в области здравоохранения и экономический рост (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.41, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
4. Buchan J, Perfilieva G. Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European Region. World Health Organization, 2015. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/287456/Making-progress-towards-health-workforce-sustainability-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
5. European Union. High-Level Commission Health Employment & Economic Growth: Commitments to action. Geneva, 2016 Dec15. (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/european-union.pdf?ua=1>, по состоянию на 16 июля 2017 г.).
6. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
7. HW4All. A health worker for everyone, everywhere! European Call to Action. (<http://www.healthworkers4all.eu/eu/contributions/european-call-to-action/>, по состоянию на 16 июля 2017 г.).
8. European Commission. Communication towards a job rich recovery. European Commission: Strasbourg; 2012. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=1270&moreDocuments=yes&tableName=news>, по состоянию на 27 июля 2017 г.).
9. Mans L, van de Pas R, de Ponte G. Civil society's contribution and advocacy for implementing the WHO Global Code in the European Region: Six country case studies. In: Siyam A, Dal Poz MR, editors. Migration of health

- workers: the WHO code of practice and the global economic crisis. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf, по состоянию на 27 июля 2017 г.).
10. Kovács R et al. WP4 Report. The applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel within a European context. Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2015. (http://semmelweis.hu/emk/files/2016/03/WHO_Report.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 11. Health Workers 4All, EPHA, EPSU. Mobility of health professionals in the EU: ethical recruitment and policy coherence; event report. European Parliament, Brussels. 2015 May 5. (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/Brussels-1.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 12. Health Workers 4All: Collection of case studies. Practices of WHO Code implementation in Europe: the role of non-governmental actors. 2015. (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/case_studiesREADER.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 13. Health Workers 4 All. Romania: summary report. 2016. (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/PUBL-ROM.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 14. Van de Pas R, Mans L, de Ponte G, Dambisya Y. The Code of Practice and its enduring relevance in Europe and Eastern and Southern Africa. *Human Resources for Health* 2016;14(1);30:55-63. (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0122-y>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 15. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J, editors. Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses. Geneva: World Health Organization; 2014 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-ina-Changing-Europe.pdf?ua=1, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 16. ВОЗ – Европейское региональное бюро. 2010. Изменение климата и здоровье в Европе: возможности для действий в партнерстве. Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья. Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/95752/Parma_EN_Conf_pb3_rus.pdf, по состоянию на 15 августа 2017 г.).
 17. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2017. (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 18. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 г.: более безопасное будущее; глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2007. (http://www.who.int/whr/2007/whr07_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 19. Eurofound. The gender employment gap: Challenges and solutions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. (http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1638en_1.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 20. Andor L. Fair Mobility in Europe. Social Europe Occasional Paper. 2015. (<https://www.socialeurope.eu/wp-content/uploads/2015/01/OP7.pdf>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
 21. Stupp C, Barbière C. MEPs call for EU law requiring minimum wage in every country. | EurActiv.com, 2017 Jan 19. (<https://www.euractiv.com/section/social-europe-jobs/news/meps-call-for-eu-law-requiring-national-minimum-wage-in-every-country/>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).

INFORMATION FOR AUTHORS

There are no page charges for submissions.
Please check www.euro.who.int/en/panorama for details.

Manuscripts should be submitted to eupanorama@who.int

EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by an editorial panel for scope, relevance and scientific quality. Suitable manuscripts are sent for peer review anonymously. Recommendations of at least two reviewers are considered by the editorial panel for making a decision on a manuscript. Accepted manuscripts are edited for language, style, length, etc. before publication. Authors must seek permission from the copyright holders for use of copyright material in their manuscripts.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Постраничный тариф к присланным документам не применяется.
Подробную информацию можно найти на веб-сайте:
www.euro.who.int/ru/panorama.

Рукописи просьба присылать по адресу: eupanorama@who.int

ПРОЦЕСС РЕДАКТИРОВАНИЯ

Все рукописи сначала изучает редакционная коллегия с целью оценки объема, актуальности и научного качества. Выбранные рукописи отправляются экспертам для рецензирования без указания авторов. Затем редакционная коллегия рассматривает рекомендации как минимум двух рецензентов, чтобы принять решение о публикации рукописи. Перед публикацией принятые рукописи проходят литературное редактирование с точки зрения языка и стиля изложения, длины текста и т.п. Авторы должны получить разрешение у владельцев авторского права на использование авторских материалов в своих рукописях.

THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

MEMBER STATES

Albania	Hungary	Russian Federation
Andorra	Iceland	San Marino
Armenia	Ireland	Serbia
Austria	Israel	Slovakia
Azerbaijan	Italy	Slovenia
Belarus	Kazakhstan	Spain
Belgium	Kyrgyzstan	Sweden
Bosnia and Herzegovina	Latvia	Switzerland
Bulgaria	Lithuania	Tajikistan
Croatia	Luxembourg	The former Yugoslav Republic of Macedonia
Cyprus	Malta	Turkey
Czechia	Monaco	Turkmenistan
Denmark	Montenegro	Ukraine
Estonia	Netherlands	United Kingdom
Finland	Norway	Uzbekistan
France	Poland	
Georgia	Portugal	
Germany	Republic of Moldova	
Greece	Romania	

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ

Австрия	Исландия	Сербия
Азербайджан	Испания	Словакия
Албания	Италия	Словения
Андорра	Казахстан	Соединенное Королевство
Армения	Кипр	Таджикистан
Беларусь	Кыргызстан	Туркменистан
Бельгия	Латвия	Турция
Болгария	Литва	Узбекистан
Босния и Герцеговина	Люксембург	Украина
Бывшая югославская Республика Македония	Мальта	Финляндия
Венгрия	Монако	Франция
Германия	Нидерланды	Хорватия
Греция	Норвегия	Черногория
Грузия	Польша	Чехия
Дания	Португалия	Швейцария
Израиль	Республика Молдова	Швеция
Ирландия	Российская Федерация	Эстония
	Румыния	
	Сан-Марино	

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
E-mail: eucontact@who.int
Web site: www.euro.who.int

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eucontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int