

РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,



адаптированное для применения в странах с
низким и средним уровнем доходов



Всемирная организация
здравоохранения



ВСЕМИРНЫЙ БАНК



USAID
АГЕНТСТВО США ПО
МЕЖДУНАРОДНОМУ РАЗВИТИЮ

РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

адаптировано для применения в странах с
низким и средним уровнем доходов

Под редакцией:

Mario R. Dal Poz
Neeru Gupta
Estelle Quain
Agnes L.B. Soucat



Всемирная организация
здравоохранения



ВСЕМИРНЫЙ БАНК



USAID

АГЕНТСТВО США ПО
МЕЖДУНАРОДНОМУ РАЗВИТИЮ

Первоначально опубликован на английском языке штаб-квартирой ВОЗ под названием Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health, with special applications for low- and middle-income countries в 2009 г.

ISBN 978 92 4 3 54770 1.

Европейское региональное бюро ВОЗ получило разрешение от штаб-квартиры ВОЗ на издание этой книги на русском языке.

Ключевые слова

HEALTH MANPOWER

HEALTH PERSONNEL – ADMINISTRATION AND ORGANIZATION

HEALTH PERSONNEL – STATISTICS AND NUMERICAL DATA

PERSONNEL MANAGEMENT

QUALITATIVE ANALYSIS

DEVELOPING COUNTRIES

ISBN 978 92 890 0267 7

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

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>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 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

Список таблиц, рисунков и вставок	vi
Введение	xi
Благодарности	xii
Авторский коллектив	xiii
Список сокращений	xiv
ЧАСТЬ I: ОБЗОР	1
1 Мониторинг и оценка кадровых ресурсов здравоохранения: проблемы и возможности	3
1.1 Введение	3
1.2 Глобальные инициативы в области КРЗ и информационных систем	4
1.3 Ключевые аспекты и насущные проблемы	8
1.4 Принципы мониторинга состояния трудовых ресурсов здравоохранения: подход на основе концепции продолжительности трудовой деятельности	9
1.5 Путеводитель по главам Руководства	10
1.6 Дополнительная информация и комментарии	11
Библиография	12
2 Границы кадров здравоохранения: определение и классификации работников здравоохранения	13
2.1 Введение	13
2.2 Кто является работником здравоохранения	13
2.3 Классификация кадров здравоохранения	14
2.4 Заключительные комментарии	20
Библиография	23
ЧАСТЬ II: МОНИТОРИНГ СТАДИЙ ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ	25
3 Мониторинг активных кадров здравоохранения: индикаторы, источники данных и иллюстративный анализ	27
3.1 Введение	27
3.2 Ключевые индикаторы для анализа КРЗ: мониторинг каких параметров необходимо проводить?	28
3.3 Обзор потенциальных источников данных	29
3.4 Иллюстративный анализ	33
3.5 Управление источниками информации по КРЗ и их использование: собрать все вместе	35
3.6 Резюме и выводы	36
Библиография	39

4	Концепция и параметры измерения для мониторинга вхождения в состав кадров здравоохранения	41
4.1	Введение	41
4.2	Концепция мониторинга вхождения в состав кадровых ресурсов	42
4.3	Измеряемые параметры	46
4.4	Резюме и выводы	50
	Библиография	52
5	Мониторинг перемещений кадров здравоохранения и выхода из их состава	55
5.1	Введение	55
5.2	Перемещения кадров здравоохранения и выход из их состава: концепция для проведения анализа	55
5.3	Индикаторы и стратегии измерения	57
5.4	Иллюстративный анализ	59
5.5	Итоговые замечания: последствия для политики и планирования	62
	Библиография	65
	ЧАСТЬ III: ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ И ПРИМЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ	67
6	Оценка затрат на кадры здравоохранения: концепции, источники данных и методы	69
6.1	Введение	69
6.2	Что должно измеряться	69
6.3	Подходы к подсчету расходов по КРЗ	71
6.4	Концепции и применение измерений	74
6.5	Резюме, выводы и дальнейшее развитие ситуации	80
	Библиография	85
7	Использование данных, полученных при оценке учреждений, для анализа трудовых ресурсов здравоохранения	87
7.1	Введение	87
7.2	Как данные оценок учреждений могут использоваться для мониторинга трудовых ресурсов здравоохранения	88
7.3	Обзор основных методов ОУЗ	88
7.4	Некоторые ограничения методологий ОУЗ для получения данных по КРЗ	93
7.5	Эмпирические примеры, основанные на данных по КРЗ	95
7.6	Резюме и выводы	105
	Библиография	110
8	Использование данных переписи населения для гендерного анализа кадров здравоохранения	113
8.1	Введение	113
8.2	Важность учета гендерных аспектов при анализе кадров здравоохранения	113
8.3	Использование данных переписи для анализа трудовых ресурсов здравоохранения	114
8.4	Эмпирический анализ	116
8.5	Резюме и выводы	120
	Библиография	122

9	Использование административных источников данных для анализа трудовых ресурсов здравоохранения: опыт множества стран по внедрению систем информации по кадровым ресурсам	123
9.1	Введение	123
9.2	Рекомендуемые первые этапы разработки информационной системы по кадровым ресурсам	124
9.3	Примеры из различных стран	128
9.4	Выводы	134
	Библиография	138
10	Понимание проблем трудовых ресурсов здравоохранения: пособие по некоторым вопросам использования качественных методов	139
10.1	Введение	139
10.2	Качественные методы: их ценность и потенциал	140
10.3	Вопросы, связанные с разработкой дизайна и проведением качественного исследования	142
10.4	Выводы	153
	Библиография	155
11	Анализ и синтез информации о кадровых ресурсах здравоохранения, полученной из нескольких источников: отдельные примеры	157
11.1	Введение	157
11.2	Выявление потенциальных источников информации и их использование для оценки индикаторов присутствия на рынке труда здравоохранения в Мексике	157
11.3	Использование нескольких источников информации для получения наилучших оценок трудовых ресурсов здравоохранения Индии	160
11.4	Триангуляция данных из двух источников для мониторинга отсутствия работников здравоохранения на рабочем месте и фиктивных работников в Замбии	162
11.5	Резюме и выводы.	164
	Библиография	166
	ЧАСТЬ IV: РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ	167
12	Использование информации и фактических данных в разработке политики и на практике: стратегии и механизмы	169
12.1	Введение	169
12.2	Стратегии по внедрению фактических данных в политику и практику	170
12.3	Механизм по направлению повестки дня в отношении КРЗ: обсерватории по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения	172
12.4	Возможности и направления развития	175
	Библиография	181
	О публикующих агентствах	184

Список таблиц, рисунков и вставок

Таблицы

Таблица 2.1 Концепция для определения кадров здравоохранения	14
Таблица 2.2 Ступени образования и подготовки для профессий в области здравоохранения, соответствующие Международной стандартной классификации образования (МСКО-1997)	16
Таблица 2.3 Области профессиональной подготовки, относящиеся к здравоохранению, в соответствии с пособием “Области подготовки”	17
Таблица 2.4 Названия профессий, связанных со здравоохранением, в соответствии с Международной стандартной классификацией занятий, пересмотры 1988 и 2008 гг.	18
Таблица 2.5 Экономические сектора, связанные с деятельностью в области здравоохранения, на основе Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности (четвертый пересмотр)	21
Таблица 3.1 Выбранные ключевые индикаторы для мониторинга и оценки кадровых ресурсов здравоохранения	30
Таблица 3.2 Потенциальные источники данных для мониторинга кадров здравоохранения	32
Таблица 3.3 Выбранные индикаторы и методы контроля внедрения и использования национальной системы информации и мониторинга по КРЗ для поддержки принятия решений	38
Таблица 4.1 Ключевые индикаторы и методы проверки качества данных для измерения вхождения в состав кадров здравоохранения	48
Таблица 5.1 Потенциальные источники данных по перемещениям кадров здравоохранения и выходу из их состава	58
Таблица 5.2 Ежегодное число подготовленных за рубежом медсестер, получающих национальную лицензию, позволяющую работать по специальности в Соединенном Королевстве, 1998-2007 гг. (по основным странам происхождения)	60
Таблица 5.3 Оценки ежегодных потерь среди работников здравоохранения из-за смертности в возрасте до 60 лет на основе анализа таблиц смертности, выбранные страны Африканского региона ВОЗ	62
Таблица 6.1 Процентное распределение расходов по распорядителям финансирования здравоохранения, Счета здравоохранения Мексики, 1995 г.	79
Таблица 6.2 Процентное распределение расходов по основным поставщикам услуг, Счета здравоохранения Перу, 2000 г. 80	
Таблица 6.3 Компоненты оплаты труда в таблице “пользования” счета дохода, Система национальных счетов	81
Таблица 6.4 Таблица снабжения и использования, представленная в рамках национальных счетов, Южная Африка, 2002 г. (миллионы рандов, частичное отображение данных)	82
Таблица 7.1 Расчетное число выпускников, входящих в состав кадровых ресурсов учреждений здравоохранения в государственном секторе, по профессиям, Нигерия, 2005 г.	97
Таблица 7.2 Численность персонала учреждений здравоохранения и обеспеченность ими, по специальностям, Замбия, ПУЗ, 2006 г.	98
Таблица 7.3 Среднее число работников здравоохранения по типу учреждения, по специальностям, Кения, 2004 г	99
Таблица 7.4 Число работающих в настоящее время сотрудников учреждения здравоохранения, число, рекомендованное кадровым нормативами и число, запрошенное руководителями учреждений для соответствия нормативам, по специальностям, Кения, 2004 г.	100
Таблица 7.5 Процент учреждений, сообщивших о наличии хотя бы одного временно прикомандированного работника, по специальностям, по сообщению руководства учреждения, Кения 2004 г.	102
Таблица 7.6 Профессиональная структура работников здравоохранения в учреждениях, по типу учреждения, Кения, 2004 г.	102
Таблица 7.7 Процентное распределение работников здравоохранения, работающих в учреждениях здравоохранения, по типу управления, в зависимости от специальности, Кения, 2004 г.	103

Таблица 7.8 Процентное распределение работающих на базе учреждений медицинских работников и населения в целом по географическим регионам, Кения, 2004 г.	104
Таблица 7.9 Медианное число лет работы на сегодняшней должности среди работников учреждений здравоохранения, по типу учреждения и типу управления учреждением, Кения, 2004 г.	106
Таблица 7.10 Процент работников учреждений здравоохранения, имеющих письменное описание обязанностей, считающих возможным карьерный рост и получающих другие неденежные стимулы, по специальности и по типу учреждения, Кения, 2004 г.	107
Таблица 7.11 Процентное распределение работников здравоохранения, работающих в учреждениях здравоохранения, с разбивкой по обычному числу рабочих часов в неделю, в зависимости от специальности, Кения, 2004 г.	108
Таблица 7.12 Сравнение увеличения численности работников здравоохранения в государственном секторе за счет вхождения в их состав новых выпускников с уровнем убыли, Нигерия, 2005 г.	109
Таблица 8.1 Страны и источники переписных данных.	115
Таблица 8.2 Процентное распределение кадровых ресурсов здравоохранения по полу и по роду занятий в соответствии с данными переписи для 13 стран (около 2000 г.).	117
Таблица 8.3 Соотношение женщин и мужчин по уровню образовательной подготовки в составе кадров здравоохранения и среди населения в целом; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)	119
Таблица 8.4 Оценки убыли рабочей силы здравоохранения между переписями в зависимости от пола, Таиланд, переписи 1990 и 2000 гг.	120
Таблица 9.1 Выбранные индикаторы и промежуточные показатели из системы информации и мониторинга по КРЗ Судана, 2006-2007 гг.	133
Таблица 9.2 Выбранные индикаторы и соответствующие критерии, использованные для оценки работы системы информации и управления по КРЗ в Бразилии	135
Таблица 9.3 Выбранные индикаторы и результаты оценок институционального воздействия системы информации и управления КРЗ в Бразилии	136
Таблица 10.1 Отличительные характеристики качественных и количественных подходов	141
Таблица 10.2 Примеры качественных исследований, проведенных среди работников здравоохранения	143
Таблица 10.3 Обсуждения в группах или индивидуальные интервью?	146
Таблица 11.1 Вопросы, относящиеся к образованию и трудовой деятельности, включенные в национальную перепись населения и в проводимые между переписями промежуточные обследования, Мексика, 1995–2005 гг.	158
Таблица 11.2 Имеющиеся в наличии врачебные и сестринские трудовые ресурсы и их распределение в зависимости по статусу занятости, по данным переписи и обследования, Мексика, 2000 г.	160
Таблица 12.1 Основные заинтересованные стороны и их роль в поддержке Национальной обсерватории Судана по КРЗ 177	
Таблица 12.2 Влияние некоторых достижений Бразильской обсерватории по кадровым ресурсам здравоохранения, относящихся к процессам в области политики	179

Рисунки

Рисунок 1.1 Подход к динамике трудовых ресурсов здравоохранения, основанный на концепции "продолжительности трудовой деятельности"	9
Рисунок 3.1 Запасы и потоки кадров здравоохранения.	27
Рисунок 3.2 Географическое распределение работников здравоохранения (на 100 000 жителей) по данным переписей, проведенных во Вьетнаме и Мексике	34
Рисунок 3.3 Тенденции в распределении работников служб здравоохранения по основным профессиональным группам, обследования трудовых ресурсов Намибии, 1997–2004 гг.	35
Рисунок 3.4 Распределение зарплат работников здравоохранению по их источнику в зависимости от формы владения учреждением, оценка учреждений здравоохранения Руанды, 2006 г.	35
Рисунок 3.5 Гендерная и профессиональная структура сестринских кадров в Кении, база данных Сестринского совета Кении, 1960–2005 гг.	36
Рисунок 4.1. Концепция мониторинга вхождения в состав кадров здравоохранения	43
Рисунок 5.1 Перемещения внутри кадров здравоохранения и выход из их состава: концепция для проведения анализа	56

Рисунок 5.2 Подсчет родившихся в других странах медсестер и врачей в 24 странах ОЭСР, с разбивкой по основным странам происхождения (данные переписей населения, около 2000 г.)61
Рисунок 5.3 Оценочные уровни пожизненной эмиграции врачей, родившихся в выбранных странах, не принадлежащих к ОЭСР, работающих в странах ОЭСР во время проведения переписи61
Рисунок 5.4 Показатели выхода на пенсию среди врачей по возрастным группам, по данным реестра Национальной медицинской ассоциации, Канада, 2005 г.	63
Рисунок 5.5 Доля респондентов, сообщивших о профессии, приобретенной в области здравоохранения, но не работающих в отрасли предоставления медицинских услуг во время проведения интервью, выбранные страны	63
Рисунок 6.1 Обзор процесса оценки для подсчета затрат на трудовые ресурсы в Системе национальных счетов74
Рисунок 6.2 Информация о рынке труда в национальных счетах Нидерландов	75
Рисунок 6.3 Процесс подсчета количества проработанных часов в национальных счетах Канады	75
Рисунок 6.4 Квадрат вычисления76
Рисунок 6.5 Потоки ресурсов в системе здравоохранения: учетная модель	79
Рисунок 7.1 Соотношение работающих в учреждениях работников здравоохранения в возрасте до 30 лет и работников старше 45 лет, по специальностям, ОПУ, Кения, 2004 г.97
Рисунок 7.2 Численность и процентное распределение персонала, в настоящее время занимающего должности в медицинских учреждениях, по специальностям, ОПУ, Кения, 2004 г.	98
Рисунок 7.3 Соотношение работников здравоохранения и коек в стационаре, по размеру учреждения, ОПУ, Кения, 2004 г.	100
Рисунок 7.4 Процент имеющихся в учреждении работников здравоохранения от числа, затребованного руководителями учреждений для выполнения требований по комплектации кадрами	101
Рисунок 7.5 Процент работников здравоохранения и процент населения, сосредоточенный в городских районах, ПУЗ, Замбия, 2006 г.	104
Рисунок 7.6 Медианное число лет образования и подготовки среди работников здравоохранения, по специальностям, ОПУ, Кения, 2004 г.	105
Рисунок 7.7 Процент работников здравоохранения, которые прошли обучение на рабочем месте в течение последних 12 месяцев и которые находились под персональным наблюдением в течение последних 6 месяцев, по типу учреждений, ОПУ, Кения, 2004 г.	105
Рисунок 7.8 Процент штатных работников здравоохранения, присутствующих на рабочем месте в день проведения оценки, по специальностям, КДУ, Кения, 2005 г. (выбранные районы).	107
Рисунок 7.9 Коэффициенты убыли работников здравоохранения в учреждениях государственного сектора, по специальностям, Нигерия, 2005 г.	108
Рисунок 7.10 Процент распределения вышедших из состава трудовых ресурсов работников здравоохранения с разбивкой по причинам выхода, Нигерия, 2005 г.	108
Рисунок 8.1 Врачи, распределение по полу; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)	118
Рисунок 8.2 Работники, предоставляющие услуги по индивидуальному уходу, распределение по полу; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)	118
Рисунок 8.3 Вспомогательный персонал системы здравоохранения по роду занятий, распределение по полу, Уганда, перепись 2002 г.	118
Рисунок 8.4 Связь между гендерным соотношением в получении высшего образования и активной деятельностью в качестве специалиста здравоохранения; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)	120
Рисунок 9.1 Концепция организации официальной информационной системы по трудовым ресурсам	125
Рисунок 9.2 Число начинающих обучение по программам подготовки медсестер (окончание которых дает возможность получить квалификацию медицинской сестры или младшей медицинской сестры) в Уганде, 1980–2004 гг.	131
Рисунок 9.3 Число студентов учебных заведений по подготовке медсестер, начавших обучение между 1980 и 2004 гг., прошедших профессиональный экзамен на получение лицензии и получивших квалификацию, зарегистрированных и получивших лицензию в Совете медсестер и акушерок Уганды	131

Рисунок 9.4 Число и процент студентов сестринских учебных заведений, которые сдавали профессиональные экзамен на получение лицензии и были зарегистрированы в Совете медсестер и акушерок Уганды, с разбивкой по образовательным округам (поступившие в учебные заведения между 1980 и 2001 гг.)	131
Рисунок 11.1 Укомплектованность работниками здравоохранения, по специальностям и в соответствии с источником данных, Индия, 2005 г.	162
Рисунок 11.2 Укомплектованность работниками здравоохранения (на 10 000 населения) по данным переписи по сравнению с данными обследования, по штатам, Индия, 2005 г.	163
Рисунок 11.3 Процент работников здравоохранения, работающих в учреждении, занесенных в реестр дежурств, но отсутствовавших в день проведения оценки, по специальностям, Замбия, 2006 г.	164
Рисунок 11.4 Процент работников здравоохранения, в платежную ведомость Министерства здравоохранения, но не зарегистрированных на уровне учреждения, Замбия, 2006 г.	164
Рисунок 12.1 Основа политики в области КРЗ	172

Вставки

Вставка 1.1 Что такое мониторинг и оценка	4
Вставка 1.2 Набор инструментов для проведения мониторинга укрепления систем здравоохранения	4
Вставка 1.3 Цели развития тысячелетия, связанные со здоровьем	5
Вставка 1.4 Оценка и укрепление информационных систем по КРЗ	6
Вставка 1.5 Необходимые финансовые ресурсы для укрепления информационных систем по КРЗ	7
Вставка 1.6 Потребность в людских ресурсах для укрепления информационных систем по КРЗ	7
Вставка 1.7 Потребность в технологических ресурсах для укрепления информационных систем по КРЗ	8
Вставка 4.1 Наглядный пример установления целей и целевых ориентиров в области образования и подготовки работников здравоохранения: Американский регион, 2007–2015 гг.	47
Вставка 4.2 Некоторые замечания относительно сбора, обработки и использования данных	50
Вставка 4.3 Наглядный пример данных по тенденциям в отношении потенциала, набора и производительной мощности медицинских учебных заведений, Руанда, 2002–2006 гг	51
Вставка 6.1 Предлагаемый минимальный набор индикаторов для мониторинга расходов на кадровые ресурсы здравоохранения	70
Вставка 6.2 Компоненты расходов в соответствии с методологией, связанной с учетом в области здравоохранения, по классам Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности (четвертый пересмотр)	73
Вставка 6.3 Критерии подсчета данных о трудовых ресурсах в национальных счетах Российской Федерации	75
Вставка 6.4 Определение компенсации наемных работников и дохода от частной предпринимательской деятельности	76
Вставка 7.1 Основные индикаторы трудовых ресурсов здравоохранения, которые можно измерить с помощью данных ОУЗ	89
Вставка 8.1 Вопросы, использованные для определения основного вида деятельности при проведении переписи населения, выбранные страны	115
Вставка 9.1 Конфиденциальность и обеспечение защиты информации по КРЗ	129
Вставка 9.2 Внедрение и использование информационной системы SIGRHS для управления КРЗ в Гвинее-Бисау	137
Вставка 10.1 Три важных методики качественного исследования	140
Вставка 10.2 Использование качественных исследований с целью получения информации для проведения количественных исследований: абсентеизм в Эфиопии и Руанде	145
Вставка 10.3 Типы качественных интервью в соответствии со степенью их структурирования	146
Вставка 10.4 Выдержки из сценариев полуструктурированных интервью, использованных в качественных исследованиях кадров здравоохранения в Эфиопии и Руанде	147
Вставка 10.5 Избранные цитаты из качественных интервью, проведенных в Эфиопии и Руанде	148

Вставка 10.6 Критерии отбора в фокус-группы с 8 участниками для обсуждения вопросов, связанных с результатами деятельности и выбором карьеры среди медсестер и акушерок в Эфиопии	150
Вставка 10.7 Выдержки из вступительного обращения к участникам фокус-группы в Руанде	151
Вставка 10.8 Матричный анализ данных, полученных при обсуждениях в фокус-группах в Эфиопии	153
Вставка 10.9 Запись, расшифровка, кодирование и анализ: пример из исследования кадров здравоохранения в Руанде	154
Вставка 12.1 Информационная сеть по разработке политики на основе научных данных EVIPNet.	173
Вставка 12.2 Африканская обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения.	175
Вставка 12.3 Обсерватория по кадровым ресурсам здравоохранения Бразилии	178
Вставка 12.4 Обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения Ганы	179
Вставка 12.5 Андская наблюдательная сеть по трудовым ресурсам здравоохранения	180

Введение

Последние достижения в области медицины и новейшие технологии не смогут оказать положительное воздействие на здоровье населения при отсутствии надлежащих систем здравоохранения для применения их на практике. Однако на протяжении многих лет системам здравоохранения по всему миру не уделялось должного внимания. Это отсутствие внимания наиболее явно выражается в критической нехватке хорошо подготовленных работников здравоохранения.

Во многих странах нехватка персонала является одним из наиболее значительных препятствий на пути укрепления первичной медико-санитарной помощи и других служб здравоохранения, в том числе тех, что занимаются лечением, укреплением здоровья, профилактикой и реабилитацией. В странах Африки к югу от Сахары кризис кадровых ресурсов здравоохранения настолько велик, что 36 стран рассматриваются как имеющие критическую нехватку работников здравоохранения для обеспечения минимального охвата даже самыми элементарными услугами в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей. Во многих беднейших странах мира ситуацию еще более ухудшает постоянный отток медицинского персонала, мигрирующего в поисках лучших возможностей.

