



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Методическое пособие по
обеспечению устойчивых
трудовых ресурсов
здравоохранения в
Европейском регионе ВОЗ





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Методическое пособие по
обеспечению устойчивых
трудовых ресурсов
здравоохранения в
Европейском регионе ВОЗ**

АННОТАЦИЯ

Настоящее методическое пособие предназначено для лиц, формирующих политику, специалистов в области планирования и управления кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ) и других заинтересованных сторон, таких как учебные заведения и лица и организации, занимающиеся реализацией политики. Оно задумано как средство поддержки достижения целей, сформулированных в документе "На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий", в котором положения "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." адаптируются к условиям Европейского региона ВОЗ. Структура пособия определяется четырьмя стратегическими областями, зеркально отражающими основные разделы глобальной стратегии: образование и выполнение профессиональных обязанностей, планирование и инвестиции, укрепление потенциала кадров и анализ и мониторинг. В нем предлагаются различные варианты политики и способы их осуществления. Пособие построено таким образом, чтобы дать государствам-членам информацию и указать на практические материалы, такие как методические руководства по оценке КРЗ, формированию политики и планированию, методики анализа и примеры из практики, чтобы помочь им в их усилиях по устойчивому укреплению КРЗ, в том числе путем инвестиций, обеспечивающих покрытие капитальных и текущих расходов. Данное пособие не следует считать исчерпывающим перечнем или сборником рекомендаций по укреплению кадровых ресурсов здравоохранения.

Ключевые слова

EUROPE

HEALTH PERSONNEL

HEALTH POLICY

PLANNING

PUBLIC HEALTH

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и выпуск этой публикации на русском языке.

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных 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. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	iv
Foreword	v
Сокращения	vi
1. Введение в методическое пособие	1
1.1 Системы и политика здравоохранения	3
1.2 Как пользоваться методическим пособием	4
2. Образование и выполнение профессиональных обязанностей	7
2.1 Трансформативное обучение	9
2.2 Маршруты образования	12
2.3 Профессионально-квалификационная структура	13
2.4 Технические средства в сфере предоставления медико-санитарных услуг и медицинского образования	14
2.5 НПК 18	
2.6 Регламентирование и аккредитация	19
3. Планирование и инвестиции	21
3.1 Инвестиции в здоровье и в системы здравоохранения	23
3.2 Планирование системы здравоохранения: зависимость от конкретных условий и многоаспектный характер	24
3.3 Инвестирование в трудовые ресурсы	24
3.4 Источник инвестиций	28
3.5 Стратегическое управление финансами	28
3.6 Достойный результат за потраченные деньги	29
3.7 ЕСоциальная справедливость и ВОУЗ	30
3.8 Инвестиционная устойчивость	31
4. Укрепление потенциала кадров	33
4.1 Стратегическое управление, лидерство и стратегическое руководство	34
4.2 Совершенствование функции организации КРЗ	36
4.3 Роль управления кадровыми ресурсами	39
4.4 Сертификация и регистрация медицинских работников	40
4.5 Социальный "третий сектор"	41
5. Анализ и мониторинг	43
5.1 Анализ КРЗ: оценка современного состояния и потребностей в будущем	45
5.2 Мониторинг	48
5.3 Планирование трудовых ресурсов	49
5.4 Примеры механизмов анализа	51
5.5 Недостатки прогнозов	52
6. Заключение	53
Библиография	55
Приложение 1 Пояснения к матрице политики	64
Приложение 2 Полезные методические пособия и руководства по кадровым ресурсам здравоохранения	66
Приложение 3 На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий	70
Приложение 4 Глобальные вехи, намеченные в "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г."	82

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Поддержку в создании методического пособия предоставил Постоянный комитет Европейского регионального комитета, исходящий из необходимости облечь в форму конкретных практических шагов положения Европейской рамочной основы для действий по обеспечению устойчивых кадров здравоохранения, утвержденной на Шестьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2017 г.

Работа по составлению методического пособия была проведена по заказу региональной технической программы ВОЗ "Кадровые ресурсы здравоохранения", отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья. Главным координатором и автором документа был г-н Cris Scotter, старший советник, Европейское региональное бюро ВОЗ и Министерство здравоохранения, Соединенное Королевство (Англия).

Неоценимый вклад в подготовку пособия внесли г-жа Nuala Burke (Европейское региональное бюро ВОЗ), д-р Jonathan Mayes (Европейское региональное бюро ВОЗ), профессор James Buchan (Европейское региональное бюро ВОЗ), профессор Gilles Dussault (Институт гигиены и тропической медицины, Португалия), профессор Walter Sermeus (Лёвенский институт политики в области медико-санитарной помощи, Бельгия), профессор Viv Bennet (Управление общественного здравоохранения Англии), д-р Marjolein Dieleman (Королевский тропический институт, Нидерланды), д-р Eszter Kovacs (университет имени Земмельвайса, Венгрия), г-н Matthew Edwards (Министерство здравоохранения, Соединенное Королевство (Англия)), г-н John Fellows (Министерство здравоохранения, Соединенное Королевство (Англия)) и д-р Galina Perfilieva (Европейское региональное бюро ВОЗ), чьи комментарии и помощь в ходе работы заслуживают искренней благодарности.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В Европейском регионе ВОЗ, как и повсюду, мы сталкиваемся с целым рядом проблем здравоохранения: быстро стареющее население, рост частоты случаев хронических патологических состояний и мультиморбидности, воздействие негативных экологических, социальных и экономических факторов, широкомасштабная миграция, меняющийся ландшафт информационной технологии и все более требовательное население, активно выступающее в социальных СМИ.

У нас есть единое стремление к всеобщему охвату услугами здравоохранения, предполагающее достижение максимального улучшения здоровья, снижение неравенств в отношении здоровья, гарантии финансовой защиты целых групп населения и отдельно взятых граждан и обеспечение рационального использования ресурсов общества посредством налаживания межсекторального и многосекторального взаимодействия в соответствии с принципами участия всего общества и общегосударственного подхода.

Мы можем добиться этого путем преобразования системы предоставления услуг. В основах европейской политики здравоохранения и обеспечения благополучия Здоровье-2020 сформулированы необходимые стратегические изменения в медицинских услугах, основанные на принципе ориентированности на удовлетворение потребностей людей: для этого необходимо внедрить инклюзивные модели медико-санитарной помощи, переориентировать системы здравоохранения на принцип сотрудничества в оказании первичной помощи, построенного на бригадном методе, и в полной мере реализовать потенциал технических нововведений, таких как электронные медицинские услуги (электронное здравоохранение).

Медицинским работникам принадлежит важнейшая роль в системах здравоохранения: они обеспечивают устойчивость, предоставление высококачественных услуг и способность систем преодолевать негативные внешние воздействия. Умеющие достигать результатов, мотивированные, обладающие необходимой квалификацией, разумно организованные трудовые ресурсы занимают во всей деятельности по решению этих задач центральное место.

В 2017 г. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало рамочную основу для действий по выполнению глобального пятилетнего плана работы ВОЗ, Международной организации труда и Организации экономического сотрудничества и развития по обеспечению занятости в области здравоохранения и экономического роста, принятого на Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Эта рамочная основа была утверждена государствами-членами на Шестьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.

В предлагаемом методическом пособии положения "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." адаптируются к условиям Европейского региона ВОЗ. Пособие дает возможность государствам-членам предпринимать практические шаги по реализации рамочной основы для действий в Европейском регионе.

Методическое пособие поможет государствам-членам до конца осознать, что трудовые ресурсы здравоохранения – это не издержки, а инвестиция, которая необходима для достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения. В нем изложены ключевые стратегические задачи для государств-членов и предлагаются варианты политики и способы их осуществления, чтобы государства-члены могли добиться устойчивого укрепления своих кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ).

Структурно методическое пособие построено так, чтобы отразить стратегические задачи в четырех областях: образование и выполнение профессиональных обязанностей, планирование и инвестиции, укрепление потенциала кадров и анализ и мониторинг. Государства-члены могут использовать это пособие для разработки собственных "домашних" решений, касающихся изменений в распределении, профессионально-квалификационной структуре, компетенциях, образовании, организации и регламентировании работы своих кадров здравоохранения, с тем, чтобы решать свои специфические проблемы КРЗ.

Это методическое пособие задумано как динамичный источник информации, который можно адаптировать. Региональное бюро намерено и впредь вести постоянную работу с экспертами и заинтересованными сторонами,

чтобы совершенствовать его и добавлять к нему новые руководства и методические инструменты, которые помогут государствам-членам решать конкретные вопросы.

Д-р Hans Kluge

Директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья
Специальный представитель Регионального директора по борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, Европейское региональное бюро ВОЗ

СОКРАЩЕНИЯ

ВОП	Врач общей практики
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ЕС	Европейский союз
КРЗ	Кадровые ресурсы здравоохранения
НПК	Непрерывное повышение квалификации
НПО	Неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
УКР	Управление кадровыми ресурсами
HW4all	Проект "Работники здравоохранения для всех"
MUNROS	Проект "Влияние новых ролей медицинских работников на результаты практики и издержки"
MSVP	Проект "Многоязычная виртуальная имитационная модель пациента"
SMART	Конкретность, измеримость, достижимость, актуальность и привязка к определенным срокам (принцип SMART, характеризующий цель)
TEC	Программа "Оказание медицинской помощи с использованием технических средств"
WISN	Оценка потребности в кадровых ресурсах на основании показателей рабочей нагрузки (метод WISN)

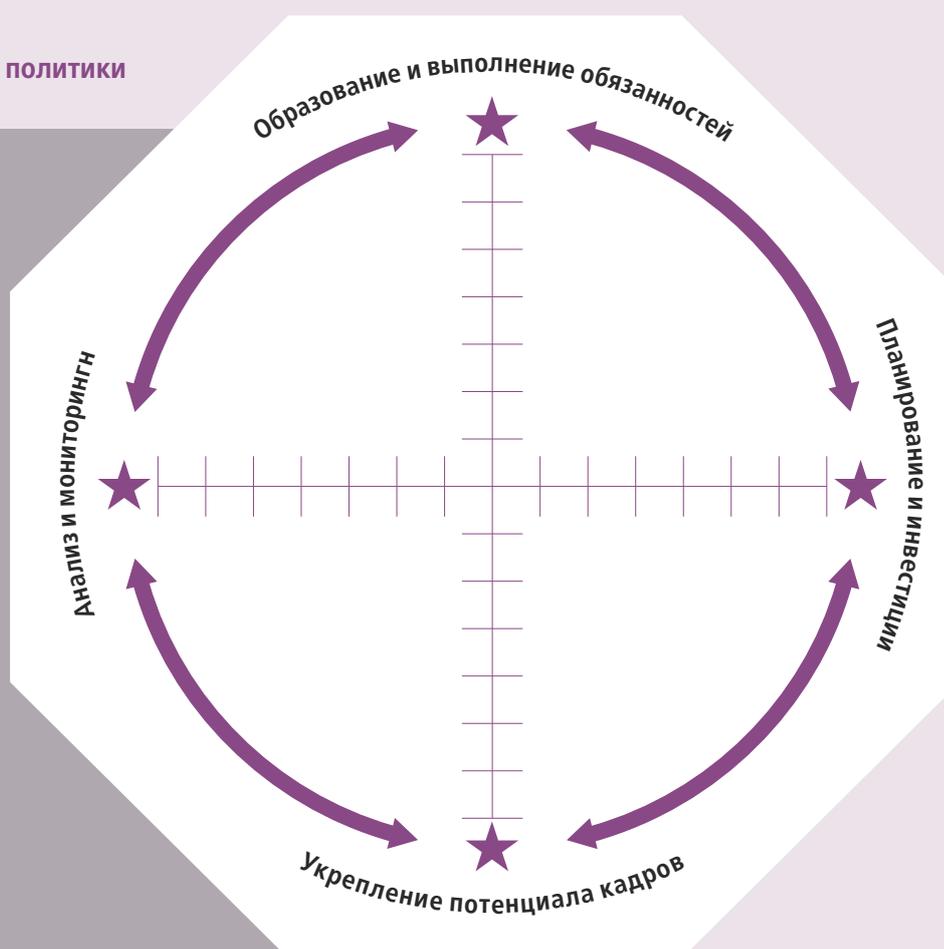
ВВЕДЕНИЕ В МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ



1. ВВЕДЕНИЕ В МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

В данном методическом пособии использована матрица политики, которая представляет глобальные стратегические цели в виде взаимозависимых элементов процесса формирования и реализации политики (рис. 1) (более подробное пояснение матрицы политики приводится в Приложении 1). Пособие призвано служить средством поддержки в решении задач, сформулированных в документе "На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий" (1), в котором положения "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." (2) адаптируются к условиям Европейского региона ВОЗ. В нем определяются главные стратегические цели для государств-членов и предлагаются различные варианты политики и способы их осуществления.

Рис. 1. Матрица политики



Пособие разработано для того, чтобы помочь государствам-членам в их усилиях по устойчивому укреплению КРЗ, в том числе путем инвестиций, обеспечивающих покрытие капитальных и текущих расходов.

Простых решений в сфере планирования КРЗ не бывает, как не бывает и того, что называют "серебряной пулей" – универсального решения всех проблем в любой ситуации. Планирование КРЗ осложнено соперничающими между собой ценностями и целями, многочисленными, но неизменно долгими промежутками времени, которые требуются для того, чтобы подготовить по-настоящему квалифицированных медицинских работников, а также нередко противоположными политическими и профессиональными интересами. Для полноценного планирования КРЗ нужен консенсус и сотрудничество на базовом уровне между разными

заинтересованными сторонами, чтобы можно было обеспечить наличие КРЗ, соответствующих потребностям здравоохранения.

Данное методическое пособие предназначается для лиц, формирующих политику, специалистов в области планирования и управления кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ) и других заинтересованных сторон, таких как учебные заведения и лица и организации, занимающиеся реализацией политики. Пособие содержит информацию и указания на практические материалы, такие как методические руководства по оценке КРЗ, формированию политики и планированию, методики анализа и примеры из практики (Приложение 2). Не следует считать данное пособие исчерпывающим перечнем или сборником рекомендаций по укреплению кадровых ресурсов здравоохранения. Пользователи методического пособия могут применять описанные примеры из практики, ссылки и результаты исследований для выработки собственных решений своих конкретных проблем КРЗ.

Структура пособия соответствует стратегическим задачам в четырех ключевых областях: образование и выполнение профессиональных обязанностей, планирование и инвестиции, укрепление потенциала кадров и анализ и мониторинг. Эти задачи зеркально отражают темы глобальной стратегии, но адаптированы к условиям Европейского региона.

Во вставке 1 содержится резюме основных документов, определяющих общий контекст, на основе которых было разработано методическое пособие.

Вставка 1. Программные документы

Методическое пособие является средством поддержки достижения целей, сформулированных в документе **"На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий" (1)** (текст документа приведен в Приложении 3), который предусматривает формирование устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Общим предназначением рамочной основы для действий является ускорение прогресса в достижении целевых показателей здоровья населения, намеченных в основах европейской политики здравоохранения **Здоровье-2020 (3)**, и более отдаленных целей государств-членов в области здравоохранения, для чего необходимо поддерживать на должном уровне трансформированные и полноценно функционирующие кадры здравоохранения в постоянно укрепляемых системах здравоохранения. В документе представлены четыре главных стратегических задачи, системные факторы, благоприятствующие успешным действиям, и соображения, общие для всех областей деятельности.

Документ **"Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." (2)** охватывает все аспекты КРЗ и служит основой для принятия на межсекторальном уровне быстрых и решительных мер, опирающихся на новые фактические данные и передовую практику.

Политика Здоровье-2020 (3) направлена на поддержку действий по достижению поставленных целей путем решения двух стратегических задач: во-первых, укрепление здоровья всех людей и снижение неравенств в отношении здоровья и, во-вторых, совершенствование лидерства и стратегического руководства с широким общественным участием в интересах здоровья населения.

Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" (4) определяет общие ориентиры и стратегические рамки деятельности по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

В документе **"Заключительный доклад группы экспертов Комиссии высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста" (5)** признается, что инвестирование средств в создание новых рабочих мест в области здравоохранения и социального обеспечения порождает экономический рост. Комиссия разработала новаторские методы решения проблемы дефицита рабочей силы в секторе здравоохранения и обеспечения полного соответствия профессиональных умений и навыков медицинских работников их должностным обязанностям, чтобы повысить эффективность работы сектора здравоохранения и его вклад в рост на благо всех слоев общества

1.1 Системы и политика здравоохранения

ВОЗ определяет системы здравоохранения как "включающие все организации, учреждения и ресурсы, предназначенные для реализации действий, принципиальная цель которых – укрепление, поддержание или восстановление здоровья" (6). Рамочная программа действий ВОЗ по укреплению систем здравоохранения (7) охватывает шесть системообразующих элементов (предоставление услуг; трудовые ресурсы здравоохранения; информация; медицинские изделия, вакцины и технологии; финансирование; лидерство и стратегическое руководство (управление)), которые участвуют в достижении четырех общих целей и конечных результатов (укрепление здоровья (уровень и социальная справедливость), отзывчивость, защита от финансовых рисков и повышение рациональности).

Между системами здравоохранения в Европейском регионе существуют большие различия в структуре, организации и результативности, но все они сталкиваются с аналогичными изначальными трудностями (демографическими, эпидемиологическими, бюджетными, техническими, с изменениями в профессиональной практике и т.д.), которые влияют на КРЗ.

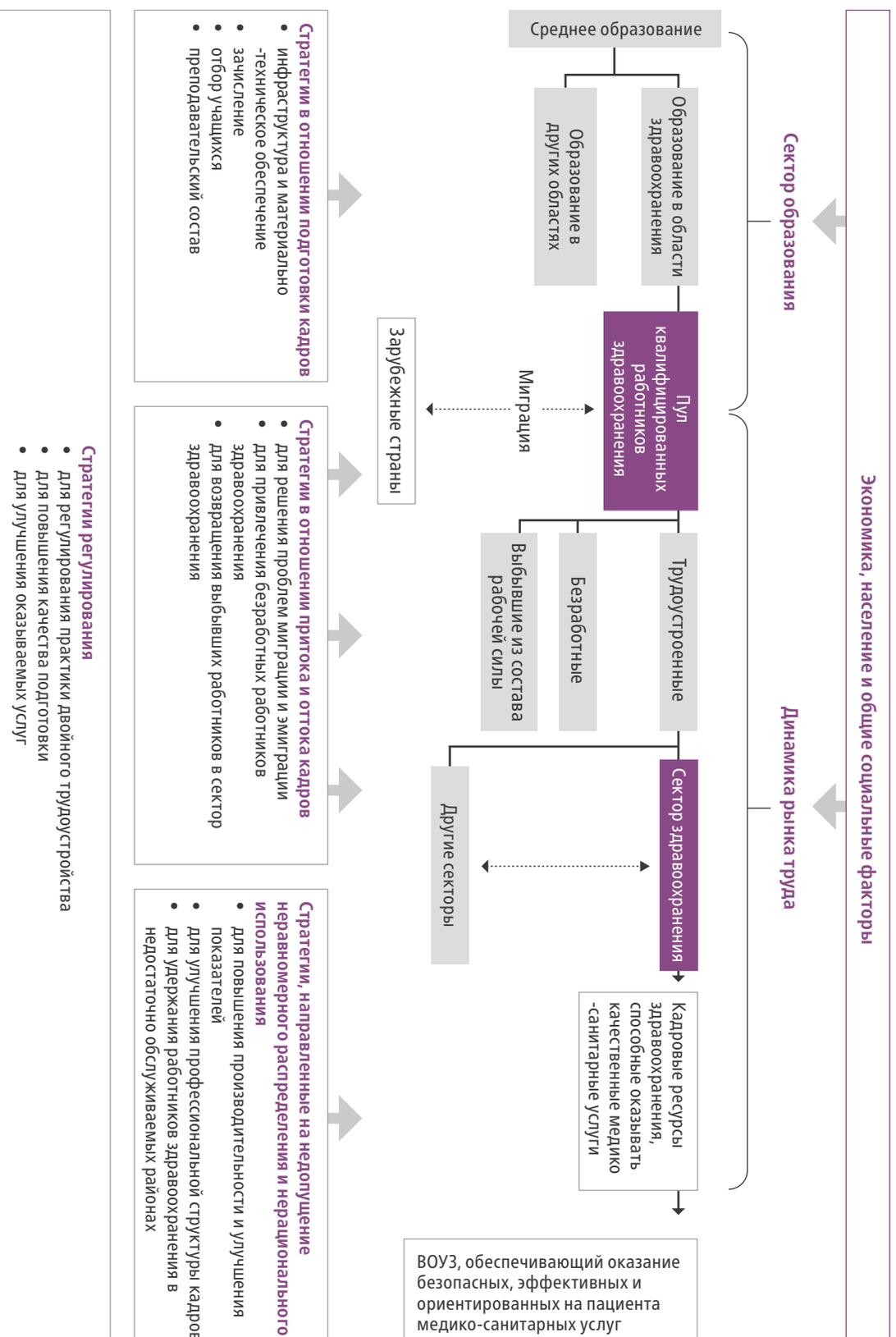
Политика в области здравоохранения предусматривает достижение целей системы здравоохранения путем осуществления контроля и регламентирования различных элементов системы, связанных с предоставлением медико-санитарной помощи, и воздействия на эти элементы. Отсюда вытекает необходимость принимать во внимание то влияние, которое оказывают на здоровье и благополучие населения другие сферы жизни общества, такие как образование, государственное управление, финансы, окружающая среда, транспорт и социальное обеспечение.

В Европейском регионе ВОЗ была принята Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" (4), в которой говорится, что "в политических и институциональных рамках каждой страны система здравоохранения – это совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, предназначение которых – улучшать, сохранять или восстанавливать здоровье людей." В Хартии также отмечается, что системы здравоохранения охватывают предоставление индивидуальных и общественных услуг и деятельность по оказанию влияния на политику и действия других секторов, чтобы можно было воздействовать на более широкие социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья.

К числу рычагов и инструментов политики, которые используются для оказания влияния на результаты деятельности системы здравоохранения с точки зрения политики в отношении кадров здравоохранения, обычно относятся институциональная структура, финансовые ресурсы, механизмы оплаты труда и системы материального стимулирования, регламентирование, предоставление общественных благ (таких как программы иммунизации, меры в сфере общественного здравоохранения или научные исследования), а также сбор, анализ и распространение данных (рис. 2).

Главным фактором успешного функционирования систем и развития или укрепления систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, укрепления потенциала общественного здравоохранения, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и ответных мер в связи с чрезвычайными ситуациями (все это основные элементы приоритетной области 3 политики Здоровье-2020) является в первую очередь наличие квалифицированных и умелых, должным образом мотивированных и пользующихся полной поддержкой кадров. Предоставление высококачественной медицинской помощи также требует финансовой устойчивости – это одна из предпосылок достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Рис. 2. Рычаги и инструменты политики, определяемые схемой динамики рынка труда



Для того, чтобы кадровые ресурсы здравоохранения были устойчивыми, требуется мобилизация усилий целого ряда организаций, которых необходимо убедить в том, что крепкие кадры здравоохранения – это важнейшая инвестиция, способствующая не только улучшению благополучия населения, но и экономическому процветанию. К числу таких организаций относятся государственные и частные поставщики услуг, организации гражданского общества, регулирующие органы, профессиональные ассоциации, профсоюзы и учебные заведения, международные технические и финансовые учреждения, студенты и их семьи.

1.2 Как пользоваться методическим пособием

Используя матрицу политики, лица, формирующие политику, могут включиться в процесс в любой момент в зависимости от необходимости и конкретной ситуации, поскольку эта матрица не является какой-то моделью со строгой последовательностью этапов, а представляет собой попытку проиллюстрировать динамические связи между элементами. Для того, чтобы определить приоритеты и выработать стратегии, нужно понять проблемы КРЗ, которые требуется решить, чтобы двигаться дальше к формированию устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения (рис. 3), а проблемы эти в каждом государстве разные и по своему характеру, и по масштабам.

Любое государство может определить конкретный пакет стратегий, касающихся четырех указанных выше стратегических задач, и конечные итоги осуществления этих стратегий в серии заявлений по каждой стратегической задаче (графически они представлены в матрице звездочкой – состояние дел В). Также можно оценить текущее положение дел как в количественном, так и в качественном отношении (состояние А). Эти действия помогут государствам понять разрыв между целями политики и положением дел в данный момент. Такой механизм позволит тем, кто занимается реализацией политики, определить, какие и где именно необходимо осуществить инициативы и/или изменения, и отслеживать ход их осуществления. Как отмечалось выше, матрицы политики динамичны по своему характеру. Объективное положение со временем будет изменяться: очередность задач будет смещаться по мере изменений в политике и любых изменений или бездействия, которые оказывают влияние на текущее положение дел (позиция А) по сравнению с намерениями политики.

Как рамочная основа для действий, так и методическое пособие были разработаны таким образом, чтобы отразить контекст, в котором существуют региональные проблемы; сами государства-члены могут еще больше приблизить их к своему контексту, чтобы с их помощью решать собственные специфические задачи. В методическом пособии содержатся указания на методики и примеры из практики, которые будут полезны для оценки прогресса и реализации стратегий, нацеленных на решение четырех стратегических задач, поставленных в глобальной стратегии, где обозначены основные вехи, по которым государства-члены смогут сверять прогресс, достигнутый ими к 2020 г. и к 2030 г. (Приложение 4).

Четыре стратегические задачи описываются в следующих главах пособия:

- Глава 2. Образование и выполнение профессиональных обязанностей.
- Глава 3. Планирование и инвестиции.
- Глава 4. Укрепление потенциала кадров.
- Глава 5. Анализ и мониторинг.

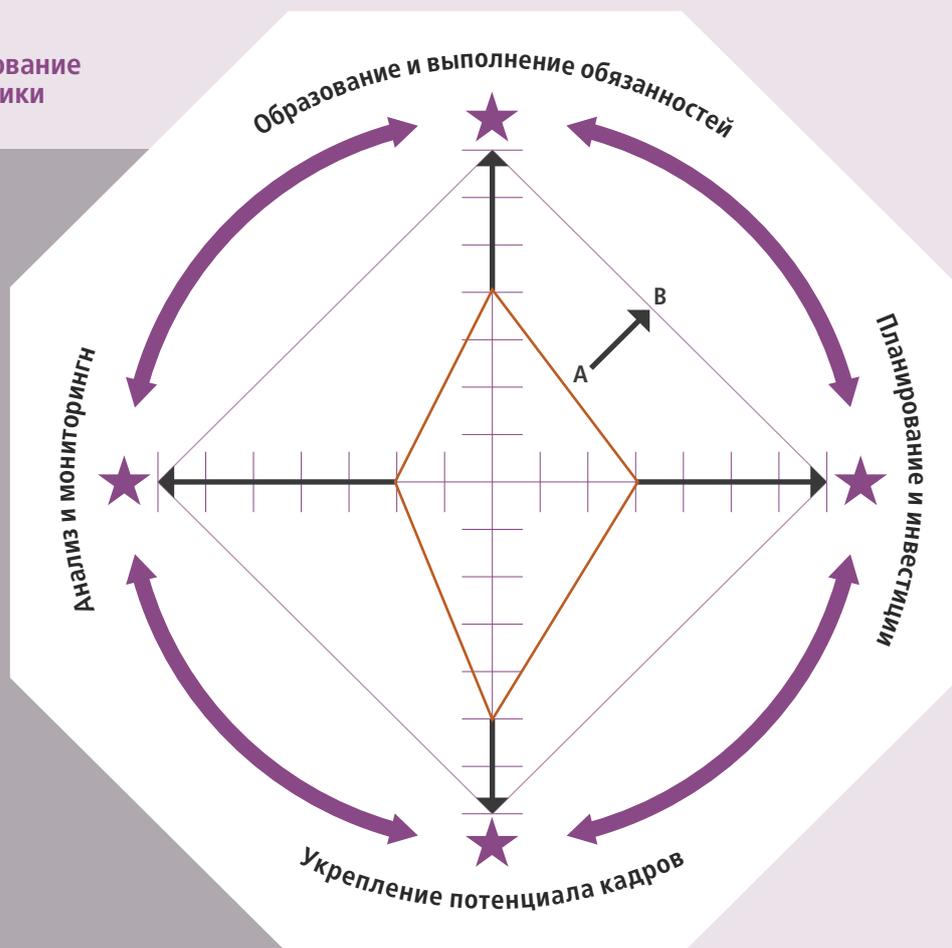
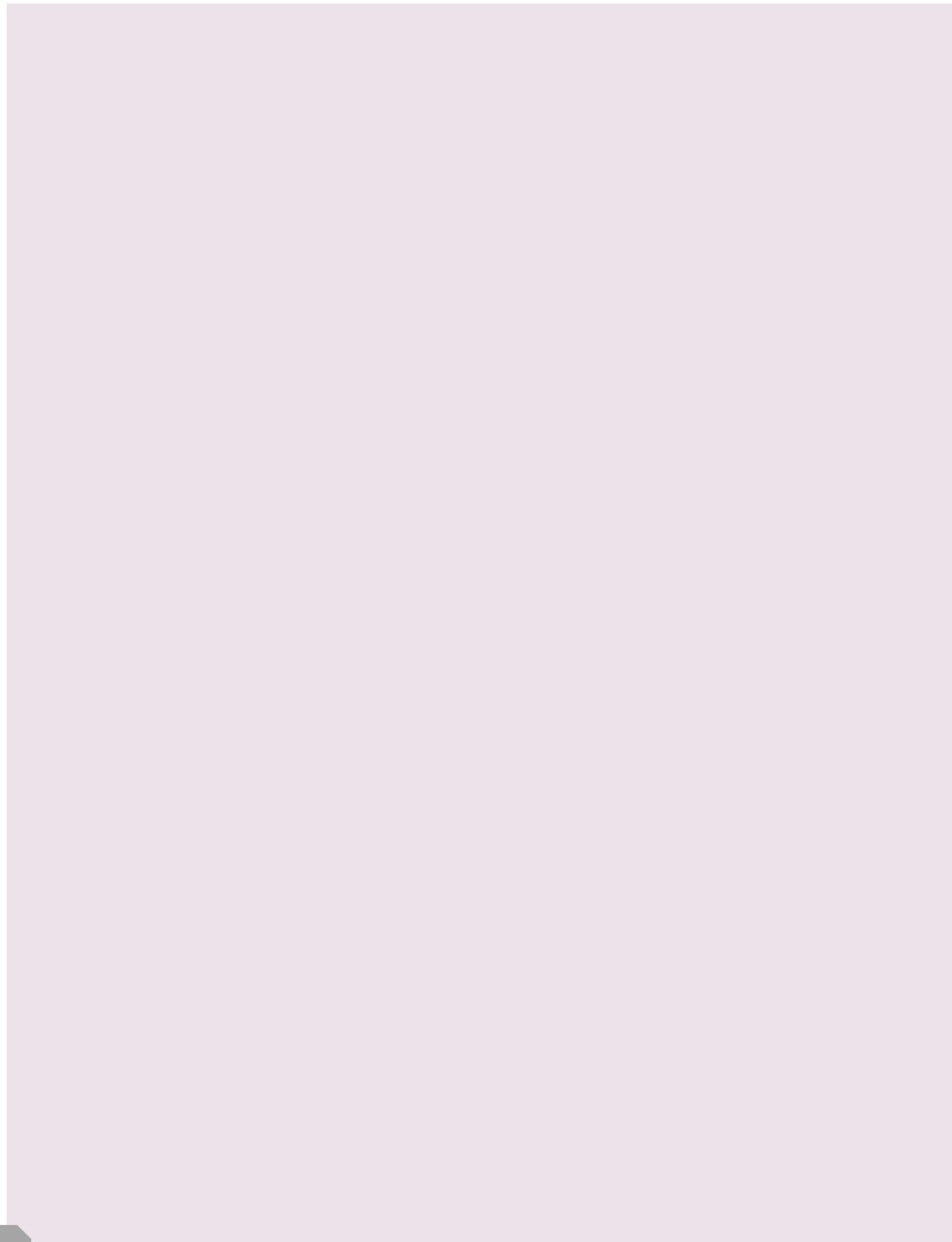
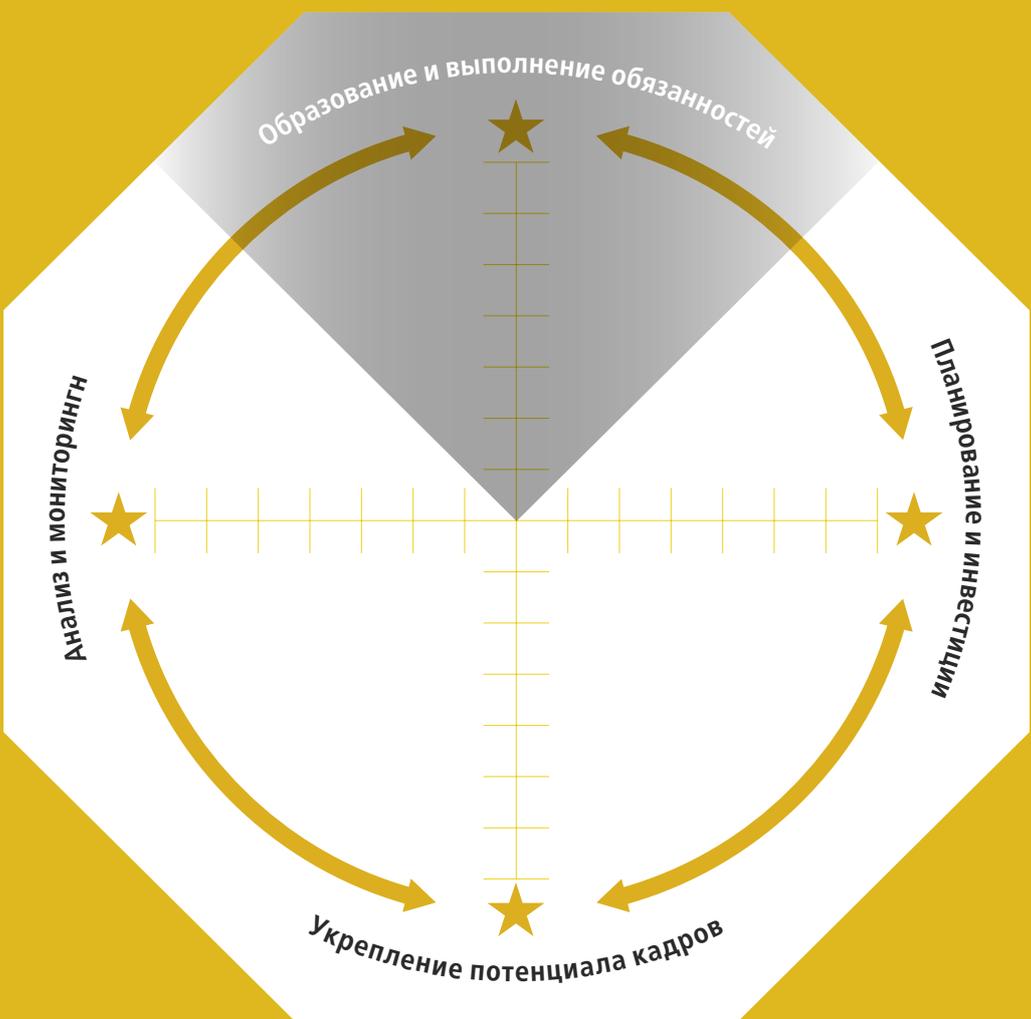


Рис. 3. Использование матрицы политики



ОБРАЗОВАНИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

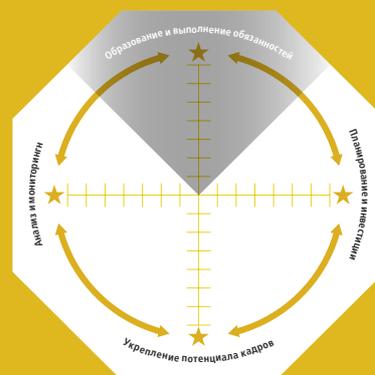


2. ОБРАЗОВАНИЕ И ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

В этой главе рассматриваются следующие вопросы:

- трансформативное обучение;
- маршруты образования;
- профессионально-квалификационная структура;
- технические средства в сфере предоставления медико-санитарных услуг и медицинского образования;
- непрерывное повышение квалификации;
- регламентирование и аккредитация.