Результаты некачественного планирования и ненадлежащего развития потенциала кадровых ресурсов ощущаются повсюду. Во многих странах Азии и Тихоокеанского региона существует нехватка работников здравоохранения, способных осуществлять лечение хронических и возникающих болезней. В Европе новые независимые государства, образовавшиеся после распада Советского Союза, унаследовали кадровые ресурсы, которые особенно плохо приспособлены к решению проблем, стоящих перед современными системами здравоохранения.

Понятно, что для того, чтобы страны могли приблизиться к выполнению задач, стоящих перед их системами здравоохранения, включая достижение связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, они должны быть способны улучшить обеспеченность надлежащим образом подготовленными и обученными работниками здравоохранения.

Первым шагом станет определение существующих пробелов. Однако во многих странах в настоящий момент отсутствует технический потенциал для тщательного мониторинга их собственных кадров здравоохранения: данные часто являются ненадежными и устаревшими, отсутствуют общие определения и доказавшие свою эффективность аналитические инструменты, не хватает навыков и опыта по проведению оценки важнейших вопросов политики.

Это Руководство предназначено для расширения такого технического потенциала. Оно представляет собой всеобъемлющие, стандартизированные и удобные в использовании рекомендации по проведению мониторинга и оценки кадровых ресурсов здравоохранения. В нем собраны аналитические схемы и варианты стратегий для улучшения информации и базы фактических данных в отношении кадров здравоохранения, а также предлагается опыт стран для ознакомления с эффективными подходами и методов.

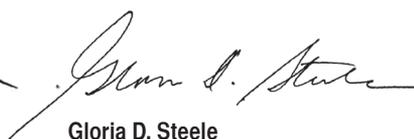
Мы с благодарностью отмечаем поддержку, предоставленную тремя сотрудничающими партнерами: Агентством США по международному развитию, Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения. Все три этих организации продолжают оказывать помощь странам при применении Руководства в национальных условиях, что является еще одним способом активизации действий стран по обеспечению наличия необходимого числа хорошо обученных и мотивированных работников здравоохранения.



Carissa F. Etienne
Помощник генерального директора
Системы и службы
здравоохранения
Всемирная организация
здравоохранения



Yaw Ansu
Директор по вопросам развития
человеческого потенциала,
Африканский регион
Всемирный банк



Gloria D. Steele
Исполняющая обязанности помощника
управляющего
Отдел глобального здравоохранения
Агентство США по
международному развитию

Благодарности

Настоящая публикация является результатом совместных усилий Агентства США по международному развитию, Всемирного банка и Всемирной организацией здравоохранения. Этот труд был написан международной группой авторов и отредактирован Mario R. Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain and Agnes L.B. Soucat. Список лиц, принимавших участие в написании глав Руководства, предлагается далее.

Мы бы хотели бы поблагодарить ряд лиц и организаций, чей вклад был незаменим при подготовке этой публикации. Мы хотели бы поблагодарить организации и агентства, занимающиеся сбором и распространением данных, которые любезно разрешили нам воспользоваться своими информационными источниками для эмпирического анализа, представленного здесь, в том числе: Федеральное министерство здравоохранения Республики Судан; Международную программу по стратегии в области здравоохранения - Таиланд; Макро Интернэшнл; Мексиканский национальный институт статистики, географии и информатики; Центр населения Миннесоты; Национальное статистическое бюро Таиланда; Совет медсестер и акушерок Уганды; Всемирную организацию здравоохранения. Финансовая поддержка для создания этого руководства была предоставлена Фондом Билла и Мелинды Гейтс, Правительством Норвегии, Агентством США по международному развитию, Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения. Elizabeth Aguilar, Rosa Bejarano, Florencia Lopez Boo, Bénédicte Fonteneau и Dieter Gijbrecchts оказали поддержку при проведении исследований и анализа. Мы также благодарим Yaw Ansu за его постоянную поддержку.

Полезные комментарии к рабочим версиям этого Руководства предоставили: Adam Ahmat, Elsheikh Badr, James Buchan, Hartmut D. Buchow, Arturo de la Fuente, Delanyo Dovlo, Thushara Fernando, Paulo Ferrinho, Juliet Fleischl, Linda Fogarty, Kara Hanson, Christopher H. Herbst, Eivind Hoffmann, Beatriz de Faria Leao, Verona Mathews, Robert McCaa, Edgar Necochea, Rodel Nodora, Jennifer Nyoni, Bjorg Palsdottir, Jean Pierre Poullier, Magdalena Rathe, Martha Rogers, Kate Tulenko, Cornelis van Mosseveld и Pablo Vinocur.

Ответственность за мнения, выраженные в этой публикации, несут только авторы, указанные в каждой главе.

Авторский коллектив

Walid Abubaker, Всемирная организация здравоохранения

Ghanim Mustafa Alsheikh, Всемирная организация здравоохранения

Aarushi Bhatnagar, Фонд общественного здравоохранения Индии

Bates Buckner, Программа MEASURE Evaluation, Университет Северной Каролины в Чапел-Хилле

Mario R. Dal Poz, Всемирная организация здравоохранения

Danny de Vries, Проект Capacity/IntraHealth International

Khassoum Diallo, Верховный комиссариат ООН по делам беженцев

Gilles Dussault, Новый университет Лиссабона

David B. Evans, Всемирная организация здравоохранения

Bolaji Fapohunda, Программа MEASURE Evaluation/JSI Inc.

Nancy Fronczak, Стратегии развития социальных секторов

Gülün Gedik, Всемирная организация здравоохранения

Neeru Gupta, Всемирная организация здравоохранения

Piya Hanvoravongchai, Альянс Азиатско-Тихоокеанского региона по действиям в области кадровых ресурсов здравоохранения

Christopher H. Herbst, Всемирный банк

Patricia Hernandez, Всемирная организация здравоохранения

David Hunter, Международная организация труда

Yohannes Kinfu, Всемирная организация здравоохранения

Teena Kunjumen, Всемирная организация здравоохранения

René Lavallée, Консультант

Tomas Lievens, Oxford Policy Management

Magnus Lindelow, Всемирный банк

Pamela McQuide, Проект Capacity/IntraHealth International

Hugo Mercer, Всемирная организация здравоохранения

Gustavo Nigenda, Национальный институт общественного здравоохранения Мексики

Shanthi Noriega Minichiello, Сеть измерения показателей здравоохранения (Health Metrics Network)

Ulysses Panisset, Всемирная организация здравоохранения

Priya Patil, Программа MEASURE Evaluation/Constella Futures

Célia Regina Pierantoni, Государственный университет Рио-де-Жанейро

Bob Pond, Сеть измерения показателей здравоохранения (Health Metrics Network)

Estelle Quain, Агентство США по международному развитию

Shomikho Raha, Всемирный банк

Krishna D. Rao, Фонд общественного здравоохранения Индии

Felix Rigoli, Панамериканская Организация Здравоохранения/Всемирная организация здравоохранения

José Arturo Ruiz, Национальный институт общественного здравоохранения Мексики

Indrani Saran, Фонд общественного здравоохранения Индии

Catherine Schenck-Yglesias, Агентство США по международному развитию

Pieter Serneels, Всемирный банк

Dykki Settle, Проект Capacity/IntraHealth International

Agnes L.B. Soucat, Всемирный банк

Tessa Tan-Torres, Всемирная организация здравоохранения

Kate Tulenko, Всемирный банк

Shannon Turlington, Проект Capacity/IntraHealth International

Pascal Zurn, Всемирная организация здравоохранения

Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДТИК	Добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование
ИСКР	Информационная система по кадровым ресурсам
КДУ	Картирование доступности услуг
КРЗ	Кадровые ресурсы здравоохранения
КРПЦ	Классификация расходов производителей в соответствии с их целями
КФОГУ	Классификация функций правительства
ОПУ	Оценка предоставления услуг
ОУЗ	Оценка учреждения здравоохранения
ПУЗ	Перепись учреждений здравоохранения
МКСЗ	Международная классификация статуса занятости
МСКЗ	Международная стандартная классификации занятий
МСКО	Международная стандартная классификации образования
МСОК	Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
СНС	Система национальных счетов
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ЦКП	Центральная классификация продукции
EVIP	Net Evidence-Informed Policy Network
USAID	Агентство США по международному развитию

Часть: 1

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ





1

Мониторинг и оценка кадровых ресурсов здравоохранения: проблемы и возможности

MARIO R. DAL POZ, NEERU GUPTA, ESTELLE QUAIN, AGNES L.B. SOUCAT

1.1 Введение

Системы и службы здравоохранения в значительной степени зависят от численности кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), их навыков и приверженности своему делу. Сегодня очевидно, что во многих странах с низким и средним уровнем доходов выполнение ключевых задач Целей тысячелетия в области развития, особенности тех, которые связаны со здоровьем, требует значительного увеличения там численности работников здравоохранения (1–3). По оценкам, глобальный дефицит кадров здравоохранения составляет примерно 2,3 миллиона врачей, медсестер и акушерок и более 4 миллионов работников здравоохранения в целом. В некоторых регионах мира, особенно в странах Африки южнее Сахары, для преодоления кризиса, численность имеющихся кадров здравоохранения должна быть увеличена почти на 140% (4). Простая оценка численности работников здравоохранения относительно имеющегося порогового значения не всегда учитывает все задачи, стоящие перед системами здравоохранения, особенно касающиеся доступности, справедливости, качества и эффективности услуг.

Кроме того, в странах, где наблюдается критическая нехватка и дисбаланс работников здравоохранения, часто отсутствует достаточный технический потенциал для определения и анализа важнейших вопросов политики в связи с кадрами здравоохранения. В результате этого, большинство фундаментальных вопросов, касающихся состояния трудовых ресурсов, качества их работы и проблем, с которыми сталкиваются работники здравоохранения, остаются нерешенными. Кроме того, недостаток всесторонних, надежных и современных данных, а также отсутствие общепринятых определений и аналитических инструментов, еще более усложнили задачу проведения мониторинга КРЗ на любом уровне - от глобального и регионального до национального и субнационального. Подобные проблемы остаются важными для правительств многих стран, которые всеми силами пытаются поддерживать достаточный, устойчивый и эффективный уровень КРЗ в своих странах.

Это Руководство является ответом на необходимость располагать всеобъемлющим, стандартизованным и удобным

для пользователя справочным материалом по мониторингу и оценке КРЗ в качестве средства для развития внутреннего потенциала стран по созданию базы знаний, необходимой для направления, ускорения и совершенствования их действий (вставка 1.1) (5, 6). Эта вступительная глава начинается с обзора последних глобальных инициатив по оказанию поддержки развитию КРЗ; затем следует обсуждение ключевых проблем и трудностей использования информации о КРЗ для планирования, разработки политики и принятия решений; в конце предлагается всеобъемлющая концепция мониторинга КРЗ. Представленный обзор и концепция позволяют сориентировать читателей в содержании этого Руководства.

Настоящая публикация является результатом совместных усилий Агентства США по международному развитию (USAID), Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Назначение этого Руководства - описать методологии и опыт в области измерения и мониторинга КРЗ, стимулировать страны и партнеров к использованию этого опыта, а также разработать рекомендации для министерств здравоохранения и других заинтересованных сторон по мониторингу и оценке кадров здравоохранения. Руководство опирается на другие, согласованные на международном уровне действия по мониторингу структурных элементов систем здравоохранения, включая кадровые ресурсы, и дополняет их (вставка 1.2) (7). Предполагается, что это Руководство будет способствовать эффективному использованию имеющихся данных и улучшению качества сбора данных в будущем для того, чтобы извлечь максимальную пользу из количественных и качественных оценок КРЗ внутри стран, между странами и в динамике по времени. Публикацию следует рассматривать как продолжение работы, которая приведет к улучшению понимания ситуации с КРЗ и станет важным дополнением растущего числа инструментов и прикладных исследований, направленных на решение проблемы измерения и улучшения результатов деятельности кадров здравоохранения, укрепление систем здравоохранения и, в итоге, улучшение здоровья населения.

Вставка 1.1 Что такое мониторинг и оценка

Мониторинг. Систематический процесс сбора и использования стандартизированной информации для оценки прогресса в достижении целей, использования ресурсов, достижения итоговых результатов деятельности и ожидаемого полезного эффекта. Мониторинг обычно включает оценку на основе согласованных индикаторов и целевых показателей. В сочетании с информацией, полученной в результате оценки, эффективный мониторинг и отчетность должны обеспечить лиц, принимающих решения, и заинтересованные стороны необходимыми сведениями для того, чтобы они могли определить, соответствуют ли качество реализации и итоговые результаты проекта, программы или политики тому, что было намечено, и вести управление проектом.

Оценка. Систематический и объективный анализ плана, реализации и результатов проводимой в настоящий момент или завершенной инициативы. Цель оценки состоит в определении ее актуальности и достижении целей, эффективности, рентабельности, достигнутого полезного эффекта и жизнеспособности. Разработка схемы оценки включает целый спектр вопросов, в том числе определение типов данных, которые могут использоваться для проведения оценки.

Индикатор. Параметр, который указывает на существующее состояние, предоставляет информацию о нем или описывает его. Обычно он представлен элементом данных для определенного времени, места и других характеристик и предоставляет значение в качестве инструмента, который используется для оценки показателей деятельности.

Данные. Характеристики или информация, часто в числовом выражении, которые собираются путем наблюдения. Данные могут рассматриваться как физическое выражение информации в том виде, который подходит для обработки, анализа, интерпретации и коммуникации.

Источники: Адаптировано из Deloitte Insight Economics (5) и документа Организации экономического сотрудничества и развития (6)

Вставка 1.2 Набор инструментов для проведения мониторинга укрепления систем здравоохранения

Способность осуществлять планирование, мониторинг и оценку функционирования систем здравоохранения имеет важнейшее значение для правильного направления инвестиций и определения того, приносят ли они ожидаемый полезный эффект. Системы здравоохранения могут быть описаны многими способами. Концепция ВОЗ определяет шесть основных составляющих: предоставление услуг, кадры здравоохранения, финансирование, информация, лидерство и руководство, медицинские продукты и технологии. Благодаря сотрудничеству между ВОЗ, Всемирным банком, экспертами по информации в области здравоохранения и системам здравоохранения стран и многими другими организациями, работающими в этой области, был разработан набор инструментов, в котором предлагается ограниченный набор индикаторов и стратегии их измерения, охватывающих каждую из вышеназванных составляющих. В середине 2008 г. был опубликован проект документа «Набор инструментов для мониторинга укрепления систем здравоохранения», чтобы получить комментарии от широкого круга потенциальных пользователей.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (7).

1.2 Глобальные инициативы в области КРЗ и информационных систем

Кадры здравоохранения все шире признаются ключевым условием расширения масштаба вмешательств в области здравоохранения для достижения Целей тысячелетия в области развития (вставка 1.3) (8). Даже при наличии в последние годы дополнительного финансирования из международных, многосторонних, двусторонних и частных источников, например в рамках стратегий по сокращению бедности, программ снижения долгового бремени или таких

новых механизмов, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (9), Альянс ГАВИ (10) и Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (11), способность страны осваивать ресурсы и с пользой их использовать может быть ослаблена кризисом КРЗ. Во многих странах просто не хватает людских ресурсов на всех уровнях для эффективного освоения, распределения и использования финансирования, предоставленного благодаря недавним инициативам для расширения масштабов предоставления услуг здравоохранения.

Вставка 1.3 Цели развития тысячелетия, связанные со здоровьем

Кадры здравоохранения все шире признаются ключевым условием расширения масштаба вмешательств в области здравоохранения для достижения Целей тысячелетия в области развития (вставка 1.3) (8). Даже при наличии в последние годы дополнительного финансирования из международных, многосторонних, двусторонних и частных источников, например в рамках стратегий по сокращению бедности, программ снижения долгового бремени или таких новых механизмов, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (9), Альянс ГАВИ (10) и Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (11), способность страны осваивать ресурсы и с пользой их использовать может быть ослаблена кризисом КРЗ. Во многих странах просто не хватает людских ресурсов на всех уровнях для эффективного освоения, распределения и использования финансирования, предоставленного благодаря недавним инициативам для расширения масштабов предоставления услуг здравоохранения.

Цели	Связанные с целями задачи
1. Ликвидация крайней нищеты и голода	Сократить вдвое за период 1990–2015 гг. долю населения, страдающего от голода
4. Сокращение детской смертности	Сократить на две трети за период 1990–2015 гг. смертность среди детей в возрасте до 5 лет
5. Улучшение охраны материнства	Сократить на три четверти за период 1990–2015 гг. коэффициент материнской смертности
6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями	Остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости Остановить к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости
7. Обеспечивать экологическую устойчивость	К 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к чистой питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам
8. Формировать глобальное партнерство в целях развития	В сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечить доступность недорогих лекарств в развивающихся странах.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (8).

Серии форумов высокого уровня по Целям развития тысячелетия, связанным со здоровьем (12), Стратегический доклад по КРЗ Совместной учебной инициативы (13), ведущая публикация ВОЗ “Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: Совместная работа на благо здоровья” (4), резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (15), а также некоторые партнерские механизмы, такие как Альянс Азиатско-Тихоокеанского региона по действиям в области кадровых ресурсов здравоохранения (16) стали частями целого блока международных действий, которые привлекли внимание национальных, региональных и международных разработчиков политики и заинтересованных кругов, включая СМИ, гражданское общество и население в целом к исключительной важности КРЗ во всем мире и особенно к кризису КРЗ в странах Африки южнее Сахары.

Повышение осведомленности о важнейшей роли КРЗ ставит кадры здравоохранения на одно из первых мест в глобальной

повестке дня здравоохранения. Страны, организации-доноры, международные агентства и другие заинтересованные круги демонстрируют все большую готовность не только инвестировать средства, но и вносить всесторонний вклад в развитие КРЗ. Все шире признается и ценится важнейшая роль кадровых ресурсов в выполнении задач, стоящих перед системами здравоохранения.

В то же время наблюдается растущая потребность в прозрачности измерений эффективности деятельности. Например Глобальный фонд и Альянс ГАВИ, которые являются инициаторами разработки принципов предоставления донорского финансирования на основе результатов деятельности, признали необходимость направлять больше средств, предназначенных для борьбы с конкретными заболеваниями, в устойчиво развивающиеся, комплексные, доступные для всех (в том числе финансово) медицинские услуги. Другие недавние международные инициативы,

направленные на ускорение прогресса в достижении Целей развития тысячелетия, проводимые вместе со всеми основными заинтересованными кругами, включая Международное партнерство в области здравоохранения (17) и Глобальную кампанию по достижению Целей развития тысячелетия, связанных со здоровьем (18), подчеркивают принципы оказания поддержки системам здравоохранения для достижения лучших результатов в отношении здоровья. Расширение возможностей финансирования, направленного на укрепление систем здравоохранения благодаря первичной медико-санитарной помощи, означает больше возможностей для инвестирования в повышение качества кадровых ресурсов.

С этой целью страны призваны обеспечить четкие, убедительные фактические данные в своих запросах

на предоставление как новых, так и текущих средств на развитие КРЗ. Это также касается принятия решений и распределения ресурсов из национальных источников. Министерства здравоохранения во многих странах с низким и средним уровнем доходов сталкиваются с дополнительными трудностями, которые вызваны результатами децентрализации ответственности (как за бюджет, так и за информационные системы) и передачи ее региональным властям. Часто неполная и непоследовательная передача ответственности затрудняет процесс надлежащего принятия решений.

Широко признается важность надежных эмпирических данных для информированной разработки политики, принятия решений и мониторинга прогресса развития КРЗ и укрепления систем здравоохранения. Фактические данные необходимы для того, чтобы оказывать поддержку

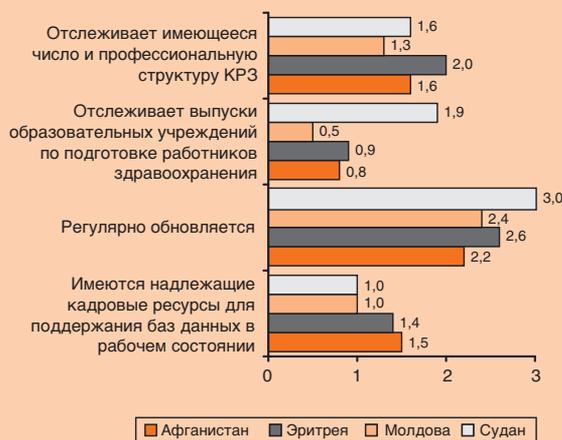
Вставка 1.4 Оценка и укрепление информационных систем по КРЗ

Оценка и укрепление национальных информационных систем по КРЗ являются неотъемлемыми компонентами усилий, направленных на укрепление базы фактических данных по КРЗ. При оценке потенциала существующей в стране информационной системы по КРЗ по оказанию поддержки в принятии решений необходимо учитывать следующее:

- актуальность системы;
- точность информации, содержащейся в системе;
- согласованность всех информационных источников (чтобы иметь возможность проводить сравнения внутри стран, между ними и в динамике по времени);
- уровень дезагрегации данных в системе, позволяющий проводить углубленный анализ по вопросам, которые важны для стратегического планирования КРЗ.

В 2006–2007 гг. в сотрудничестве с Сетью измерения показателей здравоохранения (19) в выбранных странах с низким и средним уровнем доходов была проведена оценка национальных информационных систем по вопросам здравоохранения с использованием стандартного инструмента оценки и мониторинга. При использовании формализованного вопросника по четырем ключевым измерениям национального потенциала и содержания базы данных по КРЗ (по результатам самооценки) страны продемонстрировали следующие результаты: в Афганистане - 6,1, в Эритрее- 6,9, в Республике Молдова – 5,2 и в Судане - 7,5 (из 12 возможных) (см. график). Из четырех основных измерений самую низкую оценку в большинстве стран получило отслеживание выпусков образовательных учреждений по подготовке работников здравоохранения.

Результаты оценки информационных систем по КРЗ в выбранных странах 2006-2007 гг.



странам при обосновании необходимости финансирования КРЗ как при распределении национального бюджета, так и в рамках их сотрудничества с донорскими организациями. Однако информация о том, какие программы работают, а какие нет, до сих пор весьма ограничена, что говорит о необходимости увеличения объема фактических данных и проведения дальнейших исследований. Создание Сети измерения показателей здравоохранения (19) – партнерства, направленного на расширение наличия, доступности и использования актуальной и точной информации в отношении здоровья путем активизации совместного финансирования и развития в странах базовых информационных систем в области здравоохранения, стала значительным шагом в направлении укрепления информационной и доказательной базы данных, в том числе и по КРЗ (вставка 1.4)

Тем не менее, несмотря на предпринятые глобальные инициативы по оказанию содействия в этой важнейшей области укрепления систем здравоохранения, вопросы, касающиеся осуществления мониторинга и оценки стратегий в области КРЗ в странах, плохо согласованы (20). Это ограничивает возможности заинтересованных кругов по рациональному

распределению ресурсов. Во многих странах эта проблема отчасти связана с фрагментацией информации по КРЗ и дефицитом людских, финансовых и инфраструктурных ресурсов, необходимых для сбора, объединения и анализа данных по КРЗ (вставки 1.5–1.7) (21–24). Более того, нехватка стандартных инструментов, индикаторов, определений и систем классификации работников здравоохранения еще больше ограничивает использование информации по КРЗ для принятия решений, основанных на фактических данных.