Источники информации по перечисленным вопросам показаны во вставке 2.



Вставка 2. Публикации по рассматриваемым вопросам

ВОЗ

Европейское региональное бюро ВОЗ (2016 г.). От инноваций к внедрению. Электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0018/310455/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU-ru.pdf?ua=1).

World Health Organization (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/trans_scaling_hpet/en/).

World Health Organization (2015). eLearning for undergraduate health professional education – a systematic review informing a radical transformation of health workforce development. Geneva: World Health Organization (<http://www.whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/eLearning-healthprof-report.pdf>).

Всемирная организация здравоохранения (2015 г.). Третье глобальное обследование в области электронного здравоохранения. Женева: World Health Organization (http://www.who.int/goe/survey/goe_2015_survey_ru.pdf?ua=1).

World Health Organization (2017). eHealth publications. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/ehealth/publications/en/>).

World Health Organization (2017). Health workforce education and training. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/education/en/>).

Европейская комиссия

European Commission (2013). Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Brussels: European Commission (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf).

European Commission (2015). Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Brussels: European Commission (http://www.ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/recruitment_retention_en).

University of Aberdeen (2017). MUNROS: Health Care Reform: the iMpact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals. In: Health Economics Research Unit [website]. Aberdeen: University of Aberdeen (<https://www.abdn.ac.uk/heru/research/worgc/projects/munros/>).

Вставка 2 продолжение

Другие источники

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*.376(9756):1923–58 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). New health technologies: managing access, value and sustainability. Paris: OECD Publishing (<https://www.oecd.org/publications/managing-new-technologies-in-health-care-9789264266438-en.htm>).

Главное внимание в этой главе уделяется значению стратегий и мероприятий, которые могут быть осуществлены государствами-членами для улучшения результатов образования и выполнения профессиональных обязанностей. В ней рассматривается роль, которую играют поощрение разных вариантов получения образования, непрерывное повышение квалификации (НПК), регламентирование и аккредитация, трансформативное обучение и технические средства в формировании полноценных трудовых ресурсов.

Принимая соответствующие стратегии, направленные на повышение уровня образования и выполнения профессиональных обязанностей КРЗ, государства-члены могут добиться более эффективного использования трудовых ресурсов здравоохранения и повысить их потенциал и качество. Образование является одним из решающих факторов, обеспечивающих реализацию стратегий, сформированных с использованием фактических данных, поскольку оно позволяет изменить профессиональную, техническую и специальную подготовку и оптимизировать выполнение профессиональных обязанностей, качество работы и влияние КРЗ. Такое повышенное внимание стратегиям поможет государствам-членам улучшить функционирование систем здравоохранения и тем самым обеспечить:

- здоровую жизнь и благополучие людей;
- реальный всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ);
- укрепление систем здравоохранения, способных противостоять негативным воздействиям.

Улучшения итоговых показателей здоровья населения в государствах-членах можно добиться благодаря наличию устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения, способных преодолевать любые трудности и обладающих всеми необходимыми знаниями, умениями и нравственными ценностями. Все это должно опираться на прочный фундамент, гарантирующий будущим и нынешним работникам здравоохранения получение такого образования и такой профессиональной подготовки, которые отражают сегодняшние и будущие потребности, связанные, в частности, со старением населения и ростом распространенности неинфекционных заболеваний. Образование и профессиональная подготовка также должны быть гибкими и откликаться на динамичный и меняющийся характер потребностей населения в медицинских услугах.

Важно отметить, что для того, чтобы считаться полноценно функционирующими, системы здравоохранения государств-членов должны быть способны оперативно реагировать на технические, социальные, экологические и экономические изменения и адаптироваться к этим изменениям. Это может привести к росту объема медико-санитарных услуг, для предоставления которых необходимо установить разумный баланс многопрофильных и междисциплинарных умений и навыков медицинских работников.

2.1 Трансформативное обучение

Роль трансформативного обучения, или трансформативного образования новых и уже работающих медицинских работников (для которых это означает повышение квалификации, в том числе непрерывное) для улучшения качества обслуживания становится всё более очевидной. Согласно определению Frenk et al. (8), трансформативное образование представляет собой

наивысший из трёх последовательно повышающихся уровней – от информативного к формативному и затем к трансформативному обучению. Информативное обучение предполагает приобретение знаний и навыков; его цель – подготовить специалистов. Формативное обучение направлено на то, чтобы привить учащимся ценностные ориентиры; его цель состоит в подготовке кадровых работников интеллектуального труда. Суть трансформативного обучения состоит в развитии лидерских качеств; его целью является создание просвещённых субъектов перемен.

Frenk et al. (8) и ВОЗ (9) подчеркивают, что трансформативное обучение и взаимосвязь между здравоохранением и образованием являются необходимым условием для обеспечения всеобщего охвата населения высококачественными комплексными услугами, повышающими возможности достижения равенства в отношении здоровья как в пределах одной страны, так и между странами.

Трансформирование медицинского образования КРЗ представляет собой непростую задачу. В данном разделе описывается ряд подходов, которые могут быть приняты на вооружение; это не окончательный перечень, но здесь определены некоторые ключевые элементы и аспекты для дальнейшей важной и содержательной работы.

Планирование трудовых ресурсов здравоохранения, в котором не учитываются системная среда и взаимосвязь между системами образования и здравоохранения (и их соответствующие возможности и потенциал обеспечения трансформативного обучения тех, кто проходит профессиональную подготовку) и которое поэтому не исходит из потребностей системы в кадрах или из возможности и потенциала для их подготовки, может привести к дисбалансу между возможностями системы здравоохранения и её кадрового состава и фактическими потребностями населения в медико-санитарной помощи. Об этом свидетельствуют:

- оторванные от жизни учебные заведения, которые готовят медицинских работников, не обладающих надлежащей квалификацией и опытом для оказания медицинских услуг населению, и
- дисбаланс в профессиональном составе КРЗ или в численности категорий КРЗ из-за отсутствия контроля за приемом студентов в образовательные учреждения

Образование и профессиональная подготовка, которые предоставляются системами здравоохранения и образования, могут быть фрагментарными, устаревшими и неменяющимися, не иметь аккредитации и иметь явные различия в определениях внутри стран и между ними (8). Трансформативное обучение позволяет решить эти проблемы на местном, национальном и глобальном уровнях.

Высказывалось мнение о том, что для того, чтобы системы могли готовить нужные им кадры здравоохранения, способные предоставлять населению необходимые, ориентированные на человека медико-санитарные услуги, образование должно эволюционировать (9):

... широко признано, что недостаточно адаптировать учебные программы в соответствии с изменяющейся средой и технологиями; сегодня гораздо важнее, чтобы работники здравоохранения были способны адаптироваться к культурным различиям и ценностям, а также к психосоциальным установкам по отношению к различным проблемам здоровья населения.

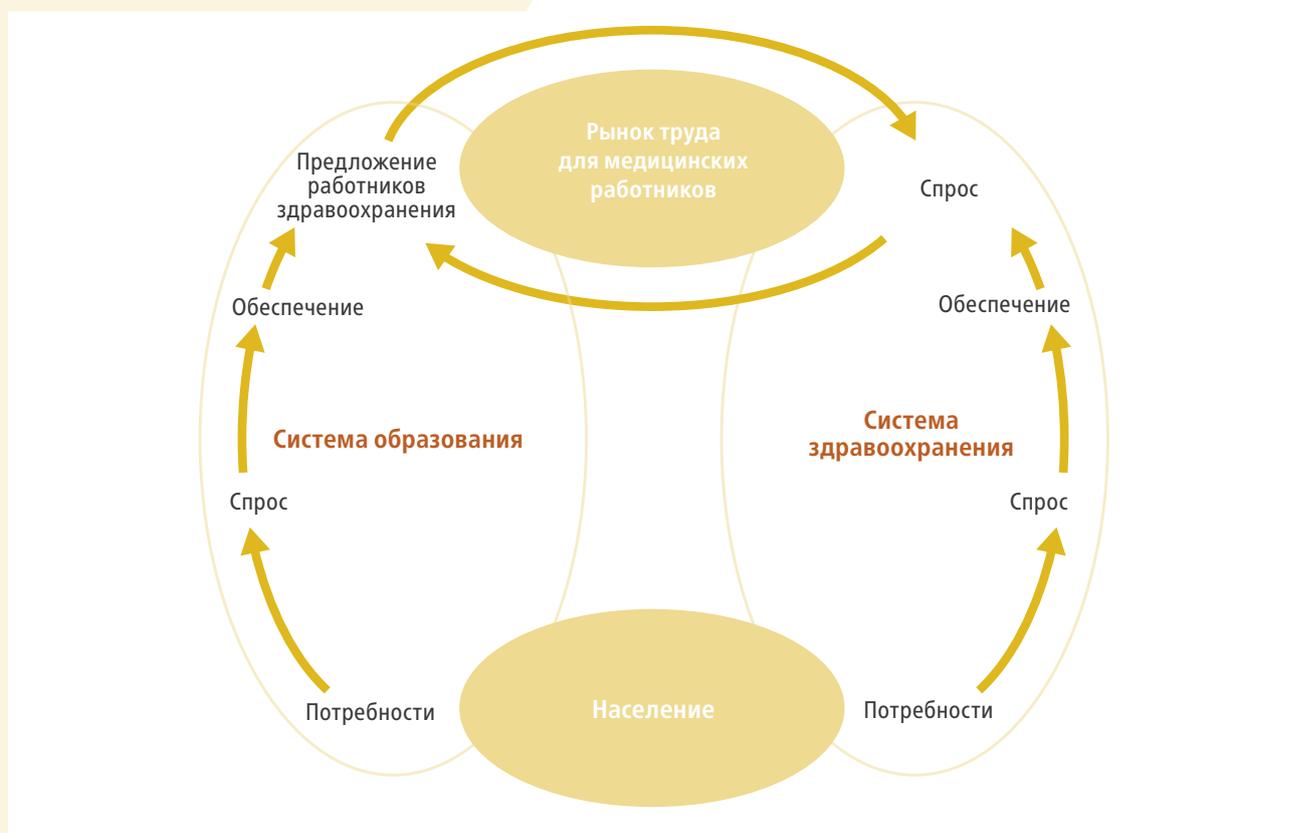
Опираясь на ранее проделанную работу (10,11), ВОЗ разработала первые руководящие принципы трансформирования и расширения образования и профессиональной подготовки медицинских работников (9) и в 2014 г. официально представила их на третьем Глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения. В руководящих принципах определены девять областей деятельности, которые подкреплены рекомендациями по надлежащему стратегическому руководству и планированию:

- подготовка преподавательского состава;
- разработка учебных программ;
- имитационные методы обучения;
- прямое зачисление выпускников учебных заведений;
- процедуры приема;
- оптимизированные маршруты образования и программы ступенчатого образования;
- межпрофессиональное образование;
- НПК и
- надлежащее стратегическое руководство и планирование (политическая поддержка, сотрудничество на уровне министерств, национальное планирование и укрепление и наращивание потенциала).

Существует вполне определенная связь между системами образования и здравоохранения (рис. 2); спрос на медико-санитарные услуги, предоставляемые системой здравоохранения, порождает спрос на работников здравоохранения, который в свою очередь должен быть удовлетворен системой образования (как профессионального, так и общего) (8). Этот спрос удовлетворяется в рамках интегрированной системы (рис. 4), что обусловлено более широкими запросами ¹ населения в целом (в данном случае оно определяется как население, полагающееся на услуги, предоставляемые системой здравоохранения). Население в целом также является источником возникновения потребности в КРЗ, конкурирующим с другими пользователями кадровых ресурсов; поэтому лица, ответственные за планирование, должны помнить о важной роли стратегий привлечения и сохранения кадров.

¹ Эти более широкие запросы в реальной жизни умеряются соображениями прагматичной "реальной" политики (т.е. финансовыми возможностями), более широкой политикой и стратегиями, определяющими распределение ресурсов.

Рис.4. Схема интегрированных систем



Источник: Frenk et al. (8). Перепечатано из The Lancet, 376, 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, 1923–58, © (2010), с разрешения Elsevier.

2.2 Маршруты образования

Подготовка и развитие полноценных и обладающих необходимыми знаниями кадров здравоохранения требует времени. Для создания устойчивой системы здравоохранения лица, ответственные за формирование и реализацию политики, должны добиться того, чтобы при планировании трудовых ресурсов учитывалась среда, в которой они будут действовать; в этом должны участвовать заинтересованные стороны и должен быть определен срок от начала планирования до исполнения планов (см. раздел 5.1 Анализ КРЗ: оценка современного состояния и потребностей в будущем).

Поэтому важно, чтобы все заинтересованные стороны понимали, сколько людей и с какой квалификацией потребуется для программ образования и профессионального обучения, чтобы можно было предоставлять медицинские услуги в будущем, и определили факторы, которые будут влиять на этот процесс (см. рис. 4).

Полноценное планирование найма трудовых ресурсов должно начинаться с заблаговременного привлечения кандидатов; когда возможно, для этого необходимо поощрять студентов к тому, чтобы они правильно выбирали маршруты учебы, как показано в примере из практики 1 (12). Не менее важно, чтобы отбор проводился не только по результатам учебы, которые подтверждаются аттестатом или свидетельством, но также и по склонности и пригодности для медицинского и немедицинского образования. Данные Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства (Англия) и общественного расследования Фондового траста НСЗ

Центрального Стаффордшира (13) указывают на важность и других качеств помимо чисто академических результатов.

Пример из практики 1. Роль целенаправленных мер для усовершенствования практики найма

Согласно прогнозам, по сравнению с 2010 годом в 2020 году в Бельгии будет востребовано на 31,1% больше медсестер и на 57,9% больше помощников по уходу. Положение усугубляется негативными представлениями о работе в секторе медико-санитарной помощи. В 2010 году в Бельгии был принят план действий для решения этих проблем и восполнения ожидаемого дефицита персонала для предоставления медико-санитарной помощи.

Основное внимание в плане действий уделялось найму медицинских работников, а одним из пунктов было улучшение координации различных рекламных кампаний, проводимых в целях достижения более высокой оперативности и результативности в работе медперсонала во Фламандском регионе. Для этого была специально создана должность специального представителя по организации помощи (т.н. "посла по вопросам помощи").

В первую очередь такая инициатива направлена на увеличение найма работников из числа молодежи и повышение качества принимаемых работников, для чего была разработана и проводится скоординированная кампания по рекламе работы в сфере медико-санитарной помощи. Основное внимание уделяется найму медсестер, помощников по уходу и вспомогательного среднего медицинского персонала.

Итоги этой инициативы должны оцениваться в контексте других переменных факторов, например, экономического кризиса после 2008 года, который мог оказать на эти итоги значительное влияние, т.к. во времена экономического кризиса люди склонны выбирать рынки труда с относительно надежным трудоустройством, такие как сфера медико-санитарной помощи. Полностью отделить влияние этих факторов от влияния, которое оказали на наём медицинских работников посол по вопросам помощи и сопутствующие меры, принятые после того, как эта должность была введена в 2010 году, невозможно, однако число принятых на работу сотрудников и зачисленных в медицинские учебные заведения студентов стало значительно больше, и это, по крайней мере отчасти, является результатом усилий посла по вопросам помощи и сопутствующих кампаний по найму персонала.

Источник: Европейская комиссия (12).

Руководители системы здравоохранения должны понимать, что системы здравоохранения существуют в конкурентной среде и что важным (хотя и не единственным) фактором, определяющим индивидуальный выбор, который должны делать потенциальные или уже работающие работники здравоохранения, является наличие альтернативных возможностей трудоустройства. В исследовании ситуации в отношении найма и сохранения кадровых ресурсов здравоохранения в Европе (12) содержится ряд примеров из опыта Германии, Бельгии, Дании, Нидерландов и Соединенного Королевства, которые касаются непосредственно молодежи.

2.3 Профессионально-квалификационная структура

Изменения в профессионально-квалификационной структуре могут вносить значительный вклад в рациональное использование трудовых ресурсов здравоохранения. Этот термин, как правило, означает не только соотношение между числом врачей и медсестер, но и структуру медицинского персонала в составе трудовых ресурсов или разграничение функций и видов деятельности между различными категориями персонала. Buchan & Calman (14) описывают это следующим образом:

Изменения в профессионально-квалификационной структуре могут включать самые разные процессы и нововведения, в т.ч. совершенствование профессиональных навыков среди конкретной группы медицинских работников, взаимозаменяемость между разными группами, восходящее и нисходящее делегирование функций в рамках одной специальности, а также нововведения в должностных обязанностях. Такие изменения могут быть мотивированы разными причинами, включая инновации в услугах, нехватку определенных категорий работников (особенно в бедных городских или в сельских районах), улучшение качества и стремление улучшить соотношение затрат и результатов при предоставлении услуг.

Многие государства-члены в Европе в целях улучшения конечных результатов реформируют системы здравоохранения. Некоторые из них стремятся достичь этого, изучая потенциальный положительный эффект от модификации профессионально-квалификационной структуры в бригадах сотрудников, оказывающих медицинские услуги, путем расширения сферы их профессиональной деятельности и нахождения новых применений для уже существующих медицинских специальностей (см. примеры из практики 2 (12) и 3 (15)).

В странах ЕС и ассоциированных странах в рамках финансируемого Европейским союзом (ЕС) проекта "MUNROS" ("Влияние новых ролей медицинских работников на результаты практики и издержки") была проведена систематизированная оценка влияния этих новых профессиональных ролей на практику, результаты и затраты в различных учреждениях, оказывающих медицинскую помощь и уход. В проекте подробно рассматривались характер, сфера приложения и вклад новых профессиональных ролей. В рамках проекта был оценен клинический эффект, определены границы возможностей для дальнейшей интеграции медицинской помощи, проанализировано соотношение затрат и результатов, а также

Пример из практики 2. Расширение сферы деятельности специалистов, оказывающих медицинскую помощь

Поликлиника в г. Хухтасуо (Финляндия), которая осуществляет первичное медико-санитарное обслуживание, уже более десяти лет испытывает нехватку врачей и медсестер. Ситуация стала настолько критической, что в 2012 году муниципалитет согласился на изменение кадрового состава. В то же время был изменен маршрут предоставления помощи, и главную роль в работе поликлиники стали играть медицинские сестры.

Теперь оценка потребностей пациентов производится дипломированными медсестрами, прошедшими всестороннюю подготовку. Медсестры решают, должен ли пациент обратиться в поликлинику, и если да, то к кому он должен попасть на прием – к врачу общей практики или медсестре. В настоящее время большинство пациентов принимается только медсестрами.

Проект Хухтасуо Халтуун был реализован сотрудниками поликлиники Хухтасуо. При этом какие-либо дополнительные средства практически не потребовались: расходы покрывались главным образом за счет использования сэкономленных средств.

Персонал признал проект успешным. Медсестры почувствовали, что их профессиональные навыки и способности используются с большей пользой, что способствует повышению удовлетворенности работой. Общее впечатление пациентов тоже было положительным, они отметили, что качество услуг возросло. В период между 2012 г., до начала проекта, и 2013 г., когда осуществление проекта шло полным ходом, значительно улучшились процесс предоставления медицинской помощи и исходы лечения пациентов.

Источник: Европейская комиссия (12).

Пример из практики 3. Влияние работы сестринских клиник, организованных на базе местных общин, на исходы медицинской помощи, степень удовлетворенности, доступность и соотношение затрат и результатов

Развитие сестринского дела происходило как ответ на меняющиеся потребности людей, сообществ и медико-санитарных служб. С целью расширения доступа пациентов к медицинской помощи и предоставления экономически целесообразного, высококачественного и современного обслуживания все больше внимания уделяется тому, чтобы помощь по возможности предоставлялась по месту жительства, в местном сообществе, а не в стационаре.

Проведенный недавно обзор 15 исследований, в которых участвовало 3965 человек, был направлен на то, чтобы изучить влияние работы сестринских клиник на такие показатели, как исходы лечения пациентов, удовлетворенность пациентов, доступ пациентов к услугам и соотношение затрат и результатов. В будущих исследованиях с целью оценки сестринских клиник необходимо принять стандартную структуру, чтобы можно было обеспечить строгую оценку, которая позволит рационализировать дальнейшие усилия по созданию системы сестринских лечебных услуг в местных сообществах, по месту жительства пациентов.

Источник: Randall et al. (15).

рассмотрены последствия всего этого для определения и удовлетворения требований к КРЗ и планирования трудовых ресурсов. Результаты исследования (16) показывают следующее:

- изменения в профессионально-квалификационной структуре имеют большое значение для будущих устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения;
- изменения в профессионально-квалификационной структуре не требуют значительного увеличения рабочего времени и могут приводить к снижению затрат;
- пациенты будут готовы принять изменения, а результаты лечения могут улучшиться;
- для изменений необходимы время и поддержка со стороны руководителей и работников систем здравоохранения;
- планирование трудовых ресурсов должно осуществляться исходя из требуемых компетенций, а не строиться на принципах монопрофессионализма;
- предполагаемый рост спроса может быть удовлетворен при условии использования многопрофильных бригад медико-санитарной помощи.

В проведенных недавно исследованиях (17) отмечается, что во многих странах осуществлены реформы, направленные на перераспределение профессиональных ролей с целью максимизации потенциала трудовых ресурсов, и разрабатываются стандартизированные определения. Минимальные требования в отношении образования и практики – это важные шаги в направлении облегчения процедуры признания на все более тесно связанных между собой рынках труда. Недавний обзор (18) имеющихся исследований показал, что замена врачей самостоятельно практикующими дипломированными медсестрами, помощниками врача или медсестрами в учреждениях долгосрочного ухода и первичной медико-санитарной помощи стареющему населению может приводить к исходам и процессам предоставления помощи как минимум не хуже, чем при оказании помощи врачами. Однако исследования также свидетельствуют и о том, что нужно проявлять осмотрительность, чтобы не допустить неблагоприятных последствий (19). Подобные подходы не следует рассматривать как чисто техническую задачу; при планировании должны учитываться возможные последствия и оно должно осуществляться совместно с заинтересованными сторонами

2.4 Технические средства в сфере предоставления медико-санитарных услуг и медицинского образования

Технические средства влияют на то, как проводится обучение трудовых ресурсов здравоохранения и как предоставляются медицинские услуги. Услуги по оказанию помощи все чаще предоставляются с использованием таких технологий, как мобильные приложения, в то время как трансформация образования с помощью технологий проявляется в электронном обучении.

2.4.1 Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (ПТТ), также называемое дистанционным здравоохранением с использованием коммуникационных технологий, является собирательным понятием, включающим в себя, среди прочего, услуги телепомощи, телездравоохранения, телемедицины, мобильного здравоохранения, цифрового здравоохранения и электронного здравоохранения.

Цифровые технологии развиваются экспоненциально и их стоимость в реальном выражении падает. В то же время спрос и расходы на медицинское обслуживание растут, и это представляет собой общую проблему для стран Европейского региона. Тем не менее, темпы внедрения и использование технологий в сфере оказания медицинской помощи продолжают отставать от других отраслей (20).

ПТТ предполагает схождение в одной точке технологий здравоохранения и цифровой, медийной и мобильной коммуникации и все чаще рассматривается как неотъемлемая часть решения проблем, стоящих перед здравоохранением и социальной помощью. В примере из практики 4 (21) рассказывается о трансграничном сотрудничестве нескольких учреждений, в процессе которого благодаря ПТТ обеспечивалось предоставление медико-санитарной помощи, что выражалось в использовании инструментов телемедицины для поддержки медицинских работников и оказания медицинских услуг.

Комментируя прогнозы относительно того, какие компетенции понадобятся медсестрам в будущем в условиях развития дистанционного здравоохранения с использованием коммуникационных технологий, Murphy et al. (22) предполагают, что трансформированные

Пример из практики 4. Предоставление медико-санитарной помощи и образования посредством телемедицины в районах с недостаточным уровнем обслуживания

Сотрудничество между Ненецким автономным округом в Российской Федерации и Норвежским центром комплексной помощи и телемедицины улучшает результаты лечения пациентов и предоставляет возможность дистанционного обучения для медицинского персонала.

Территория Ненецкого автономного округа составляет 176000 кв. км, население – 43000 человек. На территории округа много изолированных общин. Цель проекта заключалась в улучшении при помощи телемедицины здоровья коренного населения – ненцев, особенно детей и беременных женщин. Телемедицина применялась с привлечением специалистов разных областей – здравоохранения, технологии и образования. Проект финансировался обоими государствами; дополнительно в его рамках изучался вопрос об использовании технологий для привлечения, найма и дальнейшего обучения сотрудников.

Было установлено, что телемедицина является эффективным инструментом для охвата сельского населения, привлечения сотрудников и снижения издержек.

Источник: Bye et al. (21).

здравоохранение и медико-санитарная помощь могут быть обеспечены только за счет "инновационного и разумного использования медсестрами информационных технологий здравоохранения" при оказании помощи пациентам и их семьям. В отчете о пост-конференции по информатике в сестринском деле 2016 г. (23) приводится полезный пример из практики, в котором рассматривается деятельность, направленная на предоставление последипломного образования медсестрам в Нидерландах, где с 2016 года в учебную программу входит высокотехнологичное медицинское обслуживание.

В Европейском регионе приняты Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия – Здоровье-2020 (3). Политика Здоровье-2020 открывает для лиц, определяющих политику в Европе, видение будущего, указывает стратегическое направление и приоритеты, а также содержит рекомендации о том, как улучшать медико-санитарные услуги, решать проблемы неравенства и обеспечивать здоровье и медицинскую помощь будущим поколениям. ВОЗ предоставляет ряд онлайн-ресурсов, которые могут быть использованы для оказания поддержки государствам-членам (см. вставку 2).

В докладе Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) о новых технологиях (24) содержится полезная информация о необходимости применения комплексных подходов к организации внедрения и использования технологий здравоохранения для смягчения проблем, связанных с наличием технологий в клинической практике и с финансированием (см. примеры из практики 5 (25) и 6 (26)).

Королевский фонд предоставляет полезную информацию о характере и применении технологий и их использовании преимущественно в Национальной службе здравоохранения в Соединенном Королевстве, но также и в других странах. Своими специфическими подходами к

Пример из практики 5. Предоставление медико-санитарной помощи и образования посредством телемедицины и телеобразования в районах с недостаточным уровнем обслуживания

Программа телемедицины в португальской провинции Алентежу направлена на решение проблем, возникающих при осуществлении медико-санитарной помощи и телеобучения медицинских работников в этой географически обширной, но малонаселенной области. При том, что площадь региона составляет треть территории страны, в нем проживает лишь 5% населения Португалии, а 25% жителей региона – люди старше 65 лет.

Препятствиями для получения медицинской помощи являются относительно низкий уровень образования и доходов, низкая плотность населения, плохо организованный общественный транспорт, ограниченные возможности получения специализированных услуг и нехватка врачей. Телемедицина оказала положительное влияние на предоставление медико-санитарной помощи: в период с 1998 по 2011 год было проведено более 130 000 сеансов телемедицины, включая телеконсультации в режиме реального времени, теле-рентгенологию, теле-ультразвуковые исследования и теле-патологию.

В рамках программы для медицинских работников проводятся бесплатные сеансы дистанционного обучения. Благодаря внедрению сеансов дистанционного обучения в формате соединения одного абонента с множеством подключаемых абонентов удалось значительно увеличить число медицинских работников, участвующих в дистанционном обучении из своих удаленных мест проживания. Метод дистанционного обучения доказал свою эффективность с точки зрения финансовых и временных затрат и достигаемых результатов, так как при его использовании практически отпадает необходимость совершать поездки.

Реализация этой программы привела к тому, что Министерство здравоохранения Португалии попросило разработать общенациональную программу телемедицины.

Источник: Oliveira et al. (25).

укреплению систем здравоохранения, ориентированных на людей, и укреплению потенциала общественного здравоохранения национальные программы электронного здравоохранения вносят вклад в реализацию политики Здоровье-2020 во всех государствах-членах (см. пример из практики 5 (25)).

Пример из практики 6. Влияние теле-стоматологии на повышение оперативности в работе лечебного учреждения

Электронная стоматология может служить важным подспорьем в работе таких медицинских работников, как стоматологи-специалисты, стоматологи-гигиенисты и помощники стоматолога. Кафедрой коммунальной стоматологии в университете Земмельвайса в Венгрии было проведено экспериментальное исследование.

В целом его результаты показали, что из 6 часов рабочего времени до 1,67 часа (28%) было непроизводительным временем. Благодаря применению решений, сформированных программным обеспечением, это время было сокращено на 67% (до 30–35 минут). За это сэкономленное время могли пройти лечение еще 1-2 пациента (в зависимости от процедур), и удалось значительно сократить ожидание в очереди. Это эквивалентно почти 13 полным рабочим дням (12,8) на каждого стоматолога в год.

Университет Земмельвайса продемонстрировал, что благодаря применению методов теле-стоматологии можно использовать профессиональные знания и опыт даже тех практикующих стоматологов, которые временно отсутствуют и не могут оказывать прямую медицинскую помощь. Для контрольных осмотров использовались изображения, получаемые с помощью камер, вводимых в ротовую полость, или смартфонов. С помощью программного решения можно организовать консультации и запрос или предоставление независимого мнения другого врача. Было установлено, что это позволило стоматологическим кабинетам или клиникам рационально использовать 25% непроизводительного рабочего времени стоматологов, которые принимали участие в исследовании. Стоматологи, принимавшие участие в экспериментальном исследовании, являлись высококвалифицированными специалистами до выхода на пенсию или специалистами, которые не могли предоставлять помощь напрямую в результате длительного перерыва в работе; в качестве специалистов в теле-стоматологии охотно участвовали стоматологи, находившиеся в отпуске в связи с рождением ребенка.

Указанные методы не предусматривали предоставления стоматологических вмешательств пациентам, которые были приписаны к одному из 280 стоматологических пунктов в Венгрии, не укомплектованных стоматологами, но позволяли дополнить диагнозы у таких пациентов и предоставить им консультацию.

Источник: Nemeth (26).

Применение информационных технологий в сфере медико-санитарной помощи способствует улучшению доступа, своевременности и хранения медицинской документации. Степень использования и внедрения оцифрованной медицинской документации в государствах-членах разная. Например, в Дании в цифровом формате выписываются рецепты врачей общей практики для аптек (27), что приводит к сокращению числа пациентов, которым нужно обращаться к врачу для возобновления рецепта..

2.4.2 Электронное обучение

Электронное обучение, или использование электронной технологии в области

профессиональной подготовки и образования может улучшить качество образования и расширить доступ к знаниям в географически удаленных местностях или в районах, где не хватает местных учебных заведений (см. пример из практики 7) (28). С помощью технологии можно расширить доступ к медицинскому образованию для более широкой аудитории и более рационально использовать имеющиеся образовательные ресурсы.

Пример из практики 7. Многоязычные виртуальные имитационные модели пациента

Проект "Многоязычная виртуальная имитационная модель пациента" (MVSP) – это проект международного сотрудничества, объединяющий 11 государств-членов в Европейском регионе ВОЗ. Он помогает получать медицинское образование во всей Европе в рамках программы образования на протяжении всей жизни, осуществляемой Европейской комиссией. Проект MVSP предусматривает предоставление имитационных моделей пациента учреждениям первичной медико-санитарной помощи, причем модели пациента имеются на английском, болгарском, венгерском, испанском, итальянском, немецком и португальском языках.

Дополнительным достоинством MVSP является возможность предоставлять образование по межкультурной коммуникации, так как имитационные модели пациента могут имитировать больного, не являющегося уроженцем данной страны, а представляющего категории мигрантов или других пациентов, говорящих на другом языке.

С MVSP также связаны экономические выгоды, поскольку привлечение актеров на роль больных для целей медицинского образования требует денег, обстоятельного инструктирования и тщательной подготовки. Благодаря этой технической инициативе у студентов появляется больше гибкости в процессе учения и повторения пройденного материала, при этом MVSP можно адаптировать к учебной среде и за пределами учреждений первичного звена.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (28).

Выполненный по заказу ВОЗ учеными из Имперского колледжа Лондона систематизированный обзор литературы с целью установления доказательной базы для электронного обучения позволяет сделать вывод о том, что электронное обучение может быть таким же эффективным, как и традиционные методы образования при подготовке медицинских работников (29). Результаты и выводы из 108 исследований показали, что посредством электронного обучения в режиме онлайн и в автономном режиме студенты приобретают знания и навыки ничуть не хуже, а то и лучше, чем при традиционных методах преподавания.

По данным, приведенным в документе "Здоровье работающих: глобальный план действий", который был утвержден резолюцией Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.26 (30), в мире не хватает 7,2 млн специалистов медико-санитарной помощи, и эта цифра продолжает расти. Более широкое применение электронного обучения может помочь удовлетворить потребность в подготовке большего числа медицинских работников во всем мире. ВОЗ в публикации "Transforming and scaling up health professionals' education and training" ["Преобразование и расширение масштабов образования и подготовки медицинских работников", на англ. языке] (9) дает методические рекомендации относительно электронного образования.

Третье глобальное обследование ВОЗ в области электронного здравоохранения (31) показало, что главное внимание в электронном обучении уделяется тому, чтобы вооружить медицинских работников знаниями и умениями, но оно также является ценным средством

получения образования для пациентов и просто граждан. Присутствие и популярность электронного обучения во всем мире растут, благодаря ему все больше людей получают доступ к образовательному контенту и преобразуется способ использования существующих образовательных ресурсов.

Электронное обучение используется во многих странах для преподавания медико-санитарных дисциплин студентам и для повышения квалификации практикующих медицинских работников. Как показывают результаты, электронное обучение главным образом применяется для облегчения доступа к образовательному контенту и снижения его стоимости. Эти же результаты свидетельствуют о том, что государства-члены понимают выгоды от использования электронного обучения и что в большинстве стран электронное обучение развивается и применяется в формальных образовательных программах, имеющих отношение к здравоохранению.

В последние годы в секторе электронного обучения проявилось несколько тенденций, большинство из которых связано с широкомасштабным ростом скорости и доступности интернета и с изменениями в способах использования техники. Электронное обучение можно пройти с помощью компьютеров, мобильных устройств, таких как смартфоны и планшеты (часто такую форму электронного обучения называют мобильным обучением), открытых онлайн-курсов и по каналам социальных СМИ, а облегчают его открытые образовательные ресурсы. К другим часто используемым источникам онлайн-обучения относятся видеофильмы и учебные материалы, выложенные на вебсайтах поставщиков медико-санитарных услуг, частно-государственных партнерств и объединений и организаций, связанных с предоставлением медицинской помощи.

Признавая, что цифровая компетентность является одним из основных навыков, которым должны обладать люди в обществе знания, Европейская комиссия в своей "Цифровой повестке дня для Европы" призывает государства-члены ЕС к включению электронного обучения в ряд основных национальных стратегий в сфере образования и подготовки кадров (32). Кроме этого, в документе "Opening up education: innovative teaching and learning for all through new technologies and open educational resources" ["Открыть возможности для получения образования: инновационные методы преподавания и учения для всех с помощью новых технологий и открытых образовательных ресурсов"] (33), также подготовленном Европейской комиссией, предлагаются меры по более широкому применению информационно-коммуникационной технологии в сфере образования, чтобы помочь студентам, преподавателям, учреждениям и работникам, стремящимся к непрерывному повышению своей квалификации, а также способствовать созданию рабочих мест и укреплению трудовых ресурсов.

Для достижения этих целей и стимулирования инноваций и научных исследований всячески поощряется использование открытых технологий, методик и образовательных ресурсов. Электронное обучение может стать ценным инструментом, дающим возможность научиться использовать технические средства и повысить цифровую компетентность, сформировать новые умения и навыки и повысить квалификацию людей, выходящих на рынок труда. Когда медицинские работники понимают, как можно использовать информационно-коммуникационную технологию в качестве средства поддержки при предоставлении медико-санитарной помощи, они лучше могут научить своих пациентов использованию технических средств для оказания медицинской помощи самим себе.

В докладе ВОЗ "От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ" (28) отмечается, что лишь очень немногие государства-члены (всего шесть) сообщили о возможности получения свидетельства или диплома об образовании в области медико-санитарных наук полностью в режиме онлайн, а 19 государств указали, что курсы электронного обучения аккредитованы в качестве формы непрерывного медицинского

образования для медицинских работников. Электронное обучение в сфере медико-санитарной помощи применяется не во всех учреждениях, а каких-либо оценок чаще всего нет. Оценку использования электронного обучения для практикующих медицинских работников провели четыре страны, а для студентов – только три страны.

Электронное обучение означает не только перевод традиционного образовательного контента в электронный формат: оно требует внесения изменений в стратегии и расширения рамок профессиональной квалификации кадров, чтобы по-другому организовать, представить и проводить учебный процесс. В 22 странах самым серьезным препятствием оказался недостаток финансирования для разработки и поддержания программ электронного обучения. Для того, чтобы внедрить электронное обучение в будущем, важно включить в стратегии развития медико-санитарной помощи материальное стимулирование электронного обучения и цели дальнейшего развития образования.

2.5 НПК

Полноценное непрерывное повышение квалификации (НПК) оказывает положительное влияние на качество сотрудников и сохранение кадров.

Сохранение кадров – это один из главных элементов в работе по решению проблем, связанных с кадровым обеспечением. Факты свидетельствуют о том, что организация НПК усиливает стратегии сохранения кадров и что одной системы морального и материального поощрения мало (9,12,34,35). Также положительный эффект от НПК возрастает, когда оно увязывается с перспективами карьерного роста и сопровождается другими мерами в сфере образования (9).

НПК является средством поддержания компетентности КРЗ на должном уровне, предполагающим отношение к образованию и повышению профессиональной квалификации как к постоянной, систематической деятельности, ориентированной на определенные конечные результаты (36). НПК, которое может включать приобретение управленческих, социальных и других навыков, традиционно выходящих за рамки учебных планов по клиническим дисциплинам, позволяет добиться повышения результативности в работе КРЗ и приводит к тому, что предоставление медико-санитарной помощи более полно отражает потребности стандартами и имеет аккредитацию, что обеспечит его целенаправленность и сделает его действительно нужным (см. пример из практики 8 (37)).

Пример из практики 8. Регламентация участия медицинских работников в процессе НПК

В Хорватии от фармацевтов не требуется, чтобы у них были документы, подтверждающие их достижения в учебе после окончания вуза, однако потребовался инструмент, регламентирующий их НПК. Поэтому была разработана система баллов, при которой фармацевты должны представить те баллы, которые они накопили благодаря участию в процессе НПК. Число присваиваемых баллов бывает разное и определяется Хорватской фармацевтической палатой. Примерами деятельности по непрерывному повышению квалификации являются участие в электронном обучении, организуемом фармацевтическим конгрессом, публикация научных статей и преподавательская деятельность.

С момента внедрения этой системы в 2013 г. этот процесс охватил 30% аптек, в которых фармацевты выбирают виды учебной деятельности исходя из собственных представлений о

Пример из практики 8 продолжение

потребности в повышении квалификации. К числу существующих на сегодняшний день проблем относятся неодинаковое качество видов учебной деятельности, трудности в получении поддержки от заинтересованных сторон и налаживании сотрудничества с промышленностью. Было признано, что залогом успеха является готовность всех заинтересованных сторон участвовать в процессе НПК и выбор целей в соответствии с принципом SMART (конкретность, измеримость, достижимость, актуальность и привязка к определенным срокам).

Возврат к практике прохождения фармацевтами регистрации каждые шесть лет привел к тому, что теперь фармацевты участвуют в более организованном и целенаправленном процессе НПК, в результате чего служба здравоохранения стала лучше регулироваться и в большей степени соответствовать ожиданиям населения.

Источник: Международная фармацевтическая федерация (37).

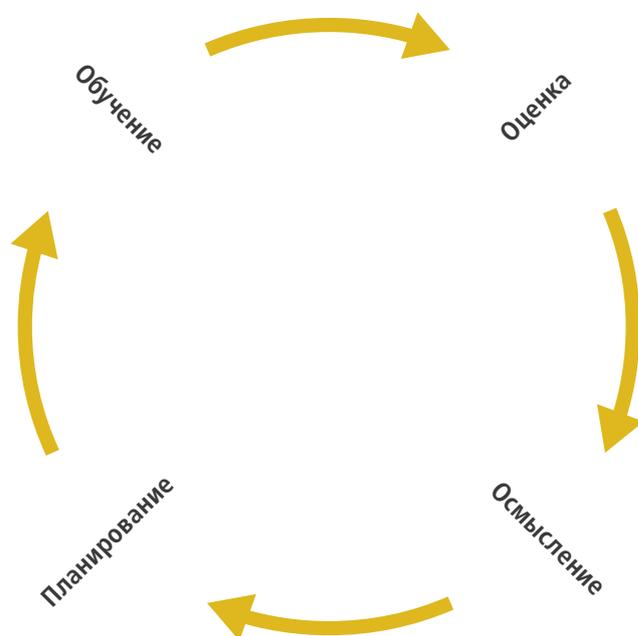
НПК – это вложение средств и усилий в расширение возможностей и укрепление потенциала кадров здравоохранения, и выгоды для любой системы здравоохранения перевешивают такие недостатки, как время и стоимость участия в процессе НПК. Регулирующие органы и службы управления кадровыми ресурсами (УКР) могут взять на себя ответственность за предоставление медицинским работникам доступа к мероприятиям в сфере НПК (см. раздел 4.4, посвященный сертификации и регистрации медицинских работников).

Использование принципов трансформативного образования (8,9) гарантирует, что НПК будет служить повышению уровня знаний и умений медицинских работников, и создает для систем необходимые и вполне конкретные возможности воспользоваться преимуществами перераспределения функций между врачами и медсестрами в соответствии с меняющимися потребностями населения в медицинской помощи. Например, в Италии медицинские сестры, работающие в комплексном диабетическом отделении, прошли специальное обучение по предупреждению и ведению связанных с сахарным диабетом осложнений. Это облегчает предоставление услуг диабетическим больным и снижает затраты на КРЗ (38).

Международная фармацевтическая федерация (37) и многие другие подчеркивают значение цикла обучения Колба² для НПК (рис. 5) и важность применения такой методики обучения в режиме онлайн, которая позволяет людям видеть свой прогресс, в то время как сотрудник регулирующего органа может проверить или оценить компетентность людей..

² Цикл обучения Колба дает возможность и помогает использовать более гибкие методы преподавания, при которых учитываются разные стили учебы.

Рис. 5. Четыре этапа НПК

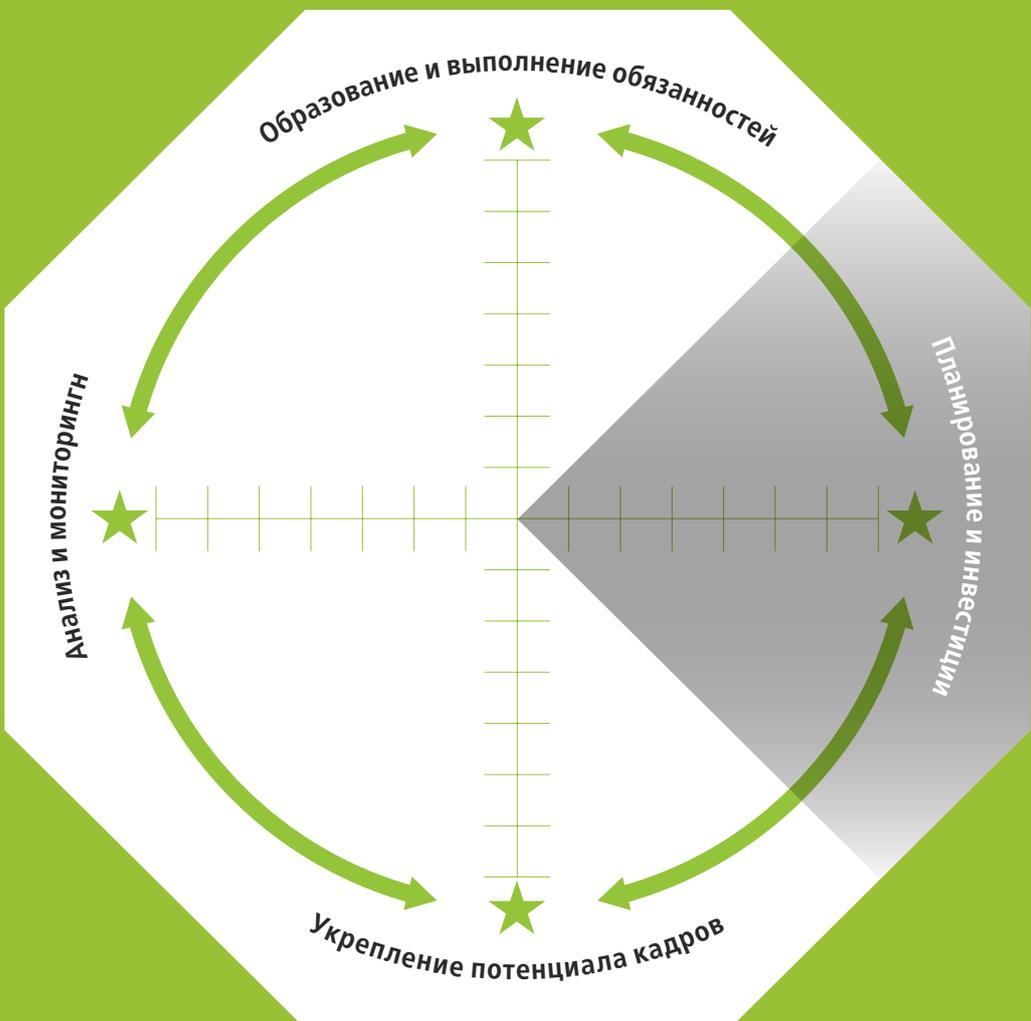


2.6 Регламентирование и аккредитация

Последние научные исследования указывают на потенциальную пользу отслеживаемого и регламентированного НПК в онлайн-режиме (37), которое получает все большее распространение в Европейском регионе. Системы регламентирования для каждой медицинской профессии в каждом государстве-члене разные: эту функцию выполняют либо учебные заведения, либо профессиональные советы или коллегии (9).

В исследовании процессов НПК и учения на протяжении всей жизни, проведенном в рамках программы здравоохранения ЕС (39), сравнивалось участие в процессе НПК медицинских работников разных профессий в разных странах Европейской экономической зоны. В исследовании предлагаются рекомендации в отношении политики укрепления сотрудничества на региональном уровне и подчеркиваются выгоды участия в процессе НПК для всех медицинских работников. Сравнения практики НПК, которые могут использоваться в качестве инструмента лицами, формирующими политику на национальном и региональном уровнях, выполняются соответствующими профессиональными объединениями. Например, Совет специалистов европейских стран по гигиене труда ежегодно издает обновленный сводный документ с информацией о профессиональных объединениях и о требованиях к условиям труда, которую предоставляют ему национальные объединения (40).

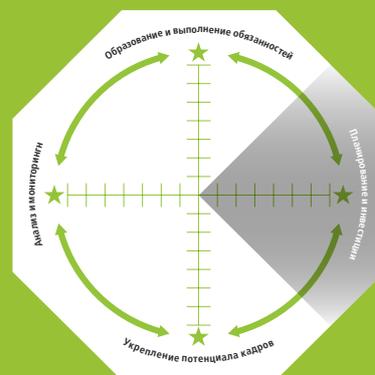
Аккредитация образовательных программ, предлагаемых для подготовки медицинских работников, вливающих в состав трудовых ресурсов здравоохранения, является неотъемлемым элементом в деятельности по обеспечению качества и соответствия квалификации медицинских работников тем навыкам и умениям, которые требуются для того, чтобы они могли выполнять свои профессиональные обязанности в соответствующих областях здравоохранения.



3. ПЛАНИРОВАНИЕ И ИНВЕСТИЦИИ

В этой главе рассматриваются следующие темы:

- инвестиции в здоровье и в системы здравоохранения;
- планирование систем здравоохранения: зависимость от конкретных условий и многоаспектный характер;
- инвестирование в трудовые ресурсы;
- инвестирование в образование КРЗ;
- развитие возможностей подготовки кадров;
- источник инвестиций;
- стратегическое управление финансами;
- достойный результат за потраченные деньги;
- социальная справедливость и ВОУЗ;
- инвестиционная устойчивость.



В главе рассматривается роль планирования и инвестиций в контексте предложения и спроса на кадры здравоохранения и отмечается положительный экономический эффект, который может иметь инвестирование средств в КРЗ, действующее как стимул экономического роста. Также рассматриваются сложный многоаспектный характер систем здравоохранения и необходимость действенного стратегического руководства и принятия в расчет истинных инвестиций³ в КРЗ для обеспечения устойчивости.

Источники информации по перечисленным вопросам показаны во вставке 3.

Вставка 3. Публикации по рассматриваемым вопросам

ВОЗ

Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors (2017). Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/health_employment-and-economic-growth/en/).

World Health Organization (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/).

World Health Organization (2017). Health workforce governance and planning. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/governance/en/>).

Всемирная организация здравоохранения (2017 г.). Управление миграцией работников здравоохранения – на пути создания глобального кодекса практики. В: Всемирная организация здравоохранения [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>); WHO guidelines and documents for governance and planning).

³ Под истинной инвестицией понимается инвестиция, достаточная для поддержания на должном уровне какой-либо деятельности в течение всего времени ее существования. Кратковременные, ограниченные установленными сроками инвестиции в программы, требующие более долговременных инвестиций, могут быть приравнены к нулевым инвестициям или хуже того – к разбазариванию ресурсов.

Вставка 3 продолжение**ЕС/Европейская комиссия**

Centre for Workforce Intelligence (2015). Horizon 2035. Future demand for skills: initial results. London: Centre for Workforce Intelligence (<https://www.gov.uk/government/publications/horizon-2035-future-demand-for-skills-initial-results>).

Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (2016). Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting [website]. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union (<http://portal.healthworkforce.eu/future-skills-and-competences-of-the-health-workforce-in-europe/>).

Другие источники

Figueras J, McKee M, editors (2011). Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems. Maidenhead: Open University Press (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19262en/s19262en.pdf>).

International Labour Organization (1996–2018). Decent work [website]. Geneva: International Labour Organization (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>).

3.1 Инвестиции в здоровье и в системы здравоохранения

Комиссия высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста (41) утверждает со всей определенностью, что инвестиции в системы здравоохранения и, в частности, в КРЗ создают значительный эффект умноженного воздействия, стимулируя экономический рост во всем народном хозяйстве. При этом важно, что величина этого эффекта больше, чем в других признанных секторах роста. Комиссия отмечает (41):

“Во-первых, хорошее здоровье способствует экономическому росту. Во-вторых, есть и другие важные траектории, по которым инвестиции в систему здравоохранения вызывают сопутствующие эффекты, способствующие экономическому росту на благо всех слоев общества, включая создание новых рабочих мест. В-третьих, новые факты позволяют говорить о том, что расходы на здравоохранение вовсе не являются мертвым грузом для экономики, а напротив, ассоциируют с повышением продуктивности в других секторах.”

Комиссия предлагает десять рекомендаций⁴, которые следует воспринимать в контексте усилий по укреплению систем здравоохранения и социальной защиты населения, а также более широких инициатив по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и выполнения задач, поставленных в Целях в области устойчивого развития.

В "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." (2) и в других инициативах признается важность КРЗ и предоставления более

⁴ Рекомендации по трансформированию трудовых ресурсов здравоохранения в соответствии с Целями в области устойчивого развития касаются следующих аспектов: создание новых рабочих мест; гендерное равенство и права; образование, профессиональная подготовка и формирование компетентностей; предоставление и организация медико-санитарных услуг; технологии; кризисы и гуманитарные ситуации. Рекомендации по содействию переменам касаются следующих аспектов: финансирование и налогово-бюджетное пространство; партнерство и сотрудничество; международная миграция; данные, информация и подотчетность.

качественной медицинской помощи как факторов экономического роста, действующих посредством нескольких механизмов. Например, трудовые ресурсы здравоохранения вносят вклад в экономический рост и выступают источником возможностей надежного трудоустройства, и, как показывают данные, такое трудоустройство оказывает существенное влияние на рост в других секторах.

Экономический рост и развитие зависят от здорового населения, и факты свидетельствуют о том, что нездоровье причиняет стране экономический ущерб и влияет на уровень образования и производительности (42). Как отмечают Frenk et al. (8),

“компетентные и просвещенные трудовые ресурсы специалистов с профессиональным образованием в секторе здравоохранения вносят вклад в реализацию более широких национальных и глобальных программ в области экономического развития и безопасности людей.”

Инвестиции в систему здравоохранения создают эффекты умножения, стимулирующие экономический рост на благо всех слоев общества, в том числе через создание новых достойных рабочих мест. Целевые инвестиции в системы здравоохранения, включая инвестиции в трудовые ресурсы, содействуют экономическому росту и по другим траекториям: объем производства товаров и услуг, социальная защита и сплоченность общества, инновации и безопасность в области здравоохранения. В докладе ВОЗ “Health employment and economic growth: an evidence base” [“Занятость в области здравоохранения и экономический рост: доказательная база”] (43) содержится целый ряд примеров из практики, которые красноречиво свидетельствуют о положительном влиянии стратегий в области здравоохранения на экономический рост по шести основным траекториям: система здравоохранения, объем производства товаров и услуг, социальная защита, сплоченность общества, инновации и диверсификация, безопасность в области здравоохранения. В докладе отмечается: “экономический рост, обусловленный трудоустройством в области здравоохранения, в свою очередь вызывает целый ряд косвенных эффектов, чистый результат которых заключается в стимулировании нового роста.”

3.2 Планирование системы здравоохранения: зависимость от конкретных условий и многоаспектный характер

Подробно вопрос о планировании трудовых ресурсов освещается в главе 4, посвященной укреплению кадрового потенциала. В данном же разделе планирование рассматривается в более глобальном контексте. Большая доля в общих затратах на увеличение кадровых ресурсов здравоохранения, которая приходится на текущие расходы, представляет собой проблему для большинства стран либо из-за того, что они финансируются за счет кратковременной помощи или помощи в течение фиксированного периода времени (а это имеет последствия в отдаленной перспективе для возможности содержать такие ресурсы), либо из-за их влияния с течением времени на другие приоритеты государства. Последнее является вопросом политического решения, основанного на выборе ценностей, экономических критериях и соображениях пользы для итоговых показателей здоровья населения. Факторы окружающей обстановки (рис. 6) определяют необходимость вносить постоянные коррективы в предоставление медико-санитарных услуг и в определение потребности в КРЗ. Эти коррективы в свою очередь закономерно влияют на механизмы и способы предоставления медико-санитарной помощи, включая, например, рост численности неформальных трудовых ресурсов и его влияние на требования, предъявляемые к услугам, и на субъектов предоставления услуг, главной составляющей которых являются трудовые ресурсы. Зависимость между потребностью в КРЗ и окружающей обстановкой, в которой действуют КРЗ, сложна, и изменения в одном

Рис. 6. Факторы окружающей среды



Пример из практики 9. Центр сбора и анализа информации о трудовых ресурсах

Для того, чтобы помочь министерству здравоохранения Соединенного Королевства (Англия) разобраться в вероятных сценариях будущих потребностей в трудовых ресурсах здравоохранения на ближайшие 20 лет и исходя из этого планировать КРЗ, в 2015 г. Центр сбора и анализа информации о трудовых ресурсах опубликовал доклад под названием "Горизонт 2035" (Horizon 2035).

При выстраивании этих сценариев использовались мнения экспертов и учитывались основные политические, социальные, экономические, экологические, социальные и технические факторы. Сам доклад и методика его составления находятся в открытом доступе.

Источник: Centre for Workforce Intelligence (44).

определяющем факторе могут повлиять на другие факторы. Необходимо понять будущие сценарии и планировать исходя из этих сценариев; при этом требуется осторожно подходить к оценке их влияния и относительной важности (см. пример из практики 9) (44).

Совершенно справедливо утверждение о том, что у каждого государства-члена свои специфические проблемы и сложности, влияющие на его действия и ограничивающие его возможности, однако везде лица, формирующие политику, сталкиваются с необходимостью решать постоянно стоящую перед ними трудную задачу – удовлетворять спрос на предоставление медицинской помощи, оставаясь в рамках имеющихся ресурсов, которые во многих случаях в реальном выражении постоянно сужаются.

3.3 Инвестирование в трудовые ресурсы

В период между 2000 и 2014 годами численность работающих в секторах медицинской и социальной помощи в странах ОЭСР выросла на 48% (45). По мере того, как растет и изменяется население, аналогичным образом будет расти и изменяться спрос на медицинские услуги (как с точки зрения потребностей населения в услугах, так и с точки зрения финансовых ресурсов для их финансирования): согласно имеющимся оценкам, к 2030 г. спрос на медицинских работников почти удвоится (46).

Инвестиции в КРЗ должны учитывать динамику рынка труда в секторе здравоохранения и отражать нынешние и будущие потребности населения и систем предоставления медицинской помощи; планирование трудовых ресурсов и инвестиции в их развитие должны более строго согласовываться с приоритетами предоставления услуг. Инвестиции в формирование и содержание КРЗ являются залогом устойчивого функционирования систем здравоохранения, ориентированных на потребности людей.

При инвестировании в трудовые ресурсы также нужно принимать во внимание необходимость расходов на охрану их здоровья. Очевидная польза хорошего здоровья трудовых ресурсов заключается в том, что здоровые работники реже отсутствуют на работе по болезни.

Медицинские работники рискуют заразиться инфекционными болезнями, так как подвержены воздействию инфекции на работе. Например, контакт с кровью или биологическими жидкостями инфицированных больных может привести к заражению вирусами гепатита В и С или ВИЧ. Передача болезней приводит к невыходу на работу, заболеваемости, а в некоторых случаях и к смертности среди работников, оказывающих медицинскую помощь. Все это в конечном итоге уменьшает численность трудовых ресурсов и, как следствие, влияет на качество помощи и безопасность пациентов. Нельзя забывать и о финансовом бремени, которое ложится на стационарные учреждения из-за профессиональной подверженности работников гемотрансмиссивным болезням и которое включает расходы, связанные с анализами крови, лечением, амбулаторными посещениями и потерями рабочего времени.

Медицинские работники также могут испытывать психологический стресс, негативно влияющий как на их работу, так и на личную жизнь. Согласно докладу Европейского агентства по безопасности и гигиене труда о стрессе, связанном с работой (47), среди наиболее часто регистрируемых в Европе нарушений здоровья, связанных с работой, стресс занимает второе место после заболеваний костно-мышечной системы. Одним из важнейших факторов, способствующих достижению Целей в области устойчивого развития (в частности, цели 8), является достойная работа, которая также составляет важнейший пункт в мерах по "содействию поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех" (48).

Поэтому те, кто занимается разработкой планов и формированием политики, должны считать инвестиции в охрану здоровья трудящихся важным элементом стратегий, касающихся укрепления потенциала и расширения возможностей систем здравоохранения. В стратегической рамочной программе действий ЕС по безопасности и гигиене труда на период 2014-2020 гг. (49) содержатся семь стратегических целей, а также руководства и рекомендации по передовой практике, которые могут оказаться полезными в практической работе. Правда, они не посвящены специально здравоохранению, но многие из них имеют к нему прямое отношение.

ВОЗ разработала глобальный план действий (30), который хотя и не относится конкретно к трудовым ресурсам здравоохранения, но охватывает все аспекты охраны здоровья трудящихся, включая первичную профилактику производственных опасных факторов,

обеспечение и улучшение гигиены труда, условия работы по найму и улучшение отношения систем здравоохранения к здоровью работников. В основу плана положены некоторые общие принципы.

3.3.1 Инвестирование в образование КРЗ

Если удовлетворение потребностей населения в услугах здравоохранения считается приоритетом, то необходимо выделять соответствующие средства на образование медицинских работников. В пользу этого имеются убедительные аргументы, ибо факты показывают, что укрепление систем здравоохранения в такой степени, чтобы они могли более полноценно удовлетворять потребности населения за счет усиления служб первичной медико-санитарной помощи, ведет к улучшению итоговых показателей здоровья населения и экономическому развитию (50). Необходимо, однако, позаботиться о том, чтобы было достаточно налогово-бюджетного пространства для покрытия новых расходов на образование и текущих затрат на рабочую силу.

3.3.2 Развитие возможностей обучения кадров

Подготовка большего числа медицинских работников предъявляет дополнительные требования к обучению, найму, фонду заработной платы (обучаемые, методисты и преподаватели), расширению инфраструктуры (лаборатории, аудитории и общежития), финансовым ресурсам и техническим средствам. Эти затраты, которые должны быть приняты во внимание при планировании расширения трудовых ресурсов здравоохранения, разделяются на две категории:

- затраты на расширение возможностей обучения кадров, представляющие собой сочетание капитальных затрат на расширение инфраструктуры и дополнительные технические средства и текущих затрат на заработную плату административных и преподавательских кадров и покрытие текущих расходов, и
- затраты, связанные с наймом работников, в основном являющиеся текущими⁵

Для улучшения обеспеченности кадрами медицинских работников может оказаться целесообразным принятие стратегии, в которой предусматривался бы контроль круговой миграции с помощью двухсторонних соглашений между государствами-членами, как описывается в примере из практики 10 (51-54).⁶ Это позволяет принимающей стране гибко варьировать численность медицинских работников в зависимости от кратковременных потребностей (закрывать разрывы между спросом и предложением или реагировать на снижение кратковременного спроса), а стране исхода медиков-мигрантов позволяет извлекать пользу от повышения квалификации возвращающихся медицинских работников, а в некоторых случаях еще и от их денежных переводов, которые по сути дела являются вкладом в экономику страны.

План развития КРЗ может требовать расширения числа выпускаемых медицинских работников, и это является исходной точкой для составления плана развития возможностей подготовки кадров. В этом плане обычно анализируются имеющиеся возможности, включая кадровый аспект, и предлагаются количественные и качественные улучшения, необходимые для того, чтобы обеспечить то количество подготовленных работников, которое задано в плане развития КРЗ, не выходя при этом за рамки имеющихся средств.

⁵ Изменение численности определенных категорий КРЗ может влиять на численность и виды других категорий.

⁶ В рамках Инициативы "Постдипломное обучение иностранных врачей" в Ирландии и Инициативы "Обучение медицинских работников" в Соединенном Королевстве осуществляется обучение и предоставляется образование исходя из понимания, что по завершении учебы обучаемые возвратятся к себе на родину. Иностранные слушатели курсов обучения, имеющие диплом врача, в течение установленного периода занимаются активной учебой в клинических службах в Ирландии или в Соединенном Королевстве, которая открывает им возможность получения клинического опыта и профессиональной подготовки, недоступных для них в своей стране. После этого они возвращаются домой и трудятся в службах здравоохранения своих стран. Цель таких инициатив не в том, чтобы помочь врачам обустроиться в принимающей стране, а в том, чтобы поддержать повышение квалификации врачей из менее развитых систем здравоохранения.

Пример из практики 10. Круговая миграция и сотрудничество между странами

Государства-члены могут работать сообща над поиском устойчивых решений проблем КРЗ. Некоторые государства-члены в Европейском регионе заключили двухсторонние соглашения внутри Региона и с другими регионами, которые соответствуют обязательствам, вытекающим из Глобального кодекса практики ВОЗ.

Например, Германия испытывает недостаток в сестринских кадрах, а на Филиппинах их больше, чем требуется. Заключенное соглашение выгодно медсестрам из Филиппин, которые получают возможность работать и повышать свою квалификацию ("приток мозгов"), в то время как Германия обеспечивает в составе своих трудовых ресурсов наличие надлежащим образом квалифицированных медицинских сестер. Германия заключает соглашения только со странами, в которых наблюдается избыток медицинских работников, поэтому утечки мозгов из стран исхода не происходит. У Германии имеются двухсторонние соглашения с Боснией и Герцеговиной и с Сербией.

К другим практическим примерам относятся инициатива "Постдипломное обучение иностранных врачей" в Ирландии и инициатива "Обучение медицинских работников" в Соединенном Королевстве.

Источники: Catholic University of Leuven (51); Buchan et al. (52); Health Service Executive (Ireland) (53); Academy of Medical Royal Colleges (United Kingdom) (54).