Укрепление систем информации и мониторинга в отношении КРЗ требует укрепления базы для разработки политики, планирования, проведения программ и подотчетности. Существует целый ряд инструментов и ресурсов для оказания поддержки странам в разработке национальных стратегических планов по КРЗ (25–27); страны могут обращаться за технической помощью в разработке этих планов и калькуляции их стоимости, но наличие необходимых исходных данных является предварительным требованием. В Кампальской декларации и Программе глобальных действий, принятых на Первом глобальном форуме по трудовым ресурсам здравоохранения (28), содержится

Вставка 1.5 Необходимые финансовые ресурсы для укрепления информационных систем по КРЗ

Проводилось лишь незначительное число исследований уровней финансовых инвестиций, необходимых для обеспечения надежной системы информации и мониторинга по людским ресурсам. Эти уровни могут отличаться в зависимости от общего уровня развития страны. Оценки стоимости всеобъемлющей информационной системы по вопросам здравоохранения, включая мощный компонент по КРЗ, находятся в пределах от 0,53 до 2,99 долларов США на душу населения в год (21). В целом, согласно рекомендациям, затраты на информацию, мониторинг и оценку должны составлять от 3 до 10% общего финансирования проекта (22).

Вставка 1.6 Потребность в людских ресурсах для укрепления информационных систем по КРЗ

Усовершенствование информационных систем требует внимания к подготовке, распределению, оплате труда и повышению квалификации людских ресурсов на всех уровнях. На национальном уровне для наблюдения за качеством данных и соблюдением стандартов их сбора, а также чтобы обеспечить надлежащий анализ и использование информации требуются квалифицированные эпидемиологи, специалисты в области статистики и демографии, программисты и технические специалисты в области компьютерной техники. На уровне округа и учреждения сбором, регистрацией и анализом данных должен заниматься персонал, ответственный за информацию по вопросам здоровья. Слишком часто эти обязанности возлагаются на перегруженных поставщиков медицинских услуг, которые рассматривают их как нежелательную дополнительную нагрузку, отвлекающую от основных обязанностей. Для того чтобы обеспечить наличие высококвалифицированного персонала и ограничить его убыль, необходимы надлежащие оплата и надзор. Это предполагает, например, чтобы в министерствах здравоохранения (и других учреждениях, которым поручены анализ и использование данных) должностям в сфере информации по вопросам здоровья была присвоена та же категория, что и должностям в программах по борьбе с важнейшими заболеваниями.

Источник: Сеть измерения показателей здравоохранения (23)

Вставка 1.7 Потребность в технологических ресурсах для укрепления информационных систем по КРЗ

Многим странам для укрепления информационных систем по КРЗ не хватает доступа к необходимым информационным и коммуникационным технологиям. Например исследование, проведенное в 2004 г. Региональным бюро ВОЗ в странах Африки, показало, что в этом регионе 22% отделов по трудовым ресурсам здравоохранения министерств здравоохранения не имели компьютеров, 45% – доступа к электронной почте, а телефаксы имелись только в 32% обследованных отделов. В подобных условиях даже небольшие инвестиции могут дать значительные результаты.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (24).

призыв к правительствам налаживать сотрудничество с международными организациями, гражданским обществом, частным сектором, профессиональными ассоциациями и другими партнерами для «создания информационных систем по трудовым ресурсам, совершенствования исследований и создания потенциала по управлению данными, чтобы превратить основанное на фактических данных принятие решений в установленную практику и расширить взаимное обучение».

1.3 Ключевые аспекты и насущные проблемы

К сожалению, приходится признать, что в тех странах, которые в наибольшей степени нуждаются в укреплении КРЗ, данные и информация, как правило, в большей степени фрагментированы и ненадежны. В большинстве стран (если не во всех) отсутствует гармонизированная и специализированная система сбора, обработки и распространения всеобъемлющей актуальной информации о своих трудовых ресурсах, включая их запасы, распределение, затраты на них и детерминанты изменений. Отдельные фрагменты данных могут быть получены от профессиональных регулирующих органов, из документации районных отделов здравоохранения по обеспечению учреждений кадрами, на основе переписей и обследований населения или учреждений здравоохранения, из платежных ведомостей, разрешений на работу или других источников. Поэтому министерства здравоохранения и другие заинтересованные круги часто полагаются на несистематические отчеты, составленные с использованием различных источников, полнота, актуальность и сравнимость которых значительно варьируется.

Дополнительная сложность состоит в том, что во многих странах отсутствуют всеобъемлющие данные, которые учитывают все многообразие трудовых ресурсов здравоохранения, вовлеченных в защиту, охрану и восстановление здоровья. Например лишь немногие страны в установленном порядке собирают и распространяют официальные статистические данные о своих кадровых

ресурсах, занятых в управлении и поддержке систем здравоохранения, в состав которых входит большой спектр управляющих, административных, технических и офисных/ канцелярских должностей, а также множество других лиц, работающих в секторе здравоохранения, которые не обязательно прошли формальную подготовку в области предоставления услуг здравоохранения. В «Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.» указано, что только треть стран сообщила подобные данные (4). Тем не менее эти работники, являющиеся важнейшим компонентом КРЗ, согласно оценкам, составляют почти треть всех КРЗ в мире; исключение их из официальных подсчетов приводит к существенному занижению численности имеющегося пула трудовых ресурсов здравоохранения и не учитывает значительный потенциал, имеющийся для совершенствования качества деятельности систем здравоохранения. Во многих странах также отсутствует актуальная и надежная информация по различным аспектам дисбаланса КРЗ, таких как распределение по секторам, географическим районам, виду деятельности, месту работы и заработной плате.

Даже в тех странах, где данные относительно доступны, перевод информации в фактические данные, которые могут быть полезными для лиц, осуществляющих планирование и принимающих решения, а также для заинтересованных кругов, был в значительной степени затруднен недостатком согласованности в классификации занятий и сложностями при объединении информации, полученной из многочисленных источников. Принимая во внимания различия в развитии стран и в их национальной культуре, результатом которых становятся различия в ролях и задачах работников здравоохранения, любые попытки повысить уровень сравнимости данных между странами и во времени должны концентрироваться на путях гармонизации методов сбора, обработки и распространения данных.

Еще одна трудность в создании и укреплении информационных систем по КРЗ обусловлена недостатком консенсуса по стандартизованным индикаторам и недостаточными инвестициями в стратегии их измерения, которые занимают центральное место в мониторинге и оценке вмешательств в

области КРЗ. По-прежнему необходимы серьезные усилия для гармонизации минимального набора индикаторов, которые бы широко отражали различные аспекты и многогранность динамики КРЗ, были простыми и удобными для измерения, но достаточно всеобъемлющими, чтобы их можно было использовать для принятия решений в отношении КРЗ. До сих пор не существует общепринятых и систематически сообщаемых на международном уровне индикаторов, не считая индикатора по обеспеченности наиболее распространенными категориями работников здравоохранения (врачами, медсестрами и акушерками). Даже этот индикатор имеет серьезные ограничения в отношении разработки политики и планирования, так как на его актуальность в установлении периодических целевых показателей могут влиять изменения структуры населения, бремя болезней, профессиональная структура кадров здравоохранения и другие факторы.

1.4 Принципы мониторинга состояния трудовых ресурсов здравоохранения: подход, основанный на концепции продолжительности трудовой деятельности

В этом Руководстве для мониторинга динамики трудовых ресурсов здравоохранения используется подход, основанный на концепции «продолжительности трудовой деятельности». Этот подход был представлен в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.» (4). В нем сделан акцент на

необходимости проведения мониторинга и оценки каждого этапа трудовой деятельности: когда люди вливаются (или возвращаются) в состав кадровых ресурсов, периода их жизни, когда они являются их неотъемлемой частью, и момента, когда они выходят из состава трудовых ресурсов. Подход к подготовке, привлечению, сохранению и удержанию трудовых ресурсов, основанный на концепции продолжительности трудовой деятельности (рис. 1.1), рассматривает как мониторинг перспектив работников, так и системный мониторинг динамики рынка труда здравоохранения и стратегий для каждой стадии.

Что касается политики и управления, акцент в этой схеме сделан на регулировании как роли рынков труда, так и государственных мер в моменты принятия кардинальных решений:

- начало трудовой деятельности: подготовка кадровых ресурсов путем осуществления стратегических инвестиций в образование и разработку эффективных и этических методов найма;
- работа в составе кадровых ресурсов: расширение наличия и доступности и улучшение качества деятельности трудовых ресурсов благодаря улучшению управления трудовыми ресурсами как в государственном, так и в частном секторе;
- завершение трудовой деятельности: решение вопросов миграции и естественной убыли в целях снижения расточительных и неоправданных потерь людских ресурсов.

Главной задачей политики и программных мероприятий на этапе начала трудовой деятельности является подготовка

Рисунок 1.1 Подход к динамике трудовых ресурсов здравоохранения, основанный на концепции «продолжительности трудовой деятельности»



Источник: Всемирная организация здравоохранения (4).

достаточного числа мотивированных работников, обладающих надлежащими специальными компетенциями, географическое и социально-культурное распределение которых делает их достигаемыми, доступными и приемлемыми для того, чтобы охват услугами отдельных клиентов и населения в целом был эффективным и справедливым. Для этого требуется активное планирование, управление и бюджетирование на всем пути обучения и подготовки трудовых ресурсов здравоохранения с ориентацией на построение мощных образовательных учреждений, готовящих работников здравоохранения, укрепление механизмов контроля качества деятельности квалифицированных работников и укрепление потенциала по найму персонала.

- Стратегии по улучшению качества деятельности активных трудовых ресурсов сконцентрированы на обеспечении наличия, компетентности, целесообразности, отзывчивости и продуктивности тех работников, которые в настоящее время задействованы в секторе здравоохранения. Они обычно включают проведение оценки КРЗ в контексте предоставления услуг здравоохранения на самых разных рабочих местах и в более широком контексте национальных рынков труда.
- Незапланированный или чрезмерный уровень выхода из состава кадровых ресурсов или потерь работников здравоохранения могут поставить под удар функционирование систем здравоохранения и усилить хрупкость некоторых и без того слабых систем. В некоторых регионах заболевания, смерть и миграция (в другие сектора или страны) работников составляют в совокупности значительные потери, которые подвергают риску стабильность трудовых ресурсов. Стратегии по противодействию убыли трудовых ресурсов включают управление давлением со стороны рынка, которое может приводить к миграции, улучшение условий труда для того, чтобы сектор здравоохранения рассматривался как предпочтительный при выборе карьеры, а также снижение рисков для здоровья и безопасности работников здравоохранения.
- На каждой из этих стадий и для каждого проводимого вмешательства необходимо разрабатывать и измерять надлежащие индикаторы для создания стратегии на основе полученной информации, а также проведения мониторинга ее воздействия и рентабельности во времени.

1.5 Путеводитель по главам Руководства

В следующих главах Руководства подробно описаны возможности, проблемы и опыт стран в отношении методов мониторинга и оценки этих ключевых аспектов динамики трудовых ресурсов здравоохранения и использования различных потенциальных информационных источников и

аналитических методов. Руководство разбито на 12 глав, включая данную вступительную главу. Хотя каждую главу можно читать отдельно, также в различных “узловых” местах дается ряд перекрестных ссылок на другие главы, чтобы дать возможность читателю составить более полное представление относительно осуждаемых вопросов. Хотя многие из представленных здесь подходов были отобраны с расчетом на использование в странах с низким и средним уровнем доходов, мы также включили показательные примеры из стран с развитой рыночной экономикой, чтобы сделать обмен опытом и примерами наилучшей практики максимально эффективным.

В главе 2 Hunter, Dal Poz и Kunjumen обсуждают определения, характеризующие трудовые ресурсы здравоохранения и их практическое применение, проводя обзор современного применения стандартизованных на международном уровне классификаций, относящихся к статистике, описанию и анализу трудовых ресурсов здравоохранения. Актуальность этой главы очевидна, учитывая недавний пересмотр Международной стандартной классификации занятий (2008 г.).

В главе 3 Rigoli и соавторы в деталях излагают методы и средства мониторинга активных трудовых ресурсов здравоохранения. Они определяют ключевые индикаторы для характеристики тех, кто в настоящее время является участником рынка труда, и проводят обзор потенциальных источников данных. Далее в главе предлагаются наглядные примеры, в которых используются описания конкретных случаев из различных стран и источников, а в заключение даются рекомендации по укреплению систем информации и мониторинга КРЗ внутри стран.

Tulenko, Dussault и Mercer в **главе 4** исследуют методы, которыми можно проводить мониторинг и оценку вхождения в состав кадров здравоохранения, и то, как надлежащие данные могут позволить сформулировать и оценить стратегии и программы, направленные на решение проблем нехватки и не соответствующего потребностям распределения работников здравоохранения. Авторы определяют набор ключевых индикаторов и дают описание уже использующихся и новых источников данных для их измерений.

В главе 5 Zurn, Diallo и Kinfu обсуждают основные факторы, влияющие на перемещения в рамках трудовых ресурсов здравоохранения и выход из их состава, а также предлагают всеобъемлющие, но легко измеряемые индикаторы результатов деятельности. Используя соответствующие данные, в главе приводится иллюстративный анализ и обсуждаются последствия существующей ситуации для политики и планирования.

В главе 6 Hernandez, Tan-Torres и Evans ставят своей целью стимулировать больше стран проводить мониторинг затрат на КРЗ, что позволит предоставить информационную

базу для принятия решений. Предлагается несколько вариантов действий, которые должны стать практическим руководством для использования теми, кто на практике проводит мониторинг этих затрат. В главу включен краткий обзор основных процедур сбора данных и связанные с ними результаты или индикаторы, которые предполагается получить, а также описания конкретных примеров из стран, которые иллюстрируют различные процедуры. В этой главе внимание сосредоточено на сборе данных и их использовании на уровне стран, и описывается то, как начать создавать и поддерживать базу данных по затратам на КРЗ.

Следующие четыре главы посвящены конкретным инструментам измерения, каждый из которых в потенциале может представлять собой ценный источник информации, полезной для разработки политики. В **главе 7** Farohunda с соавторами подчеркивают ценность для анализа КРЗ оценок учреждений здравоохранения, предлагая обзор широкого спектра методов сбора данных в местах предоставления услуг на базе учреждений здравоохранения.

В **главе 8** Lavallée, Hanvoravongchai и Gupta дают описание подходов к использованию данных переписей населения для изучения гендерного аспекта трудовых ресурсов здравоохранения, используя межстрановые эмпирические приложения. Авторы завершают главу рекомендациями по расширению использования дезагрегированных по полу данных, в частности данных переписей, рассматривая это как шаг в направлении мониторинга и оценки стратегического планирования и управления трудовыми ресурсами с учетом гендерных аспектов.

В **главе 9** McQuide с соавторами дают обзор основных элементов и уроков, полученных на сегодняшний день из различных примеров внедрения информационных систем по кадровым ресурсам, которые используют административные источники данных. Они представляют серию исследований практических примеров создания и укрепления систем текущей информации из выбранных стран с низким и средним уровнем доходов.

Стратегиям качественных измерений для анализа КРЗ посвящена **глава 10**. Качественные исследования используются для понимания установок и мотивации работников здравоохранения, изучая то, что стоит за цифрами, полученными при проведении количественных исследований. Lievens, Lindelow и Serneels предлагают практические рекомендации по разработке и практической реализации качественных исследований КРЗ, используя обширную методологическую литературу и множество прикладных исследований, включая исследования конкретных примеров из Эфиопии и Руанды.

Учитывая разнообразие потенциальных источников информации по КРЗ, стратегии триангуляции или перекрестной проверки и синтеза имеющихся данных,

полученных из различных источников, могут эффективно использоваться для поддержки принятия решений, так как это позволяет быстро понять сложившуюся ситуацию и оптимально использовать уже имевшиеся данные. Это обосновывается в **главе 11**, в которой Nigenda с соавторами предлагают три исследования конкретных случаев из Мексики, Индии и Замбии по использованию триангуляции для анализа КРЗ; в каждом примере триангуляция данных помогает изучить специфическую проблему.

И наконец, Gedik с соавторами критически оценивают различные глобальные, региональные и национальные инициативы по созданию эффективных совместных механизмов для обмена знаниями и методами наилучшей практики. В завершающей **Главе 12** обсуждаются концептуальные идеи и рамочные программы, направленные на обеспечение связи исследований, информации и анализа, касающихся КРЗ, с диалогом и решениями в отношении политики. Авторы подчеркивают потенциальную роль и опыт региональных и национальных обсерваторий по КРЗ в обеспечении информацией и фактическими данными для разработки политики и практики.

1.6 Дополнительная информация и комментарии

Это Руководство является частью более широких усилий по укреплению потенциала стран по сбору, анализу и использованию данных для оценки функционирования трудовых ресурсов здравоохранения и отслеживания прогресса стран в достижении своих целей в отношении КРЗ. Мы приветствуем любые запросы на дополнительную информацию о любых описанных в нем инструментах, методах или подходах. Мы хотим обеспечить, чтобы будущие обновленные версии Руководства улучшали его и учитывали потребности и ситуации стран, поэтому мы надеемся получить комментарии, отзывы и предложения от читателей и потенциальных пользователей. Некоторые конкретные вопросы, по которым мы хотели бы получить ваши отзывы, включают: удобство для пользователя; пригодность и целостность рекомендуемых индикаторов и связанных с ними стратегий измерения и анализа; роль Руководства в стимулировании стран к заинтересованному участию и осознанию потребности в укреплении систем информации, мониторинга и оценки КРЗ.

Направляйте свои вопросы, комментарии и отзывы по адресу:
Coordinator, Health Workforce Information and Governance
Department of Human Resources for Health
World Health Organization
Avenue Appia 20
Geneva 1211, Switzerland
Fax: +41-22-791-4747
Email: hrhstatistics@who.int

Библиография

1. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
2. Anand S, Barnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. *Lancet*, 207, 369:1277–1285.
3. Speybroeck N, Kinfu, Dal Poz MR, Evans DB. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Background paper prepared for *The World Health Report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf, accessed 10 January 2009).
4. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009).
5. Deloitte Insight Economics. *Impact monitoring and evaluation framework: background and assessment approaches*. Barton, Cooperative Research Centres Association of Australia, 2007.
6. *Glossary of statistical terms*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://stats.oecd.org/glossary/index.htm>, accessed 10 January 2009).
7. *Toolkit for monitoring health systems strengthening*. Draft version. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/, accessed 10 January 2009).
8. *Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/ru/index.html), по состоянию на 9 августа 2011 г.).
9. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (<http://www.theglobalfund.org/ru/>, по состоянию 29 августа 2011 г.).
10. GAVI Alliance (<http://www.gavialliance.org/>, accessed 10 January 2009).
11. United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (<http://www.pepfar.gov>, accessed 10 January 2009).
12. High Level Forum on the Health MDGs (<http://www.hlfhealthmdgs.org/>, accessed 10 January 2009).
13. Joint Learning Initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Boston, Harvard University's Global Equity Initiative, 2004.
14. *WHO resolutions on health workforce deployment*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/resolutions/en/>, accessed 10 January 2009).
15. Global Health Workforce Alliance (<http://www.who.int/workforcealliance/en/>, accessed 10 January 2009).
16. Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (<http://aaahrh.org/>, accessed 10 January 2009).
17. International Health Partnership (<http://www.international-healthpartnership.net/>, accessed 10 January 2009).
18. *Global Campaign for the Health Millennium Development Goals: launch of the first year report*. Norwegian Agency for Development Cooperation (http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=9263&V_LANG_ID=0, accessed 10 January 2009).
19. Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/en/>, accessed 10 January 2009).
20. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
21. Stansfield SK et al. Information to improve decision-making for health. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities for the developing world*. Washington, DC, World Bank and Oxford University Press, 2006.
22. Sullivan TM, Strachan S, Timmons BK. *Guide to monitoring and evaluating health information products and services*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Constella Futures and Management Sciences for Health, 2007.
23. Health Metrics Network. *Framework and standards for country health information systems*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/index.html>, accessed 10 January 2009).
24. *Краткое изложение политики*. Дополнение к Докладу о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: работа на благо здоровья – наше общее дело. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief_ru.pdf, последнее обращение 14 ноября 2011 г.).
25. *HRH Action Framework*. Capacity Project (<http://www.capacityproject.org/framework>, accessed 10 January 2009).
26. Nyoni J, Gbary A, Awases M et al. *Policies and plans for human resources for health: guidelines for countries in the WHO African region*. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa, 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/document-centre/policies_plans_guidelines.pdf, accessed 10 January 2009).
27. *Tools and guidelines for human resources for health planning*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/index.html>, accessed 10 January 2009).
28. *The Kampala Declaration and Agenda for Global Action*. Declaration adopted at the First Global Forum on Human Resources for Health, 2–7 March 2008, Kampala. Geneva, World Health Organization and Global Health Workforce Alliance, 2008 (<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>, accessed 10 January 2009).

2

Границы кадров здравоохранения: определение и классификации работников здравоохранения

DAVID HUNTER, MARIO R DAL POZ, TEENA KUNJUMEN

2.1 Введение

Кадры здравоохранения представляют собой одну из ключевых составляющих систем здравоохранения и были определены как приоритетная область для действий по укреплению этих систем (1). Однако международные оценки людских или других неденежных ресурсов систем здравоохранения обычно менее распространены, чем сравнения затрат на здравоохранение (2). Это отчасти вызвано недостатком общих концепций и адекватных данных для проведения сравнительного анализа кадров здравоохранения. Расплывчатые профессиональные границы и различия в определениях и классификации конкретных типов работников здравоохранения во многих странах мира создают дополнительные сложности для проведения анализа данных по кадрам здравоохранения. Например, профессия медсестры в разных странах может регулироваться требованиями к образованию, законодательством и регламентацией практической деятельности, навыков и круга обязанностей, которые могут отличаться друг от друга. Для проведения мониторинга тенденций в отношении кадров здравоохранения в различных странах во времени или для обмена опытом и примерами наилучшей практики между странами необходимо знать, как работники здравоохранения определяются и классифицируются в исходном источнике информации (3).

В этой главе обсуждается определение кадров здравоохранения и их практическое применение. Предлагается обзор используемых сегодня стандартизованных классификаций для статистического разграничения, описания и анализа трудовых ресурсов здравоохранения; также описан ряд возможностей, которые должны быть учтены в будущем.

2.2 Кто является работником здравоохранения

Проведение любого анализа кадров здравоохранения требует точного обозначения, кто относится к этой категории. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет кадры здравоохранения как «всех людей, которые заняты в основном работой, первичная цель которой состоит в укреплении здоровья» (4). Это положение подтверждает концепцию ВОЗ о том, что системы здравоохранения включают в себя «все организации, людей и действия, основной целью которых является охрана, восстановление или поддержание здоровья» (1). Это означает, например,

что члены семьи, осуществляющие уход за больным, или другие лица, осуществляющие неформальный уход, а также добровольцы, которые вносят вклад в укрепление здоровья, должны также учитываться как часть кадров здравоохранения. Но в реальности они редко включаются в подсчеты из-за недостатка информации о безвозмездно работающих лицах и вытекающих из этого сложностей в определении границ того, что составляет систему здравоохранения.