В примере из практики 11 (55) описывается, как могут быть достигнуты улучшения в подготовке новых КРЗ в государстве, которое хорошо представляет, какие требуются работники для того, чтобы предоставлять населению нужные медико-санитарные услуги, в том числе медицинские услуги в районах с недостаточным уровнем обслуживания, в пределах финансовых ограничений, диктуемых реальной ситуацией.

Пример из практики 11. Программа "Все наше здоровье" для решения проблем здоровья населения

"Все наше здоровье: персонализированная помощь и здоровье всего населения" – это инициатива, предпринятая для того, чтобы те 2 миллиона медицинских работников, которые, согласно оценкам, имеются в Соединенном Королевстве (Англии), могли оказывать максимальное влияние на улучшение итоговых показателей здоровья населения и снижение неравенств в отношении здоровья. Цель состояла в том, чтобы помочь в решении проблем здоровья населения, поскольку, по имеющимся оценкам, если бы были решены основные проблемы общественного здоровья, это могло бы предотвратить до двух третей случаев преждевременной смерти в Англии.

Инициатива направлена на то, чтобы практика и лидирующая роль медицинских работников стали более заметными, и на развитие таких методов работы, которые имеют жизненно важное значение для устойчивости системы здравоохранения, а именно: предоставление внестационарных услуг, улучшение профилактики, совершенствование раннего диагностирования и самопомощи.

"Все наше здоровье" – это бесплатная программа в режиме онлайн, посвященная приоритетным темам здравоохранения. Она содержит методические пособия, информационные источники, фактические данные и критерии оценки эффекта, необходимые для обеспечения предоставления медико-санитарных услуг, которые:

- редотвращают предотвратимые болезни;
- защищают здоровье;
- повышают уровень благополучия и способности преодолевать неблагоприятные воздействия.

Инициатива осуществляется в масштабах всей страны и в ближайшие 12 месяцев должна охватить примерно 10% медицинских работников

Источник: Public Health England (55).

3.4 Источник инвестиций

Вопрос финансовых ресурсов решается по-разному в зависимости от экономических реалий в каждом государстве. Как свидетельствуют фактические данные, государства-члены должны следить за тем, чтобы при планировании системы в целом и планировании КРЗ в частности принималась во внимание как более широкая общая обстановка, так и относительная способность государства влиять на нее (56). Перед лицами, формирующими политику, открыт целый ряд вариантов выбора. Приведенный ниже перечень является примерным и не претендует на исчерпывающий характер, а содержащиеся в нем элементы можно использовать по отдельности или в сочетании:

- в максимальной степени использовать существующее государственное финансирование путем перераспределения ресурсов в рамках соответствующих областей государственных расходов (например, от неотложной помощи в первичную помощь и общественное здравоохранение или изменение финансирования образования так, чтобы отразить растущие или сокращающиеся потребности в определенных категориях медицинских работников), или путем перераспределения ресурсов между различными государственными секторами (например, от других секторов в сектор образования медицинских работников);
- изыскивать пути более рационального использования ресурсов, например, за счет повышения коэффициента использования квалификации работников, изменений в предоставлении помощи в сторону сокращения более дорогостоящих мероприятий (например, усиление профилактики), повышения внимания к таким мероприятиям, которые позволяют снизить физическое и моральное истощение работников и улучшить практику найма и (что особенно важно) сохранения кадров, и направления результатов повышения рациональности в существующей системе на повышение ее продуктивности;
- генерировать или более разумно направлять поступления, например, от налогов;
- при решении вопроса о финансировании образования сосредоточить внимание на требуемых специальностях или на механизмах финансирования либо в интересах всей системы, либо с акцентом на потребности в определенных специальностях.

3.5 Стратегическое управление финансами

Для того, чтобы увеличить численность и повысить качество медицинских работников и степень их соответствия современным требованиям, что в свою очередь будет максимально влиять на виды и объемы услуг, нужных государствам-членам, очень важно правильно направлять и руководить расходованием финансовых средств. Это вопрос, который каждое государство-член решает самостоятельно: как рационально распределить имеющиеся средства и определить долю средств, которая должна быть направлена на обучение и содержание работников здравоохранения (7).

Данных о том, как распределяются ресурсы среди учреждений образования, мало. В большинстве исследований сравнивается коэффициент полезного действия медицинских работников при оказании одного и того же вида услуг, например, акушерок, медицинских сестер и гинекологов (57, 58). Когда проводятся исследования затрат, обычно выясняется, что инвестирование средств в акушерок и медсестер оправдано с точки зрения соотношения затрат и результатов, хотя в высокоразвитых системах здравоохранения фактические данные неоднозначны.

Bloor & Maunard (59) проанализировали планирование кадровых ресурсов в пяти странах. Они выявили факты, свидетельствующие о том, что медсестры могут служить полноценной заменой врачей и что деления на рынке рабочей силы необходимо устранить. Работники, которые выступают как альтернатива врачам и получают заработную плату по принципу вознаграждения за оказанную услугу, могут сбалансировать структуру материального стимулирования и снизить степень сопротивления врачей. Нужно не пожалеть средств на сбор и использование данных о деятельности медицинских работников и итоговых показателях здоровья. Это даст возможность оптимизировать нынешний состав кадровых ресурсов прежде, чем приступать к их расширению.

Государства-члены должны сами принимать решения, устанавливающие и определяющие конкретное соотношение между инвестициями в инфраструктуру, оплату труда и условия работы (в том числе непрерывное образование медицинских работников), в зависимости от условий и направлений политики на местном и общегосударственном уровне.

Если государство допускает просчеты в планировании и готовит слишком много врачей, оно может столкнуться с серьезной проблемой – необходимостью трудоустроить большее число врачей, чем оно в состоянии принять на работу по специальности, а это приведет к недофинансированию более нужных статей расходов на здравоохранение. В работе Frenk et al. (60,61) описываются подводные камни и последствия ошибок в планировании трудовых ресурсов и отмечается, что в тех случаях, когда число студентов-медиков возрастает слишком быстро, возникают дисбалансы рабочей силы, что приводит к дорогостоящим избыткам или неполному использованию профессионального потенциала КРЗ.

В контексте принятых Организацией Объединенных Наций Целей в области устойчивого развития – Цели 3 (обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте) и Цели 4 (обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех), в соответствии с которыми ставится задача содействовать хорошему здоровью и гендерному равенству – может возникнуть необходимость принятия гендерно-ориентированных стратегий по уменьшению случаев упущенных возможностей максимально эффективного использования имеющихся квалифицированных специалистов во всей структуре кадровых ресурсов и по улучшению практики найма и сохранения кадров. Например, есть случаи, когда у врачей-женщин меньше возможностей реализовать свой профессиональный потенциал по сравнению с их коллегами-мужчинами. Для устранения негативных последствий различий в заработной плате, сексуального и физического насилия, неформального устройства на работу и меньших возможностей играть роль лидера нужны такие стратегии, которые направлены против гендерных дисбалансов и гендерной дискриминации (4,61).

3.6 Достойный результат за потраченные деньги

Одной из главных задач, которые стоят перед системами здравоохранения и теми, кто отвечает за управление ими, является получение достойных и осязаемых результатов за потраченные ресурсы – либо прямых финансовых, либо косвенных результатов за счет использования кадровых или материальных ресурсов, которые необходимо финансировать (см. пример из практики 12) (62).

Количественно оценить получаемые результаты может быть непросто. В большинстве стран экономическая оценка играет определенную роль при принятии решений о вознаграждениях или об осуществлении какого-либо конкретного вмешательства (главный экономист управления общественного здравоохранения Англии Brian Ferguson высказал весьма показательные комментарии о пользе вложения средств в профилактику как меры вмешательства) (63).

Пример из практики 12. Использование ресурсов и последствия реализации программы ведения сердечной недостаточности в первичном звене медико-санитарной помощи Швеции

Сердечная недостаточность – это серьезное патологическое состояние, которое оборачивается значительным экономическим бременем для бюджетов медико-санитарной помощи. Для оценки влияния программы ведения сердечной недостаточности в первичном звене медико-санитарной помощи на издержки и качество жизни пациентов было проведено проспективное рандомизированное открытое исследование, в котором участвовали 160 пациентов с диагнозом "сердечная недостаточность", состоящих на учете в пяти центрах первичной медико-санитарной помощи в юго-восточной части Швеции. Пациенты, отобранные по случайному принципу в группу вмешательства, получили информацию от медицинских сестер, ведущих больных с сердечной недостаточностью, и официально утвержденную компьютерную программу для поддержания осведомленности. Пациенты в группе контроля наблюдались своими обычными врачами общей практики и получали стандартное лечение в соответствии с принятой местной практикой ведения болезни.

Никаких существенных изменений в классе сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца и в количестве лет жизни с поправкой на ее качество отмечено не было: это означает, что класс функциональности и качество жизни сохранились. Но затраты на стационарное лечение и первичную медико-санитарную помощь сократились на 33%. Результаты указывают на потенциальные выгоды, хотя они еще должны быть подтверждены более продолжительным контрольным наблюдением, чтобы проверить долгосрочные последствия.

Источник: Agvall et al. (62).

Обычно лицам, формирующим политику и принимающим решения, нужна информация о результативности той или иной меры вмешательства в сопоставлении с затратами на ее осуществление, чтобы можно было оценить, дает ли она достойный результат за потраченные деньги. В работах Porter et al. (64) и других авторов высказывается мысль о том, что надежным критерием успеха в медико-санитарной помощи являются итоговые показатели здоровья пациентов.

В методическом пособии ВОЗ "Methodological approaches for cost-effectiveness and cost-utility analysis of injury prevention measures" ["Методология анализа мер профилактики травматизма с точки зрения соотношений "затраты-результаты" и "затраты-полезность", на англ. языке] (65) содержится простой набор руководящих принципов оценки соотношения затрат и результатов при принятии мер профилактики травматизма, который позволяет обеспечить максимальную сопоставимость результатов проводимых в государствах-членах исследований с целью экономической оценки. В этом пособии в основном говорится о профилактике травматизма, но многие его положения применимы и к другим контекстам, таким как оценка затрат, связанных с решениями о моделях предоставления помощи и о профессионально-квалификационной структуре кадров.

ЕС со своей стороны тоже разработал полезное методическое пособие по анализу вероятных последствий для здоровья от применения законодательства и политики (66). И в этом случае тоже, хотя пособие не было предназначено специально для планирования трудовых ресурсов, оно вполне применимо к планированию и формированию политики и указывает на другие ценные методические разработки, которые могут быть полезны лицам, принимающим решения, когда они будут принимать решения по кадровым ресурсам здравоохранения. Имеются также и другие методические руководства ВОЗ, в частности, справочное руководство по анализу затрат и результатов (67) и методическое пособие по оценке последствий для здоровья (68).

ВОЗ отмечает, что по мере увеличения ожидаемой продолжительности жизни для многих категорий населения количественная оценка уровней здоровья населения только на основании коэффициентов смертности становится все менее актуальной. В то же время государства-члены, помимо затрат на профилактику преждевременной смерти, вкладывают значительные ресурсы в содействие здоровой жизни.

Количественная оценка действенности вмешательств имеет большое значение, равно как и выбор правильной системы показателей для измерения ожидаемой продолжительности здоровой жизни или вклада различных заболеваний и травм в потенциальную утрату лет здоровой жизни.

Различные подходы и точки зрения в отношении того, как можно было бы объединить смертность и нездоровье в один показатель для количественной оценки здоровья населения в целом, ВОЗ рассматривает в своей публикации "Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications" ["Сводные критерии оценки здоровья населения: концепции, этика, количественная оценка и применения", на англ. языке] (69). В ней описываются различные применения таких сводных критериев оценки здоровья населения и рассматриваются и обсуждаются подходящие системы оценки и конкретные варианты выбора этических и социальных ценностей. К числу авторов относятся ведущие эксперты в областях эпидемиологических методов, этики, экономики здравоохранения, оценки состояния здоровья в настоящее время и оценки состояния здоровья в разные периоды времени. По всей вероятности, актуальность сводных критериев оценки здоровья населения будет возрастать: их обсуждение, содержащееся в этой книге, будет служить для ученых во всех дисциплинах общественного здравоохранения основным справочным материалом по их построению и использованию (69).

3.7 Социальная справедливость и ВОУЗ

В Уставе ВОЗ сказано, что право на здоровье является одним из основных прав "каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения" (70). Этот тезис многократно подкреплялся в других документах. В качестве одной из главных целей ВОУЗ был утвержден в 2005 г., а ВОЗ заявила, что системы финансирования здравоохранения "требуют дальнейшего развития с тем, чтобы гарантировать доступ к необходимым услугам при одновременной защите от финансового риска" (71).

В 2011 г. Всемирная ассамблея здравоохранения призвала ВОЗ разработать план, предусматривающий поддержку и консультирование государств-членов в достижении цели ВОУЗ. Решение вопроса социальной справедливости – ключевого вопроса, пронизывающего все другие элементы систем здравоохранения – является частью плана действий из 12 пунктов, который был разработан ВОЗ. В 2014 г. Консультативная группа ВОЗ по вопросам социальной справедливости и всеобщего охвата услугами здравоохранения подготовила доклад "Making fair choices on the path to universal health coverage" ["Выбор справедливых вариантов на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения", на англ. языке] (72), в котором рассматриваются вопросы равнодоступности и социальной справедливости и предлагаются рекомендации для государств-членов о том, как они могли бы решать эти вопросы.

Возрастание важности вопроса о справедливости в отношении здоровья представляется результатом повышенного внимания к ВОУЗ, появления целого ряда докладов о неравенстве в отношении здоровья и медико-санитарной помощи (72–75) и некоторых подвижек в сфере методологии, основанных на анализе соотношения затрат и результатов. Методические разработки включают расширенный (76) и распределительный (77) анализ затрат и результатов (77), а Центр исследований в области экономики здравоохранения при Йоркском университете (Соединенное Королевство) издал интересный справочник по их полезности (78).

3.8 Инвестиционная устойчивость

Когда государства-члены принимают решения об инвестициях, одной из главных проблем для них является обеспечение устойчивости, чтобы избежать напрасной траты денег на первоначальную инвестицию и не допустить срыва планов достижения стабильных перемен или, возможно, увеличения затрат в долгосрочной перспективе. Во избежание этих рисков государствам-членам при осуществлении долгосрочного и краткосрочного или оперативного планирования следует учитывать возможности обеспечения устойчивого финансирования в течение всего планового периода.

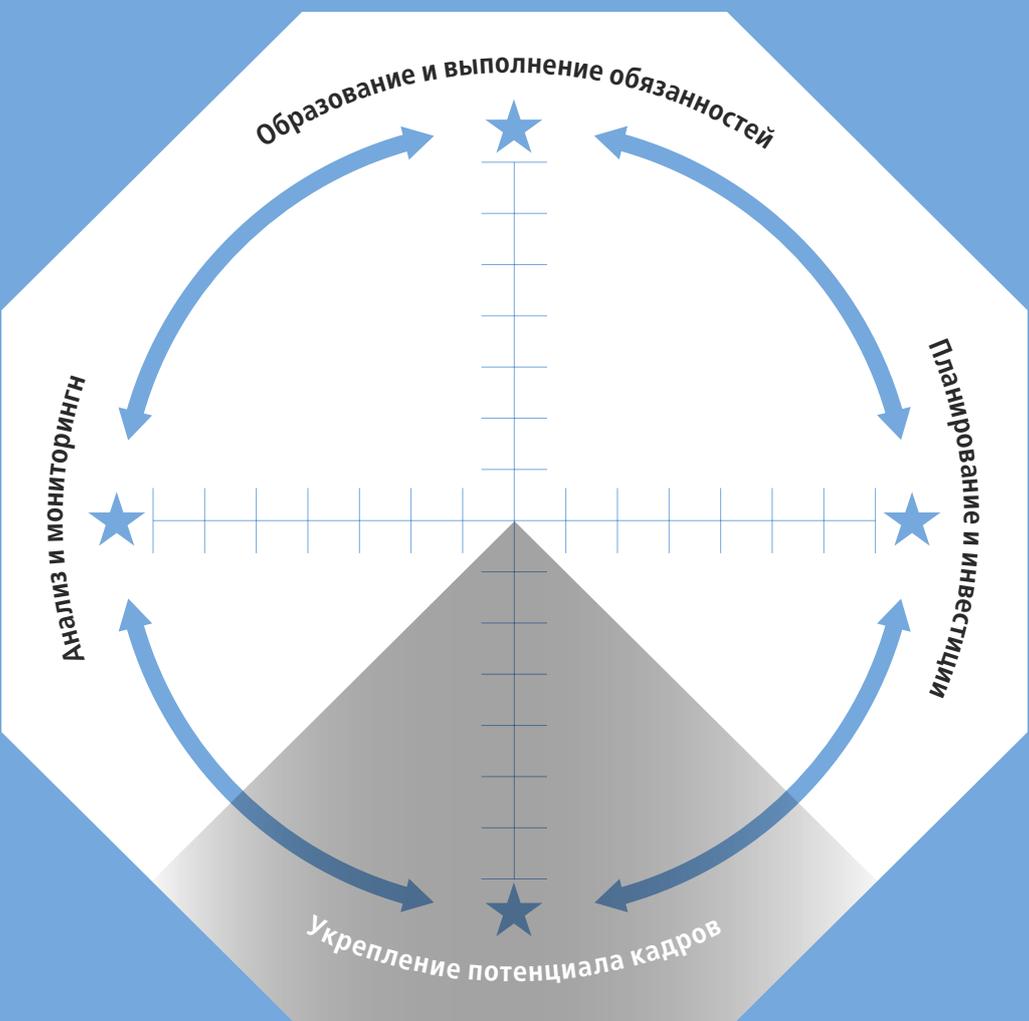
Планирование КРЗ должно исходить из:

- задач, стоящих перед сектором здравоохранения;
- реалистичных оценок действительной потребности населения в различных категориях/кадрах медицинских работников и
- учета влияния спроса на рабочую силу в других секторах, которые могут выступать конкурентами за кадровые ресурсы.

Планирование должно включать стратегии, направленные на то, чтобы обеспечить соответствие между имеющимся предложением рабочей силы и предполагаемым спросом на нее, принимая во внимание сокращение численности кадров от всех причин, в том числе вследствие эмиграции и трудоустройства в других секторах (56).

Также в связи с инвестициями и планированием нужно рассматривать профессионально-квалификационную структуру персонала медико-санитарной помощи. Многие государства-члены в настоящее время пересматривают профессиональные навыки, которые нужны отдельным лицам или многодисциплинарным и междисциплинарным бригадам медико-санитарной помощи. Такой подход представляется привлекательным, поскольку он в принципе дает возможность добиться длительно сохраняемой рациональности в использовании ресурсов и выработать модели устойчивых КРЗ, при которых можно обеспечить гибкость в предоставлении услуг, например, за счет обучения новым навыкам медицинских сестер по оказанию помощи при сахарном диабете (38). Тем не менее, рекомендуется проводить тщательную оценку при решении вопроса о том, какой должна быть профессионально-квалификационная структура трудовых ресурсов, поскольку существует возможность непредвиденных негативных последствий для итоговых показателей здоровья и удовлетворенности пациентов (19).

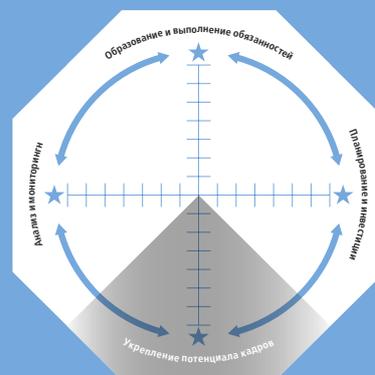
УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КАДРОВ



4. УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КАДРОВ

В данной главе вопрос укрепления потенциала кадров рассматривается в контексте:

- стратегического управления, лидерства и стратегического руководства;
- совершенствования функционирования КРЗ;
- методических руководств по управлению КРЗ;
- КРЗ как отражения потребностей населения;
- роли управления кадровыми ресурсами (УКР);
- аттестации и регистрации медицинских работников.



В главе рассматривается важность реального стратегического управления вопросами политики, лидерства и стратегического руководства для формирования и развития КРЗ как фактора, обеспечивающего деятельность государственных по созданию результативных и рационально организованных систем здравоохранения. В ней также обсуждается роль стратегического руководства и важность управления кадровыми ресурсами здравоохранения и укрепления организационной структуры для обеспечения аккредитации и выполнения функциональных обязанностей.

Публикации по данной теме перечислены во вставке 4

Вставка 4. Публикации по теме

ВОЗ

World Health Organization (2007). Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

World Health Organization (2015). Minimum data set for health workforce registry. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set/en/).

World Health Organization (2016). National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization (http://who.int/hrh/documents/brief_nhwfa_handbook/en/).

World Health Organization (2017). Health workforce governance and planning. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/governance/en/>).

World Health Organization (2017). Health workforce regulation and accreditation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/documents/accreditation/en/>).

World Health Organization (undated) Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf).

4.1 Стратегическое управление, лидерство и стратегическое руководство

Стратегическое управление, руководство и лидерство – это самые сложные составляющие любой системы здравоохранения (7, 66), поэтому они должны быть четко оговорены и быть очевидными в национальной системе программных целей и принципов.

Стратегическое руководство в сфере медико-санитарной помощи предполагает уравнивание соперничающих влияний, поддержку стратегического направления в развитии политики и регулирование поведения всех, кто участвует в охране здоровья населения. Также одним из главных элементов стратегического руководства является установление прозрачного и реально действующего порядка подотчетности. Лидерство позволяет указывать партнерам, сотрудникам и учреждениям направление: оно облегчает перемены и является необходимым условием расширения услуг здравоохранения в количественном и качественном отношении. Стратегическое управление – это более широкий термин, включающий в себя определения и стратегического руководства и лидерства, однако сверх того он предполагает ответственное планирование, распоряжение ресурсами и подотчетность на общенациональном, местном и индивидуальном уровне в системах здравоохранения (79).

Слабое стратегическое управление является одной из причин низкой эффективности в работе систем здравоохранения, что проявляется в "неудовлетворительной подотчетности и прозрачности, в коррупции и ограниченном участии населения в решении вопросов здравоохранения" (80). Осуществлять стратегическое управление компетенциями кадров здравоохранения легче, если различать два влияющих на это процесса: процесс предоставления услуг здравоохранения, например, наем и ориентирование персонала, и процесс функционирования системы здравоохранения, включающий сертификацию и регистрацию медицинских работников (81).

Надлежащее стратегическое управление требует, чтобы министерства здравоохранения играли роль лидеров и стратегических руководителей в управлении системой здравоохранения и всей межсекторальной и общественно-политической средой, в которой функционирует система (82). Это наглядно показывает пример из практики 13 (83–85).

Пример из практики 13. Активное стратегическое управление системой здравоохранения в изменяющейся политической среде

С начала 90-х годов в Российской Федерации происходил переход от бюджетного финансирования к модели обязательного медицинского страхования (83). Система Семашко обеспечивала всеобъемлющую финансируемую медико-санитарную помощь, однако с переходом к рыночной экономике в 1991 г. модель финансирования изменилась. Законом о медицинском страховании 1993 г. была установлена гибридная бюджетно-страховая модель финансирования медико-санитарной помощи. Однако она развивалась неравномерно вследствие децентрализации финансирования и минимального участия Министерства здравоохранения (84).

В настоящее время правительство пересматривает свои подходы к организации сбора и использования информации, ставки заработной платы медицинских работников и методы контроля качества медицинских услуг (85).

Источник: Popovich et al. (83); Gerry & Sheiman (84); Правительство Российской Федерации (85).

Например, действия правительства Мальты демонстрируют важность принятия в политике таких установок, которые развивают и укрепляют стратегическое руководство в интересах здоровья, повышают устойчивость к неблагоприятным факторам и обеспечивают стабильность трудовых ресурсов здравоохранения (86, 87). В ответ на утрату студентов-медиков и стажеров, которые уехали с Мальты для завершения своей учебы и после этого не вернулись, мальтийское правительство учредило Школу мальтийского фонда. Благодаря этой программе улучшилось

сохранение студентов-медиков в стране и стали приниматься на работу выпускники медицинских вузов из-за границы. Правительство разработало соглашения о подготовке медиков с учреждениями в Бельгии, Германии и Италии.

Многие государства-члены не знают, сколько человек занято и трудоустроено в их системе здравоохранения и какого типа эти работники. Об этом подробнее говорится в главе 5, посвященной анализу и мониторингу. Неравномерное и нерациональное распределение медицинских работников оставляет население без надлежащей медико-санитарной помощи, без достаточного доступа к ней и без необходимого качества услуг. Полноценное стратегическое управление должно подкрепляться сотрудничеством между заинтересованными сторонами с использованием специалистов-аналитиков и процессов анализа, позволяющих получить фактические данные, которые указывают на потребности населения в медицинских услугах и требуемые виды компетенции медицинских работников, чтобы затем использовать эти данные для формирования грамотной политики. Иллюстрацией этого тезиса служат примеры из

Пример из практики 14. Процессы развития системы здравоохранения: укрепление институционального потенциала стратегического анализа

В 2000 г. в Кыргызстане стартовал проект ВОЗ "Анализ политики здравоохранения". Он был разработан как средство поддержки правительственной программы реформирования медико-санитарной помощи "Манас" и имел целью повысить устойчивость, рациональность и качество системы здравоохранения в стране. В проекте было четыре составляющих: анализ политики, обеспечение связи фактических данных с политикой, укрепление потенциала в области анализа политики и формирования политики с использованием фактических данных и распространение результатов.

Укрепление потенциала в сфере мониторинга и оценки функционирования системы здравоохранения и, шире, в сфере анализа политики, проводилось несколькими способами:

- частое общение с руководящими лицами, формирующими политику, по поводу результатов исследований с тем, чтобы продемонстрировать полезность результатов для формирования политики и стимулировать спрос на них;
- проведение дискуссий в формате круглого стола по ключевым темам политики здравоохранения, чтобы привлечь знания и опыт специалистов по техническим вопросам и выработать политический консенсус;
- проведение курсов по управлению здравоохранением для руководителей учреждений первичной медико-санитарной помощи и стационарных учреждений с целью их информирования и вовлечения в решение вопросов политики здравоохранения;
- проведение курсов по политике здравоохранения для стран Центральной Азии и Кавказа совместно с Институтом Всемирного банка и ВОЗ; курсы дали возможность многим лицам, формирующим политику в Кыргызстане, пройти обучение на межстрановом уровне;
- обучение молодых аналитиков в области политики здравоохранения методом наставничества, позволившее принять на работу новую когорту независимых исследователей для поддержки Министерства здравоохранения.

Эти важные направления работы получили официальное признание в Министерстве здравоохранения, выразившееся в создании Управления стратегического планирования и реализации реформ, одной из функций которого является мониторинг основных показателей функционирования системы здравоохранения. Кроме этого, было образовано самостоятельное государственное учреждение – Центр развития системы здравоохранения, задача которого заключается в поддержке процессов разработки и реализации политики.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (7).

Пример из практики 15. Процессы развития услуг здравоохранения: улучшение профессионального потенциала кадровых ресурсов

Разработанная правительством Казахстана комплексная государственная программа развития здравоохранения "Саламатты Казахстан" является примером инициативы, направленной на улучшение согласованности, компетентности и комплексного характера услуг здравоохранения.

Программа была разработана с целью решения устойчиво сохраняющихся проблем здравоохранения, таких как низкая продолжительность жизни, неудовлетворительная охрана материнства и детства, рост распространенности хронических заболеваний и высокая заболеваемость туберкулезом и ВИЧ/СПИДом. В соответствии с программой, большие средства были вложены в подготовку кадров с применением метода каскадного обучения, при котором специалисты областного уровня обучаются на центральном и международном уровне, а затем разъезжаются для проведения обучения на местном уровне. Такой метод был внедрен в процессе совершенствования системы непрерывного повышения квалификации медработников, основанной на международных стандартах, системе начисления зачетных единиц – кредитов и установлении партнерских отношений с медицинскими вузами для содействия учебному процессу.

Источник: Barbazza et al. (81).

практики 14 (7) и 15 (81).

Важно отметить, что неразвитая инфраструктура информационной технологии ограничивает возможности управления в сфере КРЗ и приводит к обратным результатам планирования показателей и организации функционирования кадровых ресурсов. В свою очередь политические руководители могут недооценивать потребность в более активном развитии КРЗ и увеличении инвестиций и не принимать мер к тому, чтобы нанимать профессиональных менеджеров по работе с кадрами (см. раздел 5.2.2, посвященный функции сбора и анализа информации о трудовых ресурсах).

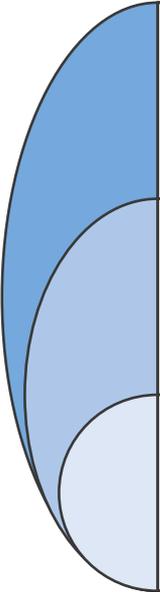
4.2 Совершенствование функции организации КРЗ

Планирование КРЗ представляет собой всеохватывающий систематизированный подход к обеспечению кадровых ресурсов, необходимых для выстраивания устойчивой системы здравоохранения (рис. 7) и включающих всех людей, занятых деятельностью, главной целью которой является улучшение здоровья (88). В документе ВОЗ "Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification" ["Классификация медицинских работников: картирование профессий в соответствии с международной стандартной классификацией", на англ. языке] (89) даются всеобъемлющий обзор и определения большинства медицинских работников, занятых в КРЗ.

Инвестиции в функцию организации КРЗ, выполняемую правительствами и учреждениями здравоохранения, имеют большое значение для преодоления и выявления реального дефицита кадров здравоохранения. Для успешного планирования, подготовки КРЗ и кадрового обеспечения системы здравоохранения и для предоставления политическим руководителям информационной, аналитической и управленческой поддержки в формировании политики требуется техническое и профессиональное лидерство.

Во многих государствах-членах важную роль в установлении стандартов для каждой профессии, проведении мероприятий по взаимному обучению и оценке, которые делают возможным и укрепляют предоставление медико-санитарной помощи и улучшают ее качество

Рис. 7. Иерархия планирования и организации КРЗ



Государственная политика здравоохранения: влияние на КРЗ	<ul style="list-style-type: none">• Общегосударственная• Федеральная/региональная <p>ПРИМЕР: Министерство здравоохранения</p>
УКР на организационном уровне	<ul style="list-style-type: none">• Политика в отношении организации предоставления услуг, включая использование частных поставщиков <p>ПРИМЕР: управление кадров</p>
Управление на местном уровне	<ul style="list-style-type: none">• Оперативная деятельность• Управление подразделениями <p>ПРИМЕР: заведующий отделом сестринской помощи</p>

и способствуют достижению общих улучшений через непрерывное повышение квалификации работников, играют профессиональные объединения (ассоциации). Совершенствование функции организации КРЗ может привести к активизации этой деятельности медицинских профессиональных ассоциаций в интересах всех категорий медицинских работников.

Наконец, инвестиции в функцию систем здравоохранения, касающуюся организации КРЗ, позволят обеспечить наличие и качество кадровых ресурсов здравоохранения (см. раздел 2.3, посвященный профессионально-квалификационной структуре).

Во многих государствах-членах были предприняты шаги по укреплению функционирования систем здравоохранения: для этого целенаправленно поддерживалось создание групп по КРЗ, разрабатывалась и осуществлялась соответствующая политика и координировались работы на межсекторальном уровне, например, между ведомствами, отвечающими за КРЗ, и учреждениями третичного образования (см. пример из практики 16) (90).

Еще один пример: правительство Греции, признавая наличие структурных проблем, возникших в результате финансового кризиса 2007/2008 гг. и, в частности, его влияния на греческую систему здравоохранения, предприняло шаги по обеспечению ВОУЗ и снижению бремени платежей из собственного кармана. Характерными в этом смысле являются недавно принятые стратегии по реформированию первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения и признание того, что для этих нововведений требуется структурированный и стратегический подход к КРЗ и к планированию трудовых ресурсов здравоохранения.

В зависимости от потребностей государств-членов, группы по организации КРЗ можно встретить в разных учреждениях, в том числе в министерствах здравоохранения.

Пример из практики 16. Новый подход в Ирландии к планированию трудовых ресурсов здравоохранения и социальной помощи

С целью преодоления существующих и вновь возникающих проблем трудовых ресурсов Министерство здравоохранения Ирландии в 2016 г. образовало межсекторальную руководящую группу для разработки основ стратегии в области планирования трудовых ресурсов здравоохранения и социальной помощи.

Основы стратегии построены на фундаментальных принципах, соответствующих Глобальному кодексу практики ВОЗ, и базируются на итеративном методе, предусматривающем пять этапов стратегического планирования трудовых ресурсов (анализ среды, оценка предложения и спроса, выявление возможных решений, планирование и реализация планов и мониторинг и оценка итогов).

Управление реализацией стратегии будет осуществляться на секторальном и межсекторальном уровнях, а схемы мониторинга и стратегического руководства будут организованы по вертикали и по горизонтали как признание того факта, что стратегии и решения должны выстраиваться и рассматриваться в рамках общей архитектуры рынка труда в здравоохранении.

Планируемые структуры и схемы стратегического руководства включают:

- межведомственную группу, возглавляемую Министерством здравоохранения и включающую основные министерства и ведомства, которая будет осуществлять общее руководство реализацией и определять приоритетность межсекторальных проектов и утверждать их;
- объединенную группу стратегического планирования трудовых ресурсов Министерства здравоохранения/Управления медико-санитарного обслуживания/Управления по делам детства и семьи, которая будет осуществлять общее руководство реализацией и определять приоритетность и утверждать проекты в секторах здравоохранения и охраны детства;
- отдел планирования общенациональных трудовых ресурсов в Управлении медико-санитарного обслуживания, который будет отчитываться за реализацию основ стратегии и выступать головным подразделением по стратегическому планированию трудовых ресурсов в секторе здравоохранения;
- планирование трудовых ресурсов на местном уровне: будут разрабатываться годовые и трехлетние планы обеспечения трудовыми ресурсами и выявляться кратковременные разрывы в кадровом обеспечении.