При этом даже определение действий в области здравоохранения для классификации наемных работников, не является точным. Например в обязанности медсестры, которая работает в промышленной компании, входит предоставление работникам медицинских услуг на рабочем месте; следовательно, улучшение здоровья является основной целью ее деятельности, но не деятельности ее нанимателя. Или, например, деятельность садовника, работающего в больнице, не связана напрямую с улучшением здоровья, хотя деятельность его нанимателя и больницы с этим связана. Существует множество подобных работников индустрии здравоохранения, не занятых предоставлением медицинских услуг (например менеджеров, операторов компьютеров, клерков и работников различных рабочих профессий, которые осуществляют поддержку в области управления или обслуживания инфраструктуры). Существует также множество квалифицированных поставщиков услуг здравоохранения, которые не работают в учреждении в месте предоставления услуг, включая тех, кто работает в министерствах и ведомствах, учреждениях общественного здравоохранения, исследовательских агентствах, работающих в области охраны здоровья и систем здравоохранения, в учреждениях по образованию и подготовке работников здравоохранения, поликлиниках компаний и учебных заведений, учреждениях интернатного типа, центрах реабилитации, исправительных учреждениях, военных организациях и др. Система классификации, которая учитывает только деятельность индивида или только деятельность учреждения, может не охватывать всех этих людей, входящих в состав кадров здравоохранения.

Чтобы предоставить сравнимые и последовательные данные для информирования принятия решений, важно определить функции кадров здравоохранения. Хотя не существует единого критерия, определяющего кадры здравоохранения, важно точно установить, какие элементы их определения и классификационной структуры были учтены. Например, если одно исследование включает уже упомянутую медсестру,

Таблица 2.1 Концепция для определения кадров здравоохранения

Подготовка, занятие и место работы индивида	Работающие в отрасли здравоохранения	Работающие в другой индустрии или безработные/неактивные на рынке труда
Получившие подготовку в области здравоохранения и работающие на медицинских должностях	A. Например врачи, медсестры, акушерки, работающие в учреждениях здравоохранения	C. Например медсестры, работающие в частных компаниях, фармацевты, работающие в местах розничной торговли
Получившие подготовку в области здравоохранения, но не работающие на медицинских должностях	A. Например, получившие медицинскую подготовку менеджеры учреждений здравоохранения	C. Например получившие медицинскую подготовку преподаватели университета и безработные медсестры
Получившие подготовку, не относящуюся к области здравоохранения, или не получившие формальной подготовки	B. Например экономисты, клерки, садовники, работающие в учреждениях здравоохранения	D. Например учителя начальной школы, автомеханики, бухгалтеры в банках

которая работает на частную компанию, а другое нет, сравнивать данные, полученные в этих двух исследованиях, вряд ли возможно.

В таблице 2.1 предлагается полезная структура для учета работников здравоохранения нанятых (или не нанятых) в индустрии здравоохранения или в другой отрасли. Можно определить три категории работников, важных для анализа кадров здравоохранения:

- A. лица с профессиональным образованием и подготовкой в области здравоохранения, занятые в отрасли здравоохранения;
- B. лица с подготовкой в иной области (или без формальной подготовки), занятые в отрасли здравоохранения;
- C. лица с подготовкой в области здравоохранения, которые либо работают в отрасли, не связанной со здравоохранением, либо в настоящее время являются безработными или неактивными участниками рынка труда.

Категории A и C в совокупности формируют подготовленные (квалифицированные) кадры здравоохранения (активные или неактивные), имеющиеся в наличии в данной стране или регионе, тогда как категории A и B представляют кадровые ресурсы, занятые в индустрии здравоохранения. Совокупность трех элементов (A, B и C) охватывает общее число имеющихся в потенциале кадров здравоохранения. Четвертая категория (D) охватывает всех работников, не относящихся к сфере здравоохранения, то есть тех работников, у которых нет подготовки в области здравоохранения и которые не работают в индустрии здравоохранения.

Преимущества этой структуры заключаются в том, что она объединяет элементы подготовки, сегодняшнее занятие (должность) и отрасли. В этом контексте «подготовка» относится к образованию (формальному или неформальному), полученному индивидами для приобретения навыков, необходимых для выполнения задач, которые требуются для успешного выполнения рабочих обязанностей; «занятие» (должность) относится к задачам и обязанностям, которые выполняются индивидами на работе, а «индустрия» относится к деятельности учреждения или предприятия,

которым индивиды наняты. Учет всех трех элементов имеет важнейшее значение для понимания динамики кадров.

Эта концепция может быть полезным инструментом для определения потенциальных источников данных и пробелов в данных, необходимых для анализа КРЗ. Для предоставления информации и фактических данных в целях информирования политики может использоваться множество источников, в частности данные переписей и обследований населения, оценки учреждений здравоохранения и стандартные административные регистрационные документы (включая документацию по учету государственных затрат, комплектации персоналом, оплаты труда, профессиональной подготовки, регистрации и лицензирования). При оценке учреждений здравоохранения или изучении платежных ведомостей можно получить данные только для категорий A и B, тогда как данные профессиональных регулирующих ассоциаций обычно ограничиваются только категориями A и C. Напротив, репрезентативные на национальном уровне переписи населения и обследования рабочей силы, в которых используются правильно сформулированные вопросы о роде занятий, месте работы и области подготовки, могут предоставить информацию для всех трех компонентов.

2.3 Классификация кадров здравоохранения

Работники здравоохранения играют различные роли и часто имеют разную национальную историю, культуру и кодексы практики. Любая попытка сравнить размер и характеристики кадров здравоохранения между странами или в динамике по времени требует определенного уровня гармонизации имеющейся информации. Для того чтобы сравнить и интегрировать данные из различных источников и стран, необходимо использовать согласованные и гармонизированные на международном уровне системы классификации. Хотя некоторые страны распространяют данные, используя национальные классификации в области образования, занятий или отраслей, эти данные не всегда сравнимы; большинство стран используют системы классификации, которые либо основаны на международных

стандартизованных классификациях, либо связаны с ними. К этим классификациям относятся: Международная стандартная классификация образования (МСКО), Международная стандартная классификация занятий (МСКЗ) и Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности (МСОК). Эти классификации предоставляют согласованную концепцию для распределения по категориям в соответствии с общими характеристиками областей и уровней подготовки, родов занятий и отраслей занятости соответственно (5–7).

2.3.1 Классификация образования и подготовки

Значительную сложность представляет четкое определение разных типов программ образования и подготовки работников здравоохранения, существующих в различных образовательных учреждениях, где имеются различные критерии поступления, учебные программы и длительность подготовки, с последующей группировкой их в категории, которые сравнимы на национальном и международном уровнях. Сравнимость может быть улучшена благодаря сбору, обработке и распространению данных в соответствии со стандартом МСКО, предоставляющей структуру для составления и представления национальных и международных статистических данных и индикаторов в области образования, которые можно использовать для анализа политики и принятия решений, независимо от структуры национальных систем образования и уровня экономического развития страны (8). МСКО охватывает все организованные и обладающие преимуществом виды деятельности в области обучения детей, молодых людей и взрослых. Она позволяет классифицировать различные типы образовательных программ по уровню и области образования (например, начальное формальное образование, повышение квалификации, неформальное образование, дистанционное образование, стажировка, профессионально-техническое образование и образование для людей с ограниченными возможностями).

Последняя редакция МСКО (именуемая МСКО-97) классифицирует семь ступеней образования, девять расширенных групп (другими словами, уровни, которым присвоена кодировка, состоящая из одной цифры) и 25 областей (уровни, закодированные двузначными цифрами). В таблице 2.2 представлены образовательные ступени МСКО, относящиеся к образованию и подготовке для получения профессии в области здравоохранения. Наиболее подходящие специальности попадают в классификации в область 72 «здоровье», включающую образование в области медицины, медицинских услуг и услуг по охране здоровья, сестринского дела и стоматологии.

Существует также ряд инструментов, направленных на предоставление рекомендаций по использованию классификации МСКО. В одном из таких пособий, двузначные поля из МСКО-97 расширены до трехзначного уровня, отражая больше деталей профессионального образования и подготовки, одновременно гарантируя сравнимость данных между странами (9). Это пособие предназначено для использования в качестве руководства в странах, где не разработаны всеобъемлющие национальные классификации, основанные на анализе содержания программ подготовки.

В таблице 2.3 представлены закодированные трехзначными цифрами более узкие категории специализаций, связанных со здравоохранением.

2.3.2 Классификация занятий

Другая полезная для анализа кадров здравоохранения система классификации - МСКЗ, разработанная Международной организацией труда (10). Эта система классификации позволяет организовать занятия в иерархическую систему в соответствии с требуемой точностью: основные группы (уровень однозначных цифр), подгруппы (двузначный уровень), малые группы (трехзначный уровень) и начальные группы (четырёхзначный уровень). Основные критерии, которые использовались для определения системы группировки - «уровень квалификации» и «квалификационная специализация», необходимые для выполнения задач и обязанностей в рамках профессии (6). Уровень квалификации относится к сложности и спектру выполняемых задач и обязанностей. Квалификационная специализация определяется конкретной областью знаний, которые требуются для работы с механизмами, инструментами и материалами, а также видом производимых товаров и услуг.

В самой поздней редакции МСКЗ, исправленной и дополненной в 2008 г. (известной как МСКЗ-08), основные занятия, связанные со специализацией, относящейся к здравоохранению, попадают в две подгруппы: подгруппа 22 «специалисты-профессионалы в области здравоохранения» (обычно работники с высоким уровнем подготовки, работающие по специальностям, которые для надлежащего выполнения обязанностей, как правило, требуют университетского диплома); и подгруппа 32, «вспомогательный персонал в области здравоохранения» (обычно требует знаний и навыков, полученных с помощью формального образования и подготовки продвинутого уровня, но не являющейся эквивалентом университетского диплома). Специалисты-профессионалы в области здравоохранения включают врачей, медсестер и акушерок, а также стоматологов и фармацевтов. вспомогательный персонал в области здравоохранения включает техников в области медицины и фармации, вспомогательный персонал по медицинскому уходу и акушерству, а также вспомогательный персонал в области стоматологии, техников-физиотерапевтов и оптиков (таблица 2.4).

В более ранних версиях МСКЗ (принятой в 1988 г. - МСКЗ-88, в соответствии с которой доступные современные данные классифицировались при публикации этого Руководства) для того, чтобы медицинские профессии были определены надлежащим образом, соответствующая информация должна была кодироваться до уровня детализации, который, по меньшей мере, соответствовал трехзначному уровню. Информация на двухзначном уровне не позволяла отделить медицинские профессии от других профессий в области медико-биологических наук. Однако на основе консультаций между Международной организацией труда, ВОЗ и другими заинтересованными кругами в новой адаптированной редакции МСКЗ (2008 г.), некоторые области предыдущей версии были признаны устаревшими и обновлены (11).

Большинство медицинских профессий могут быть определены на двузначных и трехзначных уровнях МСКЗ-08. Однако четырехзначный код необходим для разделения специализаций

Таблица 2.2 Ступени образования и подготовки для профессий в области здравоохранения, соответствующие Международной стандартной классификации образования (МСКО-1997)

Ступень	Название	Описание	Обычная продолжительность	Дополнительные аспекты
3	Второй этап среднего образования	Эта ступень образования обычно начинается в конце обязательного образования в тех странах, в которых действует система обязательного образования.	Обычно требует завершения примерно 9-летнего очного обучения в эквиваленте полного учебного дня (начиная с начального образования).	При классификации этой ступени необходимо учитывать вид последующего образования или занятия, ориентацию программы и совокупную теоретическую продолжительность. Ступень 3 соответствует типичным минимальным требованиям для начала образования и подготовки по профессии в области здравоохранения.
4	Последнее не высшее образование	Программы, которые по международным стандартам находятся на границе между вторым этапом среднего образования и последним образованием, хотя в национальном контексте они могут четко рассматриваться как программы второго этапа среднего образования или последнего образования.	Обычная длительность составляет от шести месяцев до двух лет в эквиваленте обучения в течение полного учебного дня.	Могут включать три направления программ: (i) общее образование; (ii) допрофессиональное или дотехническое образование; (iii) профессиональное или техническое образование. Включает образование взрослых. Например, в эту ступень могут включаться технические курсы по конкретным предметам для работающих).
5	Первый этап высшего образования	Эта ступень включает программы высшего образования с содержанием более продвинутого уровня (но не ведущие непосредственно к продвинутой научной квалификации).	Типичная длительность в эквиваленте полного учебного дня составляет, по меньшей мере, два года, хотя длительность некоторых программ - четыре года и более.	Программы обычно предоставляют доступ к работе по профессиям с высокими требованиями к уровню квалификации. Включает программы, которые ведут к получению степени магистра.
6	Второй этап высшего образования	Программы высшего образования, которые ведут к присвоению продвинутой квалификации в области научных исследований. Таким образом, программы посвящены продвинутому и оригинальным исследованиям, а не основываются лишь на прохождении курсов.		Очень ограниченный масштаб на этом уровне.

Источник: Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (8).

практических работников (например, стоматологов от фармацевтов), а также некоторых работников смежных профессий, таких как психологи и социальные работники, классифицированных в одних и тех же малых группах, что и другие специалисты в области социальных наук, в том числе экономисты и социологи.

Значительное усовершенствование в МСКЗ-08, важное для анализа кадров здравоохранения, - создание дополнительных

начальных групп, в частности для разделения врачей широкого профиля и врачей-специалистов узкого профиля, а также для определения некоторых типов работников смежных профессий. Например все большее число стран, особенно с низким уровнем доходов, в которых наблюдается значительный дефицит высококвалифицированных медиков и медсестер, ориентируются на "общинных медико-санитарных работников" (вспомогательные медицинские работники, отобранные, подготовленные и предоставляющие базовые

Таблица 2.3 Области профессиональной подготовки, относящиеся к здравоохранению, в соответствии с пособием “Области подготовки”

Код	Область	Описание
Области подготовки, непосредственно связанные со здоровьем		
721	Медицина	Изучение принципов и процедур, которые применяются для профилактики, диагностики, предоставления помощи и лечения заболеваний и травм у людей, а также для поддержания общего состояния здоровья. Это в основном область подготовки врачей. Здесь классифицируются программы со следующим основным содержанием: медицина, медицинская наука, медицинская подготовка. Виды медицинской специализации, включенные в эту область: акушерство и гинекология, анатомия, анестезиология, гематология, геронтология, дерматология, кардиология, неврология, онкология, офтальмология, педиатрия, профилактическая и социальная медицина, психиатрия, судебная медицина, терапия, хирургия, эпидемиология.
722	Медицинские услуги	Изучение физических нарушений, лечения заболевания и поддержания физического благополучия человека с использованием нехирургических процедур. Программы подготовки, относящиеся в этой области, включают широкий спектр услуг, в том числе: экстренная медицинская помощь, мануальная терапия, технология слухопротезирования, медицинская лабораторная технология, медицинские рентгеновские технологии, питание и диетология, трудотерапия, оптометрия, ортопедическое протезирование, парамедицинские технологии неотложной помощи, фармацевтика, физиотерапия, лучевая терапия, патология речи и логопедия профессиональная реабилитация.
723	Сестринское дело	Изучение предоставления медицинской помощи больным, нетрудоспособным, а также помощи врачам и другим медицинским работникам при диагностике и лечении болезней. Под этой кодировкой классифицированы программы подготовки с основным содержанием обучения по следующим дисциплинам: акушерство, гигиена детей грудного возраста (вскармливание и уход), вспомогательное сестринское дело, основное сестринское дело, подготовка младших медсестер/санитаров, помощь инвалидам, помощь пожилым, сестринская психиатрическая помощь.
724	Стоматология	Изучение диагностики, лечения и профилактики заболеваний и аномалий зубов и десен. Это включает изучение проектирования, создания и ремонта зубных протезов и ортодонтических приспособлений. Также включает изучение ассистирования стоматологам. Программы подготовки, относящиеся в этой области, включают клиническую стоматологию, ассистирование стоматологам, гигиену полости рта, стоматологическую лабораторную технологию, стоматологическую науку, стоматологическое сестринское дело, одонтологию, ортодонтию, челюстную хирургию.
Области подготовки, связанные со здравоохранением		
762	Социальная работа и консультирование	Изучение потребностей сообществ, специфических групп и отдельных лиц в области социальной поддержки и надлежащих путей обеспечения этих потребностей. Акцент на социальное обеспечение с особым вниманием к социальной политике и практике. Среди программ подготовки, относящихся к этой области: консультирование в отношении злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами, кризисная помощь, социальная практика, социальная работа (социальное обеспечение).
850	Защита от неблагоприятных воздействий окружающей среды	Изучение взаимоотношений между живыми организмами и окружающей средой для защиты широкого спектра природных ресурсов. Сюда относятся программы по оказанию услуг сообществам в области контроля факторов, которые воздействуют на здоровье населения, например стандартов гигиены при снабжении продуктами питания и водоснабжения. Среди классифицированных в этой категории программ подготовки: контроль загрязнения воды, контроль загрязнения воздуха, санитарные условия в сообществах, токсикология окружающей среды, утилизация отходов.
862	Гигиена и охрана труда	Изучение распознавания, оценки и контроля факторов окружающей среды, связанных с местом работы. Среди программ подготовки, относящихся к этой категории: здоровье и безопасность на рабочем месте, обеспечение благоприятных условий труда (безопасность), профессиональное здоровье и промышленная гигиена, стресс на работе, эргономика (профессиональное здоровье и охрана труда).

Источник: Адаптировано из документа European Centre for the Development of Vocational Training and Eurostat (9).

Таблица 2.4 Названия профессий, связанных со здравоохранением, в соответствии с Международной стандартной классификацией занятий, пересмотрены 1988 и 2008 гг.

МСКЗ-2008			СИУ-1988		
Код группы		Название профессий	Код группы		Название профессий
Подгруппы	Малые	Начальные	Подгруппы	Малые	Начальные
22			22		
	221	Работники здравоохранения профессионального уровня Врачи		222	Специалисты-профессионалы в области наук о жизни и здравоохранения Специалисты-профессионалы в области здравоохранения (за исключением медицинского ухода и акушерства) Врачи
		Врачи общей практики Врачи-специалисты			2221
	222	Медицинские сестры и акушерки профессионального уровня Медицинские сестры профессионального уровня Акушерки профессионального уровня		223	Специалисты-профессионалы по медицинскому уходу и акушерству Специалисты профессионалы по медицинскому уходу и акушерству
	223	Специалисты традиционной и альтернативной медицины Специалисты традиционной и альтернативной медицины			
	224	Парамедики Парамедики			
	226	Другие работники здравоохранения профессионального уровня		222	Специалисты-профессионалы в области здравоохранения (за исключением медицинского ухода и акушерства) Стоматологи Фармацевты
		Стоматологи Фармацевты			2222 2224
		Специалисты в области гигиены окружающей среды и гигиены труда Физioterapevты Диетологи и специалисты в области питания Аудиологи, логопеды и специалисты по патологии речи Оптометристы и окулисты Работники здравоохранения профессионального уровня, н.в.д.г.			
					2229
32		Работники здравоохранения ассоциированного профессионального уровня Технический персонал в области медицины и фармацевтики	31		Специалисты-профессионалы в области здравоохранения (за исключением медицинского ухода и акушерства), н.в.д.г. Вспомогательный персонал в области физических и технических наук Операторы оптического и электронного оборудования
	321	Операторы оборудования медицинской диагностики и визуализации и лечебного медицинского оборудования Технические работники медицинских лабораторий и патологоанатомических лабораторий		313	Операторы медицинского оборудования
					3133
			32		Вспомогательный персонал в области естественных наук и здравоохранения
				322	Вспомогательный персонал современного здравоохранения (за исключением медицинского ухода и акушерства)
	3213	Техники-фармацевты и фельдшеры-фармацевты			3228
	3214	Техники-протезисты в медицине и стоматологии и в родственных областях			

МСКЗ-2008			СИО-1988		
Код группы			Код группы		
Название профессии			Название профессий		
Подгруппы	Малые	Начальные	Подгруппы	Малые	Начальные
	322			323	
		3221			3231
		3222			3232
	323			324	
		3230			3241
	325			322	
		3251			3225
		3252			
		3253			
		3254			3224
		3255			3226
		3256			3221
		3257			3222
		3258			
		3259			3229
53			51		
	532			513	
		5321			5132
		5322			5133
		5323			
		1342			
		1343			
		2634			2445
		2635			2446
		3344			

Примечания: В этой таблице представлен обзор трактовки видов профессиональных занятий в области здравоохранения в версиях МСКЗ 1988 и 2008 гг.; она не должна использоваться для сопоставлений. Занятия, относящиеся в ветеринарной области, были исключены; н.в.д.г. не входящие в другие группы.

Источник: Международная организация труда (10).

медицинские услуги в общинах, откуда они родом) (12). Эта категория отдельно выделена в МСКЗ-08 (начальная группа 3253).

Еще одно усовершенствование относится к определению ветеринарных профессий. В МСКЗ-88 ветеринарные специальности относились к тем же малым группам, что и профессии, относящиеся в охране здоровья людей, поэтому была необходима кодировка на четырехзначном уровне, чтобы дифференцировать ветеринаров и фельдшеров-ветеринаров. В МСКЗ-08 эти две группы профессий теперь классифицированы в отдельные малые группы. В результате этого данные, которые распространяются даже на трехзначном уровне, позволят разделять профессии, связанные со здоровьем человека, и ветеринарные профессии, как на уровне специалистов, так и на уровне вспомогательного персонала.

Другие представляющие интерес профессии включают менеджеров служб здравоохранения и служб, оказывающих услуги по индивидуальному уходу в области здравоохранения. В МСКЗ-08 менеджеры служб здравоохранения и служб по уходу за престарелыми отдельно определены на четырехзначном уровне (начальные группы под кодами 1342 и 1343 соответственно). «Работники, оказывающие услуги по индивидуальному уходу в области здравоохранения» определены в отдельной малой группе (код 532), которая включает начальные группы для помощников в области здравоохранения и работников, оказывающих услуги по индивидуальному уходу на дому. Информация, классифицированная в соответствии с предыдущей МСКЗ-88, требовалась на более детальном четырехзначном уровне, чтобы отделить работников по уходу за детьми от работников, оказывающих услуги по индивидуальному уходу в области здравоохранения.

Ряд выпущенных Международной организацией труда документов дают рекомендации странам по тому, как разработать, поддерживать и пересматривать национальную классификацию занятий и обеспечивать ее соответствие международным стандартам (13, 14). Наиболее современную информацию и последние рекомендации можно найти на веб-сайте МКСЗ (10).

2.3.3 Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности

Как уже упоминалось ранее, кроме работников, предоставляющих услуги в области здравоохранения, существует множество тех, кто не получил подготовку в области здравоохранения и занимается обеспечением функционирования учреждений здравоохранения. Согласно оценкам, около трети кадров здравоохранения в мире составляют работники, занятые в области управления и поддержки (4). Чтобы охватить эту группу, необходимо учитывать профессии почти во всех группах МСКЗ, поэтому при сборе данных может потребоваться более подробная информация о месте работы. Классификация МСОК может предоставить основу для проведения подобного анализа, так как она позволяет объединить информацию по работникам здравоохранения, принадлежащим к различным экономическим системам в рамках сравнительной структуры (15). В МСОК виды производительной экономической

деятельности сгруппированы в последовательно расширяющиеся уровни классификации в четырехуровневой иерархической системе: разделы (снабжены буквенными кодами), подразделы (двузначный код), группы (трехзначный код), подгруппы (четырёхзначный код). Объединение в категории проводится в соответствии со сходством в характере производимых товаров или услуг, использовании товаров или услуг, а также во вложениях, процессе и технологии производства.

Важная для проведения анализа кадров здравоохранения информация преимущественно находится в подразделе 86 МСОК «Деятельность по охране здоровья человека». Данные, имеющиеся на уровне группы (трехзначный уровень) или подгруппы (четырёхзначный уровень) позволят проводить разбивку различных типов деятельности систем здравоохранения, включая предоставления услуг, материально-техническое снабжение и финансирование. В таблице 2.5 представлены выбранные категории, связанные со здравоохранением, из последней редакции МСОК.

2.3.4 Другие классификации

Для стран и заинтересованных кругов также имеет значение возможность разграничивать различные категории людских ресурсов внутри систем здравоохранения, например тех, кто постоянно работает в системе, и тех, кто не работает, или работников, чьи базовые зарплаты финансируются из государственного бюджета, и работников, чья деятельность финансируется из других источников. Полный список международных классификаций для сбора и распространения экономических и социальных статистических данных можно найти на веб-сайте Статистического отдела ООН (16).

2.4 Заключительные комментарии

Сравнительный анализ кадров здравоохранения имеет смысл только тогда, когда имеющаяся информация основывается на общих определениях и классификациях работников здравоохранения. Не существует единой функциональной границы, которая определяла бы кадры здравоохранения. При проведении многих оценок используются специфические для стран или даже специфические для конкретных инструментов определения и названия, которые не всегда сравнимы между странами и во времени. Однако все больше стран предоставляют данные о кадрах здравоохранения в формате, который позволяет привязать их к таким международным стандартным классификациям, как МСКО, МСКЗ и МСОК. Эти классификации обеспечивают согласованную концепцию для распределения по категориям ключевых переменных, связанных с трудовыми ресурсами (соответственно профессиональная подготовка, профессия и сфера занятости) в соответствии с общими характеристиками. Использование этой трихотомии позволяет определить людей с подготовкой в области, непосредственно связанной с оказанием медицинских услуг, людей, работающих по профессиям, относящимся к охране здоровья, и людей, занятых в индустрии услуг здравоохранения.

При проведении анализа кадров здравоохранения могут использоваться данные из различных источников,

Таблица 2.5 Экономические сектора, связанные с деятельностью в области здравоохранения, на основе Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности (четвертый пересмотр)

Код				Экономическая деятельность
Раздел	Подраздел	Группа	Подгруппа	
Основные группы и подгруппы индустрии здравоохранения				
Q				Деятельность в сфере здравоохранения и социальных услуг
	86			Деятельность по охране здоровья человека
		861	8610	Деятельность больниц
		862	8620	Врачебная и зубоврачебная практика
		869	8690	Прочая деятельность по охране здоровья человека
Выбранные ассоциированные подгруппы				
C	21	210	2100	Производство фармацевтических препаратов, медицинских химических веществ и лекарственных растительных продуктов
	32	325	3250	Производство медицинских и стоматологических инструментов и расходных материалов
E	36	360	3600	Сбор, очистка и распределение воды
	37	370	3700	Системы канализации
G	47	477	4772	Розничная торговля фармацевтическими и медицинскими товарами, косметическими товарами и туалетными принадлежностями в специализированных магазинах.
K	65	651	6512	Страхование, кроме страхования жизни (включая медицинское страхование)
M	71	712	7120	Техническая проверка и анализ (в том числе контроль в области гигиены питания; исследования и измерение степени загрязнения воздуха и воды)
O	84	841	8412	Регулирование деятельности по предоставлению услуг здравоохранения, образования, культуры и прочих социальных услуг
			8430	Деятельность в области обязательного социального страхования (включая финансирования предоставляемых правительством программ социального страхования от болезни, несчастного случая, временной нетрудоспособности и т.д.)
Q	87	871	8710	Специализированные учреждения, предоставляющие сестринский уход
		872	8720	Деятельность по уходу за лицами с умственными недостатками, психическими заболеваниями, алкогольной или наркотической зависимостью в специализированных учреждениях
	88	881	8810	Социальные услуги для престарелых и инвалидов (без предоставления проживания)

Источник: Статистический отдел ООН (15).

включая стандартные статистические источники вне традиционного сектора здравоохранения. Выбранные инструменты по получению и кодированию статистической информации об экономической активности из переписей и обследований населения можно найти в интернете в разделе «Руководства, рекомендации и учебные материалы» веб-сайта Экономического отдела ООН (17) (см. также 18, 19). Статистический отдел ООН (20) рекомендует собирать и

обрабатывать данные переписей по образованию, занятиям и индустриям, классифицированных в соответствии с последней имеющейся редакцией соответствующей международной классификации (МСКО, МСКЗ и МСОК соответственно) или таким образом, что их можно было перевести в их формат. Также рекомендуется, чтобы страны кодировали собранные ответы на самом низком уровне классификационной иерархии, который позволяет полученная информация. В частности,

для обеспечения детальной и точной кодировки данных по занятиям, каждый работник, заполняя анкету, должен ответить на вопрос о своей должности и кратко описать свои основные рабочие задачи и обязанности. Ожидается, что возможности для анализа кадров здравоохранения будут расширены в рамках проводимых глобальных серий переписей, известных как цикл 2010 г. (охватывающий период с 2005 по 2014 г.), при котором в основном можно будет использовать новый пересмотр МСКЗ-08.

В некоторых странах анализ кадров здравоохранения на основе данных переписи и обследований населения может проводиться в рамках совместных научно-исследовательских проектов, направленных на гармонизацию переменных и структур микроданных для общественного использования. Ключевые источники микроданных включают Объединенные серии микроданных для общественного использования (21), Африканский проект анализа данных переписи (22) и Исследование доходов в Люксембурге (23). В рамках подобных проектов проводится обработка серии микроданных переписей и обследований для нескольких стран (с переменными в области образования, занятий и отраслей, приведенных, где возможно, в соответствие с МСКО, МСКЗ и МСОК соответственно) и предоставляется помощь в распространении соответствующей документации для научных исследований и исследований, направленных на разработку политики. В главе 8 этого Руководства представлен основанный на данных из множества стран анализ статистики кадров здравоохранения с использованием Объединенных серий микроданных для общественного использования (21). При анализе используются имеющиеся данные по занятиям, полученные при проведении цикла переписей 2000 г. и приведенные в соответствие с МСКЗ-88.

Если учитывать природу стандартных классификаций, то даже при постоянном совершенствовании и пересмотрах они являются, по сути, обобщением и попыткой упростить для статистических нужд очень сложную систему. Они не всегда могут охватить всю многогранность и динамику рынка труда здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, Международная организация труда и другие партнеры постоянно участвуют в инициативах по совершенствованию и содействию применения международных классификаций, имеющих значение для анализа трудовых ресурсов здравоохранения. Подобные инициативы включают постоянный учет различных источников данных и типов классификаций, которые используются для мониторинга работников здравоохранения (24). Это может способствовать гармонизации определений кадров здравоохранения в странах и между ними, и использоваться для разработки поэтапного плана совершенствования классификации кадров здравоохранения на национальном и международном уровнях. Для подобных мероприятий по-прежнему полезны обмен и взаимодействие между организациями и лицами, которые собирают и используют эту информацию, представляющими различные круги, включая национальные правительственные органы (министерства здравоохранения, труда и образования и центральные статистические бюро), профессиональные ассоциации работников здравоохранения, региональные и страновые бюро ВОЗ, другие международные организации, в сферу интересов которых входит здравоохранение и статистика, неправительственные и частные организации,

работающие в области здравоохранения и статистики, а также академические и научно-исследовательские институты.

Библиография

1. *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, accessed 10 January 2009).
2. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6):770–778 ([http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf), accessed 10 January 2009).
3. Dal Poz MR, Varella TC, Galin P, Novick M. *Relaciones laborales en el sector salud: fuentes de informacion y metodos de analisis, v. 1*. Quito, Organizacion Panamericana de la Salud, 2000.
4. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009).
5. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human resources for health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
6. Hoffmann E. International statistical comparisons of occupational and social structures: problems, possibilities and the role of ISCO-88. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, eds. *Advances in cross-national comparison*. New York, Kluwer Plenum Publishers, 2003.
7. Dal Poz MR, Kinu Y, Dräger S, Kunjumen T. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background paper prepared for *The world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf, accessed 10 January 2009).
8. *Международная стандартная классификация образования: МСКО 1997*. Париж, Организация Объединенных Наций по вопросам науки, образования и культуры, 1997 г. (<http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isc97-rus.pdf>, по состоянию на 4 августа 2011 г.).
9. *Fields of training: manual*. Thessaloniki, European Centre for the Development of Vocational Training and Eurostat, 1999 (http://www.trainingvillage.gr/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/31/5092_en.pdf, accessed 10 January 2009).
10. *Обновление Международной стандартной классификации занятий (МСКЗ) 1988 г.* Специальный документ. Представленный Международной организацией труда. (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>, по состоянию на 31 августа 2011 г.).
11. *Options for the classification of health occupations in the updated International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)*. Background paper for the work to update ISCO-88. Geneva, International Labour Organization, 2006.
12. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them?* Follow-up paper to *The world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, accessed 11 January 2009).
13. *Methodological issues concerning the development, use, maintenance and revision of statistical classifications*. Geneva, International Labour Organization, 2004 (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/intro5.htm>, accessed 11 January 2009).
14. Embury B. *Constructing a map of the world of work: how to develop the structure and contents of a national standard classification of occupations*. STAT Working Paper No. 95-2. Geneva, International Labour Office, 1997 (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/papers/map.pdf>, accessed 11 January 2009).
15. *Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности (МСОК), четвертый пересмотренный вариант*. Статистические документы серии М, №4/Rev.4. Нью-Йорк, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, 2008 г. (http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_4rev4r.pdf, по состоянию на 4 августа 2011 г.).
16. *List of international family of economic and social classifications*. United Nations Statistics Division (<http://unstats.un.org/unsd/class/family/family1.asp>, accessed 11 January 2009).
17. *Справочники, руководства и учебные пособия*. Статистический отдел Организации Объединенных Наций (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/>, по состоянию на 5 августа 2011 г.).
18. Хуссманс Р, Механ Ф, Верма В. *Обследование экономически активного населения: Занятость, безработица и неполная занятость*. Методолог. рук. МБТ: Концепции. Методы: Пер. с англ.: В 2 кн. М.: Финстатинформ, 1994 г.
19. *Руководство по измерению параметров экономически активного населения при переписях*. Методологические исследования серии F, № 102. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций и Международная организация труда, 2010 г.
20. Статистический отдел Организации Объединенных Наций. *Принципы и рекомендации в отношении переписей населения и жилого фонда, второе пересмотренное издание*. Статистические документы серии М, №67/Rev.2. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2008 г. (http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/Seriesm_67rev2r.pdf, по состоянию на 5 августа 2011 г.).
21. *Integrated Public Use Microdata Series*. Minnesota Population Center (<http://www.ipums.umn.edu/>, accessed 11 January 2009).
22. *African Census Analysis Project*. University of Pennsylvania (<http://www.acap.upenn.edu>, accessed 20 January 2009).
23. Luxembourg Income Study (<http://www.lisproject.org/>, accessed 11 January 2009).
24. Dal Poz MR, Kinu Y, Dräger S, Kunjumen T. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background paper to *The world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf, accessed 20 January 2009).

Часть II: МОНИТОРИНГ ЭТАПОВ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ





3

Мониторинг активных кадров здравоохранения: индикаторы, источники данных и иллюстративный анализ

FELIX RIGOLI, BOB POND, NEERU GUPTA, CHRISTOPHER H HERBST

3.1 Введение

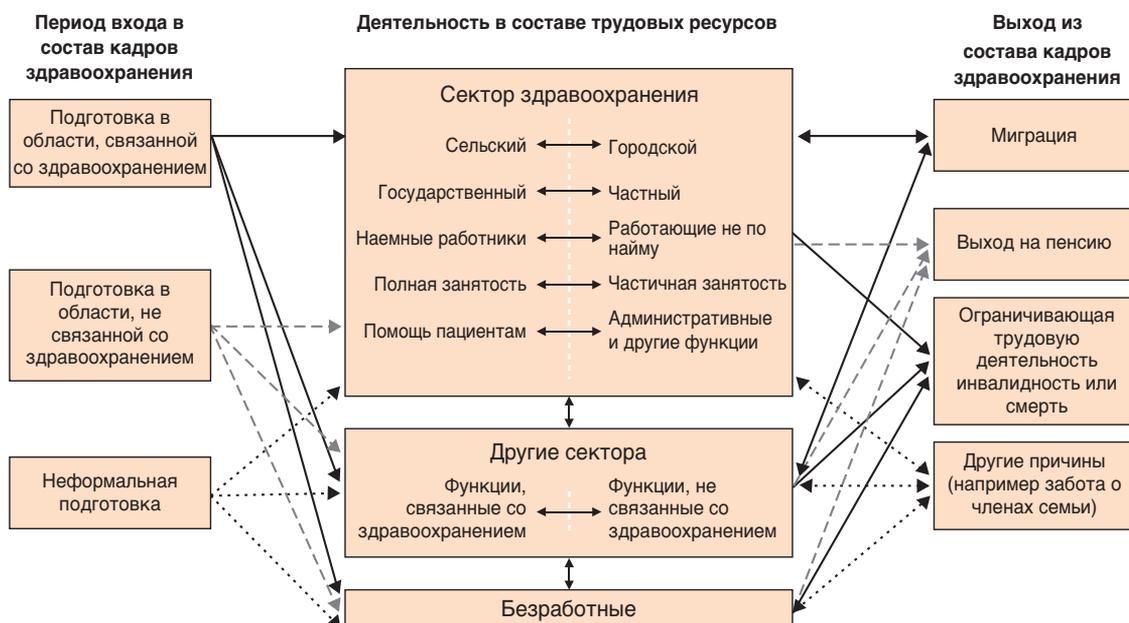
Кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ) уже давно признаны «краеугольным камнем сектора [здравоохранения], лежащим в основе производства, предоставления и управления услугами» (1). Оценки КРЗ требуются для различных целей, в частности для планирования, реализации, мониторинга и оценки стратегий, программ и вмешательств сектора здравоохранения. Важность надежных эмпирических данных для информированного принятия решений в области политики и мониторинга прогресса в укреплении и управлении КРЗ широко признается. Точное описание КРЗ может помочь определить возможности и препятствия для расширения масштаба вмешательств в области здравоохранения.

Численность и распределение кадров здравоохранения является результатом входящего потока, выходящего потока и перемещений работников между, например, различными секторами (государственным и частным), отраслями (по предоставлению услуг здравоохранения и другими), регионами (сельскими или городскими), странами и статусами (занятый, безработный или неактивный на рынке труда) (рис. 3.1). Различные виды перемещений и комбинаций тех, кто составляет кадры здравоохранения, вероятно, зависят от ситуации в конкретной стране и способов

мониторинга. Концепция гармонизации границ и состава кадров здравоохранения в различных контекстах представлена в главе 2 этого Руководства. Для обеспечения процессов сбора и анализа данных важно сконцентрировать внимание на ограниченном числе важнейших индикаторов, которые можно сравнивать и измерять регулярно, используя стандартные источники данных (2), к которым относятся популяционные источники данных (переписи и обследования), оценки учреждений здравоохранения и административные учетные документы. Для проведения специализированных или детальных оценок КРЗ дополнительную информацию можно получить, например, из реестров профессий, национальных счетов здравоохранения, регистрационных журналов учреждений по образованию и подготовке и качественных исследований.

Создание всеобъемлющей базы фактических данных, как правило, требует объединения существующей информации различного типа, часто рассеянной по разным источникам. Эта глава посвящена описанию инструментов и методов, используемых для мониторинга активных кадров здравоохранения, то есть всех людей, занятых в данный момент времени на рынке труда здравоохранения. Сначала определяются ключевые индикаторы для характеристики КРЗ с акцентом на оптимизацию процесса сопоставимости

Рисунок 3.1 Запасы и потоки кадров здравоохранения



данных между странами и во времени. Затем проводится обзор ключевых потенциальных источников данных; изучаются как первоисточники, так и стандартные статистические источники, и, кроме того, рассматриваются возможности и трудности их использования для анализа кадров здравоохранения. Представлены наглядные примеры изучения конкретных случаев из различных стран и источников. В заключение обсуждаются некоторые извлеченные уроки и рекомендации по укреплению систем информации и мониторинга по КРЗ в странах. Эта глава в основном посвящена мониторингу текущей деятельности кадров здравоохранения; темами следующих двух глав этого Руководства являются измерение входа (особенно это касается образования и подготовки перед началом трудовой деятельности) и выхода (убыль из-за различных факторов, включая миграцию, выход на пенсию и смерть) соответственно.

3.2 Ключевые индикаторы для анализа КРЗ: мониторинг каких параметров необходимо проводить?

Эффективный мониторинг и оценка КРЗ в странах требует договоренности по ключевому набору индикаторов на субнациональном, национальном и международном уровнях; это необходимо для принятия обоснованных решений руководством стран и другими заинтересованными кругами. В идеале принятые индикаторы должны соответствовать характеристикам, которые обозначаются аббревиатурой “SMART” (specific, measurable, attainable, relevant, time-bound): специфичность (измеряют конкретный результат); измеримость (результат можно отследить); достижимость (результат можно сравнить с реалистичным целевым показателем); релевантность (по отношению к желаемому результату); и определенность во времени (указывают на конкретный временной период). Постоянное и систематическое измерение этих индикаторов позволяет проводить мониторинг процесса реализации программ и стратегий, связанных с КРЗ. Сразу после получения исходных данных может быть установлена структура оценки с периодическим измерением целевых показателей для анализа изменений и прогресса на протяжении длительного времени (то есть, осуществлялись ли мероприятия в правильном направлении и в соответствии с первоначальными планами и стратегическими целями).

В таблице 3.1. представлены серии индикаторов, которые при систематическом измерении могут использоваться для отслеживания активных кадров здравоохранения (2, 3). На самом базовом уровне необходимо знать, сколько людей работает в сфере здравоохранения, их характеристики и распределение. При учете численности кадровых ресурсов здравоохранения в стране в определенный момент времени или при измерении запасов работников здравоохранения крайне важно различать, включает ли «моментальный снимок» тех работников, которые наняты в учреждениях здравоохранения (при проведении различий между теми, кто внесен в служебный реестр, и теми, кто физически подсчитан в день проведения оценки), лиц, которые получили образование в области здравоохранения, независимо их места работы или лиц, которые получили образование в области здравоохранения, независимо от их сегодняшнего статуса в рамках трудовых ресурсов.

Измерение профессиональной структуры предлагает механизм проведения оценки комбинации категорий персонала в конкретный момент времени и определения возможного дисбаланса, связанного с диспропорцией в числе различных профессий здравоохранения. Статистика в отношении профессиональной структуры может помочь информированию стратегий по обеспечению наиболее соответствующей потребностям и экономически эффективной комбинации функций и персонала. Поскольку подсчеты работников в частном секторе на основе административных источников данных, скорее всего, будут менее точными, чем подсчет работников государственного сектора, а частные коммерческие поставщики услуг часто менее доступны для групп населения с низкими доходами, также рекомендуется использовать индикаторы для мониторинга данных по сектору, где заняты работники (государственный, частный коммерческий или частный некоммерческий).

Как подробно описано в предыдущей главе, всеобъемлющие оценки требуют точной информации в отношении занятия, отрасли и подготовки. Использование комбинации этих типов информации позволит определить, например, занятость на не связанных со здравоохранением должностях тех, кто получил медицинское образование, и занятость на должностях в сфере здравоохранения, которые не требуют наличия клинических навыков. (см. главу 2). Дополнительные индикаторы, относящиеся к производительности труда, безработице, неполной занятости и эмиграции, позволят, например, проводить мониторинг потери кадров или избыточной потери производительности из-за убыли персонала или низкого качества работы, которые можно было бы предотвратить или которыми можно было бы управлять (4). Количественные параметры рабочей силы здравоохранения или измерения конкретных характеристик производительности или эффективности стратегий по развитию КРЗ могут далее оцениваться с использованием индикаторов обновления и миграции КРЗ (2).

Сравнимость статистики по КРЗ между странами и во времени может быть улучшена путем формулирования и использования для мониторинга рынка труда общих определений и классификаций. Это включает сбор, обработку и распространение данных в соответствии с международными стандартными классификациями, в том числе с Международной стандартной классификацией занятий (МСКЗ), Международной стандартной отраслевой классификацией всех видов экономической деятельности (МСОК), Международной стандартной классификацией образования (МСКО) и Международной стандартной классификацией статуса занятости (МСКСЗ).

В зависимости от того, какой источник данных был использован для дальнейшего анализа, индикаторы по КРЗ могут быть дезагрегированы по выбранным характеристикам. Дезагрегация соответствующих индикаторов позволяет проводить мониторинг прогресса в реализации стратегий по подготовке и найму работников здравоохранения, а также управлению ими на уровне местных сообществ с недостаточным объемом предоставляемых услуг или в других группах населения, являющихся приоритетными в данной стране. Дезагрегация информации, касающейся доходов работников здравоохранения, по полу могла бы быть

полезной для проведения мониторинга гендерного разрыва в заработной плате. Стратификация статистики по кадровым ресурсам по округам, областям и регионам особенно важна для мониторинга справедливости в отношении географической доступности услуг здравоохранения. Возобновление КРЗ можно косвенно оценить через возрастное распределение активных кадров здравоохранения, в частности с помощью соотношения работников более молодого возраста (до 30 лет) и тех, кто близок к пенсионному возрасту.

В зависимости от природы индикатора и источника данных, оценка программ и стратегий по КРЗ может проводиться за короткий, средний или более длительный период времени. Например некоторые аспекты динамики КРЗ могут существенно измениться только по прошествии длительного периода времени; это относится, например, к производству врачей, которое может потребовать десятилетия или около того, если учесть длительность дослужебной подготовки, необходимой для этой категории работников здравоохранения.

3.3 Обзор потенциальных источников данных

Информация для стратегий и программ сектора здравоохранения должна содержать актуальные, надежные и обоснованные данные. Несмотря на преобладающее мнение о том, что статистические данные по кадрам здравоохранения недостаточны, различные источники, которые могут содержать значимую информацию (включая переписи и обследования населения, оценки учреждений и стандартную административную документацию), существуют даже в странах с низким уровнем доходов. У каждого источника есть сильные стороны и ограничения, которые необходимо изучить (таблица 3.2) (2, 5). При использовании совокупности этих дополнительных инструментов можно получить полезную и разнообразную информацию для мониторинга и оценки кадров здравоохранения и их влияния на системы здравоохранения.

Все страны собирают хотя бы некоторые данные о своем населении, в основном проводя периодические демографические переписи и обследования выборки домашних хозяйств, которые предоставляют статистическую информацию о людях, их жилищах, социально-экономических условиях и других характеристиках. Многие переписи и обследования рабочей силы наряду с другими характеристиками (такими, как возраст, пол, образовательный уровень) включают вопрос о роде занятия респондента (и других взрослых членов домохозяйства). Обследования рабочей силы обычно вникают в крупные детали, относящиеся, например, к месту работы, промышленному сектору, компенсации, периоду работы и дополнительной занятости (6). Многие результаты, существенные для анализа КРЗ, можно получить, представив популяционные данные о трудовой деятельности в виде таблиц. Другие виды национальных обследований домохозяйств также могут дать значимую информацию. Например обследования, содержащие вопросы, касающиеся поведения по обращению за медицинской помощью, используются для более ясного понимания, как такие факторы, как демографическая ситуация, охват медицинским страхованием и расстояние до учреждения здравоохранения, влияют не только на решение клиентов,

обращаться или не обращаться за медицинскими услугами, но также на то, от кого будут получены услуги (например в государственном или частном секторе, от официального или неофициального поставщика).