Межведомственная группа будет ежегодно отчитываться перед министром здравоохранения о ходе реализации основ стратегии. Также предусматривается периодический стратегический пересмотр актуальности и действенности основ стратегии.

Источник: Irish Department of Health (90).

Профессиональные менеджеры КРЗ, работающие вместе с медицинскими работниками, могут добиться того, что лица, возглавляющие системы КРЗ и осуществляющие стратегическое руководство ими, будут с аргументами в руках требовать выделения (и обеспечивать более рациональное использование) необходимых объемов инвестиций в повышение квалификации и образование медицинских работников (2).

4.2.1 Методические пособия по УКР

Для лиц, занимающихся планированием трудовых ресурсов здравоохранения и принимающих решения в этой сфере, разработан целый ряд методических пособий, с помощью которых они могут подсчитать количество и документально зафиксировать всех медицинских работников в масштабах всей страны и в регионах. Для этого создается электронная система или модифицируется уже имеющаяся информационная система здравоохранения. Примером может служить разработанный ВОЗ минимальный набор данных для регистра трудовых ресурсов здравоохранения (91), который могут использовать министерства здравоохранения

при создании стандартизированных систем информации о трудовых ресурсах здравоохранения. Этот минимальный набор данных позволяет стандартизировать значения данных в пределах имеющихся электронных систем информации о КРЗ. При его правильном использовании разработчиками информационных систем и программного обеспечения можно создать работающий электронный регистр трудовых ресурсов здравоохранения и обеспечить функциональную совместимость данных о трудовых ресурсах. Например, он дает возможность обмениваться данными о трудовых ресурсах здравоохранения между программными приложениями и компьютерными системами внутри более широких территориальных или общенациональных информационных систем здравоохранения.

Благодаря такому подходу может быть полностью реализовано оперативное агрегирование и отображение данных о трудовых ресурсах здравоохранения для принятия решений

4.2.2 HRH reflective of population needs

Государственная политика в отношении трудовых ресурсов должна изменяться в соответствии с необходимостью преодолевать экономические и демографические трудности на пути к ВОУЗ: могут понадобиться стратегии, разрабатываемые на основе оценок потребностей и сосредоточенные на подготовке большего числа медицинских работников. Стратегии должны быть направлены на оптимизацию наличных кадров здравоохранения посредством комплексного планирования КРЗ на основе анализа потребностей населения в услугах здравоохранения и понимания сил, влияющих на рынок труда в сфере здравоохранения (см. рис. 2 и пример из практики 17) (92).

Пример из практики 17. Учет влияния неравномерного географического распределения медицинских работников и возможные механизмы его исправления

Сохранение трудовых ресурсов в районах с недостаточным уровнем обслуживания – общая проблема систем здравоохранения. Стратегии решения этой проблемы включают целенаправленную работу с будущими врачами в процессе их обучения и с ныне работающими врачами путем их материального стимулирования, а также изменения схемы предоставления услуг и использования технологии, такой как телемедицина.

В докладе ОЭСР (92) в разделе 5 обсуждается и исследуется вопрос о влиянии неравномерного географического распределения на врачей и медико-санитарные услуги и описывается несколько подходов к решению этой проблемы в ряде стран. О мерах, представляющих интерес для читателей в Европейском регионе, можно прочитать в разделе, касающемся (помимо других вопросов) стратегий и направлений политики, выбора целей и переориентации услуг.

В этом документе приводятся примеры из практики Австрии, Дании, Германии, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства (Шотландии), Финляндии, Франции и Чехии.

Источник: ОЭСР (92).

ВОЗ разработала справочное пособие по национальным счетам трудовых ресурсов здравоохранения (93), в котором содержатся основные показатели, предназначенные для того, чтобы давать точную информацию о положении дел и тенденциях в стране в отношении трудовых ресурсов здравоохранения. Эти показатели важны для страновой, региональной и глобальной отчетности по всему спектру приоритетных аспектов трудовых ресурсов здравоохранения. Справочник основан главным образом на всеобъемлющей структуре рынка труда в сфере здравоохранения, необходимой для достижения ВОУЗ, и может быть использован для обеспечения гармонизированной информации о трудовых ресурсах и отслеживания результатов реализации политики в отношении КРЗ с точки зрения достижения ВОУЗ

4.3 Роль управления кадровыми ресурсами

Управление кадровыми ресурсами (УКР) – это не то же, что КРЗ; оно определяется как комплексное использование систем, направлений политики и методов управления для найма, сохранения и профессионального развития работников в целях обеспечения достижения целей организации (94).

Важность УКР невозможно переоценить. Кадры являются самым большим и важным активом системы здравоохранения – на их долю приходится от 70% до 80% бюджета системы (94). Слабое управление кадровыми ресурсами может привести к неудовлетворенности и потере мотивации у персонала, развалу организации и неспособности предоставлять населению медицинские услуги.

Успешное выполнение функции УКР – либо непосредственно, либо через поддержку местного руководства или руководителей подразделений и посредством формирования лидеров – способствует повышению квалификации, удовлетворенности и мотивации работников здравоохранения к достижению со временем более высоких уровней выполнения своих обязанностей. Оно связано с целым рядом общих полезных результатов, получаемых благодаря успешно работающей системе (94):

- организации выигрывают от улучшения в сохранении кадров, повышения качества выполнения сотрудниками своих обязанностей, сознательного приложения сотрудниками своих знаний и навыков, что приводит к повышению оперативности и рациональности в деятельности организации и ее способности более успешно осуществлять необходимые перемены;
- сотрудники выигрывают от укрепления чувства справедливости, от осознания себя частью коллектива и повышения уровня благополучия, что приводит к улучшениям в пригодности, ценности, мотивации и удовлетворенности сотрудников своей работой.

В системе здравоохранения медицинские работники, работники управленческого звена и персонал УКР могут чувствовать, что их недооценивают, они недостаточно подготовлены, не получают достаточной поддержки и достаточной заработной платы, однако улучшения в планировании и управлении кадровыми ресурсами позволяют решать эти вопросы более успешно. Создание отдела кадров в организации должно усилить функцию обеспечения УКР. Это не то же самое, что местное управление и формирование лидеров, которое представляет собой усиление позиции какого-либо руководителя учреждения здравоохранения, который возглавляет какую-то группу сотрудников, например, директор по лечебной работе или заведующий сестринской службой (95) (см. рис. 7). В частности, отдел кадров должен функционировать на уровне всей организации и обеспечивать ориентацию персонала в вопросах образования, регулирования, аккредитации и выполнения должностных обязанностей. Это может также включать разработку должностных инструкций, моделей профессионального и служебного роста, сеток заработной платы и предоставление помощи в вовлечении персонала в непрерывное повышение квалификации (96).

4.4 Сертификация и регистрация медицинских работников

Главная задача регулирования трудовых ресурсов состоит в защите интересов общества путем обеспечения ответственности и подотчетности, благодаря чему повышается безопасность пользователей услугами и улучшается охрана здоровья работников. Страны могут защищать пользователей услугами от преступной халатности средствами нормативного регулирования, такими как законы и указы, правила и регламенты, стратегии и рекомендации, и способствовать

созданию доверительных отношений между медицинскими работниками и теми, кого они обслуживают.

Средства нормативного регулирования могут различаться по своему уровню – от государственного до негосударственного участия в регулировании. На одном конце спектра учреждения первичного регулирования обладают законным образом делегированными полномочиями; они контролируют границы практики, определяют стандарты надлежащей практики, осуществляют надзор за поведением медицинских работников и предоставляют экспертные рекомендации законодательным и административным органам. На другом конце находится институциональная модель нормативного регулирования, в соответствии с которой ведущая роль в регулировании вопросов, касающихся специалистов медико-санитарной помощи, отдается государству.

Сертификация и регистрация работников здравоохранения (в тех случаях, когда это необходимо) во многих государствах-членах представляет собой стандартный процесс и является важным элементом формирования полноценных трудовых ресурсов. Некоторые страны пошли дальше и ввели обязательную повторную сертификацию, чтобы повысить качество и результативность в работе: например, в Соединенном Королевстве (Англия) была введена обязательная переаттестация врачей и медсестер.

Сертификация – это момент успешного завершения профессионального обучения; во многих случаях за нею следует регистрация в каком-либо регулирующем органе, который выполняет функцию (порученную ему государством или представителями данной профессии) подтверждения компетентности работника для ведения практики в пределах своей роли.

Официальная сертификация также может служить действенным механизмом, помогающим внедрять новые компетенции или специализации. В целом ряде примеров показано использование НПК и формальное утверждение новых учебных планов в рамках некоего механизма, подводящего к новой сертификации, которая затем и проводится регулирующим органом или где-либо еще в системе. Именно так и было в случае предоставления сестринской помощи во внестационарных условиях на Мальте (97) и предоставления сестринской паллиативной помощи в Сербии (98). Одним из ключевых элементов обеспечения (и гарантирования) того, что всегда будет поддерживаться постоянный уровень компетентности, является аккредитация органов по сертификации (8).

ВОЗ разместила в интернете целый ряд полезных руководств по официальной аккредитации и регулированию (см. вставку 4).

4.5 Social third sector

Данный раздел представляет собой адаптацию работы Mans et al. (99).

Инвестирование средств в устойчивые трудовые ресурсы здравоохранения требует принятия долговременных мер на уровне отдельных стран и на международном уровне в рамках межсекторального сотрудничества. Активную роль субъектов перемен может играть социальный "третий сектор"/гражданское общество (см. примеры из практики 18, 19 и 20. В данном разделе описывается подход, применяемый девятью организациями гражданского общества, или неправительственными организациями (НПО), и показано, как они выступают одной из движущих сил, которые привлекают внимание политиков на уровне отдельных стран и на европейском уровне к Глобальному кодексу ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (Кодексу ВОЗ).

Действуя в рамках общей структуры общественного объединения "Работники здравоохранения для всех" (HW4all), европейские организации гражданского общества в своих странах

предпринимали согласованные действия по обмену необходимыми данными, методическими разработками, пониманием проблем и информационно-пропагандистскими акциями в области мобильности трудовых ресурсов здравоохранения. НПО, участвовавшие в реализации Кодекса ВОЗ (среди них были группы пациентов, профсоюзы, профессиональные организации и негосударственные организации, действующие в области общественного здравоохранения) имели каждая свой опыт международного сотрудничества в сфере развития и до этого уже вели работу на уровне своих стран по повышению устойчивости системы здравоохранения. Они требовали от своих правительств подключить несколько министерств к решению сложных вопросов стратегического руководства трудовыми ресурсами здравоохранения путем межсекторального взаимодействия – например, привлечь к этой деятельности министерства иностранных дел, здравоохранения, образования, финансов, труда и миграционные службы.

Пример из практики 18. Сотрудничество с участием нескольких действующих субъектов

Партнер организации HW4all в Румынии – Центр по вопросам политики и услуг здравоохранения сотрудничал с профсоюзом работников здравоохранения САНИТАС и Международной организацией по миграции в создании "мозгового центра" в качестве платформы для дискуссий по проблемам КРЗ. Также было налажено сотрудничество с отделом общественного здравоохранения администрации президента Румынии.

Центр по вопросам политики и услуг здравоохранения и HW4all организовали на уровне страны два диалога по вопросам политики в отношении КРЗ (в 2014 и 2015 гг.), за которыми последовала разработка плана действий по осуществлению перемен. В ноябре 2015 г. румынское правительство взяло на себя инициативу по изменению социально-профессионального статуса румынских медицинских работников: было решено адекватно регулировать заработную плату, ввести критерии оценки выполнения профессиональных обязанностей и маршруты служебного роста.

Благодаря этому проекту с помощью различных материальных стимулов удалось улучшить качество медицинских услуг, снизить уровень миграции медицинских работников за границу и сократить дефицит персонала в медицинских учреждениях, особенно в сельских районах

Источник: HealthWorkers 4all (100).

Пример из практики 19. Достойная работа

Партнер организации HW4all в Испании – Федерация ассоциаций Medicus Mundi пролила свет на тяжелое положение, в котором оказался целый ряд испанских медсестер, нанятых на работу частным немецким агентством по трудоустройству. Эта история попала на первые полосы газет и в новостные выпуски СМИ во всей Европе: медицинские сестры (которые закончили испанские университеты и поэтому по уровню образования были выше своих немецких коллег) эксплуатировались немецкими работодателями, которые ставили их на должности ниже их квалификационного уровня и платили им более низкую зарплату. Не были выполнены обещания относительно свободного выбора места жительства и условий работы. Многие разочарованные медсестры попытались расторгнуть свои контракты, но их заставили платить неустойку.

Только совместное вмешательство испанских и немецких профсоюзов, поддержанных Европейским союзом государственных служащих, помогло выправить ситуацию

Источник: HealthWorkers 4all (100).

Пример из практики 20. Стратегическое руководство, осуществляемое в пределах одной страны Европейской ассоциацией больниц и работодателей в области медико-санитарной помощи и Европейской федерацией профсоюзов государственных служащих

В число европейских социальных партнеров в секторе больниц и медико-санитарной помощи входят Европейская ассоциация больниц и работодателей в области медико-санитарной помощи и Европейская федерация профсоюзов государственных служащих, которые являются примером деятельности социальных партнеров на наднациональном уровне совместно с государствами по решению наиболее важных проблем, определяемых их членами.

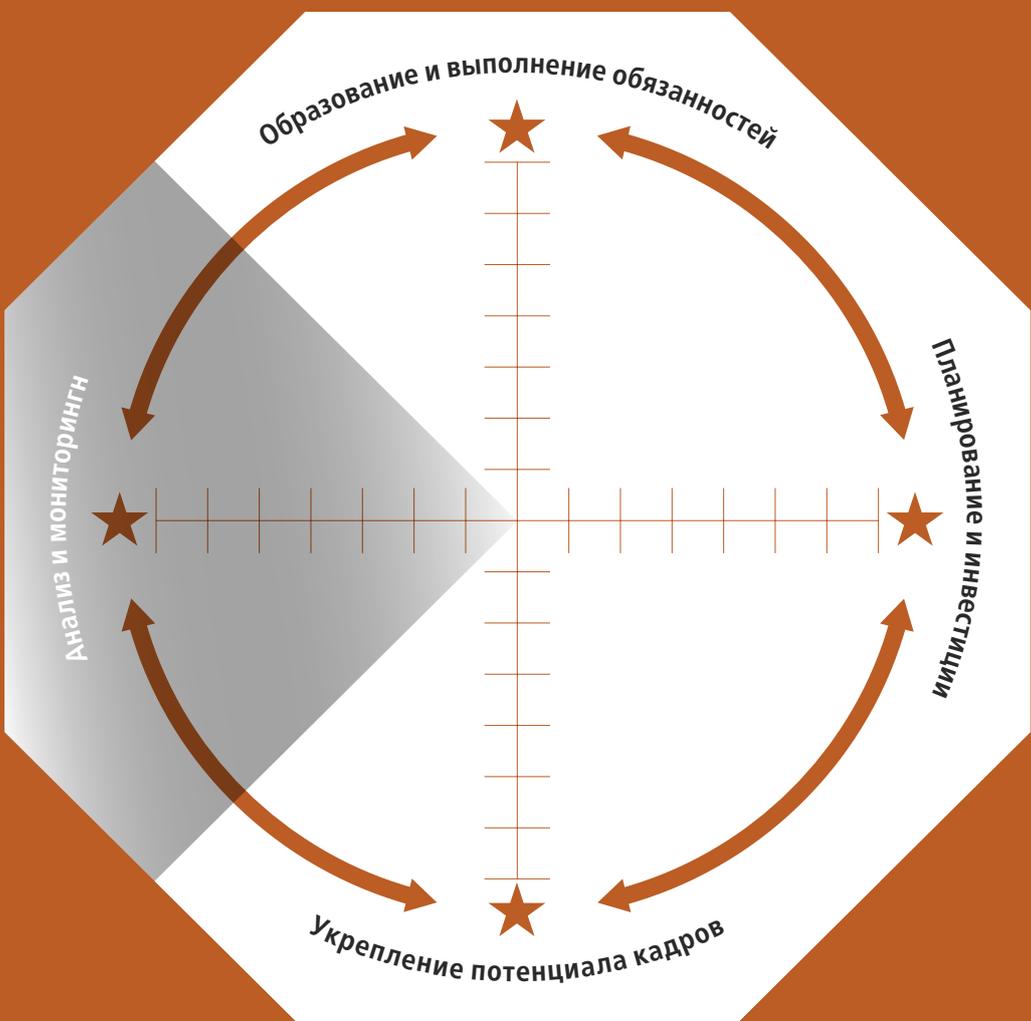
Европейская ассоциация больниц и работодателей в области медико-санитарной помощи и Европейская федерация профсоюзов государственных служащих в 2008 г. приняли кодекс поведения в отношении этики международного найма и сохранения кадров (102), а в 2016 г. опубликовали совместную декларацию о НПК и учении на протяжении всей жизни (103). Кодекс поведения был разработан для того, чтобы поддерживать соблюдение (и положить конец несоблюдению) норм этики в практике международного найма медицинских работников. Для того, чтобы гарантировать и повысить качество помощи и уровень безопасности пациентов, была принята совместная декларация, которой необходимо руководствоваться в деятельности по поощрению НПК и обеспечению доступа к НПК и к учению на протяжении всей жизни.

В кодексе поведения и в совместной декларации отмечается изначально присущая этой области потребность в том, чтобы социальные партнеры, работодатели и медицинские работники сотрудничали и работали со всеми заинтересованными сторонами, такими как органы государственного управления и регулирующие и профессиональные органы, на местном, национальном и региональном уровнях с целью содействия позитивным переменам.

Источник: Европейская ассоциация больниц и работодателей в области медико-санитарной помощи и Европейская федерация профсоюзов государственных служащих (102,103).

В период с 2013 г. по начало 2016 г. партнерством HW4all проводилась информационно-разъяснительная деятельность в полном соответствии с Кодексом ВОЗ, включавшая разработку и распространение необходимых инструментов анализа политики. К таким инструментам относятся переводы Кодекса ВОЗ и руководства для пользователей Кодекса на государственные языки стран-партнеров, анализ заинтересованных сторон в каждой стране и на уровне ЕС, сборник примеров из практики и обращение с призывом к действию. Примеры из практики включали описание межсекторального/многостороннего сотрудничества по реализации Кодекса ВОЗ и по укреплению трудовых ресурсов здравоохранения. Они служили так называемым "теневым отчетом", прилагаемым к официальному мониторингу соблюдения Кодекса ВОЗ, который осуществляется ВОЗ и государствами-членами.

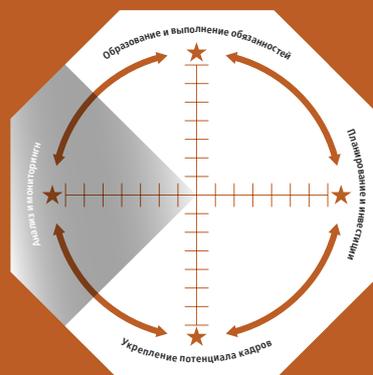
Партнерством HW4all также были организованы семинары на уровне отдельных стран и всего ЕС, в которых участвовали представительные органы медицинских работников. Цель этих семинаров заключалась в том, чтобы создать сообщество единомышленников, объединяющее национальных и международных заинтересованных партнеров, и сформировать устойчивые трудовые ресурсы здравоохранения с учетом конкретных условий в странах и в регионе. Для достижения этой цели на уровне ЕС партнерство HW4all сотрудничало с Европейским альянсом общественного здравоохранения и Европейским профсоюзом работников государственных служб



АНАЛИЗ И МОНИТОРИНГ

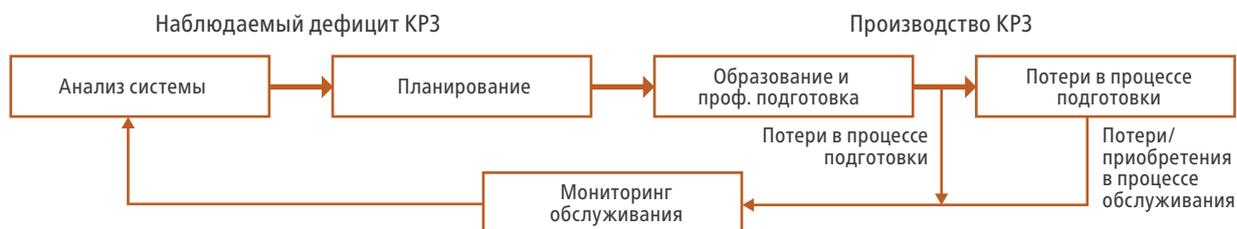
В данной главе исследуется необходимость определить такие понятия, как:

- анализ КРЗ: оценка нынешнего положения дел и потребностей в будущем;
- мониторинг: исследование компании Matrix Insight, Центр сбора и анализа информации о трудовых ресурсах;
- планирование анализа трудовых ресурсов: оценка потребностей в кадровых ресурсах на основании показателей рабочей нагрузки;
- примеры механизмов анализа: сканирование горизонтов, ОЭСР, механизмы многопрофессионального анализа;
- ограниченность прогнозирования.



В упрощенном виде планирование и производство КРЗ можно было бы рассматривать как цикл производства и обратной связи, не отличающийся от контуров производственной обратной связи и контроля (рис. 8). Такая аналогия не имеет целью представить в упрощенном виде сложности планирования, образования и профессионального обучения КРЗ, а лишь является попыткой выделить основные элементы обеспечения КРЗ, которые будут рассматриваться в этой главе по очереди.

Рис. 8. Простой цикл производства и обратной связи



Глобальным альянсом по трудовым ресурсам здравоохранения подготовлено методическое пособие по КРЗ, которое может быть полезным для читателей (см. вставку 5)

Источники информации по перечисленным вопросам показаны во вставке 5.

Вставка 5. Публикации по рассматриваемым вопросам

ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (2015 г.). Оценка потребности в кадровых ресурсах на основании показателей рабочей нагрузки (метод WISN): руководство для пользователя. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/).

World Health Organization (2017). Global Health Workforce Alliance. The Human Resources for Health Toolkit. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/hrhtoolkitpurposepages/en/>).

Вставка 5 продолжение**ЕС/Европейская комиссия**

Centre for Workforce Intelligence (2014). Mapping the core public health workforce. Final report. London: Centre for Workforce Intelligence (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507518/CfWI_Mapping_the_core_public_health_workforce.pdf).

Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (2017). Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting [website]. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union (www.healthworkforce.eu/).

Matrix Insight (2012). EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends – a feasibility study. Brussels: European Commission (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf).

ОЭСР

Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries. A review of 26 projection models from 18 countries. Paris: OECD Publishing (Working Paper #26; <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5k44t787zcwb-en>).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2016). Health workforce policies in OECD countries. Right jobs, right skills, right places. Paris: OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>).

Другие источники

Centre for Workforce Intelligence (2015). Horizon 2035. Future demand for skills: initial results. London: Centre for Workforce Intelligence (<https://www.gov.uk/government/publications/horizon-2035-future-demand-for-skills-initial-results>).

5.1 Анализ КРЗ: оценка современного состояния и потребностей в будущем

Для надлежащего функционирования систем здравоохранения важнейшее значение имеет обеспечение правильного сочетания численности и профессионально-квалификационной структуры кадров медицинских работников.

Например, недостаточная численность врачей может препятствовать доступу к медицинским услугам для некоторых сегментов населения, а избыток может привести к утрате человеческого капитала и увеличить государственные расходы из-за спроса, стимулируемого предложением. Анализ и постоянный мониторинг строится на наличии стандартизированных и сопоставимых данных на всех уровнях и особой категории специалистов, способных заниматься анализом данных. В разных государствах-членах существуют разные механизмы сбора таких данных и работы с ними, но общим признаком успешно действующих механизмов является наличие системы регистрации или мониторинга (см. раздел 4.4, посвященный сертификации и регистрации медицинских работников). Сертификацию и регистрацию медицинских работников часто осуществляет какой-либо профессиональный орган (см. пример из практики 21 (104, 105), в котором это показано на разных уровнях регулирования).

К традиционным способам определения потребностей в кадровых ресурсах относятся расчет соотношения численности населения к численности персонала (например, X медицинских сестер на 10000 населения) и стандарты укомплектованности кадрами медицинских учреждений

Пример из практики 21. Создание национальных реестров трудовых ресурсов для прогнозирования движения работников здравоохранения

В 2011 г. в Республике Молдова было признано существование проблемы, которую создает для системы здравоохранения миграция трудовых ресурсов. При координирующей роли ВОЗ и благодаря финансированию, полученному от ЕС, страна осуществила программу "Совершенствование управления мобильностью медицинских работников".

Была создана национальная информационная система для мониторинга медицинских работников. Более 800 человек прошли обучение по использованию этой системы, включавшее вопрос о важности стратегического руководства и управления КРЗ. В результате осуществления программы была создана законодательная база, разработаны протоколы по оплате труда медицинских работников, внесены изменения в программы обучения медицинских сестер и врачей и был принят меморандум о взаимопонимании между Республикой Молдова и Германией. Важными результатами этого проекта являются укрепление информационных систем КРЗ и создание национальных реестров трудовых ресурсов.

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ (104); South-eastern Europe Health Network (105).

(например, X медицинских сестер и Y врачей на одну поликлинику). Многие правительства также применяют так называемую стратегию *numerus clausus* ("закрытое число"), чтобы влиять на предложение медицинских работников, регулируя прием в образовательные учреждения и программы профессиональной подготовки. У таких методов есть серьезные недостатки, которые заключаются в том, что в них не учитываются местные различия в спросе на услуги и та деятельность, которую медицинские работники ведут фактически.

В докладе "Health workforce policies in OECD countries" ["Политика в отношении трудовых ресурсов здравоохранения в странах ОЭСР"] (92) рассматривается политика и действия стран сквозь разные призмы анализа рынка труда, тенденций на рынках труда, детерминант стратегий в области образования и профессиональной подготовки, тенденций в миграции, географических дисбалансов и несоответствий в квалификационной структуре кадров, а также предлагаются возможные меры для исправления последствий всего этого. В докладе отмечается:

"В нескольких странах политика *numerus clausus* часто характеризуется фазами роста и снижения, что является реакцией на изменения в обеспокоенности по поводу дефицита или избытка поставщиков медицинской помощи в будущем и, соответственно, на изменения в приоритетах."

Иногда это называют установлением *numerus clausus* по принципу флюгера (92):

"Определение правильного числа для приема студентов в учебные заведения оказалось трудной задачей ввиду широкого диапазона и неопределенности факторов, влияющих на будущие спрос и предложение медицинских работников."

Также в докладе отмечается, что в Австралии недавно отказались от *numerus clausus* в системе медицинского образования, а после его опубликования в Соединенном Королевстве (Англия) отменили так называемый потолок на обучение медицинских сестер, прекратив финансирование стипендий. Однако говорить о полном эффекте этих перемен для планирования и конечных показателей производства трудовых ресурсов, возможно, еще рано.

Далее в докладе излагается целый ряд рекомендаций (92):

- планирование трудовых ресурсов здравоохранения – это не точная наука, и планы нужно регулярно пересматривать;

- прежде, чем планировать предложение ресурсов на будущее, нужно понять сегодняшнее положение дел с КРЗ;
- помочь минимизировать эффект флюгера могут правильные прогнозы КРЗ;
- в улучшениях со стороны предложения должны учитываться модели выхода на пенсию;
- необходимо принимать во внимание многопрофессиональные подходы к планированию;
- при планировании необходимо принимать во внимание неравномерность в географическом распределении кадров.

ОЭСР опубликовала рабочий документ по планированию трудовых ресурсов здравоохранения в странах ОЭСР, в котором были проанализированы 26 моделей прогнозирования в 18 странах (106). Это может быть полезно для разработчиков планов и для читателей и покажет им примеры из опыта многих стран (см. 5.4.2, опыт ОЭСР).

Для грамотного планирования КРЗ требуется доскональное понимание входящих и исходящих потоков рабочей силы в системе здравоохранения. Данные об исходящих потоках включают данные об изменениях в карьере работников, эмиграции, смерти и выходе на пенсию. Мониторинг этих факторов, а также наблюдение за такими признаками рабочей силы, как пол, возраст и рабочее время, позволяет достаточно точно рассчитывать входящие

Пример из практики 22. Проект "Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения"

Проект "Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения" имел целью улучшение подготовки будущих трудовых ресурсов здравоохранения в Европе, повышение возможностей для планирования трудовых ресурсов здравоохранения и сведение воедино знаний и практического опыта в сфере планирования во всей Европе. Группой экспертов было подготовлено несколько докладов по терминологии в области планирования трудовых ресурсов здравоохранения, по данным о мобильности и данным для планирования трудовых ресурсов, а также большой справочник по методике планирования трудовых ресурсов здравоохранения с описанием семи прогрессивных систем планирования. Для исследования сложности будущих проблем в системах планирования трудовых ресурсов здравоохранения и для того, чтобы подчеркнуть важность качественных данных при планировании трудовых ресурсов здравоохранения, была также использована методика сканирования горизонтов. В помощь государствам-членам в оценивании своих систем планирования трудовых ресурсов здравоохранения было составлено пособие по планированию, в котором предлагаются осуществимые и посильные решения, способствующие улучшению систем.

В Италии и Португалии было проведено экспериментальное исследование по изучению эффективности предоставления знаний и внедрения системы планирования трудовых ресурсов здравоохранения с использованием пособия по совместным действиям. В Италии стороны, заинтересованные в обеспечении КРЗ, ежегодно определяют число студентов, которые должны быть приняты в университеты (политика *numerus clausus*) для обучения по всем медицинским профессиям. В пособии обозначены ключевые элементы внедрения и поэтапный подход к внедрению новой системы планирования. В итоге были получены полная опись наличных трудовых ресурсов и математический метод прогнозирования, которым могут пользоваться все заинтересованные стороны. По мнению заинтересованных сторон, это первый шаг к совершенствованию планирования трудовых ресурсов здравоохранения, и уже были высказаны предложения относительно дальнейшего прогресса. Описываемое экспериментальное исследование служит примером того, как составление достоверной и полной описи ресурсов является неотъемлемым начальным этапом прогнозирования.

Пример из практики 22 продолжение

Еще одно экспериментальное исследование было проведено в Бельгии с целью изучения того, как можно применить метод сканирования горизонтов и метод Дельфи для проведения общенационального смотра кадров врачей общей практики, учитывая заинтересованность в совершенствовании планирования трудовых ресурсов здравоохранения, чтобы дать возможность заинтересованным сторонам улучшить свою политику. Применяя методы сканирования горизонтов и используя свои знания предмета, эксперты из Федерального ведомства планирования общественных услуг выявили факторы и движущие силы, которые повлияли на кадровые ресурсы врачей общей практики и о которых раньше не знали, например, совместное использование данных о пациентах благодаря новым технологиям. С помощью метода Дельфи собиране и уточнение знаний экспертов посредством систематизированного процесса выработки консенсуса позволили количественно определить набор переменных, которые должны использоваться в модели планирования трудовых ресурсов здравоохранения, включая ожидаемые изменения в будущем спросе. В целом оба метода помогли улучшить качество анализа кадров врачей общей практики и выявить новые области информации и данных. Группа по проведению исследования сообщила о возможности его повторения в других государствах-членах и высказала рекомендации о применении качественных методов в будущем.

Источники: Michelutti & Malgieri (108); Edwards & Fellows (109).

потоки и спрос. Как показывают факты, если этого не делать, могут возникнуть дисбалансы в КРЗ и неравномерность в их распределении (107). В контексте "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." (2) те же факты показывают, что даже в условиях, когда функции планирования выполняются, сохраняется необходимость следить за тем, чтобы планирование осуществлялось в соответствии с характером изменяющейся среды медико-санитарной помощи. В примере из практики 22 (108, 109) показано, как некоторые государства-члены внедрили у себя методы планирования и прогнозирования.

Все это убедительно доказывает, что необходимо регулярно пересматривать политику с учетом влияния меняющихся окружающих условий (включая экономические, социальные и технические) на будущий спрос и предложение работников здравоохранения. Такой пересмотр должен строиться на ошибкоустойчивых моделях планирования трудовых ресурсов здравоохранения, доступе к данным и учитывать данные о кадрах здравоохранения, работающих в системе в целом, взаимодействия внутри системы/окружающей среды, изменяющиеся сферы практики и усиление международного характера рынков рабочей силы здравоохранения. Государства-члены могут выработать механизмы пересмотра исходя из собственного опыта и собственной специфики. Примеры механизмов, которые страны могут применить у себя или из которых могут заимствовать опыт, есть (см. раздел 5.2 о мониторинге)

5.2 Мониторинг

5.2.1 Исследование Matrix Insight

Целью исследования Matrix Insight, которое финансировалось ЕС (110) (подготовительная фаза проекта ЕС "Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения") было определить меры на уровне ЕС, которые могли бы помочь государствам-членам в оценке, прогнозировании и планировании своих потребностей в трудовых ресурсах здравоохранения и сохранить устойчивость систем здравоохранения в государствах.