Исследование учреждений здравоохранения может проводиться с использованием разных подходов к выборке (перепись или выборочное обследование) и различных методологий (вопросники для самозаполнения, направляемые по почте, факсу или интернету, телефонные или личные интервью). В зависимости от характера процедур и инструментов сбора данных, можно получить подробную информацию по метрическим данным кадров здравоохранения (например о внутрислужебной подготовке и производительности поставщика услуг). Кроме того, характер исследования, которое проводится на уровне учреждения, позволяет собрать данные для множества других индикаторов, относящихся к оценке работы системы здравоохранения (например, касающиеся инфраструктуры, наличия расходных материалов и затрат) (7).

Во многих странах компьютерная обработка административной документации (относящейся к государственным расходам, укомплектованности персоналом и оплате труда, разрешениям на работу, членству в профсоюзах и системе социального страхования) в значительной степени облегчает возможности проведения анализа КРЗ. Для работы по профессии многим квалифицированным поставщикам медицинских услуг необходима формальная подготовка, регистрация и получение лицензии, поэтому потенциально административные реестры учреждений, проводящих медицинскую подготовку, и органов, выдающих лицензии, являются ценными источниками для отслеживания кадров здравоохранения. Эти источники обладают преимуществом постоянно обновляемых статистических данных. Кроме того, в зависимости от характеристик реестров (в частности, присваивается ли каждому индивиду уникальный идентификационный номер), вероятно, можно отслеживать вход работников в состав трудовых ресурсов, развитие карьеры и выход из состава трудовых кадров.

Одной из основных проблем при сборе, анализе и использовании данных является определение подходящих источников и своевременный доступ к данным (2). Среди других вопросов – принятие решения, нужно ли кроме использования существующих источников осуществлять дополнительный сбор данных, например, проводить специализированные (количественные или качественные) исследования кадровых ресурсов. В частности, благодаря периодическим обследованиям, трудовых ресурсов сектора здравоохранения, возможно получение более подробной информации (которую можно еще больше детализировать по отдельным категориям работников здравоохранения), по сравнению с общими обследованиями трудовых ресурсов. Зачастую мобилизация необходимых ресурсов (людских, технических и финансовых) для специализированного сбора данных по деятельности КРЗ может быть проблемой, особенно в странах с низким уровнем доходов, хотя инструменты для сбора подробной информации, можно адаптировать практически по каждой представляющей интерес переменной. Общая стратегия перекрестной проверки или триангуляции различных источников данных с помощью разных методов может использоваться для контроля

Таблица 3.1 Выбранные ключевые индикаторы для мониторинга и оценки кадровых ресурсов здравоохранения

Индикатор	Описание	Числитель	Знаменатель	Вопросы, связанные с измерением/сравнимостью
Базовые индикаторы запасов и распределения КРЗ				
Запасы (и обеспеченность) КРЗ	Общая численность кадров здравоохранения (по отношению к численности населения)	Общая численность работников здравоохранения в данной стране	(Общая численность населения той же страны)	Определение и границы КРЗ, например профессия (врачи, медсестры, и т.д.), отрасль или подготовка - с разграничением между подсчетом численности работников и числом должностей.
Профессиональная структура	Распределение КРЗ по занятости, специализации или другой связанной с навыками характеристике	Число врачей, медсестер и акушеров (или других категорий поставщиков медицинских услуг)	Общее число работников здравоохранения	Профессиональная классификация – с разграничением между подсчетом числа работников и должностями (с должностями, взвешенными по эквиваленту полной занятости на основе часов работы)
Географическое распределение	Распределение КРЗ по географическому местоположению	Число работников здравоохранения в сельских районах (или другом эпидемиологическом, административном или экономическом регионе)	Общее число работников здравоохранения	Определение сельских (или других географических округов)
Распределение по возрасту	Распределение КРЗ по возрастным группам	Число работников здравоохранения в данной возрастной группе	Общее число работников здравоохранения	
Распределение по полу	Распределение КРЗ по полу	Число работников здравоохранения - женщин (или муж-чин)	Общее число работников здравоохранения	
Индикаторы трудовой деятельности КРЗ				
Показатель активности рабочей силы	Доля КРЗ, в настоящее время активных на рынке труда	Число лиц с навыками, связанными с охраной здоровья, активных на рынке труда	Общее число лиц трудоспособного возраста с навыками, связанными с охраной здоровья	Классификации профессий/образования, а также возрастные рамки для принадлежности к рабочей силе
Коэффициент занятости/ безработицы	Доля КРЗ, которые в настоящее время работают (или являются безработными)	Число лиц с навыками, связанными с охраной здоровья, которые в настоящее время работают (или являются безработными)	Общее число лиц с навыками, связанными с охраной здоровья, которые в настоящее время являются активными на рынке труда	Определение участия в трудовых ресурсах и статус занятости
Индустриальный сектор	Распределение работников по отрасли занятости	Число лиц, занятых в индустрии услуг здравоохранения	Общее число лиц, работающих в настоящее время	Отраслевая классификация

Индикатор	Описание	Числитель	Знаменатель	Вопросы, связанные с измерением/сравнимостью
Институциональный сектор	Распределение работников по сектору занятости	Число работников здравоохранения, занятых в государственном секторе (по сравнению с частным или неправительственным)	Общее число работников здравоохранения	Определение, в чём управлении находится место работы
Двойная занятость (работа на двух работах)	Доля КРЗ, которые в настоящее время работают больше, чем в одном месте	Число работников здравоохранения, которые в настоящее время работают больше чем в одном месте	Общее число работников здравоохранения	
Заработная плата и доход	Средняя заработная плата и доход работников здравоохранения	Общий доход от трудовой деятельности за определенный период (заработная плата, медицинская практика или бизнес) среди работников здравоохранения	Общее число работников здравоохранения	Разграничение между доходом нетто/брутто, источниками дохода, неденежными выплатами, а также определением учетного периода сообщения доходов
Индикаторы производительности КРЗ				
Абсентеизм	Число дней отсутствия на работе среди работников здравоохранения	Число дней отсутствия на рабочем месте в учреждении здравоохранения в определенный период времени	Общее число запланированных рабочих дней среди работников за тот же период времени и в том же месте	Разграничение и регистрация причин отсутствия (например отсутствие по служебным делам, болезнь или внеочередной отпуск по другой причине, декрет или отпуск по уходу за ребенком, несанкционированное отсутствие)
Производительность работника	Сравнительное число специфических функций, выполняемых работниками здравоохранения	Перечень специфических функций, выполненных за определенный период (например, амбулаторные посещения, вакцинация, операции) данным поставщиком медицинских услуг	Общее число специфических функций, выполненных за тот же период времени среди всех поставщиков медицинских услуг	Разграничение функций в количественном/качественном выражении
Индикаторы возобновления и потери КРЗ				
Соотношение разных поколений кадровых ресурсов	Коэффициент пополнения работников здравоохранения	Число выпускников учебных заведений по подготовке работников здравоохранения за последний год	Общее число работников здравоохранения	Классификация образования, а также процессов профессиональной аттестации/распределения выпускников
Самообеспеченность КРЗ в стране	Пропорция работников здравоохранения, получивших подготовку внутри страны	Число работников здравоохранения, которые получили свою профессиональную подготовку в рассматриваемой стране	Общее число обладающих профессиональной подготовкой работников здравоохранения в той же стране	Классификации занятий/образования в стране-доноре и в стране-реципиенте работников, получивших образование за рубежом
Коэффициент потери кадров	Коэффициент выхода из состава кадров здравоохранения	Число работников здравоохранения, которые покинули активный рынок труда за последний год	Общее число работников здравоохранения	Определение и регистрация причин ухода (например, выход на пенсию, смерть, эмиграция, перерыв в карьере или изменение карьеры)

Источник: Адаптировано из документов: Diallo et al. (2), ВОЗ и Технологический университет Сиднея (3).

Таблица 3.2 Потенциальные источники данных для мониторинга кадров здравоохранения

Источник	Сильные стороны	Ограничения
Перепись населения	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставляет репрезентативные на национальном уровне данные по запасам КРЗ: физический подсчет работников по всем специальностям (включая частный сектор, персонал, осуществляющий руководящие и вспомогательные функции, должности связанные с охраной здоровья вне сектора здравоохранения) • Данные могут быть дезагрегированы по специфическим подгруппам (например по возрасту и полу) и на самом низком географическом уровне • Тщательные процедуры сбора и обработки способствуют обеспечению качества данных 	<ul style="list-style-type: none"> • Периодичность: обычно один раз в 10 лет • Управление базой данных может быть затруднительным с точки зрения вычислений • Распространяемые результаты часто являются недостаточно точными для анализа КРЗ, тогда как микроданные, которые могли бы позволить провести более тщательный анализ, часто не распространяются • Поперечный (затрагивающий разные слои): не позволяет отслеживать вхождение в состав трудовых ресурсов и выход из них • Обычно не предоставляет информации о производительности или заработках
Обследование рабочей силы	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставляет репрезентативные на национальном уровне данные по всем профессиям • Предоставляет детальную информацию о деятельности трудовых ресурсов (включая место работы, уровень безработицы и неполную занятость, заработки) • Тщательные процедуры сбора и обработки способствуют обеспечению качества данных • Требуется меньших ресурсов, чем перепись 	<ul style="list-style-type: none"> • Различная периодичность в разных странах: от одного раза в месяц до одного раза в пять лет и реже • Распространяемые результаты часто являются недостаточно точными для анализа КРЗ • Размер выборки обычно слишком мал, чтобы дезагрегировать данные • Поперечный (одномоментный) характер: не позволяет отслеживать вхождение в состав трудовых ресурсов и выход из него
Оценка учреждения здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставляет информацию о персонале учреждения здравоохранения, включая управляющий и вспомогательный персонал (подсчет работников и пересчет в эквиваленте полного рабочего дня) • Данные могут быть дезагрегированы по типу учреждения, демографическому составу персонала (возраст, пол) и по географической области • Может использоваться для отслеживания заработной платы и компенсации, повышения квалификации на рабочем месте, производительности поставщика услуг, отсутствия на рабочем месте, надзора, имеющихся навыков для проведения конкретных вмешательств • Обычно требует меньших ресурсов, чем обследования домашних хозяйств • Может быть дополнена данными текущей отчетности (например, ежемесячной) по персоналу каждого учреждения (подобная статистика часто цитируется в официальных публикациях) 	<ul style="list-style-type: none"> • Обычно проводится редко и со специальными целями • Частные учреждения и практики часто не включаются в выборку • Общинные работники могут не охватываться • Может дважды подсчитываться персонал, работающий больше чем в одном учреждении • Поперечный (одномоментный) характер: не позволяет отслеживать вхождение в состав трудовых ресурсов и выход из него • Нет информации о безработных или профессиях, связанных с охраной здоровья, вне сектора здравоохранения (например, преподавателей, научных работников) • Различное качество данных, полученных в разных странах и в разное время

Источник	Сильные стороны	Ограничения
<p>Реестры оплаты труда государственных служащих</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставляет информацию о персонале, работающем в государственном секторе (подсчет работников и пересчет в эквиваленте полного рабочего дня) • Данные обычно аккуратно и регулярно обновляются (учитывая мощные правительственные финансовые стимулы для предоставления качественной информации; ее качество также может быть подтверждено благодаря использованию периодического аудита персонала) • Данные иногда могут быть дезагрегированы по возрасту, полу, месту работы, должности и тарифному разряду 	<ul style="list-style-type: none"> • Исключает тех, кто работает только в частном секторе (за исключением тех случаев, когда они получают государственную компенсацию) • В зависимости от типа реестра, может дважды подсчитываться персонал, работающий в двух местах, или исключаться нанятый на местном уровне персонал, который не получает заработную плату из централизованного источника • Во многих странах наблюдаются постоянные проблемы исключения теневых работников и платежей персоналу, который больше не является активным
<p>Реестры профессиональных регулирующих органов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивает подсчет всех зарегистрированных работников здравоохранения • Данные по вхождению в состав национальных кадров здравоохранения систематически обновляются • Данные, ак правило, можно дезагрегировать по возрасту, полу и иногда по месту работы • В зависимости от типа реестра, возможно отслеживание развитие карьеры и выход работников здравоохранения из состава активных трудовых ресурсов 	<ul style="list-style-type: none"> • Различный охват и качество данных, полученных в разных странах и в разное время в зависимости от характеристик и возможностей регулирующих органов • Обычно ограничивается работниками здравоохранения высокой квалификации

а. Теневые работники - это персонал, который формально получает заработную плату, но не предоставляет никаких услуг (в частности используется работниками здравоохранения в качестве стратегии по компенсации неудовлетворительной оплаты труда или условий труда).

Источник: Адаптировано из Diallo et al. (2) и Pond и Kinfu (5)

согласованности и достоверности результатов, оптимизации полученной информации и фактических данных и, в конечном итоге, для обеспечения лучшего качества измерений характеристик кадров здравоохранения (см. также главу 11). Учитывая разнообразие источников информации, особенно важно, чтобы данные, предназначенные для распространения, включали метаданные (или детали, относящиеся к определению, структуре и полноте охвата каждого результата: буквально - данные о данных), чтобы помочь понять контекст, в котором получена информация, и оценить ее пригодность для принятия конкретного решения (8).

3.4 Иллюстративный анализ

От того, как воспринимается проблема в области здравоохранения, зависит подготовка и предоставление соответствующих данных для поддержки принятия решений. Даже самые надежные результаты исследований могут оказаться бесполезными для разработчиков политики и лиц, принимающих решения, если они не представлены в том виде, в котором они могут их понять и использовать. Важнейший аспект оценки КРЗ – идентификация и критический обзор данных из наиболее подходящего источника (или источников), их синтез и представление на основе нескольких разработанных релевантных индикаторов. Окончательное представление данных будет меняться в зависимости от потребностей пользователей (уровень детализации и специфика

необходимых технических условий). Высказывалось мнение, что графики и карты могут отображать информацию так, что она становится более понятна для неспециалистов (9, 10).

Например, если дисбаланс географического распределения персонала здравоохранения рассматривается как фактор, сдерживающий процесс укрепления систем здравоохранения (что актуально почти для всех стран) (11), информация должна показать нюансы этого распределения (например, выделив регионы страны с более высокой по сравнению с более низкой плотностью работников здравоохранения). Переписи населения являются не только источниками данных, репрезентативных на национальном уровне, но и обладают преимуществами в отношении размеров выборки, которая позволяет провести разбивку данных на субнациональном уровне. Полученные при переписи данные о занятиях могут использоваться для картирования неравномерного распределения кадров здравоохранения, как показано на примере двух стран на рис. 3.2. Подобные данные могут также использоваться для расчета диапазона суммарных оценок дисбаланса рабочей силы (например коэффициента Джини или других индикаторов относительного неравенства) (12, 13).

Учитывая сравнительно длительный временной промежуток между переписями населения (обычно 10 лет), для оценки динамики трудовых ресурсов с целью планирования и мониторинга политики в отношении КРЗ на более короткие сроки, вероятно, лучше использовать данные обследований.

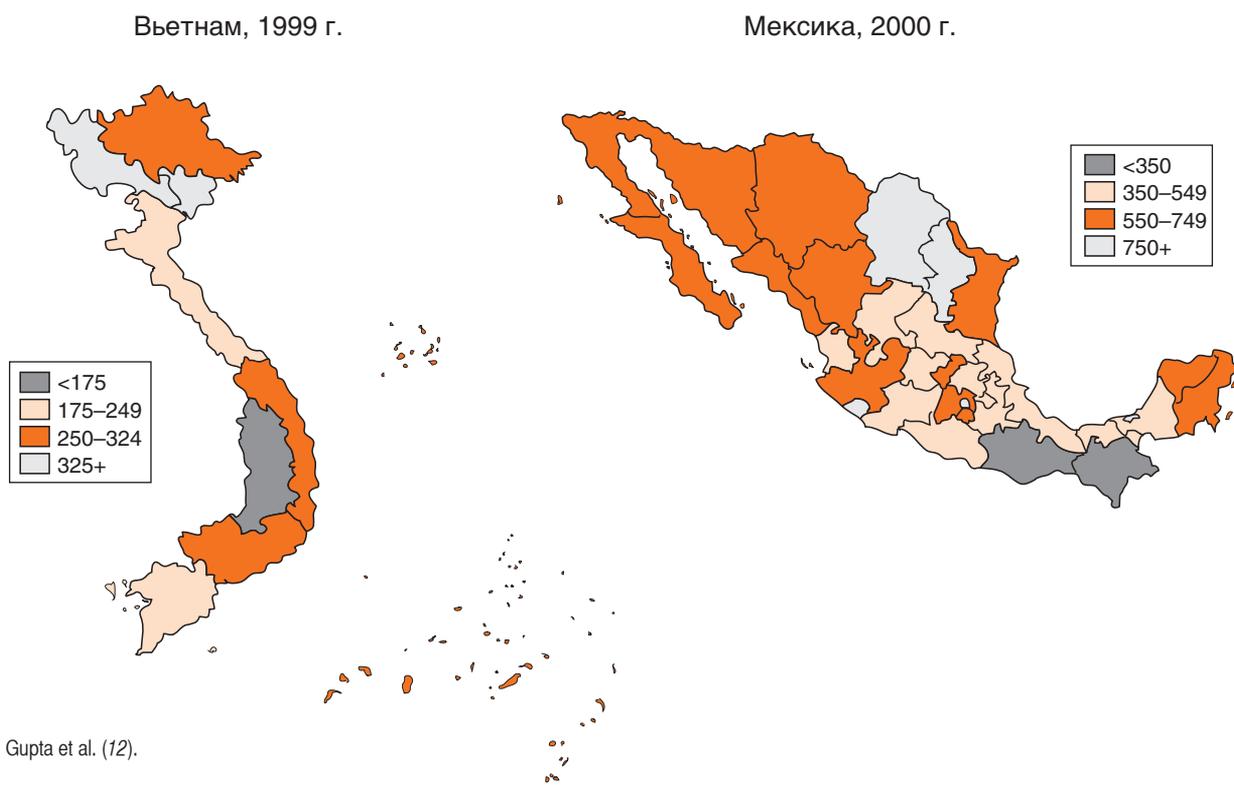
На рис. 3.3 представлены временные тенденции в структуре работников служб здравоохранения по широким профессиональным группам в Намибии, для определения которых использовались результаты многократных обследований трудовых ресурсов (14). Обследования рабочей силы и занятости имеют преимущество, так как позволяют учесть группу управленческих кадров и группу вспомогательного персонала, которые часто не учитываются при проведении анализа КРЗ, но играют важнейшую роль в обеспечении функционирования систем здравоохранения. С другой стороны, дезагрегация данных по специфическим подгруппам может быть ограничена из-за размера выборки; особенно это касается многих стран с низким уровнем доходов, где наблюдается наиболее серьезная нехватка работников здравоохранения. На основе статистических данных из «Глобального атласа трудовых ресурсов здравоохранения» (15) можно сделать заключение, что даже при более масштабных обследованиях (например с размером выборки порядка 0,6% от общей численности населения) в большинстве из 50 стран с самым низким уровнем обеспеченности медицинским персоналом можно было выявить лишь небольшое число квалифицированных медицинских кадров: меньше 20 врачей в трех четвертях этих стран и меньше 20 медсестер в половине из них.

Там, где имеющиеся данные оказываются недостаточными (особенно полученные из источников за пределами сектора здравоохранения), качественно разработанные и проведенные оценки учреждений здравоохранения могут предоставить более детальные данные для ситуационного анализа

КРЗ. Оценки, при которых собирается информация как об учреждении, так и о работниках, обеспечивает уникальную возможность для измерения определенных индикаторов рынка труда. В предлагаемом примере (рис. 3.4) при проведении оценки учреждений здравоохранения в Руанде проводился сбор данных по типу владения учреждением и источнику заработной платы работников, что позволило сделать перекрестные ссылки для определения доли персонала, работающего в учреждениях, классифицированных в данном секторе, но получающих заработную плату в другом. Подобное разграничение зачастую не проводится, но оно имеет решающее значение для точных расчетов индикаторов трудовых ресурсов здравоохранения (например, часто нанятые в учреждения, относящиеся к государственному сектору, подсчитываются как работники государственного сектора, что неточно отражает ситуацию) (16).

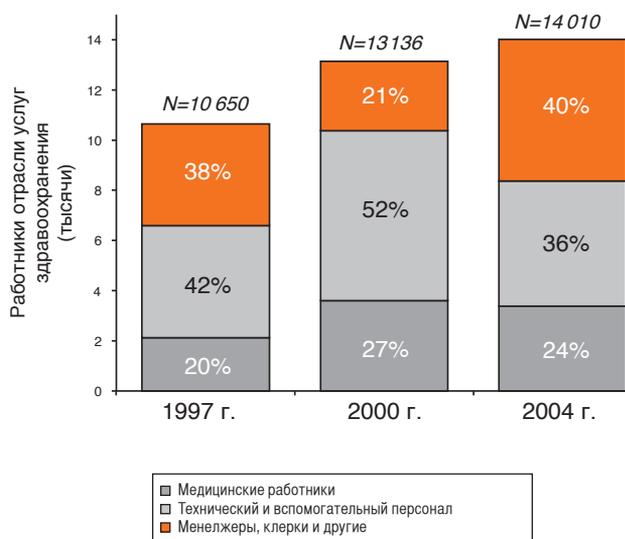
Наконец, на рис. 3.5 представлены объединенные результаты по демографическим характеристикам медсестринского персонала, полученные благодаря созданию электронной базы данных сестринских трудовых ресурсов в Кении. База данных содержит около 40 000 административных источников (предоставленных национальным регулирующим органом по медсестринским кадрам), охватывающих 45-летний период (17). Проанализированные данные свидетельствуют о доминировании младших медсестер по сравнению с их коллегами, прошедшими более специализированную подготовку, а также о феминизации профессии (за исключением сестринского персонала самой высокой квалификации, имеющих степень бакалавра сестринского

Рисунок 3.2 Географическое распределение работников здравоохранения (на 100 000 жителей) по данным переписей, проведенных во Вьетнаме и Мексике



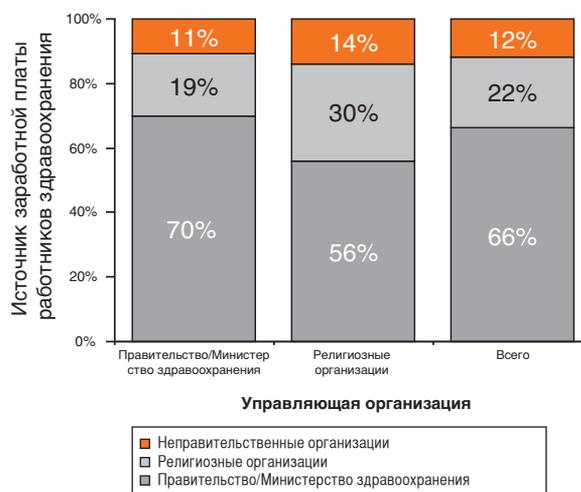
Источник: Gupta et al. (12).