В исследовании было признано, что для лиц, планирующих КРЗ, важно иметь точную информацию о численности, распределении и характере КРЗ. Было отмечено, что "методики сбора данных существенно различаются – до сих пор – в разных странах" и что в большинстве стран ЕС для планирования КРЗ сбор данных осуществляют два или более учреждений. Анализ показывает, что на эффективность механизмов сбора данных негативно влияют несколько факторов, поэтому государствам-членам необходимо принять во внимание следующие соображения (110):

- сбор данных о КРЗ должен быть обоснован очевидной необходимостью;
- данные собираются из многих источников, поэтому часто они не сопоставимы;
- во многих странах собираемые данные не предназначены специально для планирования трудовых ресурсов;
- выделяемых ресурсов недостаточно: низкий статус методов сбора данных и наборов информации объясняется выделением недостаточных кадровых, технических и финансовых ресурсов;
- необходимо больше ясности и гармонизации в отношении того, какие включаются профессии и функции, особенно при определении функций медицинских работников.

5.2.2 Функция сбора и анализа информации о трудовых ресурсах

Осуществлять планирование трудовых ресурсов легче в такой системе здравоохранения, которая позволяет и способна собирать и перепроверять данные о трудовых ресурсах для того, чтобы получать информацию о трудовых ресурсах в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, которую [информацию] лица, формирующие политику и занимающиеся планированием, могут использовать для обоснования принимаемых решений. В качестве примера можно привести работу бывшего Центра сбора и анализа информации о трудовых ресурсах в Соединенном Королевстве (он существовал с 2010 по 2016 гг.), который предоставлял министерству здравоохранения Англии независимую помощь в планировании трудовых ресурсов. В его заключительном отчете "Mapping the core public health workforce" (111) ["Картирование основных (профильных) трудовых ресурсов общественного здравоохранения"] описывается четырехступенчатый метод, который может быть полезен для государств-членов. В этом проекте сочетались масштабные кабинетные исследования с непосредственными контактами с заинтересованными сторонами и выполнялись следующие работы (111):

- общая оценка с целью установления того, какие трудовые ресурсы необходимо картировать, и согласования основных определений, используемых в ходе всего проекта;
- обзор литературы для того, чтобы иметь представление об основных процессах и событиях и об имеющейся литературе по наиболее важным темам, касающимся трудовых ресурсов общественного здравоохранения;
- сбор данных посредством обзора имеющихся источников данных;
- непосредственное взаимодействие с заинтересованными сторонами, чтобы разобраться в том, какие имеются данные о трудовых ресурсах, как понимается предоставление услуг общественного здравоохранения с точки зрения трудовых ресурсов и как на уровне страны и на местном уровне выполняются важные функции общественного здравоохранения.

Этот процесс также должен включать подробное определение границ, которые применяются при оценивании того, кто входит и кто не входит в тот или иной рассматриваемый или изучаемый трудовой ресурс, чтобы составители планов знали реальный контекст, в котором проводится работа. В документе "Оценка потребности в кадровых ресурсах на основании

показателей рабочей нагрузки (метод WISN): руководство для пользователя" этот аспект назван задачей, аналогичной по сложности ведению учетных записей.

5.3 Планирование трудовых ресурсов здравоохранения

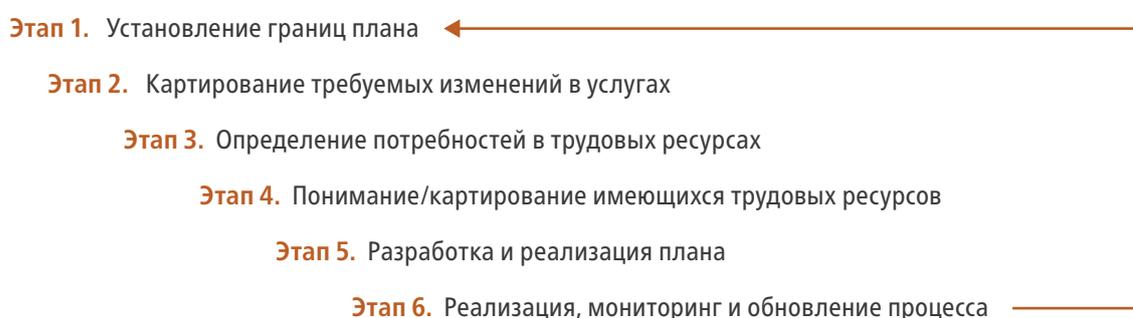
Оценить существующее положение вещей и выработать стратегию достижения долгосрочных целей, таких как поставленные в "Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г." (2), государствам-членам позволит систематизированный анализ. Анализ, включающий всестороннюю оценку ресурсов, поможет государствам-членам выработать хорошо продуманный и устойчивый к действию внешних факторов план достижения собственных целей.

При проведении анализа трудовых ресурсов выделяются четыре основных элемента:

1. Определение сценариев планирования, включая оценку нынешнего положения дел (А) и окончательного состояния (В) для каждого сценария планирования (см. рис. 3).
2. Оценка ресурсов для каждого сценария.
3. Составление каталога ресурсов по состоянию на данный момент.
4. Согласование сценария, который должен быть реализован, и выделение ресурсов, необходимых для устранения разрыва между нынешними (п. 3 выше) и требующимися ресурсами (п. 2).

Эта модель, состоящая из 4 этапов, может быть расширена, если включить в нее дополнительный механизм для оценки осуществимости стратегий реализации и контур обратной связи для того, чтобы лица, формирующие политику, могли контролировать прогресс в создании устойчивых трудовых ресурсов и определять области, требующие улучшения (113) (см. этап 6 на рис. 9 (114)). Также этот процесс должен включать работу непосредственно с заинтересованными сторонами и согласование и распределение сфер ответственности, чтобы работа не велась только на бумаге. Стратегические цели по своей сути связаны между собой, как показано в модели из шести этапов (113), которая объединяет в итеративном процессе планирование и непрерывный мониторинг трудовых ресурсов здравоохранения.

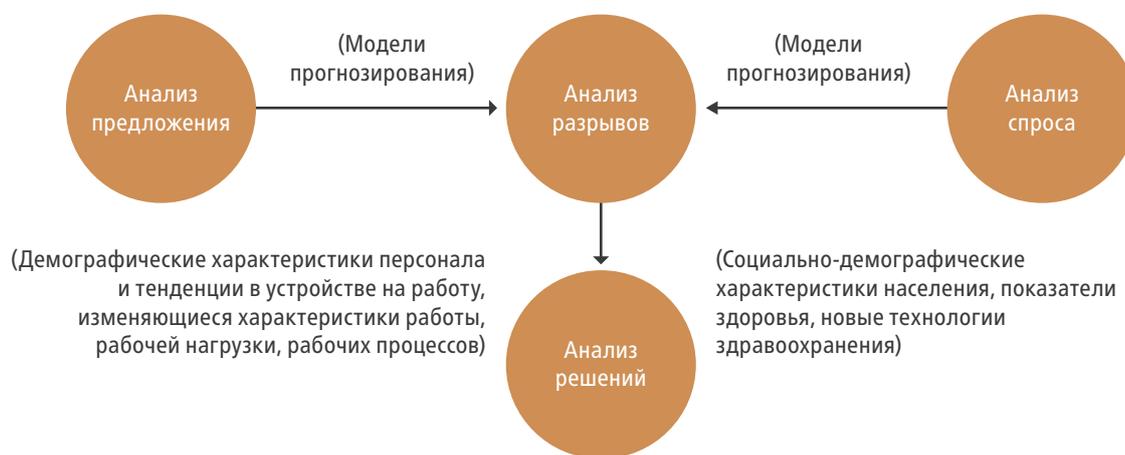
Рис. 9. Модель из шести этапов



Источник: Al-Sawai & Al-Shishtawy (114).

Полезное исследование процесса прогнозирования предложения врачей и использования методов прогнозирования выполнили Roberfroid et al. (115). В исследовании были рассмотрены вопросы типологии подходов и анализа методики (рис. 10).

Рис. 10. Прогнозирование



Источник: Roberfroid et al. (114). © Roberfroid et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2009. Reproduced under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).

В работе были выделены четыре подхода, применяемых разработчиками планов:

1. Прогнозирование предложения (установление нового базового уровня по сравнению с нынешним предложением на основе предполагаемой потребности).
2. Методы определения спроса/потребностей (на основе предполагаемого спроса на услуги).
3. Анализ на основе потребностей (на основе изменяющихся требований с точки зрения эпидемиологии заболеваний).
4. Оценка путем сравнения с эталоном (переход к стандарту, определяемому другим условием, таким как средние нормы плотности ОЭСР).

В работе сделан вывод о том, что (115):

"... единого общепринятого подхода к прогнозированию потребностей во врачах нет. Ценность прогнозов заключается в их пользе для выявления нынешних и возникающих тенденций, на которые должны реагировать лица, формирующие политику."

В работе, выполненной по результатам исследования Matrix Insight (110), выделены три аспекта планирования трудовых ресурсов, соответствующие, как предполагается в этом исследовании, различным ролям, которые может играть планирование трудовых ресурсов, и отмечается, что эти аспекты не исключают друг друга, а могут улучшаться благодаря друг другу и тем самым совершенствовать планирование:

- a) мониторинг: собираются данные о нынешних и будущих трудовых ресурсах здравоохранения для мониторинга качества их функционирования и прогнозирования (например, расходов);
- b) анализ для того, чтобы реагировать на проблемы, связанные с уравниванием спроса на кадровые ресурсы здравоохранения и их предложения в рамках нынешней ситуации;
- c) стратегическое планирование на более долгосрочную перспективу развития системы здравоохранения, включающее распределение ресурсов, учет характеристик системы и обеспечение устойчивых трудовых ресурсов.

Далее в работе отмечается, что на цель планирования на уровне государства влияют специфические для данного государства движущие силы и подходы к здравоохранению. Поэтому регулирование предложения в государствах-членах будет, по всей вероятности, определяться характером существующей системы здравоохранения (нерегулируемые бисмарковские системы, как во Франции и Германии, или регулируемые бевериджские модели, как в Соединенном Королевстве и скандинавские модели). Как следствие того факта, что планирование трудовых ресурсов здравоохранения может иметь разные субъективно воспринимаемые цели, согласия в отношении того, как выглядит "хорошая" система планирования, в целом нет.

На рис. 11 в обобщенном виде показано, как специфические национальные движущие силы, подходы к организации системы медико-санитарной помощи и наличие рычагов воздействия влияют на цель и форму систем планирования трудовых ресурсов здравоохранения на уровне страны.

Рис. 11. Факторы, влияющие на типологию планирования КРЗ



Источник: Matrix Insight (110). Воспроизведено с разрешения Управления публикаций Европейского союза.

5.3.1 Оценка потребности в кадровых ресурсах на основании показателей рабочей нагрузки (метод WISN)

Разработанный ВОЗ метод WISN, главным образом используемый для планирования на уровне отдельных медицинских учреждений, обеспечивает планирование будущих трудовых ресурсов на основе фактических данных (112). Метод WISN требует, чтобы система могла точно подсчитывать кадровые ресурсы, к которой у нее в настоящее время есть доступ, определять местонахождение работников и давать примерную оценку их продуктивности. При наличии таких подробных данных метод WISN позволяет:

- определить, сколько медицинских работников конкретного типа требуется для того, чтобы справиться с рабочей нагрузкой данного медицинского учреждения, и
- оценить рабочую нагрузку на медицинских работников в этом учреждении.

В методе WISN для оценки рабочих нагрузок используется статистика предоставления услуг за год. Точность метода WISN зависит от точности используемых статистических данных, что еще раз подчеркивает важность высокого качества данных.

5.4 Примеры механизмов анализа

5.4.1 Сканирование горизонтов

Для того, чтобы помочь министерству здравоохранения Соединенного Королевства (Англия) понять вероятные сценарии будущих потребностей в трудовых ресурсах здравоохранения, которые могут возникнуть в ближайшие 20 лет, и помочь в планировании КРЗ, в 2015 г. Центр сбора и анализа информации о трудовых ресурсах опубликовал доклад под названием "Horizon 2035" ["Горизонт 2035"]. При выстраивании этих сценариев использовались методы выявления мнений и применялись аналитические методики для определения долгосрочных потребностей в КРЗ. Доклад и методика его составления находятся в открытом доступе (44).

5.4.2 ОЭСР

ОЭСР выполнила обзор 26 моделей прогнозирования из 18 стран (106), в котором рассматривались основные характеристики и результаты моделей прогнозирования трудовых ресурсов здравоохранения, главным образом касающихся врачей, но также и некоторых моделей, касающихся медицинских сестер.

В Нидерландах в 2000 г. учрежден независимый орган – Консультативный комитет по планированию врачебных кадров (116), предназначенный для планирования устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения с учетом циклических колебаний предложения. Главное внимание было уделено определению возможностей подготовки врачей, для чего потребовалось спрогнозировать на 20 предстоящих лет кадры, которые понадобятся для удовлетворения потребности в медико-санитарной помощи в стране. Используемая модель позволила оценить разрыв между предложением и спросом на врачей и прогнозируемые соотношения и цели и выйти на равновесие предложения и спроса в различных врачебных и родственных немедицинских специальностях. На сегодняшний день эта модель не может давать прогнозы сразу для нескольких разных врачебных специальностей, хотя это и важно с точки зрения междисциплинарного принципа предоставления услуг здравоохранения, однако позволила стабилизировать кадры врачей в Нидерландах в последние 10 лет и получила признание среди лиц, формирующих политику, и заинтересованных партнеров (117).

5.4.3 Механизмы многопрофессионального анализа

Наряду с прогнозами министерств на уровне страны, касающимися цифр индивидуального набора работников отдельных профессий, проводились исследования и анализ с целью изучения многопрофессиональных прогнозов и методов прогнозирования квалификационной структуры кадров. Это такие исследования, как Horizon 2035 (44) и работа в рамках проекта "Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения" (118). В последнем случае описываются движущие силы перемен, влияющие на трудовые ресурсы здравоохранения, и показана необходимость в количественных и качественных методических разработках в области планирования трудовых ресурсов, которые могли бы помочь в будущем в составлении многопрофессиональных прогнозов.

5.5 Недостатки прогнозов

Прогнозы могут высветлять масштабы нынешних и будущих проблем, требующих решения, однако практическим результатом долгосрочных прогнозов является смесь многочисленных мнений и компромиссных точек зрения. Как отмечается в работе Dussault et al. (119), "даже имея под рукой самые лучшие данные и прогнозы, правительства не могут диктовать или своим декретом вводить изменения, ... их все равно приходится обсуждать и согласовывать."

Любые прогнозы восприимчивы к действию посторонних факторов, таких как меняющаяся политическая или экономическая ситуация. Прогнозы также осложняются политическими временными рамками и большим количеством заинтересованных сторон.

Помимо министерств, предлагать изменения могут и другие действующие субъекты, и эти изменения тоже в принципе могут влиять на трудовые ресурсы или предоставление услуг. Например, министерство здравоохранения в Соединенном Королевстве (Англия) выполнило рекомендации, предложенные Глобальной независимой комиссией журнала Lancet (120) и в заключительном докладе по итогам "Обзора формы профессионального обучения" (Shape of Training Review) (121), в котором рассматривался вопрос о возможных реформах в структуре последипломного медицинского образования и профессионального обучения в Соединенном Королевстве. В этих исследованиях отмечалось, что будущие работодатели захотят нанимать на работу людей с более широкой подготовкой, чтобы они могли работать без оглядки на границы, существующие внутри учреждения (118).



6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное методическое пособие не является сводом окончательных и неоспоримых правил планирования КРЗ. Это своего рода путеводитель, предназначенный для того, чтобы указать разработчикам планов на примеры успешных действий, а также на потенциальные ошибки и просчеты. Оно предназначено для того, чтобы помогать действовать – это памятка для работы.

Читателям следует помнить, что планирование – это не только техническая работа и что волшебных приемов правильного планирования не бывает. В случае сложных групп профессий производственный цикл образования может быть долгим. Обычно сложность профессиональной подготовки напрямую коррелирует с продолжительностью обучения: само по себе это длительное время на подготовку ("производство") новых работников может приводить к расхождению между фактической и планируемой потребностью.

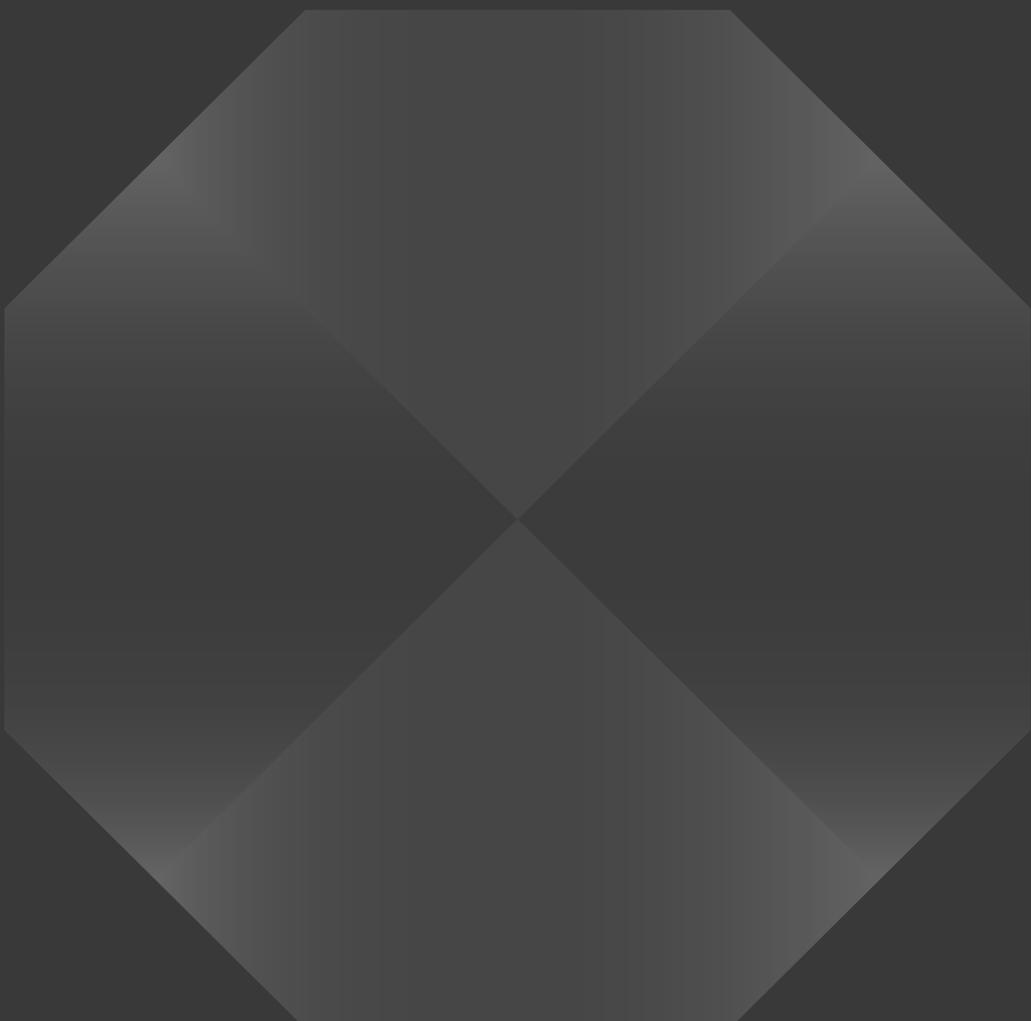
Невозможно также добиться высокой точности. По этой причине разработчикам планов и заинтересованным сторонам необходимо применять гибкий и адаптивный подход, чтобы минимизировать расхождение между планом и его исполнением.

Поэтому разработчики планов и заинтересованные стороны не должны бояться ставить планы под сомнение или предусматривать в них возможность проверок и уравнивающих действий (то, что называют "сдержками и противовесами") и вводить механизмы, позволяющие с течением времени адаптировать планы (например, вводить общую базовую подготовку медицинских работников).

Хотя планирование базируется на голых цифрах, часто требуется способность тонко корректировать конечный результат по мере того, как конвейер начинает выдавать продукцию. Для того, чтобы сделать все правильно, мало простого анализа. Здесь, скорее, нужно подойти достаточно близко к умению минимизировать напрасные затраты и упущенные возможности.

Р

БИБЛИОГРАФИЯ



БИБЛИОГРАФИЯ⁷

1. На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/344075/67wd10r_HRH_Framework_170677.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
2. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
3. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
4. 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 2018 г.).
5. Final report of the expert group to the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/report-expert-group/en/>).
6. Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. Основы европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78917/healthsys_savelives_rus.pdf, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
7. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
8. 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 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)).
9. Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/ru/).
10. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ.* 2009;43:887–94.
11. Celletti F, Reynolds TA, Wright A, Stoertz A, Dayrit M. Educating a new generation of doctors to improve the health of populations in low- and middle-income countries. *PLoS Med.* 2011;8(10):e1001108.
12. Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Final report. Brussels: European Commission; 2015 (https://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/recruitment_retention_en).
13. About the Francis Inquiry. In: The Health Foundation [website]. London: The Health Foundation; 2013 (<http://www.health.org.uk/about-francis-inquiry>).
14. Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004 (OECD Health Working Papers No. 17; <https://www.oecd.org/els/health-systems/33857785.pdf>).
15. Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2017;11(73):24–33.
16. Bond C. iMPact on practice oUtcomes and costs of New ROleS for health professionals. Presentation at the 9th European Public Health Conference, Vienna, Austria, 9–12 November 2016. In: MUNROS [website]. Aberdeen: University of Aberdeen; 2016 (<https://www.abdn.ac.uk/munros/research/conference-papers/>).
17. Maier CB, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Isr J Health Policy Res.* 2016;5(1):21.
18. Lovink MH, Persoon A, van Vught AJAH, Schoonhoven L, Koopmans RT, Laurant MG. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: protocol for a realist evaluation case study. *BMJ Open* 2017;7(6):e015134.
19. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(7):559–68.
20. Taylor K. Connected health: how digital technology is transforming health and social care. London: Deloitte Centre for Health Solutions; 2015 (<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-connected-health.pdf>).

⁷ Все ссылки на публикации на английском языке по состоянию на 12 февраля 2018 г.

21. Bye SM, Hagen O, Karoliussen S, Sjaaeing E. Qualitative improvement of health services for indigenous people in remote areas in the Nenets Region. Tromsø: Norwegian Centre for Integrated Care and Telemedicine; 2015 (https://ehealthresearch.no/files/documents/Projektrapporter/NST-rapport_2015-02_Qualitative_improvement_of_health_services_for_indigenous_people_in_remote_areas_in_the_Nenets_Region.pdf).
22. Murphy J, Goossen W. Introduction. In: Murphy J, Goossen W, Weber P, editors. Forecasting informatics competencies for nurses in the future of connected health. Proceedings of the Nursing Informatics Post Conference 2016. Amsterdam: IOS Press; 2017:1–6 (Studies in Health Technology and Informatics, Volume 232; <http://ebooks.iospress.nl/volume/forecasting-informatics-competencies-for-nurses-in-the-future-of-connected-health-proceedings-of-the-nursing-informatics-post-conference-2016>).
23. Koster Y, van Houwelingen CTM. Technology-based healthcare for nursing education within the Netherlands: past, present and future. In: Murphy J, Goossen W, Weber P, editors. Forecasting informatics competencies for nurses in the future of connected health. Proceedings of the Nursing Informatics Post Conference 2016. Amsterdam: IOS Press; 2017:101–10 (Studies in Health Technology and Informatics, Volume 232; <http://ebooks.iospress.nl/volume/forecasting-informatics-competencies-for-nurses-in-the-future-of-connected-health-proceedings-of-the-nursing-informatics-post-conference-2016>).
24. New health technologies: managing access, value and sustainability. Paris: OECD Publishing; 2017 (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/managing-new-technologies-in-health-care_9789264266438-en).
25. Oliveira TC, Bayer S, Gonçalves L, Barlow J. Telemedicine in Alentejo. *Telemedicine Journal and e-Health* 2014;20(1):90.
26. Nemeth O. Opportunities for introducing teledentistry in Hungary [thesis]. Budapest: Semmelweis University; 2017 (in Hungarian).
27. eHealth in Denmark: eHealth as a part of a coherent Danish health care system. Copenhagen: Danish Ministry of Health; 2012 (http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.ashx).
28. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/310455/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
29. Al-Shorbaji N, Atun R, Car J, Majeed A, Wheeler E, editors. eLearning for undergraduate health professional education – a systematic review informing a radical transformation of health workforce development. London: Imperial College London & World Health Organization; 2015 (<http://whoeducationguidelines.org/content/elearning-report>).
30. Resolution WHA60.26. Workers' health: global plan of action. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf?ua=1).
31. Третье глобальное обследование в области электронного здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://www.who.int/goe/survey/goe_2015_survey_ru.pdf?ua=1).
32. Digital agenda for Europe. In: European Commission [website]. Brussels: European Commission; 2010 (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/digital-agenda-europe-key-publications>).
33. Opening up education: innovative teaching and learning for all through new technologies and open educational resources. Brussels: European Commission; 2013 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013D0654>).
34. Hongoro C, Normand C. Health workers: building and motivating the workforce. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB et al., editors. Disease control priorities in developing countries, 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11730/>).
35. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:247.
36. Dopp AL, Moulton JR, Rouse MJ, Trewet CB. A five-state continuing professional development pilot program for practicing pharmacists. *Am J Pharm Educ.* 2010;74(2):28 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856417/>).
37. Continuing professional development/continuing education in pharmacy: global report. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2014 (https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/CPD_CE_report/FIP_2014_Global_Report_CPD_CE_online_version.pdf).
38. Disotero O, Grimaldi F, Papini E, Attanasio R, Tonutti L, Pellegrini MA et al. State-of-the-art review on diabetes care in Italy. *Ann Glob Health* 2015;81(6):803–13.
39. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Brussels: European Commission; 2013 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf).
40. Summary of the profession. In: Council of Occupational Therapists for the European Countries [website]. Karlsbad-Ittersbach: COTEC; 2017 (<http://www.coteceurope.eu/updates/summary-of-the-profession/>).
41. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>).
42. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013;382(9908):1898–955.

43. Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/hrh/resources/health_employment-and-economic-growth/en/).
44. Horizon 2035. Future demand for skills: initial results. London: Centre for Workforce Intelligence; 2015 (<https://www.gov.uk/government/publications/horizon-2035-future-demand-for-skills-initial-results>).
45. Комиссия ООН: новые инвестиции в кадры здравоохранения во всем мире позволят создать новые рабочие места и дадут импульс экономическому росту. В: Всемирная организация здравоохранения [онлайнный выпуск новостей]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (<http://www.who.int/ru/news-room/detail/20-09-2016-un-commission-new-investments-in-global-health-workforce-will-create-jobs-and-drive-economic-growth>, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
46. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. *Hum Resour Health* 2017;15:11 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0187-2>).
47. European Agency for Safety and Health at Work. OSH in figures: stress at work – facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009 (https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work/view).
48. Цель 8: Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех. В: Цели в области устойчивого развития: 17 целей для преобразования нашего мира [вебсайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018 г. (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/issues/prosperity/economic-growth/>, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
49. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on an EU strategic framework on health and safety at work 2014–2020. Brussels: European Commission; 2014 (COM(2014) 332 final; <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151>).
50. Figueras J, McKee M, editors. Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems. Maidenhead: Open University Press; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19262en/s19262en.pdf>).
51. Joint action on health workforce planning and forecasting. Circular migration of the health workforce. Leuven: Catholic University of Leuven; 2016 (http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/03/WP7_M7.2-Report-on-Circular-Migration-of-the-HWF_final.pdf).
52. Buchan J, Wissmar M, Glinos I, Ball JE. Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf).
53. International medical graduate. In: Health Service Executive [website]. Dublin: Health Service Executive; 2017 (http://www.hse.ie/eng/staff/Leadership_Education_Development/MET/ed/IMG).
54. Medical training initiative. In: Academy of Medical Royal Colleges [website]. London: Academy of Medical Royal Colleges; 2017 (<http://www.aomrc.org.uk/medical-training-initiative/>).
55. All our health: personalised care and population health. London: Public Health England; 2015 (<https://www.gov.uk/government/collections/all-our-health-personalised-care-and-population-health>).
56. Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, Neves C. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health* 2017;15(1):12.
57. Matendo R, Engmann C, Ditekemena J, Gado J, Tshetu A, Kinoshita R et al. Reduced perinatal mortality following enhanced training of birth attendants in the Democratic Republic of Congo: a time-dependent effect. *BMC Med*. 2011;9:93.
58. Rana TG, Rajopadhyaya R, Bajracharya B, Karmacharya M, Osrin D. Comparison of midwifery-led and consultant-led maternity care for low risk deliveries in Nepal. *Health Policy Plan*. 2003;18(3):330–7.
59. Bloor K, Maynard A. Planning human resources in health care: towards an economic approach. An international comparative review. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2003 (<http://www.hrresourcecenter.org/node/274>).
60. Frenk J, Alagon J, Nigenda G, Muñoz-delRio A, Robledo C, Vaquez-Segovia LA et al. Patterns of medical employment: a survey of imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health* 1991;81(1):23–9.
61. Frenk J, Knaul FM, Vázquez-Segovia LA, Nigenda G. Trends in medical employment: persistent imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health* 1999;89(7):1054–8.
62. Agvall B, Paulsson T, Foldevi M, Dahlström U, Alehagen U. Resource use and cost implications of implementing a heart failure program for patients with systolic heart failure in Swedish primary health care. *Int J Cardiol*. 2014;176(3):731–8.
63. Ferguson B. Investing in prevention: is it cost-effective? Blog: Public health matters. In: Gov.uk [Website]. London: Public Health England; 2016 (<https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2016/02/29/investing-in-prevention-is-it-cost-effective/>).
64. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *New Engl J Med*. 2016;374(6):504–6.
65. Methodological approaches for cost-effectiveness and cost-utility analysis of injury prevention measures. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.childhealthresearch.eu/research/add-knowledge/cost%20effectiveness%20of%20injury%20prevention.pdf>).

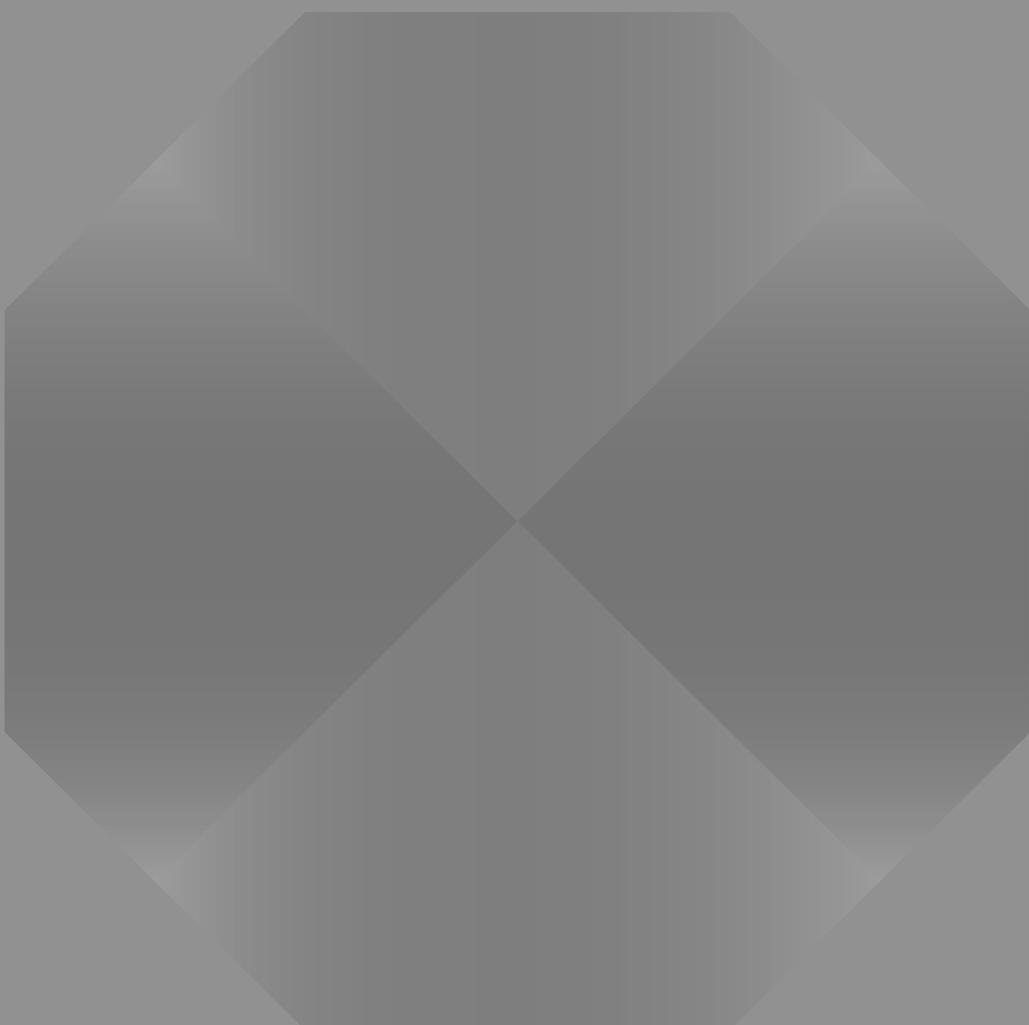
66. Tool #31: health impacts. Brussels: European Commission; 2015 (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/better-regulation-toolbox-31_en_0.pdf).
67. Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB et al. WHO guide to cost-effectiveness analysis. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf).
68. Health impact assessment (HIA). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/hia/tools/en/>).
69. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, editors. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42439>).
70. Устав (конституция) Всемирной организации здравоохранения. Основные документы, сорок восьмое издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?page=1>, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
71. Резолюция WHA58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20610/WHA58_33-ru.pdf;jsessionid=23C804D5F354474711595FB08F296F93?sequence=1).
72. Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/).
73. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789244563700_rus.pdf?sequence=5, по состоянию на 3 августа 2018 г.).
74. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012;380:1011–29.
75. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf).
76. Verguet S, Laxminarayan R, Jamison DT. Universal public finance of tuberculosis treatment in India: an extended cost-effectiveness analysis. *Health Econ.* 2015;24:318–32.
77. Asaria M, Griffin S, Cookson R. Distributional cost-effectiveness analysis: a tutorial. *Med Decis Making* 2016;36:8–19.
78. Cookson R, Mirelman A, Griffen S, Asaria M, Dawkins B, Norheim O et al. Fairer decisions, better health for all: health equity and cost-effectiveness analysis. York: Centre for Health Economics, University of York; 2016 (https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP135_fairer_decisions_health_equity_cost-effectiveness.pdf).
79. Stewardship. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/healthsystems/stewardship/en/>).
80. Dieleman M, Shaw DM, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Hum Resour Health* 2011;9:10.
81. Barbazza E, Langins M, Kluge H, Tello J. Health workforce governance: processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. *Health Policy* 2015;119(12):1645–54.
82. Implementation of health sector reforms in the African Region: enhancing the stewardship role of government: report of the Regional Director. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2002 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/95976>).
83. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, Mathivet B. Russian Federation. Health system review. *Health Syst Transit.* 2011;13(7):1–190, xiii–xiv.
84. Gerry C, Sheiman I. The health workforce of the Russian Federation in the context of the international trends: basic research program working papers. St Petersburg: National Research University Higher School of Economics; 2016 (Public and Social Policy WP BRP 01/PSP/2016; <https://wp.hse.ru/data/2016/12/02/1113380342/01PSP2016.pdf>).
85. Об исполнении снятых с контроля поручений, содержащихся в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597. "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики". Москва: Правительство Российской Федерации; 2012 г. (<http://static.government.ru/media/files/41d4a63575671e54d894.pdf> по состоянию на 3 августа 2018 г.).
86. Building resilience: a key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals – examples from the WHO Small Countries Initiative. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/building-resilience-a-key-pillar-of-health-2020-and-the-sustainable-development-goals-examples-from-the-who-small-countries-initiative-2017>).
87. Инициатива малых стран. В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/small-countries-initiative>).
88. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Совместная работа на благо здоровья. Обзор доклада. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69256/WHR06_overview_rus.pdf?sequence=4).

89. Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization; undated (http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf).
90. Ireland's new approach to health and social care workforce planning. Dublin: Department of Health; 2017.
91. Minimum data set for health workforce registry. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/).
92. Health workforce policies in OECD countries. Right jobs, right skills, right places. Paris: OECD Publishing; 2016 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>).
93. National health workforce accounts – a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa_handbook/en/).
94. O'Neil M, Reimann S. Strengthening human resource management to improve health outcomes. *The eManager* 2009;1:1–17 (https://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf).
95. McCaffery J. HRM systems strengthening and retention [online presentation]. Chapel Hill (NC): Capacity Project; 2009 (http://www.who.int/hrh/migration/hmr_core_expert_mccaffery.pdf?ua=1CFWI).
96. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health* 2006;4(1):1.
97. Fearne R. Introducing community-based lifestyle clinics to improve population health in Malta. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2016 (<http://www.integratedcare4people.org/practices/390/introducing-community-based-lifestyle-clinics-to-improve-population-health-in-malta/>).
98. Milicevic N, Haraldsdottir E, Lukic N, Baskott J, Rayment C, Downing J. Palliative care development in Serbia, five years after the national strategy. *Eur J Palliat Care* 2015;22(1):30–3 (http://www.opml.co.uk/sites/default/files/EJPC_22_1_Milicevic.pdf).
99. Mans L, van de Pas R, Marschang S. Civil society contributions to a sustainable health workforce in the European Union. *Public Health Panorama* 2017;3(3):514–22 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/348373/Case_Study2_ENG.pdf?ua=1).
100. HealthWorkers 4all. Romania: summary report. Bucharest: Centre for Health Policies and Services; 2016 (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/PUBL-ROM.pdf).
101. HealthWorkers 4all: collection of case studies. Practices of WHO Code implementation in Europe: the role of non-governmental actors. Amsterdam: HealthWorkers 4all; 2015 (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/case_studiesREADER.pdf).
102. EPSU–HOSPEEM code of conduct and follow up on ethical cross-border recruitment and retention in the hospital sector. Brussels: European Federation of Public Service Unions & European Hospital and Healthcare Employers' Association; 2008 (<https://www.epsu.org/lv/node/4419>).
103. HOSPEEM–EPSU joint declaration on continuing professional development (CPD) and life-long learning (LLL) for all health workers in the EU. Brussels: European Hospital and Healthcare Employers' Association & European Federation of Public Service Unions; 2016 (https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2017/10/Case_Study2_ENG.pdf).
104. Monitoring official development assistance to the health sector in the Republic of Moldova. 2012 report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/242079/MONITORING-OFFICIAL-DEVELOPMENT-ASSISTANCE-TO-THE-HEALTH-SECTOR-IN-THE-REPUBLIC-OF-MOLDOVA-2012-REPORT.pdf?ua=1).
105. Managing the mobility of health professionals in the Republic of Moldova. In: South-eastern Europe Health Network [website]. Skopje: South-eastern Europe Health Network; 2017 (<http://seehn.org/managing-the-mobility-of-health-professionals-in-the-republic-of-moldova/>).
106. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries. A review of 26 projection models from 18 countries. Paris: OECD Publishing; 2013 (Working Paper #26; <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5k44t787zcbw-en>).
107. Polyzos N, Karakolias S, Mavridoglou G, Gkorezis P, Zilidis C. Current and future insight into human resources for health in Greece. *Open Journal of Social Sciences* 2015;3:5–14 (<https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=56472>).
108. Michelutti P, Malgieri A. Two pilot projects and two feasibility studies. The overall report. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union; 2016 (http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/07/160630_WP5_D054_Overall_Report.pdf).
109. Edwards M, Fellows J. Pilot study experiences in Belgium using horizon scanning and the Delphi method as part of a national review of the general practitioner workforce. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union; 2016 (http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/07/JAHWF_WP6_D064-Pilot-study-experiences-in-Belgium-using-horizon-scanning-and-Delphi-method.pdf).
110. Matrix Insight. EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends – a feasibility study. Brussels: European Commission; 2012 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf).

111. Mapping the core public health workforce. Final report. London: Centre for Workforce Intelligence; 2014 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507518/CfWI_Mapping_the_core_public_health_workforce.pdf).
112. Workload indicators of staffing need (WISN) user's manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/).
113. Skills for Health [website]. London: Skills for Health; 2017 (<http://www.skillsforhealth.org.uk>).
114. Al-Sawai A, Al-Shishtawy MM. Health workforce planning. Sultan Qaboos Univ Med J. 2015;15(1):e27–33.
115. Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Hum Resour Health 2009;7:10 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-10>).
116. Capaciteitsorgaan [Capacity body] [website]. Utrecht: Capaciteitsorgaan; 2017 (<http://www.capaciteitsorgaan.nl/>).
117. Van Greuningen M, Batenburg RS, Van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. Hum Resour Health 2012;10:21.
118. Edwards M, Fellows J. Horizon scanning: future skills and competences of the health workforce in Europe. In: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting [website]. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union; 2016 (<http://portal.healthworkforce.eu/future-skills-and-competences-of-the-health-workforce-in-europe/>).
119. Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. Policy summary 2: assessing future health workforce needs. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf).
120. Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H et al. Education of health professionals for the 21st century: a global independent commission. Lancet 2010;375(9721):1137–8.
121. Shape of training. Securing the future of excellent patient care. Final report of the independent review led by Professor David Greenaway. London: Shape of Training; 2013 (<http://www.shapeoftraining.co.uk/reviewsofar/1788.asp>).

А

ПРИЛОЖЕНИЕ

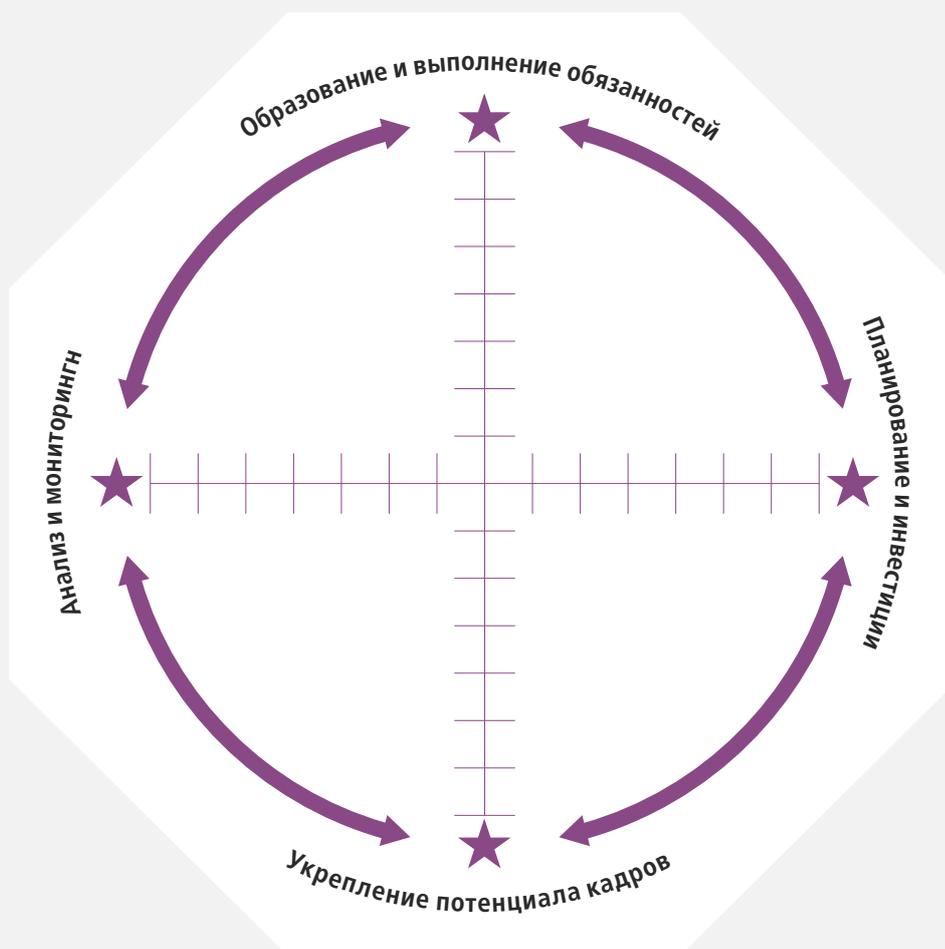


Приложение 1

ПОЯСНЕНИЯ К МАТРИЦЕ ПОЛИТИКИ

данном методическом пособии упоминается матрица политики (рис. А1.1). Эта матрица является графической памяткой, построенной в виде четырех осей, которые соответствуют четырем стратегическим задачам, предусмотренным в рамочной основе для действий, и четырем областям, рассмотренным в данном пособии.

Рис. А1.1. Матрица политики



Матрицу можно использовать для иллюстрации относительной оценки положения дел в стране на данный момент по сравнению с идеальным положением, ради достижения которого предпринимается вмешательство в поддержку стратегической задачи (оно показано звездой на концах четырех осей). Ее можно использовать как для оценки нынешней ситуации в каждой из четырех областей, так и для определения того, на чем следует сосредоточить особое внимание в политике.

Желаемые итоги вмешательств на уровне политики во всех четырех областях представлены на рис. А1.2 синей линией, соединяющей все четыре звезды и показывающей границы идеального состояния В.

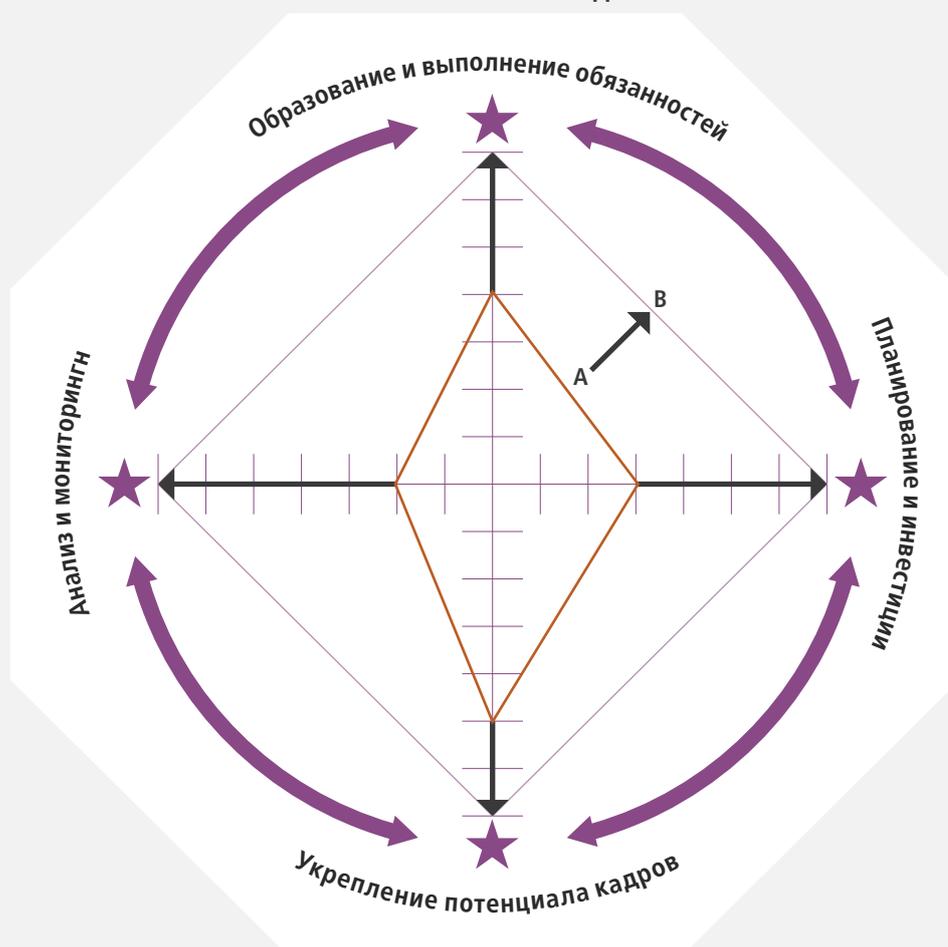
Лица, формирующие политику, могут использовать матрицу для определения исходного состояния во всех четырех областях, которые показаны на рис. А1.2 красной линией, соединяющей четыре пересечения

и очерчивающей границы нынешнего состояния А. Рис. А1.2 показывает ситуацию, когда политика или несколько стратегий должны действовать во всех четырех областях, но такая ситуация будет в каждом государстве разная.

Есть смысл еще раз отметить, что идеальное состояние, представленное синей линией, не является абсолютным конечным состоянием, а лишь означает успешное осуществление вмешательства для достижения стратегической цели.

Как отмечалось ранее, исходное состояние, очерченное красной линией, – это качественная оценка начального положения дел. Поэтому вмешательство, предназначенное для достижения эффекта только в одной области, может оставить исходное состояние и конечное состояние в одном и том же месте в тех областях, где осуществлять вмешательство не планируется.

Рис. А1.2. Использование матрицы политики: нынешнее состояние А относительно идеального состояния В



Матрицу можно использовать при представлении своих отзывов и комментариев и для любой оценки достигнутого прогресса.

Матрица является графическим вспомогательным средством для описания характера и относительных масштабов требуемых изменений; инструментом сама по себе она не является, но может использоваться лицами, формирующими политику, для описания руководителям, принимающим решения, и наблюдателям эффекта инициатив на уровне политики или же просто как памятка

Приложение 2

ПОЛЕЗНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ И РУКОВОДСТВА, КАСАЮЩИЕСЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Программные документы

Основополагающие публикации

На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий

Настоящее методическое пособие было разработано при поддержке Постоянного комитета Европейского регионального комитета для помощи в реализации положений Европейской рамочной основы для действий по обеспечению устойчивых кадровых ресурсов здравоохранения, которая была утверждена на Шестьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2017 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2017). На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0005/344075/67wd10r_HRH_Framework_170677.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2018 г.).

Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.

Методическое пособие служит средством поддержки реализации этой глобальной стратегии на уровне Европейского региона ВОЗ. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) охватывает все аспекты КРЗ и определяет содержание быстрых и решительных мер на многосекторальном уровне, основанных на новых фактических данных и передовой практике.

здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2018 г.).

Здоровье-2020: основы европейской политики здравоохранения

Политика направлена на поддержку действий по достижению поставленных целей через выполнение двух стратегических задач: укрепление здоровья для всех и снижение неравенств в отношении здоровья и совершенствование лидерства и стратегического руководства с широким общественным участием в интересах здоровья.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 3 августа 2018 г.).

Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния

Таллиннская хартия содержит ориентиры и служит стратегической рамочной основой для действий по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2008). 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 2018 г.).

Заключительный доклад Комиссии высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста

Признавая, что инвестиции в новые рабочие места в сфере здравоохранения и социального обеспечения порождают экономический рост, Комиссия разработала новаторские подходы к решению проблемы дефицита рабочей силы в здравоохранении и обеспечению полного соответствия между квалификацией медицинских работников и их должностными обязанностями, чтобы повысить оперативность и рациональность в работе сектора здравоохранения и его вклад во всеохватный рост.

World Health Organization (2018). High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>).

ВОЗ

Al-Shorbaji N, Atun R, Car J, Majeed A, Wheeler E, editors (2015). eLearning for undergraduate health professional education – a systematic review informing a radical transformation of health workforce development. London: Imperial College London & World Health Organization (<http://whoeducationguidelines.org/content/elearning-report>).

Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors (2017). Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/health_employment-and-economic-growth/en/).

Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB et al., editors (2003). WHO guide to cost-effectiveness analysis. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2016). От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/310455/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2018 г.).

World Health Organization (2011). Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/transformativ_education/en/).

World Health Organization (2007). Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

World Health Organization (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/).

World Health Organization (2015). Minimum data set for health workforce registry. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/).

Всемирная организация здравоохранения (2015). Третье глобальное обследование в области электронного здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/goe/survey/goe_2015_survey_ru.pdf?ua=1).

World Health Organization (2015). Workload indicators of staffing need (WISN) user's manual. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/).

World Health Organization (2016). National health workforce accounts – a handbook. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa_handbook/en/).

World Health Organization (2017). Global Health Workforce Alliance. The Human Resources for Health Toolkit. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/hrhtoolkitpurposepages/en/>).

World Health Organization (2017). Health workforce education and training. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/education/en/>).

World Health Organization (2017). Health workforce governance and planning. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/governance/en/>).

World Health Organization (2017). Health workforce regulation and accreditation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/documents/accreditation/en/>).

World Health Organization (2017). Managing health workforce migration – the global code of practice. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/WHO_guidelines_and_documents_for_governance_and_planning).

World Health Organization (2018). Health impact assessment (HIA). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hia/tools/en/>).

World Health Organization (undated). Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf).

Европейский союз/Европейская комиссия

Centre for Workforce Intelligence (2014). Mapping the core public health workforce. Final report. London: Centre for Workforce Intelligence (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507518/CfWI_Mapping_the_core_public_health_workforce.pdf).

Centre for Workforce Intelligence (2015). Horizon 2035. Future demand for skills: initial results. London: Centre for Workforce Intelligence (<https://www.gov.uk/government/publications/horizon-2035-future-demand-for-skills-initial-results>).

European Commission (2015). Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Final report. Brussels: European Commission (https://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/recruitment_retention_en).

European Commission (2017). Digital agenda for Europe: key publications. In: European Commission [website]. Brussels: European Commission (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/digital-agenda-europe-key-publications>).

Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (2016). Future skills and competences of the health workforce in Europe. In: Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting [website]. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union (<http://portal.healthworkforce.eu/future-skills-and-competences-of-the-health-workforce-in-europe/>).

Matrix Insight (2012). EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends – a feasibility study. Brussels: European Commission (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf).

University of Aberdeen (2017). MUNROS: Health Care Reform: the iMPact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals. In: Health Economics Research Unit [website]. Aberdeen: University of Aberdeen (<https://www.abdn.ac.uk/heru/research/worgc/projects/munros/>).

Проект Европейского союза "Совместные действия по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения"

Health Services Management Training Centre (undated). Toolkit on health workforce planning [website]. Budapest: Health Services Management Training Centre, Semmelweis University (<http://hwftoolkit.semmelweis.hu/>)

Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (2015). Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries [website]. In: Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting [website]. Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union (<http://hwf-handbook.eu/>).

Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (2017). The future health workforce horizon scanning. In: Brussels: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union (<http://portal.healthworkforce.eu/>).

Semmelweis University (2017). Support for the health workforce planning and forecasting expert network [website]. Budapest: Semmelweis University (<http://www.healthworkforce.eu/>).

Организация экономического сотрудничества и развития

Ono T, Lafortune G, Schoenstein M (2013). Health Workforce planning in OECD countries. A review of 26 projection models from 18 countries. Paris: OECD Publishing (Working Paper #26; <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5k44t787zcwb-en>).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2016). Health workforce policies in OECD countries. Right jobs, right skills, right places. Paris: OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). New health technologies: managing access, value and sustainability. Paris: OECD Publishing (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/managing-new-technologies-in-health-care_9789264266438-en).

Прочие источники

Baumol WJ, de Ferranti D, Malach M, Pablos-Méndez A, Tabish H, Wu LG (2013). The cost disease: why computers get cheaper and health care doesn't. New Haven (CT): Yale University Press.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376(9756):1923–58 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)).

International Labour Organization (1996–2018). Decent work [website]. Geneva: International Labour Organization (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>).

Приложение 3

НА ПУТИ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ УСТОЙЧИВЫХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ: РАМОЧНАЯ ОСНОВА ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

Европейский региональный комитет
Шестьдесят седьмая сессия

EUR/RC67/10
+ EUR/RC67/10/Conf.Doc./5

Будапешт, Венгрия, 11–14 сентября 2017 г.

1 августа 2017 г.
170677

Пункт 5(с) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий

В документе представлена рамочная основа для действий по обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

В рамочной основе для действий была осуществлена адаптация Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. к условиям Региона. Общая цель рамочной основы для действий заключается в ускорении прогресса в области выполнения задач охраны здоровья населения, сформулированных в политике Здоровье-2020, и достижения более долгосрочных целей здравоохранения, стоящих перед государствами-членами в Европейском регионе, путем устойчивого обеспечения преобразованных и эффективных трудовых ресурсов здравоохранения в рамках укрепленных систем здравоохранения. В документе излагаются ключевые стратегические задачи для государств-членов в Регионе, предлагаются варианты мер политики и способы их реализации, а также приводятся рекомендации для лиц, формирующих политику здравоохранения, лиц, занимающихся планированием, аналитиков и других специалистов, отвечающих за вопросы, связанные с кадрами здравоохранения.

Рамочная основа для действий по обеспечению устойчивых кадров здравоохранения выносится на рассмотрение и утверждение Европейского регионального комитета ВОЗ на его шестьдесят седьмой сессии.

Введение

1. Трудовым ресурсам здравоохранения предстоит сыграть решающую роль в преодолении проблем здравоохранения XXI века, связанных с демографическими, эпидемиологическими и технологическими изменениями, а также вызванных конфликтами и природными и антропогенными катастрофами. Работники здравоохранения должны находиться на переднем крае борьбы с этими проблемами, уменьшая воздействие социальных детерминант здоровья и обеспечивая укрепление здоровья граждан, профилактику заболеваний и предоставление ориентированных на нужды людей услуг здравоохранения на протяжении всего цикла оказания помощи.
2. Оказание эффективных услуг здравоохранения и эффективной помощи в Европейском регионе ВОЗ может быть обеспечено в полной мере только при наличии устойчивых и жизнестойких трудовых ресурсов здравоохранения, преобразованных благодаря новым знаниям, навыкам, ценностным ориентирам, этическим принципам и моделям поведения для работы над преодолением давно существующих, еще только намечающихся и новых проблем здравоохранения. Инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения – один из ключевых факторов, содействующих укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе.
3. Достижение устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения может рассматриваться как динамичный процесс, который требует широкой направленности проводимой политики на обеспечение и поддержание наличия трудовых ресурсов, которые более всего отвечают выявленным потребностям населения в услугах здравоохранения. Направленность реализуемых стратегий и процесса планирования должна отражать национальные приоритеты, имеющиеся ресурсы и принятые международные обязательства, а также учитывать межрегиональные, межстрановые и межсекторальные миграционные потоки персонала.
4. Для того чтобы обеспечить наличие преобразованных и устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в государствах-членах, необходимо будет реализовать эффективные меры политики в различных секторах, включая секторы здравоохранения, социальной помощи, социального обеспечения, образования, финансов, труда и международных отношений. В межсекторальные процессы должны быть вовлечены государственный и частный секторы, гражданское общество, профсоюзы, ассоциации работников здравоохранения, регулирующие органы и учреждения, занимающиеся обучением и подготовкой кадров. Такой подход потребует национального лидерства, крепкой политической приверженности, а также эффективных партнерств и сотрудничества между организациями, секторами и странами на региональном и глобальном уровнях. Он также должен основываться на признании того факта, что трудовые ресурсы состоят из отдельных работников здравоохранения, обладающих личными и профессиональными правами и обязанностями.
5. Хотя в последние годы государства-члены в Европейском регионе достигли определенного прогресса в этой области, многие трудности, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ), необходимо преодолеть в полном объеме, для того чтобы добиться от трудовых ресурсов оптимальной отдачи. К такого рода трудностям относятся: дисбаланс спроса и предложения, гендерное неравенство и гендерный дисбаланс, обеспечение адекватной профессионально-квалификационной структуры персонала, неравномерное географическое распределение кадров, пробелы в качестве, обеспечение достойных условий работы, а также улучшение процессов найма и закрепления персонала. Кроме того, ограниченное финансирование будет оказывать все большее давление на лиц, принимающих решения, во многих государствах-членах по мере того, как они будут работать над преодолением этих трудностей, связанных с трудовыми ресурсами здравоохранения.
6. Две новые глобальные стратегические инициативы – *Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.*¹ (2016 г.) и документ "Инвестировать в кадры

¹ Глобальная стратегия, опубликованная ВОЗ, в первую очередь направлена на разработчиков планов и лиц, формирующих политику, в государствах-членах ВОЗ, но ее содержание имеет ценность для всех соответствующих заинтересованных сторон в сфере обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения.

здравоохранения в интересах здоровья и экономического роста"² (2016 г.) – создают уникальную возможность для сдвига парадигмы в кадровой политике здравоохранения и усиливают ключевое направление Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния"³ (2008 г.). Государства-члены могут использовать эти стратегические направления и фактические данные, собранные для Комиссии высокого уровня ООН, чтобы на их основе разработать такой подход к обеспечению устойчивости кадровых ресурсов, в рамках которого последние будут рассматриваться как объект важнейших инвестиций, а не как затратная статья, что позволит обеспечить более эффективное предоставление услуг здравоохранения, а также улучшение состояния здоровья, повышение уровня благополучия и экономического процветания населения.

7. Настоящая рамочная основа для действий по обеспечению устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения была разработана Региональным бюро с целью поддержки государств-членов в Европейском регионе ВОЗ в достижении прогресса в сфере обеспечения устойчивых кадров здравоохранения путем работы над стратегическими задачами, изложенными в Глобальной стратегии, а также адаптации их к особенностям Региона. Резюме рамочной основы представлено на рис. 1.
8. Рамочная основа носит широкий и всеобъемлющий характер и охватывает полный круг вопросов, касающихся КРЗ, с особым акцентом на системы, организации и индивидов (см. Вставку 1).

Вставка 1. Что представляют собой трудовые или кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ)?

Статистическое бюро Европейского союза (Евростат), Международная организация труда (МОТ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и ВОЗ работают над постепенной стандартизацией имеющихся определений "трудовых ресурсов здравоохранения", чтобы максимально охватить различные элементы данного понятия. Всем государствам-членам необходимо удостовериться в том, что проводимый ими анализ и принимаемые меры политики основываются на всеобъемлющем определении их собственного рынка труда и трудовых ресурсов в сфере здравоохранения.

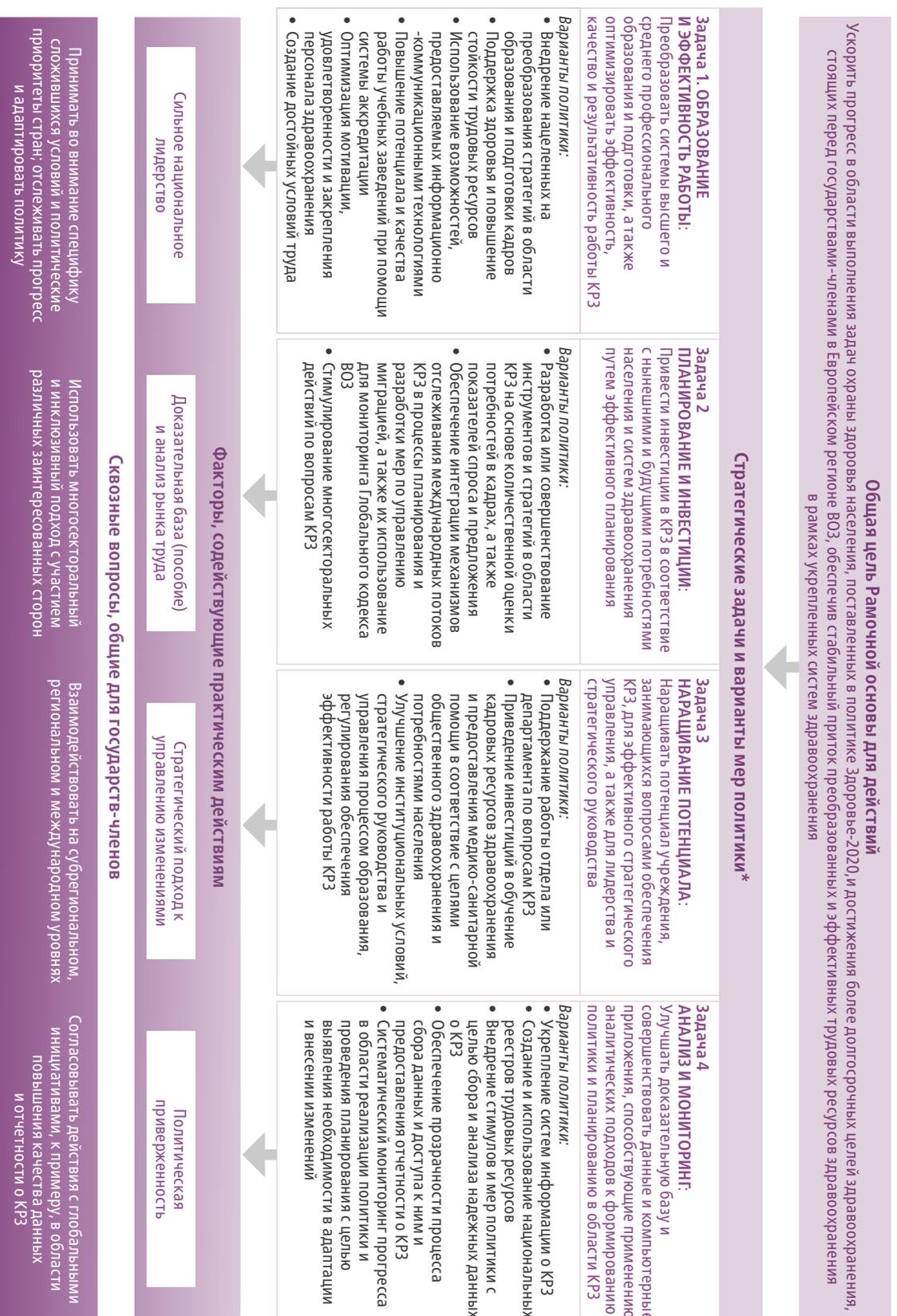
В Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. и, следовательно, в Европейской рамочной основе используется широкое и всеохватывающее определение КРЗ, которое включает всех работников, задействованных в оказании услуг здравоохранения, охране общественного здоровья и смежных с этим областях, а также работников, которые оказывают поддержку такого рода деятельности. Это широкое понятие, как правило, охватывает следующих лиц (но при этом не ограничивается ими): специалисты здравоохранения, другие медицинские и социальные работники, лица, осуществляющие неформальный уход за пациентами, вспомогательный персонал, административные сотрудники и руководители. Эти лица могут работать как в одном, так и в разных типах учреждений, например, в службах общественного здравоохранения, учреждениях первичной медико-санитарной помощи и организациях, предоставляющих помощь вне медицинских учреждений, учреждениях, оказывающих услуги длительного ухода, учреждениях, оказывающих вторичную и третичную медицинскую помощь, или же могут выполнять вспомогательные функции в этих учреждениях.

9. Настоящая рамочная основа, сопровождаемая пособием, в которое входят соответствующие стратегии, инструменты планирования и примеры из практики, состоит из трех разделов
 - общая цель рамочной основы, где особое внимание уделяется согласованию Глобальной стратегии с особенностями ситуации в Регионе;

² Документ "Инвестировать в кадры здравоохранения в интересах здоровья и экономического роста" является докладом Комиссии высокого уровня ООН по занятости в сфере здравоохранения и экономическому росту.

³ В Таллиннской хартии государства-члены в Европейском регионе ВОЗ взяли на себя обязательство улучшать состояние здоровья населения путем укрепления систем здравоохранения, что также охватывает задачу обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения.