Рисунок 3.3 Тенденции в распределении работников служб здравоохранения по основным профессиональным группам, обследования трудовых ресурсов Намибии, 1997–2004 гг.



Источник: Институт исследований в области государственной политики (14).

Рисунок 3.4 Распределение зарплат работников здравоохранению по их источнику в зависимости от формы владения учреждением, оценка учреждений здравоохранения Руанды, 2006 г.



Источник: Herbst и Gijbrecchts (16).

дела). В то же время, качество информации, полученной в Кении из этого источника, может вызывать сомнения. Хотя лицензирование и подтверждение лицензий медсестер являются в Кении обязательными как в государственном, так и в частном секторе, база данных не позволяет отслеживать выход из состава кадровых ресурсов по причине смерти, эмиграции или выхода на пенсию. Практически все информационные системы по КРЗ нуждаются в увеличении полноты и своевременности доступных данных, особенно необходимых для мониторинга запасов и потоков кадров здравоохранения, и это может быть еще более актуальным для большинства стран с низким и средним уровнем доходов, учитывая состояние их трудовых ресурсов.

3.5 Управление источниками информации по КРЗ и их использование: собрать все вместе

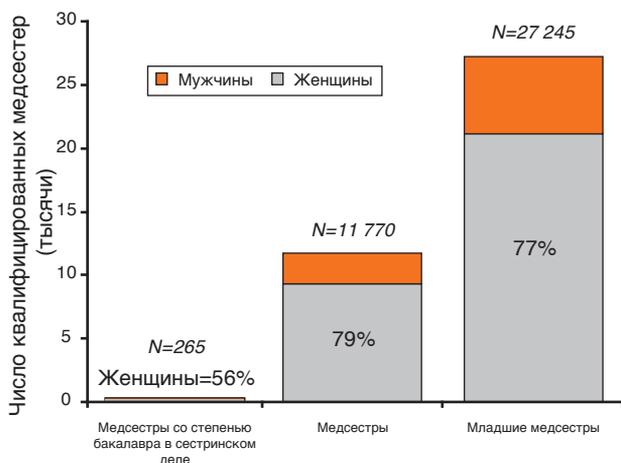
Все больше внимания уделяется на национальном и международном уровне необходимости получения новых улучшенных данных для планирования и мониторинга развития КРЗ как ключевого параметра укрепления систем здравоохранения. Однако во многих странах информация по кадрам здравоохранения фрагментирована, не соответствует потребностям и не предоставляется вовремя. Статистические данные, полученные из различных источников, не получают широкого распространения и их, как правило, недостаточно. Более того, даже в тех странах, где имеются качественные и надежные данные, информация не всегда используется для принятия решений.

Часто недостаток людских, технических и финансовых ресурсов усугубляет существующее неудовлетворительное

состояние информации и фактических данных по ситуации с кадрами здравоохранения. В большинстве стран с низким и средним уровнем доходов катастрофически не хватает информационных и коммуникационных технологий (например компьютерного оборудования и программного обеспечения для обработки и передачи информации), необходимых для внедрения полномасштабной информационной системы. При этом для укрепления информационных систем по КРЗ необходимо уделять внимание всем компонентам, не только инфраструктуре и технологиям, но и людям, которые нужны для сбора и использования данных. Необходим обученный персонал для сбора, регистрации и анализа данных по вопросам здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях (и даже в крупных учреждениях). Тем, кто обеспечивает информацией лиц, принимающих решения, может потребоваться специальная подготовка для укрепления их аналитических и презентационных навыков. Кроме того, обучающие семинары могли бы помочь разработчикам политики и их помощникам более эффективно выявлять и использовать данные высококачественных исследований.

Поддержка централизованной национальной базы данных по КРЗ (например на уровне министерства здравоохранения) является одним из потенциально эффективных средств по укреплению национальной системы мониторинга и оценки (18). Координационный механизм для этого подразделения будет идеально функционировать при наличии потенциала в следующих областях: текущая оценка наличия и качества данных; управление данными, их анализ и синтез; разработка национальных индикаторов; распространение информации и результатов исследований; адвокация и коммуникация, направленные на поддержку усилий в области мониторинга и оценки КРЗ; координация, поддерживающий надзор и

Рисунок 3.5 Гендерная и профессиональная структура сестринских кадров в Кении, база данных Сестринского совета Кении, 1960–2005 гг.



Источник: Riley et al. (17).

поддержка наращивания потенциала федеральных или областных и районных отделов, проводящих мониторинг и оценку; координация действий с международными партнерами и другими заинтересованными кругами. Отдел может участвовать в разработке и бюджетировании (процесс составления и принятия бюджетов и последующий контроль за их исполнением) национальной стратегии по мониторингу и оценке, а также в проектировании круга полномочий для технического консультирования. На децентрализованном уровне действия национальных и районных менеджеров по мониторингу и оценке могут включать поддержание обновленного реестра всех учреждений здравоохранения и поставщиков услуг здравоохранения; сбор текущих данных о работниках здравоохранения из различных источников, связанных и не связанных с охраной здоровья; проведение базового анализа данных; сообщение данных и содействие их использованию в процессе принятия решений.

Хотя не существует единого представления о том, как должна выглядеть лучшая модель системы информации и мониторинга кадров здравоохранения, много зависит от основных причин создания подобной системы. Важно уделять внимание планированию и мониторингу самой системы мониторинга (19). В процессе налаживания и использования системы необходимо не только очертить ее содержание, но и обозначить ее принадлежность и доступность, а также механизмы обеспечения безопасности данных и их регулярного обновления. Сложнее всего обеспечить информационные потребности всех заинтересованных кругов - от международного до районного уровня, придерживаясь при этом реалистичного подхода к практическим возможностям эксплуатации системы. Набор индикаторов, предложенный в таблице 3.1 выше, не является исчерпывающим или совершенным. Скорее, это попытка разработать концепцию мониторинга и оценки КРЗ, в которой будет уделяться внимание определенным на глобальном уровне проблемным областям развития трудовых ресурсов. Сбор и совместное

использование данных по таким стандартным индикаторам может быть полезным для межнационального анализа, позволяя министерствам здравоохранения ориентироваться на региональные и глобальные показатели деятельности и сравнивать, например, какие уровни услуг и результатов в отношении здоровья могут достигнуть другие страны, обладающие сходными людскими ресурсами. Необходимо рассмотреть, какие индикаторы выбрать на национальном и субнациональном уровнях, особенно учитывая, выполнимость и стоимость измерений, а также в зависимости от соответствующих, конкретных для каждой страны базовых уровней и целей.

Установлен ряд обязательных требований для создания и поддержания всесторонней информационной системы по кадрам здравоохранения, а именно:

- принять политическое решение по превращению мониторинга ситуации с КРЗ в национальный приоритет;
- определить четкие ориентиры и целевые показатели в рамках национального стратегического плана по КРЗ, каждый из которых связан с соответствующим индикатором и установленным минимальным набором данных для их измерения;
- создать благоприятные условия работы для укрепления информационной системы по кадрам здравоохранения;
- нанять и подготовить необходимое количество персонала для создания и внедрения информационной системы, а также управления ею;
- привлечь к процессу всех ключевые заинтересованные стороны, начиная с первых стадий планирования.

Некоторые из возможных индикаторов для контроля внедрения системы информации и мониторинга КРЗ, а также потенциальные способы контроля представлены в таблице 3.3 (10, 20–22). Эти индикаторы могут не требовать специального цифрового выражения, но они определяют практическую ценность информационной системы при предоставлении поддержки в разработке основанной на фактических данных политики в области КРЗ, принятии решений о выделении бюджетных средств, управлении и подотчетности; они позволяют делать это прозрачно и открыто, что создает оптимальные условия для участия заинтересованных сторон. Если большинство национальных и международных заинтересованных кругов считают данные информационной системы надежными и обоснованными и систематически используют их для принятия решений, это будет главным показателем оценки ее работы.

3.6 Резюме и выводы

Во всем мире растет обеспокоенность относительно наличия работников здравоохранения, необходимого для поддержания эффективных систем здравоохранения сегодня и в будущем (23). Недосток надежной и актуальной информации по многим аспектам КРЗ, включая профессиональную структуру, источники и уровни компенсации, феминизацию трудовых ресурсов и даже базовый запас кадров, серьезно ограничивает возможность разработки основанных на доказательствах стратегий по решению проблемы кризиса трудовых ресурсов на национальном и международном уровнях.

Данные и факты необходимы для обоснованного обсуждения, определения приоритетов и принятия решений странами и другими заинтересованными кругами. Даже во многих странах с низким уровнем доходов существуют многочисленные потенциальные источники информации, которые, однако, недостаточно используются при проведении исследований в области здравоохранения. Началом любого исследования, касающегося ситуации с КРЗ, должен быть тщательный обзор существующих источников стандартных статистических данных, в том числе тех, которые находятся за рамками сектора здравоохранения и редко используются менеджерами и лицами, осуществляющими планирование в системе здравоохранения: популяционные статистические данные, исходящие из бюро по проведению переписи и центральных статистических бюро; разрешения на работу из департаментов труда; налоговые декларации из налоговых инспекций и другие. При принятии решений необходимо опираться на данные метаанализа или данные, полученные при изучении нескольких информационных источников. В идеале источники данных по КРЗ должны быть интегрированы в одну всеобъемлющую информационную систему, где текущие административные регистрационные документы дополняются регулярно проводимыми обследованиями населения и учреждений, а также переписями.

Однако оптимизации использования подобных источников может помешать дихотомия, которая часто существует между теми, кто предоставляет данные, и их потенциальными пользователями. В частности, хотя переменные, относящиеся к занятию и месту работы, обычно являются неотъемлемой частью переписей населения и вопросников для проведения обследований трудовых ресурсов, часто при распространении окончательных результатов используются классификации, которые не позволяют определить, чья профессия связана со здравоохранением или кто работает в индустрии здравоохранения. Даже, когда используется сходные источники, результаты часто не позволяют проводить сравнения между странами и во времени из-за различий в использованных классификациях занятий, образования и отраслей.

По существу, мониторинг и оценка КРЗ требует качественного сотрудничества между министерством здравоохранения и другими секторами, которые могут быть надежными источниками информации, в частности, с центральным статистическим бюро, министерством образования, министерством труда, органами профессионального лицензирования и сертификации и отдельными учреждениями здравоохранения и по подготовке кадров здравоохранения. В идеале, необходимо заранее обеспечить приверженность, чтобы определить пути использования данных. Дискуссии между представителями министерства здравоохранения, центрального статистического бюро и другими заинтересованными кругами, такими как профессиональные ассоциации и партнеры в области развития, рекомендуется проводить с самого начала, чтобы разработать план по гармонизации данных, их опубликованию и использованию с учетом временных рамок для сбора и обработки данных и информационных потребностей разработки стратегий и планирования по КРЗ.

Таблица 3.3 Выбранные индикаторы и методы контроля внедрения и использования национальной системы информации и мониторинга по КРЗ для поддержки принятия решений

Индикатор	Описание	Временные рамки	Потенциальные методы контроля
Индикаторы качественного управления информационной системой по КРЗ			
Наличие действующей национальной стратегии с четкими целями, индикаторами и целевыми показателями для планирования и управления КРЗ	Разработана национальная стратегия по КРЗ, включая набор индикаторов и контрольных цифр, отвечающим параметрам SMARTa, с бюджетированным приоритизированным планом действий по внедрению и мониторингу на национальном и субнациональном уровнях	Начиная с первых этапов планирования национальной стратегии по КРЗ	Национальная стратегия по КРЗ, ключевые источники информации (например, министерство здравоохранения, министерство планирования)
Наличие консультативного органа для контроля внедрения системы информации и мониторинга по КРЗ в соответствии с национальной стратегией	Регулярные встречи и консультации национальных и международных заинтересованных кругов в области здравоохранения, развития и управления информацией для направления и контроля внедрения системы информации и мониторинга по КРЗ	Начиная с первых этапов планирования национальной стратегии по КРЗ	Отчеты о прогрессе в осуществлении национальной стратегии по КРЗ, отчеты/стенограммы заседаний консультативного органа, ключевые источники информации (например, министерства, агентства, организации, ассоциации, НПО, частные инициативы)
Наличие действующего национального координационного механизма для системы информации и мониторинга КРЗ	Наличие национального координационного механизма со специальным отделом, имеющим надлежащие ресурсы (людские, финансовые и технические) для разработки, внедрения и мониторинга информационной системы.	Начиная с первых этапов планирования системы информации и мониторинга по КРЗ	Отчеты о прогрессе в осуществлении национальной стратегии по КРЗ, стенограммы заседаний координационного механизма, ключевые источники информации
Информационная система по КРЗ существует и используется для принятия решений по КРЗ на всех уровнях	Содержимое информационной системы по КРЗ используется для информирования принятия решений руководящими органами в области здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях на регулярной основе (например при ежегодном планировании и обзоре системы управления)	На протяжении всего процесса внедрения системы информации и мониторинга по КРЗ	Отчеты о прогрессе в осуществлении национальной стратегии по КРЗ, ключевые источники информации
Индикаторы укрепления информационной системы по КРЗ			
Своевременность системы информации и мониторинга по КРЗ	Национальная система информации и мониторинга заполняется данными на субнациональном и национальном уровне на регулярной основе (например ежеквартально/ежегодно)	На протяжении всего процесса внедрения системы информации и мониторинга по КРЗ	Отчеты о распространении информации, ключевые источники информации (например министерство здравоохранения, районные руководители здравоохранения, профессиональные органы/ассоциации, частные поставщики)
Контроль качества системы информации и мониторинга по КРЗ	Комплексный обзор всех имеющихся источников данных по КРЗ, проведенный и использованный для обновления и калибровки национальной системы информации и мониторинга КРЗ на регулярной основе (например каждые два года/каждые пять лет)	На протяжении всего процесса внедрения	Отчеты о распространении информации, ключевые источники информации (например министерство здравоохранения, министерство труда, центральное статистическое бюро)
Согласованность системы информации и мониторинга по КРЗ	Для всех индикаторов и данных в системе информации и мониторинга по КРЗ используется общий набор определений и классификаций, что позволяет проводить соответствующие сравнения во времени, между источниками и на международном уровне	На протяжении всего процесса внедрения	Отчеты о распространении информации, международные стандартные классификации (МСКЗ, МСКО и т.д.)
Дезагрегация данных системы информации и мониторинга по КРЗ	Все соответствующие индикаторы в рамках системы информации и мониторинга по КРЗ могут быть дезагрегированы по кадровому составу, полу, географическому району, сектору или другим характеристикам	На протяжении всего процесса внедрения	Отчеты о распространении информации

a. SMART = специфические, измеряемые, достижимые, актуальные и ограниченные во времени.

Источник: Адаптировано на основе следующих источников: Сеть измерения показателей здравоохранения (10), Всемирная организация здравоохранения (20), Capacity Project (21) и Islam (22).

Библиография

1. Chankova S, Kombe G, Muchiri S et al. *Rising to the challenges of human resources for health in Kenya: developing empirical evidence for policy making*. Bethesda, MD, Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., 2006 (<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1654>, accessed 11 January 2009).
2. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human resources for health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
3. World Health Organization and University of Technology Sydney. *WHO human resources for health minimum data set*. Manila, WHO Western Pacific and South-East Asia Regional Offices, 2008 (http://www.who.int/hrh/documents/hrh_minimum_data_set.pdf, accessed 11 January 2009).
4. Dovlo D. Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6>, accessed 11 January 2009).
5. Pond B, Kinfu Y. *Health workforce statistics: summary on data sources*. Presented at the World Health Organization/Health Metrics Network Technical Working Group Meeting on Health Workforce Statistics, Geneva, 11–13 July 2006.
6. Hussmanns R, Mehran F, Verma V. *Surveys of economically active population, employment, unemployment and underemployment: an ILO manual on concepts and methods*. Geneva, International Labour Office, 1990.
7. Lindelow M, Wagstaff A. Assessment of health facility performance: an introduction to data and measurement issues. In: Amin S, Das J, Goldstein M, eds. *Are you being served? New tools for measuring service delivery*. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/F6KIIIC0700>, accessed 11 January 2009).
8. Pencheon D. *The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators*. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>, accessed 11 January 2009).
9. MEASURE Program Dissemination Working Group. *Connecting people to useful information: guidelines for effective data presentations*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD41/OD41LG.pdf>, accessed 11 January 2009).
10. *Strengthening country health information systems: assessment and monitoring tool (version 2.00)*. Geneva, Health Metrics Network, 2007 (<http://www.who.int/healthmetrics/support/tools>, accessed 11 January 2009).
11. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 2006, 4:12 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>, accessed 11 January 2009).
12. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11 (<http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11>, accessed 11 January 2009).
13. Anand S, Fan VY, Zhang J et al. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. *Lancet*, 2008, 372:1774–1781.
14. *Economic database*. Windhoek, Institute for Public Policy Research, 2007 (<http://www.ippr.org.na/database.php>, accessed 11 January 2009).
15. *Global atlas of the health workforce: August 2007 revision*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp, accessed 11 January 2009).
16. Herbst CH, Gijbrecchts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Rwanda: analysis of the 2005/06 health worker census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
17. Riley PL, Vindigni SM, Arudo J et al. Developing a nursing database system in Kenya. *Health Services Research*, 2007, 42(3):1389–1405.
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Monitoring and evaluation capacity building for program improvement: field guide*. Atlanta, GA, United States Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program, 2003.
19. Mackay K. *How to build M&E systems to support better government*. Washington, DC, World Bank, 2007 (http://www.worldbank.org/oed/eecd/better_government.html, accessed 11 January 2009).
20. *Establishing and monitoring benchmarks for scaling up health workforce education and training*. Report prepared for the Global Health Workforce Alliance/Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Geneva, World Health Organization, 2007.
21. *HRH Action Framework*. Capacity Project (<http://www.capacity-project.org/framework>, accessed 10 January 2009).
22. Islam M, ed. *Health systems assessment approach: a how-to manual*. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2007 (<http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/>, accessed 11 January 2009).
23. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009).

4

Концепция и параметры измерения для мониторинга вхождения в состав кадров здравоохранения

KATE TULENKO, GILLES DUSSAULT, HUGO MERCER

4.1 Введение

Одной из основных причин дефицита и неравномерного распределения работников здравоохранения в стране является недостаточный уровень вхождения в рынок труда необходимого числа людей, имеющих соответствующий уровень образования и подготовки. При этом в большинстве стран имеется мало данных по вхождению работников в состав кадров здравоохранения, доступных для использования системой образования или министерством здравоохранения, что ослабляет способность системы здравоохранения реагировать на изменения состояния рабочей силы на рынке труда или разрабатывать эффективные стратегии в отношении кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ). Измерение вхождения в состав кадровых ресурсов и отслеживание последующей деятельности имеют крайне важное значение для планирования, управления и контроля качества кадров здравоохранения в стране. Сбор актуальной, точной и всесторонней информации по вхождению работников здравоохранения в состав кадровых ресурсов чрезвычайно важно для планирования предоставления медицинских услуг и реформирования политики в области здравоохранения. Также важно, чтобы помимо обычно регистрируемого простого показателя числа выпускников, получивших образование в области здравоохранения (см. также главу 3 этого Руководства), были хорошо поняты факторы, сопровождающие их вхождение в состав трудовых ресурсов страны. Наличие исходных и текущих данных позволяет лицам, принимающим решения, следить за ходом вмешательства и периодически их корректировать. Это имеет решающее значение, поскольку для внедрения изменений требуются многие годы, а их влияние может ощущаться десятилетиями и включать перераспределение или дополнительное выделение значительных средств. В планировании КРЗ помимо министерства здравоохранения участвуют другие сектора (в том числе министерство образования, труда и финансов, профессиональные регулирующие органы и частный сектор). Исходя из этого, для обсуждения политики с профессиональными ассоциациями и партнерами в области развития необходимы надежные системы информации и мониторинга, позволяющие отслеживать тенденции в области образования, занятости и регулирования трудовых ресурсов здравоохранения; предоставлять помощь руководителям и разработчикам политики в принятии решений и формировать надежную базу фактических данных.

В этой главе исследуются методы, используя которые можно осуществлять мониторинг и оценку вхождения в трудовые ресурсы здравоохранения, а также формулировать и оценивать стратегии и программы, направленные на решение проблем нехватки и неадекватного распределения работников здравоохранения. В ней также определен набор ключевых индикаторов и изучены уже использовавшиеся и новые источники данных для их измерений. Задача состоит в том, чтобы содействовать исследователям, руководителям, разработчикам политики и другим заинтересованным кругам в определении, получении и использовании данных, которые имеют решающее значение для проведения тщательного анализа и планирования кадров здравоохранения, рассматривая следующие вопросы: Что должно измеряться? И как измерять?

Для целей этой главы «вхождение» означает включение в пул работников, доступных в стране для найма в секторе здравоохранения. Вхождение не обязательно означает найм; оно означает лишь соответствие критериям найма и желание быть принятым на работу. Рассматриваются все поставщики медицинских услуг, которым для найма на работу требуется профессиональное образование и подготовка в области, связанной со здравоохранением, включая медицинский персонал, работников общественного здравоохранения, общинных медико-санитарных и лабораторных работников. К тем, кто не учитывается, относятся: «самопровозглашенные» традиционные знахари, торговцы различными снадобьями и другие лица, не имеющие формальной подготовки, работающие в неформальном секторе здравоохранения или работающие нелегально; лица, которые работают в не относящемся к здравоохранению секторе; квалифицированные поставщики медицинских услуг, которые не работали ранее, но которые теперь вновь выходят на рынок трудовых ресурсов здравоохранения. Некоторые из этих вопросов будут обсуждаться в главе 5.

Важно иметь в виду, что решения, которые принимаются в отношении вхождения работников в состав кадров здравоохранения, затрагивают не только общую численность работников. Неравномерное географическое распределение (часто в пользу городских районов по сравнению с сельскими и в пользу богатых районов по сравнению с бедными) частично может быть отнесено за счет факторов образования и подготовки перед началом профессиональной деятельности. Это включает набор недостаточного числа студентов,

обладающих характеристиками, которые повлияют на то, что в будущем они станут работать в местных сообществах, где наблюдается недостаточный уровень предоставляемых услуг; подготовку персонала, чьи навыки не соответствуют потребностям таких сообществ; недостаточное приобщение студентов во время подготовки к работе в медицинских учреждениях и сообществах, где наблюдается нехватка служб и специалистов; неспособность внушить студентам чувство профессионального долга перед сообществами, где не хватает служб и специалистов, и изменить представления студентам о том, что работа в таких сообществах менее престижна и имеет меньше финансовых перспектив (2–5). Расположение образовательных учреждений, как оказалось, также связано с выбором выпускниками места работы (6–8). Кроме того, решения на этапе вхождения в состав кадровых ресурсов могут влиять на общий фонд заработной платы в сфере здравоохранения: например подготовка большего количества работников первичной медико-санитарной помощи и общинных работников здравоохранения, чем специалистов, может вылиться в меньшую стоимость оплаты труда на единицу предоставленных услуг здравоохранения.

Кроме этого введения глава содержит три раздела: концепция мониторинга вхождения в состав кадровых ресурсов; измеряемые параметры; резюме и выводы.