Рис. 1. Резюме рамочной основы для действий: на пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ



- четыре стратегические задачи и связанные с ними варианты мер политики для рассмотрения государствами-членами в качестве возможных практических шагов;
 - важнейшие содействующие факторы и сквозные вопросы общего характера, призванные помочь государствам-членам в применении рамочной основы.
10. Европейское региональное бюро провело процесс широких консультаций с руководящими органами и другими заинтересованными сторонами по проекту рамочной основы. Данный процесс включал проведение совещаний экспертных групп, организацию онлайн-консультаций и обращение за советом к другим заинтересованным сторонам из разных уголков Европейского региона.

Исходные сведения: стратегический контекст

11. В 2015 г. государства-члены ООН единогласно утвердили комплекс целей, направленных на ликвидацию нищеты, обеспечение здоровья и благополучия, защиту планеты и обеспечение экономического процветания для всех в рамках новой Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. В каждую из 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР) входят конкретные задачи, которые должны быть выполнены к 2030 г., при этом многие из этих задач прямо или косвенно связаны с вопросами обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения.
12. *Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.*, разработанная с опорой на Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в качестве концептуальной основы, была единогласно утверждена государствами-членами в резолюции WNA69.19, принятой на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г.; в ней государствам-членам настоятельно предлагается применять интегрированный подход к решению проблем, связанных с развитием трудовых ресурсов здравоохранения на национальном и международном уровнях. Такой интегрированный подход учитывает комплексные условия, складывающиеся на рынке трудовых ресурсов здравоохранения, и опирается на применение контрольных этапов, которые нужно будет выполнить к 2020 г. и 2030 г. (см. Приложение 1) и при помощи которых будет оцениваться достигнутый прогресс.
13. В Глобальной стратегии изложены четыре задачи для государств-членов:
- оптимизировать трудовые ресурсы здравоохранения для ускорения прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения и достижению ЦУР;
 - понять будущие потребности систем здравоохранения и подготовиться к ним, используя растущий спрос на рынке труда в сфере здравоохранения для максимального увеличения количества рабочих мест и экономического роста;
 - создать институциональный потенциал для выполнения этой повестки дня;
 - укреплять базу данных о КРЗ для проведения анализа и мониторинга, а также для обеспечения подотчетности в рамках осуществления национальных стратегий и с целью содействия работе глобального механизма мониторинга и подотчетности⁴.
14. Как подчеркивалось во введении, в рамочной основе для действий эти четыре стратегические задачи были адаптированы к особенностям ситуации в Регионе. В рекомендациях Комиссии высокого уровня ООН по занятости в сфере здравоохранения и экономическому росту⁵ основной акцент делается на предлагаемых решениях, которые призваны преобразовать трудовые ресурсы здравоохранения путем внедрения вспомогательных мер политики с целью достижения ЦУР. С целью практического осуществления данных рекомендаций Международная организация труда (МОТ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и ВОЗ разработали совместный межсекторальный пятилетний план действий по вопросам занятости в сфере здравоохранения и инклюзивному экономическому росту (2017–2021 гг.), который был принят на Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2017 г. в резолюции WNA70.6.

⁴ Для получения полной информации о механизме мониторинга и подотчетности государствам-членам необходимо ознакомиться с Приложением 3 к Глобальной стратегии.

⁵ Рекомендации Комиссии высокого уровня по занятости в сфере здравоохранения и экономическому росту были утверждены на Семьдесят первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН в декабре 2016 г. в резолюции 71/159.

15. С учетом целей преобразования системы предоставления услуг здравоохранения и перехода к всеобщему охвату услугами здравоохранения, в этих двух ключевых глобальных стратегических инициативах в области КРЗ (Глобальная стратегия и доклад "Инвестировать в кадры здравоохранения в интересах здоровья и экономического роста") делается акцент на том, что политика в отношении трудовых ресурсов здравоохранения должна быть объединена с политикой в отношении услуг здравоохранения и охраны общественного здоровья. Политика Здоровье-2020 задает необходимое направление для стратегического преобразования услуг здравоохранения в Европейском регионе: введение инклюзивных моделей помощи; ориентированный на нужды людей подход; переориентация систем здравоохранения на совместное оказание первичной медико-санитарной помощи силами многопрофильных бригад; реализация потенциала внедрения технологических инноваций, таких как электронное здравоохранение.

Общая цель рамочной основы

16. Общая цель рамочной основы для действий заключается в ускорении прогресса в области выполнения задач охраны здоровья населения, сформулированных в политике Здоровье-2020, и достижения более долгосрочных целей здравоохранения, стоящих перед государствами-членами в Европейском регионе, путем устойчивого обеспечения преобразованных и эффективных трудовых ресурсов здравоохранения в рамках укрепленных систем здравоохранения. Настоящая рамочная основа опирается на Глобальную стратегию и доклад "Инвестировать в кадры здравоохранения в интересах здоровья и экономического роста" и согласуется с положениями этих документов. Она предназначена для государств-членов и других заинтересованных сторон.
17. В рамочной основе содержатся рекомендации для лиц, формирующих политику здравоохранения, лиц, занимающихся планированием, и аналитиков, а также других специалистов, отвечающих за вопросы, связанные с кадрами здравоохранения. Документ сопровождается пособием, обеспечивающим доступ к актуальным инструментам оценки, анализа ситуации, выработки политики и планирования, а также к аналитическим методам и примерам передового опыта. В пособии используется многосекторальный подход, и оно структурировано таким образом, чтобы с его помощью государства-члены и другие заинтересованные стороны могли находить, анализировать и внедрять меры политики, планы, стратегии и инструменты, которые будут способствовать выполнению четырех стратегических задач.

Применение рамочной основы: стратегические задачи

18. Государства-члены в Европейском регионе могут добиться прогресса на пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения, работая над решением четырех стратегических задач, сформулированных в Глобальной стратегии, которые были адаптированы к условиям Региона, а именно:
- преобразовать систему обучения и оптимизировать эффективность работы
 - согласовать планирование и инвестиции
 - наращивать потенциал
 - усовершенствовать механизмы анализа и мониторинга.
19. Более подробно эти четыре стратегические задачи рассматриваются ниже. Они в общих чертах показывают, каким образом государства-члены могут разработать более комплексный и адаптируемый подход к преодолению трудностей в области обеспечения КРЗ. В Глобальной стратегии содержатся контрольные этапы, позволяющие государствам-членам отследить прогресс, который будет достигнут к двум контрольным датам: 2020 г. и 2030 г. Эти контрольные этапы перечислены в Приложении 1. Государства-члены могут использовать данную рамочную основу для анализа своих политических приоритетов и применять пособие для оценки сложившейся у них ситуации и выявления фактических данных и успешных методов работы с целью реализации преобразующих мер политики в области обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения. Они также могут использовать контрольные этапы как один из инструментов отслеживания прогресса на пути к обеспечению устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения и представления отчетности о прогрессе в данной области.

Стратегическая задача 1: образование и эффективность работы

20. Стратегическая задача 1 заключается в преобразовании системы высшего и среднего профессионального образования и подготовки, а также в оптимизации эффективности, качества и результативности работы КРЗ с помощью опирающихся на фактические данные мер политики, с тем чтобы содействовать здоровому образу жизни и благополучию, действительному всеобщему охвату услугами здравоохранения, а также повышению жизнестойкости и укреплению систем здравоохранения на всех уровнях.
21. Существует целый ряд вариантов политики для государств-членов, направленной на повышение качества обучения и эффективности работы трудовых ресурсов здравоохранения. К ним, помимо прочего, относятся:
- (а) расширение доступности преобразующего, высококачественного высшего и среднего профессионального образования и подготовки, а также непрерывного обучения на протяжении всей жизни, с тем чтобы все работники здравоохранения обладали навыками, которые соответствуют потребностям населения в услугах здравоохранения, и могли полностью реализовать свой профессиональный потенциал;
 - (б) обеспечение развития системы образования и обучения кадров здравоохранения, которая позволяет согласовать системные и индивидуальные потребности для того, чтобы соответствовать национальным требованиям в отношении лидерства, здравоохранения, охраны общественного здоровья и оказания помощи;
 - (в) использование информационно-коммуникационных технологий для поддержки процесса проведения преобразующего обучения и повышения эффективности работы кадров здравоохранения;
 - (г) повышение потенциала и качества работы учебных заведений при помощи системы аккредитации;
 - (д) поддержка эффективности работы кадров здравоохранения, уровня их мотивации и удовлетворенности и показателей закрепления и благополучия кадров путем содействия их достойному труду (по определению МОТ)⁶ и поддержания положительной рабочей среды.

Стратегическая задача 2: планирование и инвестиции

22. Стратегическая задача 2 призвана привести инвестиции в КРЗ в соответствие с актуальными и будущими потребностями населения и систем здравоохранения путем эффективного планирования. Для этого необходимо принять во внимание динамику рынка трудовых ресурсов здравоохранения и рассмотреть имеющиеся подходы к более оптимальному согласованию планирования и вложения средств в трудовые ресурсы с приоритетами в области оказания услуг. Это также приведет к необходимости использования подходов к планированию, позволяющих устранить выявленный дефицит кадров, а также улучшить распределение работников здравоохранения и их профессионально-квалификационную структуру.
23. Варианты мер политики, которые государствам-членам следует рассмотреть применительно к инвестиционным подходам и к эффективному планированию КРЗ, включают:
- (а) стимулирование инвестиций в создание достойных рабочих мест в секторе здравоохранения – в особенности для лиц женского пола и молодежи – с учетом необходимых навыков, необходимой численности персонала и мест, где такие сотрудники необходимы;
 - (б) проведение комплексного анализа рынка труда с целью разработки соответствующих мер политики и стратегий;
 - (в) разработка инструментов и планов на основе количественной оценки потребностей в кадрах, а также показателей спроса и предложения для предполагаемых вариантов развития ситуации в будущем;

⁶ В определении МОТ сказано: "Понятие достойного труда воплощает в себе стремления людей, связанные с их трудовой жизнью. Оно подразумевает возможность продуктивно трудиться и получать справедливое вознаграждение, работать в безопасных условиях и пользоваться социальной защитой для семьи. Достойный труд подразумевает более широкие возможности личного развития и социальной интеграции, право людей выражать свое недовольство, объединяться в организации и участвовать в принятии решений, которые влияют на их жизнь. Он также подразумевает равные возможности для всех женщин и мужчин и равное обращение с ними" (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-en/index.htm>, по состоянию на 28 июня 2017 г.).

- (г) стимулирование многосекторальных действий и взаимодействия по вопросам согласования инвестиций в КРЗ;
- (д) разработка мер политики и инструментов проведения оценки и оптимизации необходимой профессионально-квалификационной структуры кадров;
- (е) инвестирование в долгосрочное стратегическое управление в сфере государственной политики и создание соответствующих стратегий, в частности – в отношении соблюдения прав работников женского пола.

Стратегическая задача 3: наращивание потенциала

24. Стратегическая задача 3 заключается в наращивании потенциала учреждений, занимающихся вопросами обеспечения КРЗ, для эффективного стратегического управления в сфере политики, а также для лидерства и стратегического руководства деятельностью с целью развития и сохранения устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения.
25. Варианты политики в области наращивания потенциала, предлагаемые государствам-членам для внимательного рассмотрения, включают:
- (а) работу над тем, чтобы важность стратегического руководства, стратегического управления системой и лидерства в сфере КРЗ была четко сформулирована и ясно прописана в основах национальной политики;
 - (б) поддержку работы отдела или департамента по КРЗ на соответствующем национальном и региональном уровне с достаточным потенциалом и возможностями для проведения анализа, объединения заинтересованных сторон и введения отчетности по вопросам реализации политики на уровне всей системы государственного управления;
 - (в) улучшение и укрепление институциональных условий, стратегического руководства и управления процессами обучения, регулирования, аккредитации и обеспечения эффективности работы КРЗ.

Стратегическая задача 4: анализ и мониторинг

26. Стратегическая задача 4 направлена на улучшение доказательной базы, совершенствование данных и компьютерных приложений, способствующих применению аналитических подходов к формированию политики и планированию в области КРЗ. В Глобальной стратегии изложен целый ряд вариантов мер политики для государств-членов, касающихся подходов к совершенствованию механизмов сбора, представления и анализа данных о КРЗ. К ним относятся:
- (а) работу над тем, чтобы важность стратегического руководства, стратегического управления системой и лидерства в сфере КРЗ была четко сформулирована и ясно прописана в основах национальной политики;
 - (б) поддержку работы отдела или департамента по КРЗ на соответствующем национальном и региональном уровне с достаточным потенциалом и возможностями для проведения анализа, объединения заинтересованных сторон и введения отчетности по вопросам реализации политики на уровне всей системы государственного управления;
 - (в) улучшение и укрепление институциональных условий, стратегического руководства и управления процессами обучения, регулирования, аккредитации и обеспечения эффективности работы КРЗ.

Факторы, содействующие практическим действиям

27. Четыре стратегические задачи, изложенные выше, могут быть выполнены только в случае приложения усилий и внедрения механизмов, содействующих их реализации. Содействующие факторы, которые описываются ниже, подчеркивают основополагающую потребность в сильном лидерстве со стороны государств-членов и в совместно координируемых межгосударственных действиях, которые будут опираться на использование научно обоснованного пособия и анализ ситуации на рынке труда, а также будут сопровождаться мерами по управлению изменениями и стойкой политической приверженностью.

Сильное лидерство на национальном уровне

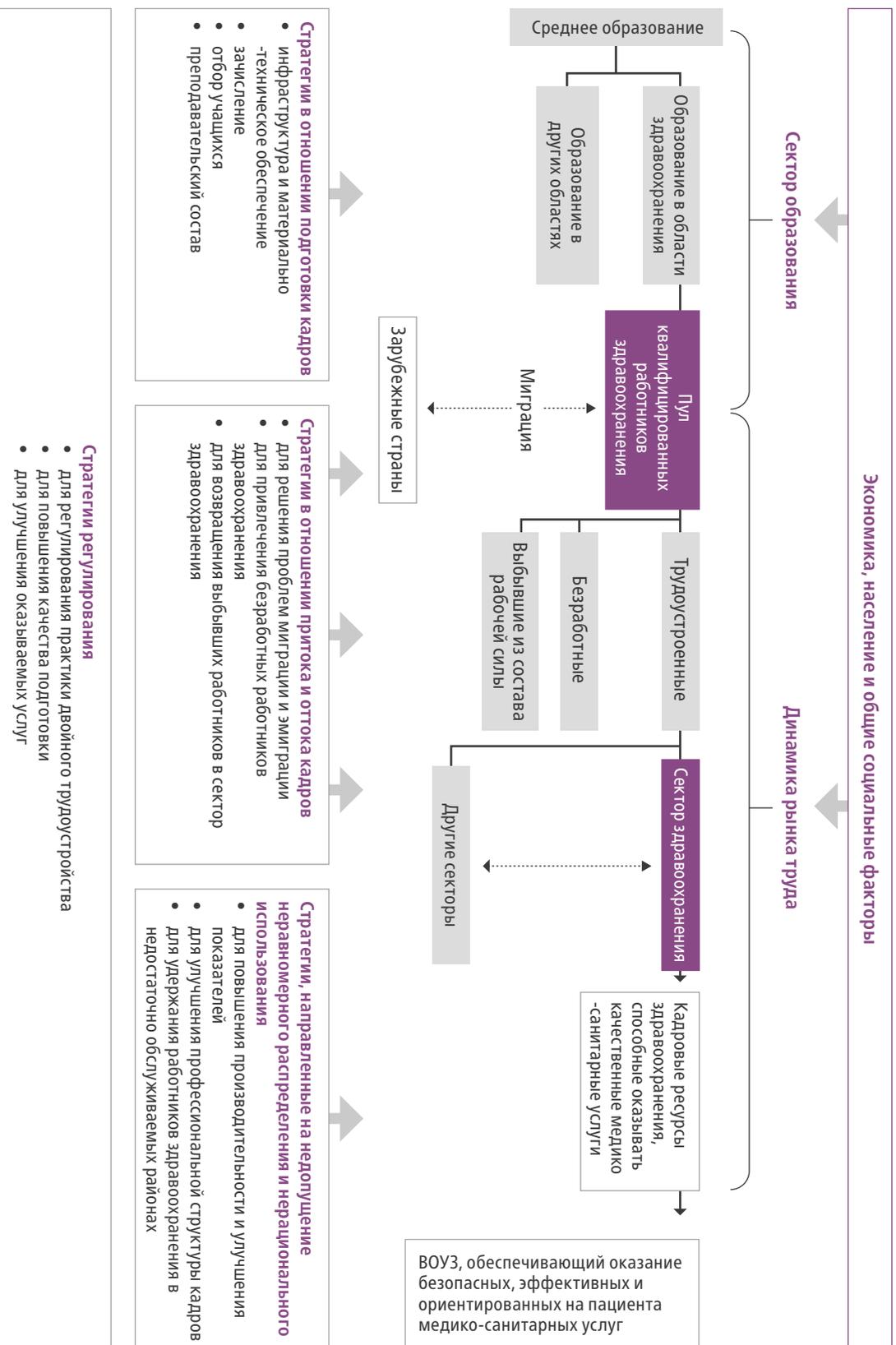
28. 28. Резолюция WHA69.19 настоятельно призывает государства-члены на практике реализовать Глобальную стратегию. Выполнение четырех адаптированных для Региона стратегических задач, изложенных в рамочной основе, потребует принятия межсекторальных мер и взаимодействия с государственным и частным секторами, гражданским обществом, профессиональными ассоциациями, профсоюзами, неправительственными организациями, регулирующими органами и учебными заведениями, а также принятия скоординированных общегосударственных ответных мер. Государствам-членам предлагается продемонстрировать лидерство и обеспечить наличие механизмов стратегического руководства и нормативно-правового регулирования, охватывающих вопросы эффективности работы всего сектора здравоохранения. Им также необходимо сформировать политику в отношении рынка труда таким образом, чтобы она способствовала развитию спроса на устойчивые трудовые ресурсы здравоохранения.
29. 29. Помимо этого, государства-члены могли бы добиться определенных преимуществ, проявив сильное лидерство в области укрепления кадрового потенциала, с тем чтобы поддержать имеющиеся трудовые ресурсы здравоохранения и дать им возможность внести свой вклад в достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Этого можно добиться при помощи анализа, прогнозирования и активного устранения разрывов между потребностями в трудовых ресурсах здравоохранения, спросом на них и предложением на рынке труда, а также при помощи наращивания институционального потенциала на субнациональном и национальном уровнях с целью эффективного стратегического руководства и лидерства в сфере обеспечения КРЗ. Государствам-членам нужно будет выделить достаточные финансовые ресурсы, чтобы поддержать осуществление преобразований и изменений и обеспечить объединение основных наборов данных о трудовых ресурсах здравоохранения для целей выработки политики, проведения планирования и ежегодного представления отчетности в рамках глобального механизма мониторинга и подотчетности⁷, а также обеспечить доказательную базу для формирования политики и проведения планирования на национальном уровне.

Формирование политики, планирование и анализ ситуации на рынке труда с опорой на фактические данные: пособие по вопросам обеспечения устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

30. 30. Для того чтобы обеспечить наличие преобразованных и устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения, необходимо ориентироваться на принятие систематических и комплексных мер политики. Это требует общесистемного анализа и мышления, формируемого пониманием динамики рынка труда и связей между принимаемыми мерами политики и поддерживаемого применением соответствующих стратегий, а также инструментов планирования и анализа.
31. 31. На рис. 2 представлены основные элементы подхода к анализу рынка труда. На нем особо подчеркивается наличие многочисленных вариантов мер политики на различных этапах цикла, наблюдаемого на рынке труда, а также отмечается острая потребность в обеспечении согласованности реализуемых мер. Анализируя различные варианты мер кадровой политики в сфере здравоохранения на предмет их практического внедрения, государства-члены и другие заинтересованные стороны должны иметь возможность принимать осознанные и согласованные стратегические решения, учитывая все аспекты подготовки, рабочего цикла, потоков, неравномерного распределения и нерационального использования трудовых ресурсов. Одним словом, им необходимо в полной мере учитывать динамику, складывающуюся на рынке трудовых ресурсов здравоохранения.
32. Пособие (см. Вставку 2) будет помогать государствам-членам и другим заинтересованным сторонам в реализации рамочной основы для действий и в проведении связанного с ней анализа рынка труда.
33. Пособие опирается на широкий ряд актуальных ресурсов и материалов, таких как исследования и рекомендации ВОЗ, наработки программы Европейского союза "Совместные действия по планированию

⁷ Для получения полной информации о механизме мониторинга и подотчетности государствам-членам необходимо ознакомиться с Приложением 3 к Глобальной стратегии.

Рис. 2. Рычаги и инструменты политики, определяемые схемой динамики рынка труда



и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения", группы экспертов Европейской комиссии по трудовым ресурсам здравоохранения в Европе, ОЭСР, а также анализ примеров из практики стран и другие исследовательские и аналитические источники. Оно содержит справочные материалы, помогающие оценивать нынешнее положение дел в сфере КРЗ и сосредотачивать нормативно-правовые меры и практические действия на тех направлениях, которые соответствуют приоритетам и особенностям ситуации отдельных государств-членов.

Вставка 2: Пособие по вопросам обеспечения устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

Пособие, основной упор в котором сделан на фактические данные, непосредственно отражающие ситуацию в Регионе, обеспечивает государствам-членам и другим заинтересованным сторонам структурированный доступ к эффективным стратегиям, инструментам планирования и примерам из практики в сфере КРЗ.

Пособие служит опорой для четырех стратегических задач рамочной основы:

- образование и эффективность работы
- планирование и инвестиции
- наращивание потенциала
- анализ и мониторинг.

Материалы, представленные в пособии, подразделяются на следующие категории:

- международные/национальные стратегические документы по КРЗ
- инструменты анализа, планирования и управления
- анализ примеров из практики
- научные исследования и оценка.

Стратегический подход к управлению изменениями

34. Эффективное стратегическое руководство и лидерство требуют использования доказательной базы и создания механизмов управления изменениями в системах здравоохранения, которые в том числе будут способны адаптироваться к изменяющимся условиям, приоритетам и инновациям и соответствующим образом реагировать на них. Для этого необходим не просто план, а стратегический, адаптируемый и динамичный подход к вопросам КРЗ, который должен базироваться на постоянном анализе средовых и контекстных факторов, которые влияют на эффективность работы кадров здравоохранения и предоставление услуг, а также должен учитывать уроки, извлеченные из практической деятельности.
35. В более широком смысле любой ориентированный на конкретные действия подход к обеспечению устойчивых преобразований требует эффективного управления изменениями, указания четкого направления действий посредством эффективной коммуникации, взаимодействия с заинтересованными сторонами, апробации и оценки инноваций, а также поддержания процесса реализации деятельности, проведения ее обзора и внесения корректив.

Политическая приверженность

36. Важнейшим фактором успеха будет наличие стойкой поддержки на самом высоком государственном и политическом уровне. Устойчивый подход к преодолению указанных выше трудностей в области обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения требует, чтобы проводимая политика была ориентирована на определение наиболее оптимальных путей планирования, обучения, распределения, управления, мотивирования и вознаграждения работников здравоохранения, а также на последующее осуществление этих процессов. Мобилизация политической приверженности и финансовых ресурсов для системы здравоохранения и для такого важного ее компонента, как трудовые ресурсы, на страновом уровне будет играть решающую роль в преодолении этих трудностей.

Сквозные вопросы общего характера

37. Помимо принятия соответствующих вспомогательных мер, при разработке преобразующего и устойчивого подхода к управлению трудовыми ресурсами здравоохранения, государствам-членам необходимо будет принять во внимание четыре всеобъемлющих соображения общего характера, которые изложены ниже.

Используемый подход должен отражать специфику сложившихся условий.

38. Государства-члены вместе с другими заинтересованными сторонами будут добиваться того, чтобы их подход к определению и реализации стратегических приоритетов отражал актуальные демографические, географические, организационные и связанные с рынком труда особенности соответствующей страны или субрегиона.

Используемый подход должен быть инклюзивным, многосекторальным и обеспечивать участие в работе различных заинтересованных сторон.

39. Наряду с тем, что государствам-членам нужно будет продемонстрировать сильное лидерство в определении направления для внедрения изменений и в общей координации процесса приоритизации мер политики и процесса стратегического руководства, им также необходимо будет рассмотреть наиболее оптимальные пути эффективного взаимодействия с другими секторами и заинтересованными сторонами и обеспечения их максимального вклада в работу. Разные заинтересованные стороны могут возглавлять процесс реализации различных мер политики и подходов. Следовательно, здесь потребуются многосекторальный подход, а участие гражданского общества, неправительственных организаций и частного сектора будет жизненно необходимым.

Эффективный подход предполагает взаимодействие на субрегиональном, региональном и международном уровнях.

40. Государствам-членам предстоит играть ведущую роль в данном процессе, и в этом им может помочь наличие благоприятных условий на международном уровне. Основные трудности в области обеспечения КРЗ являются общими для всех стран. Значительные преимущества могут быть обеспечены за счет эффективного взаимодействия с другими государствами-членами и с международными структурами (такими как Европейский союз, МОТ и ОЭСР) по вопросам устойчивости трудовых ресурсов здравоохранения в рамках субрегионального, регионального и международного диалога по вопросам политики, обмена знаниями и сотрудничества.

Используемый подход должен быть согласован с актуальными глобальными и региональными инициативами.

41. Общее стратегическое направление в Европейском регионе обеспечивается положениями политики Здоровье-2020; настоящая рамочная основа опирается на Глобальную стратегию и рекомендации Комиссии высокого уровня в качестве двух основных источников методических указаний по разработке подхода, который будет иметь актуальное значение в условиях Региона. Дальнейшая реализация Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения также станет важнейшим элементом процесса мониторинга международной мобильности кадров здравоохранения и оказания помощи государствам-членам на пути к обеспечению устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения.

Сферы ответственности ВОЗ

На глобальном уровне

42. В резолюции WHA69.19 ВОЗ предлагается оказывать поддержку государствам-членам в сфере реализации и мониторинга Глобальной стратегии и представлять Всемирной ассамблее здравоохранения регулярные отчеты о прогрессе в выполнении установленных в Глобальной стратегии контрольных этапов, согласуя этот процесс с отчетностью в рамках реализации Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма.

На региональном уровне

43. У Европейского регионального бюро будет несколько сфер ответственности, касающихся практической реализации настоящей рамочной основы. Бюро будет:

- (а) продвигать использование государствами-членами рамочной основы по мере рассмотрения ими возможных путей выполнения Глобальной стратегии и ее контрольных этапов, а также рекомендаций Комиссии высокого уровня;
- (б) отвечать за составление, поддержание и обновление пособия, с тем чтобы оно оставалось актуальным инструментом поддержки государств-членов и других заинтересованных сторон, по мере определения и решения ими приоритетных задач в области обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения;
- (в) предоставлять государствам-членам необходимую техническую помощь 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;
- (г) оказывать поддержку в проведении на региональном, субрегиональном и национальном уровнях диалогов о политике в отношении вопросов обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения, встающих перед странами в качестве важнейших приоритетных задач.

Рекомендации для других заинтересованных сторон и международных партнеров

44. Содержание рамочной основы и пособия будет актуальным и полезным и для других заинтересованных сторон в сфере обеспечения трудовых ресурсов здравоохранения, в том числе для работодателей в государственном и частном секторах, неправительственных организаций, профессиональных ассоциаций, учреждений, которые занимаются обучением и подготовкой кадров, профсоюзов, гражданского общества, двухсторонних и многосторонних партнерств в интересах развития и международных организаций.

45. Заинтересованным сторонам рекомендуется тщательно рассмотреть эту рамочную основу и сопровождающее ее пособие в качестве информационной основы и средства формирования их вклада в эту деятельность в ходе их участия в диалогах по вопросам политики и в предоставлении другой поддержки процессу совершенствования политики и планирования в области КРЗ. К примерам такого вклада относятся:

- (а) адаптация учебными заведениями своих образовательных программ и моделей обучения таким образом, чтобы они соответствовали приоритетным задачам в области охраны здоровья населения и были согласованы с национальными стандартами (нормами) аккредитации;
- (б) достижение (на основе имеющейся информации) соглашения между работниками сферы образования, работодателями и финансовыми спонсорами о том, как провести кадровое планирование и подготовить достаточное число работников здравоохранения надлежащей квалификации или усовершенствовать их навыки, соблюдая при этом принцип гендерного равенства;

- (в) взаимодействие между профессиональными советами, ассоциациями и регулирующими органами, которые обладают актуальными данными о КРЗ, с целью обеспечения доступности надежных и исчерпывающих данных для анализа;
- (г) появление в деятельности исследователей и аналитиков акцента на оценке затратоэффективных подходов к реализации мер политики в области обеспечения КРЗ.

Реализация

46. Рамочная основа для действий и пособие призваны служить источником поддержки для государств-членов в Европейском регионе. На страновом уровне методики оценки ситуации и варианты мер политики, которые были признаны наиболее подходящими для того или иного государства-члена, следует закреплять в национальных стратегиях и планах в области здравоохранения и развития.
47. Государствам-членам необходимо будет рассмотреть наиболее оптимальные пути включения конкретных целевых ориентиров и показателей в отношении КРЗ в разрабатываемые ими национальные меры политики и стратегии. Предполагается, что существующие эффективные процессы и механизмы для обзора ситуации в секторе здравоохранения на уровне стран будут включать регулярную оценку прогресса в решении задач, связанных с трудовыми ресурсами здравоохранения, в условиях стран.
48. В Глобальной стратегии приведен механизм мониторинга и подотчетности для оценки прогресса в выполнении контрольных этапов, перечисленных в Приложении 1. В рамках глобальной подотчетности при содействии Секретариата ВОЗ будет осуществляться передовая инициатива по внедрению национальных счетов трудовых ресурсов здравоохранения, согласно которой страны будут ежегодно представлять данные по основным показателям в сфере КРЗ. Общая цель – оптимизировать требования к отчетности для государств-членов путем постепенного повышения качества данных о КРЗ и объединения мониторинга Глобальной стратегии с мониторингом Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения и других резолюций и стратегических документов по теме КРЗ, принятых на глобальном и региональном уровне.
49. Четыре основные стратегические задачи рамочной основы проистекают из Глобальной стратегии и согласованы с положениями доклада Комиссии высокого уровня, однако при этом они были адаптированы к региональным особенностям и приоритетам, а варианты мер политики, представленные в пособии, предназначены для рассмотрения государствами-членами в Европейском регионе. Актуальность и применимость вариантов мер политики должна определяться в соответствии с конкретными реалиями каждого государства-члена, касающимися связанных со здоровьем потребностей населения, политики в области образования, динамики рынка труда и требований, предъявляемых к системам здравоохранения.

Приложение 4

ПРИЛОЖЕНИЕ. КОНТРОЛЬНЫЕ ЭТАПЫ, ИЗЛОЖЕННЫЕ В ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ 2030 Г.

В ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ 2030 Г. СОДЕРЖАТСЯ КОНТРОЛЬНЫЕ ЭТАПЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ОТСЛЕДИТЬ ПРОГРЕСС, КОТОРЫЙ БУДЕТ ДОСТИГНУТ К ДВУМ КОНТРОЛЬНЫМ ДАТАМ – 2020 Г. И 2030 Г.

Контрольные этапы, которые предстоит выполнить к 2020 г.

- (а) Все страны имеют инклюзивные институциональные механизмы для координации межсекторальной повестки дня в области трудовых ресурсов здравоохранения.
- (б) Все страны имеют подразделение по КРЗ, отвечающее за разработку и мониторинг политики и планов.
- (в) Все страны имеют регулирующие механизмы для содействия безопасности пациентов и адекватного контроля частного сектора.
- (г) Все страны создали механизмы аккредитации медицинских учебных заведений.
- (д) Все страны добиваются прогресса в создании реестров кадров здравоохранения для отслеживания их количества, образования, распределения, потоков, спроса, возможностей и вознаграждения.
- (е) Все страны добиваются прогресса в обмене данными о КРЗ с помощью национальных счетов по трудовым ресурсам здравоохранения и ежегодно представляют основные показатели в Секретариат ВОЗ.
- (ж) Все двусторонние и многосторонние учреждения усиливают оценку трудовых ресурсов здравоохранения и обмен информацией.

Контрольные этапы, которые предстоит выполнить к 2030 г.

- (а) Все страны добиваются прогресса в сокращении наполовину неравенств в доступе к работникам здравоохранения.
- (б) Все страны добиваются прогресса в улучшении показателей успешного завершения обучения в учебных заведениях по медицинским, медсестринским и смежным медицинским профессиям.
- (в) Все страны добиваются прогресса в сокращении наполовину своей зависимости от обученных за границей работников здравоохранения, осуществляя Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения.
- (г) Все двусторонние и многосторонние организации расширяют взаимодействие с целью предоставления официальной помощи в области образования, занятости, гендера и здоровья в поддержку национальных приоритетов в отношении занятости в здравоохранении и экономического роста.
- (д) В качестве партнеров по достижению Целей ООН в области устойчивого развития все страны снижают барьеры доступа к услугам здравоохранения путем работы над созданием, заполнением и сохранением по крайней мере 10 миллионов дополнительных рабочих мест с полной занятостью в секторах здравоохранения и социальной помощи с целью удовлетворения потребностей групп

населения, не получающих услуг в должном объеме.

- (e) В качестве партнеров по достижению Целей ООН в области устойчивого развития все страны добиваются прогресса в отношении Цели 3с, с тем чтобы повысить финансирование здравоохранения и улучшить набор, развитие, подготовку и закрепление трудовых ресурсов здравоохранения.

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 33 70 00
Факс: +45 33 70 01
Эл. почта: euwhocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int