4.2 Концепция мониторинга вхождения в состав кадровых ресурсов

В этом разделе предлагается концептуальная структура, в которой процесс вхождения в состав кадровых ресурсов разделен на семь отдельных, связанных между собой компонентов. Исследуется каждый из компонентов и обсуждается его значение для политики. Эта структура является развитием составляющих, связанных с образованием, подготовкой и иммиграцией КРЗ, входящих в общую концепцию трудовой деятельности, разработанной Всемирной организацией здравоохранения (9) и представленной в первой главе этого Руководства (см. раздел 1.4). Сведения о производстве работников здравоохранения и их наличии могут рассматриваться как канал отслеживания процессов, относящихся к подготовке работников здравоохранения и развитию образовательных учреждений, с промежуточными результатами каждого из компонентов этой структуры, “питающими” следующий (рис. 4.1) (9–11). Будет изучено то, как каждый из компонентов этого процесса можно измерить и оценить.

К этим семи компонентам относятся: (i) пул кандидатов, отвечающих критериям получения образования и подготовки в области здравоохранения; (ii) набор и отбор студентов; (iii) аккредитация учреждений образования и подготовки; (iv) проектная мощность учреждений образования и подготовки и выпуск специалистов; (v) миграция квалифицированных работников здравоохранения в страну; (vi) сертификация и лицензирование регулируемых поставщиков услуг (подготовленных в стране или за ее пределами); (vii) наем подготовленных работников на работу. В контексте этой главы образование работников здравоохранения относится к профессиональному образованию и подготовке, полученным

в области здравоохранения до начала работы в отличие от подготовки на рабочем месте для повышения квалификации работников, уже нанятых в индустрии здравоохранения (далее “дослужебная” и “внутрислужебная” подготовка; прим. перев.). Наглядный пример мониторинга внутрислужебной подготовки будет представлен в главе 7.

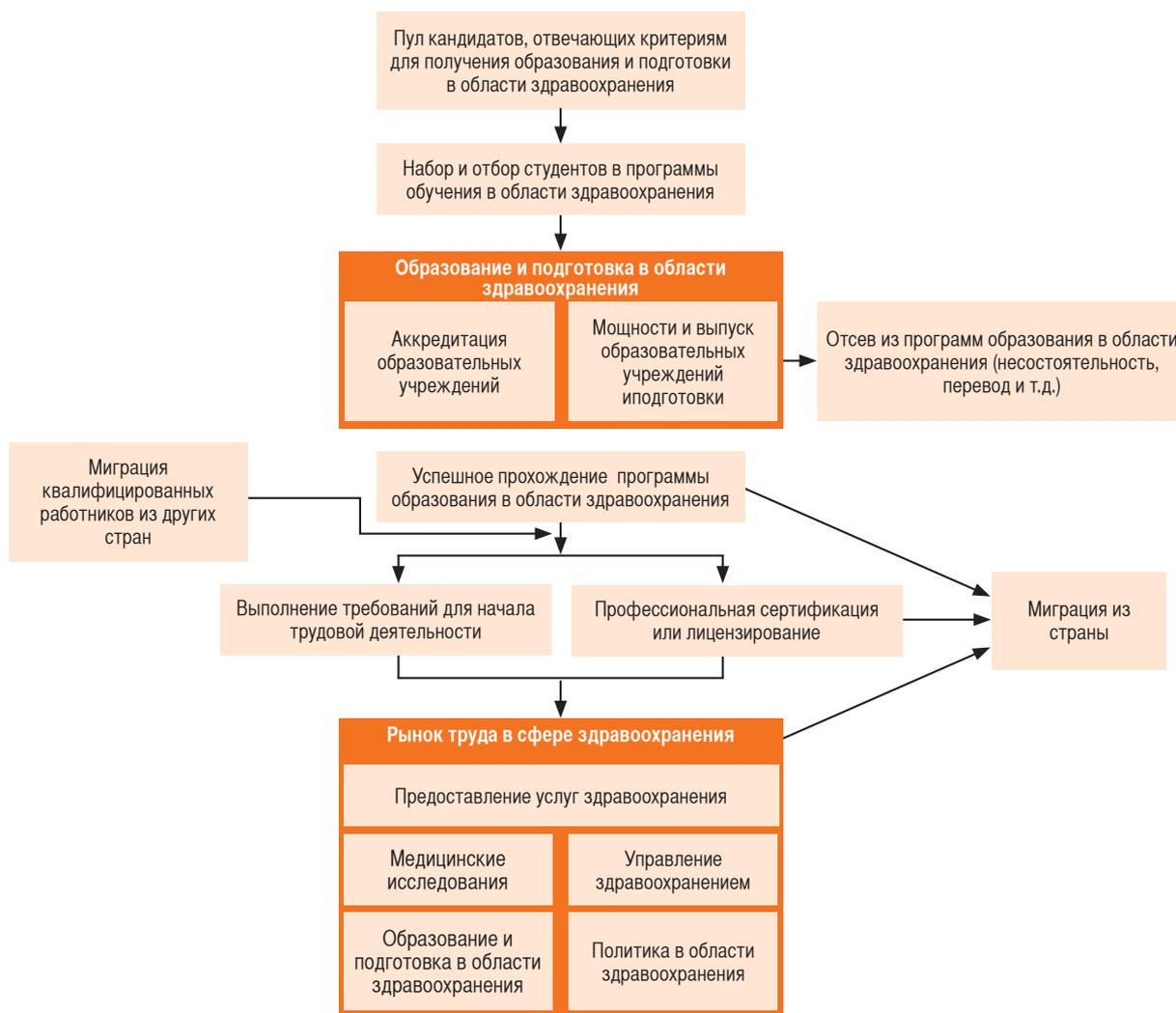
4.2.1 Пул кандидатов, обладающих необходимым образованием для поступления в медицинские учебные заведения

В каждой стране размер пула кандидатов, из которых учебные заведения в области здравоохранения набирают своих студентов, зависит в основном от критериев приема каждой программы подготовки и качества системы начального и среднего школьного образования. Для программ высшего образования, которые выпускают основную часть высококвалифицированных медицинских работников, этот пул традиционно состоял из лиц, которые закончили второй этап среднего образования – эквивалент ступени 3 Международной стандартной классификации образования (12) – и имеют высокий уровень подготовки в области естественных наук.

Осознавая, что существует потребность в местных кадрах, которые могут предоставлять базовые услуги по профилактике и лечению, а также направлять пациентов к специалистам, (особенно в сообществах, где наблюдается нехватка служб и специалистов), отдельные страны признали, что их требования к приему в некоторые программы подготовки в области здравоохранения являются излишне строгими, и сделали критерии приема в большей степени соответствующими обязанностям работников. Пул кандидатов, соответствующих критериям приема, был расширен для включения тех, кто не получил диплома об окончании второй ступени среднего образования, или тех, кто не имеет высокого уровня подготовки в области естественных наук. Например, чтобы увеличить уровень удержания медсестер в сельских районах Пакистана, Школа сестринского дела Университета Ага Хана разработала программу, в которую набирали девушек, закончивших сельские школы, но фактически получивших только среднее образование первой ступени из-за слабого уровня подготовки в их бедных ресурсами школах. Корректирующая программа позволила быстро поднять уровень их знаний до соответствующего требованиям поступления в сестринскую школу, и они были приняты для обучения по обычной программе сестринского дела вместе со своими сверстниками, которые закончили городские средние школы (13).

Вопрос, касающийся пула отвечающих критериям кандидатов, является одним из самых недооцененных вопросов политики в отношении КРЗ, в результате чего немногие министерства здравоохранения имеют точные данные или эффективные стратегии в отношении кандидатов, отвечающих критериям приема в медицинские учебные заведения. Соответствующие данные и их анализ позволят разработать или скорректировать стратегии, касающиеся требований приема студентов, в большей степени соответствующих ситуации в стране; можно начать проведение программ аутич, чтобы повысить интерес учеников старших или других классов школ к медицинской профессии; можно также организовать

Рисунок 4.1. Концепция мониторинга вхождения в состав кадров здравоохранения



Источники: Адаптировано из документа ВОЗ (9), Allen et al. (10) и Dussault et al. (11).

в школах подготовительные программы. В других случаях анализ может показать, что необходимы более масштабные изменения в программах младшей и средней школы, чтобы соответствующим образом подготовить учащихся к карьере в области здравоохранения.

4.2.2 Набор и отбор студентов

Во многих странах с низким и средним уровнем доходов, особенно в тех, где существуют только государственные медицинские учебные заведения, набор студентов остается пассивным процессом. Учебные заведения могут размещать объявления о наборе на публичных досках объявлений, но в целом проводится мало выездной работы с потенциальными студентами. С политической точки зрения, должна быть исследована необходимость в активном наборе для корректировки гендерного, экономического, этнического, городского, сельского и регионального дисбаланса. Также нужно рассмотреть возможность предоставления помощи потенциальным студентам в выборе ими учебного заведения и в заполнении заявлений о поступлении, что может

особенно пугать молодых людей из ущемленных социально-экономических групп или социально неблагополучных сообществ, которые могут быть первыми в своих семьях, поступающими в высшее учебное заведение.

Набор студентов с учетом их мотивации и желания посвятить себя медицине может помочь удержанию работников. Фактические данные, полученные при наблюдательном исследовании медсестер и врачей в Эфиопии, показали, что, по результатам самооценки, студенты с более высокими уровнями альтруизма (оценивался по готовности помогать бедным) были согласны работать в сельских районах, получая более низкий бонус за работу в этих условиях; они же с большей вероятностью сообщали о том, что не отказались от этого намерения, при повторном опросе через два года (4). Исследование миграции работников здравоохранения из Ганы в Соединенное Королевство и США показало, что многие медсестры и врачи решили получить медицинскую профессию с желанием эмигрировать, и что карьера в области здравоохранения часто рассматривалась ими как возможность покинуть Гану (14).

4.2.3 Аккредитация медицинских учебных заведений

Все медицинские учебные заведения, государственные или частные, должны получать аккредитацию для обеспечения соответствия работников здравоохранения и их навыков потребностям страны в этой области, а также обеспечить качество предоставляемого образования. Процесс аккредитации должен стимулироваться национальной политикой в области здравоохранения и проводиться с обеспечением социальной ответственности при одновременной поддержке независимости аккредитационного агентства (15, 16). Механизм аккредитации заключается, прежде всего, в формальном признании учебных заведений представительным органом (часто на национальном или иногда на субрегиональном уровне); это означает, что соблюдены определенные, заранее установленные образовательные требования (охватывающие такие аспекты как квалификация преподавателей, учебная программа и чередование различных видов клинической практики). Затем следует периодически проводимая оценка для обеспечения поддержания установленных стандартов. Элементы, отвечающие требованиям процессов аккредитации и обеспечения качества медицинских образовательных учреждений, включают: официальный мандат и непрерывность решения аккредитационного агентства; социальную ответственность; независимость от правительства и поставщиков услуг; прозрачность; заранее установленные общие и специфические критерии стандартов образования; процедуры с использованием комбинации оценки, проведенной самим учреждением, и визитов в учреждения внешних аудиторов; публикацию отчетов и решений (17).

Потенциальное использование данных аккредитации для поддержки решений включает: выявление методов работы высококачественных и эффективных учебных заведений, которые могут быть воспроизведены в других учебных заведениях; выявление учреждений низкого качества, которые требуют повышенного внимания. Большое число учебных заведений, не соответствующих стандартам первоначальной и повторной аккредитации, может указывать на то, что необходимо улучшить управление этими учреждениями, что стандарты являются нереалистично завышенными или что в учебных заведениях недостаточно ресурсов.

Существуют препятствия на пути эффективного использования данных аккредитации. В Гане было обнаружено, что медицинские учебные заведения не получали копий своих аккредитационных заключений и что эти отчеты не были опубликованы (18). Другим препятствием является то, что во многих странах отсутствует аккредитационный орган, а если он имеется, то у него недостаточно ресурсов. Необходимо содействовать национальной и региональной политике, направленной на укрепление процесса аккредитации медицинских учебных заведений как метода обеспечения качества предоставления услуг здравоохранения.

4.2.4 Потенциал образовательных и подготовительных учреждений и их производительная мощность

Потенциал для осуществления дослужебной подготовки работников здравоохранения включает: физическую

инфраструктуру (например, аудитории, лаборатории, библиотеки, клиники для прохождения интернатуры, общежития); людские ресурсы (количество и качество преподавателей и вспомогательного персонала), финансовые ресурсы, организационный и операционный потенциал (структура и процессы управления), а также другие, не связанные с инфраструктурой физические ресурсы (педагогические инструменты, справочные пособия и журналы, компьютерное оборудование) (11). Учебные заведения, осуществляющие подготовку работников здравоохранения (аккредитованные или нет), могут значительно различаться по потенциалу, и во многих случаях само учебное заведение может не знать, какими мощностями или потенциальными мощностями оно обладает.

Различные составляющие потенциала определяют их общую производительную мощность учебного заведения: число, тип и качество подготовки выпускников. Объединение данных, относящихся к производительной мощности, и данных о финансировании может использоваться, чтобы подсчитать, сколько стоит подготовка работника здравоохранения каждого типа и оценить, сколько будет стоить подготовка дополнительных работников на основе существующего потенциала.

Для целей политики чрезвычайно важно проводить мониторинг каждого из компонентов потенциала и производительной мощности. Опираясь на информацию об излишках или нехватке различных кадров в составе активных трудовых ресурсов, институциональный потенциал по производству новых работников здравоохранения может быть уменьшен или увеличен; или могут быть разработаны программы подготовки новых кадров здравоохранения. Эта информация может использоваться для определения конкретных узких мест институционального потенциала, чтобы при необходимости быстрого увеличения производства кадров его можно было увеличить в максимально сжатые сроки.

4.2.5 Иммиграция подготовленных работников здравоохранения

Страны с более высокой заработной платой, лучшими условиями труда и более высоким качеством жизни обычно привлекают работников здравоохранения из других стран. Для того чтобы на законных основаниях работать по специальности в стране-реципиенте кадров, мигранты должны получать рабочие визы, а для определенных специальностей поставщиков медицинских услуг – лицензию или сертификацию соответствующего регулирующего органа.

Варианты политики в области миграции для стран-экспортеров или стран-реципиентов кадров включают: регулирование числа виз, выделенных для работников здравоохранения; уровень содействия в получении виз и в ускорении этого процесса; и уровень активности по международному найму персонала, разрешенный правительством государственному и частному сектору (19). Стратегии и практика могут быть активными, например, когда правительство публикует объявления в других странах, направляет рекрутеров или заключает двусторонние соглашения с другими странами, или пассивными, когда работники здравоохранения рассматриваются как все остальные люди, которые обращаются за получением визы по собственному желанию.

Для стран-экспортеров альтернативы могут включать увеличение финансирования подготовки работников здравоохранения для обеспечения спроса за рубежом и стратегии по обеспечению возвращения (20). Заслуживает внимания принятая в Филиппинах политика по оказанию поддержки международной миграции медсестер во многие страны-реципиенты. В рамках стратегии по управлению миграцией Филиппины договариваются о числе работников, которое получат страны-реципиенты кадров и об условиях их работы (примерами являются соглашения, подписанные с Соединенным Королевством в 2003 г. и с Японией в 2006 г.). Это может рассматриваться как взаимовыгодный для обеих стран процесс, так как он позволяет как Филиппинам, так и стране-реципиенту кадров проводить долговременное планирование состава сестринских кадров и свести к минимуму внезапные резкие изменения (21). С другой стороны, неожиданные (и нежелательные) побочные эффекты подобной стратегии могут заключаться в том, что она является стимулом для преподавателей сестринского дела уехать из страны, а для врачей и других работников здравоохранения - переквалифицироваться в медсестер для повышения своих шансов на эмиграцию (22), что ослабляет систему здравоохранения, особенно в сельских районах.

Повышенное внимание уделяется включению этических кодексов практики в практическую деятельность на национальном уровне (20). Альтернативные варианты политики, рассматриваемые странами, должны включать право отдельных работников на миграцию и отказ от неэтичных методов найма, которые эксплуатируют работников здравоохранения или вводят их в заблуждение, заставляя соглашаться на трудовые обязанности и условия труда, которые не соответствуют их квалификации, навыкам и опыту (23, 24). Страны-реципиенты должны со своей стороны признать, что поток международной миграции квалифицированных работников здравоохранения происходит, как правило, из более бедных в более богатые страны, которые получают ценные ресурсы без затрат на их образование и подготовку.

4.2.6 Аккредитация и лицензирование поставщиков медицинских услуг

Страны используют сертификацию и лицензирование для контроля качества практикующих в них медицинских работников и для контроля размера рынка труда в области здравоохранения. Сертификация и лицензирование целенаправленно отсеивают неквалифицированных работников, так как те работники, чьи знания и навыки не соответствуют минимуму требований для их профессии, могут принести пациентам больше вреда, чем пользы, и подорвать доверие населения к системам здравоохранения, особенно к услугам, предоставляемым государством. Условия сертификации и лицензирования могут варьироваться для различных специальностей и стран, и это отражается на том, как собирать данные. Для некоторых специальностей качество отдельного работника контролируется окончанием аккредитованного учебного заведения, а для других требуется успешная сдача национального квалификационного экзамена. Кроме того, на потенциальные усилия по мониторингу и оценке может влиять тот факт, что профессиональная сертификация обычно не должна возобновляться, тогда как лицензию, как

правило, необходимо периодически подтверждать на основе определенных критериев (таких как сдача подтверждающего квалификацию экзамена, демонстрация документа о повышении квалификации, занятость в соответствующей области или просто оплата лицензионных взносов) (25).

Мониторинг тенденций, наблюдающихся в количественных показателях прохождения профессиональной квалификации и лицензирования и частоте успешных результатов, может помочь в выявлении различных проблем в процессе вхождения в состав кадровых ресурсов. Например повышение частоты несданного экзамена на получение лицензии может указывать на недостатки в программах подготовки или на то, что экзамены не соответствуют изменениям и инновациям в клинической практике. Другой стратегический вопрос, который может потребовать решения, – возможные противоречивые критерии контроля качества, существующие у правительства, отдельных учебных заведений и органов, регулирующих профессиональную деятельность. В некоторых случаях выпускники успешно сдают институциональные квалификационные тесты, но терпят неудачу на сертификационном экзамене профессиональной ассоциации, что указывает на несоответствие уровня квалификации и знаний, которые ожидаются на уровне учреждений и на уровне ассоциаций. Это указывает на необходимость установить и использовать общие стандарты для всей страны и согласовать программы подготовки с требованиями в области профессиональных знаний и навыков.

При ожидаемом глобальном увеличении производства кадров первичного звена (например общинных работников здравоохранения и помощников медсестер, которые, как правило, получают сертификацию, а не лицензию) исключительно важно повысить качество мониторинга процесса сертификации. Следует ожидать такого увеличения, так как многие страны, где наблюдаются выраженная нехватка и неравномерное распределение высококвалифицированных поставщиков медицинских услуг (особенно это касается врачей и медсестер), рассматривают возможность или делают выбор в пользу быстрой подготовки значительного числа работников с более низким уровнем навыков; таким путем они хотят удовлетворить насущную потребность в базовых услугах здравоохранения в сообществах, где наблюдается недостаток служб и специалистов (в основном это касается сельских сообществ). Поскольку эти работники часто будут первыми контактировать с формальной системой здравоохранения и, следовательно, представлять систему на уровне сообщества, гарантия качества подготовки и навыков работников благодаря надлежащему процессу сертификации исключительно важна.

Для работников здравоохранения, иммигрирующих из других стран, стандартные требования в области профессиональной сертификации и лицензирования значительно отличаются. Большинство стран требуют окончания учебного заведения, признанного в стране-реципиенте (например на основе признания стандартов гарантии качества Всемирной федерации медицинского образования) и профессиональной сертификации или лицензирования в стране получения образования. В большинстве стран в медицинских советах или министерстве здравоохранения имеется персонал, отвечающий за аккредитацию, который занимается

документированием сертификации или лицензирования работников и истории их трудовой деятельности. Некоторые страны упростили этот процесс и разработали процедуры взаимного признания с другими странами. Отдельной проблемой, связанной с работниками здравоохранения - иммигрантами, является проблема языковой и культурной компетенции. Некоторые страны могут требовать прохождения экзамена на знание языка, который в основном используется при профессиональной деятельности на национальном уровне. Однако обычно предъявляется немного требований (или их нет вообще) к знанию местных языков и культурных обычаев, что не способствует удержанию работников-мигрантов в сельских районах. Кроме того, недостаток общего языка поставщиков услуг с пациентами может влиять на культурную приемлемость услуг системы здравоохранения и негативно сказываться на поведении пациентов, касающегося обращению за помощью и выполнения предписанного лечения (26).

В любом случае профессиональная сертификация и лицензирование могут документально подтвердить качество работников в момент их вхождения в состав кадров, но не обязательно отражать качество услуг, которые они предоставляют. На качество предоставления услуг влияет множество факторов, например: нагрузка, мотивация, надзор, имеющиеся ресурсы (оборудование, расходные материалы, вспомогательный персонал и т. п.), а также профессиональное развитие в течение всей жизни.

4.2.7 Наем на рынок труда здравоохранения

Мониторинг найма вновь подготовленных работников здравоохранения на национальный рынок труда имеет решающее значение для уменьшения несоответствия в системе найма, определения потенциальных разрывов между предложением и спросом на работников здравоохранения и мониторинга достижений в планировании кадров. Политика и стратегии распределения работников здравоохранения варьируются в зависимости от контекста и динамики рынков здравоохранения, образования и труда в стране. Страны, в которых имеются только государственные образовательные учреждения и небольшое число рабочих мест, связанных со здравоохранением, в частном секторе, имеют простые рынки труда в этой области; активный найм работников здравоохранения не требуется, так как все выпускники нанимаются непосредственно правительством или они не работают, если рабочие места отсутствуют. Однако в странах, где имеются частные учебные заведения или значительный официальный частный сектор здравоохранения, рынок кадров здравоохранения более сложный и требует более активного найма для заполнения свободных рабочих мест.

Вопросы политики включают обеспечение прозрачности и, по возможности, максимальной своевременности подачи заявления на работу и объявления о замещении вакантных должностей. Работники здравоохранения должны иметь возможность подать заявления о найме на конкретные должности, а критерии отбора должны быть четкими. Правительства могут повысить эффективность рынков кадров здравоохранения путем организации бесплатных, легкодоступных мест для информации о рабочих местах, где все те, кто ищет работу, и все наниматели могут размещать свои

объявления. В некоторых контекстах предложение стимулов (денежных и неденежных) может быть необходимым условием для стимулирования работников подавать заявления о найме на должности в сельских районах, где уровень предоставления услуг недостаточный. Установление связей между потенциальными работодателями и учебными заведениями на ранних этапах дает возможность студентам расширить свои знания о траектории будущего развития их карьеры.

Если страна импортирует или экспортирует работников здравоохранения, соответствующими вопросами являются следующие: Каковы правила найма, которым необходимо следовать? Сколько работников здравоохранения мигрируют в страну или из страны ежегодно? Требуется ли возмещение затрат от страны-реципиента кадров стране-экспортеру для компенсации последней за работников здравоохранения, подготовленных и обученных с использованием государственного финансирования? Как должен проводиться найм? Например, в некоторых странах Африки, рекрутерам для иностранных систем здравоохранения во время церемоний вручения дипломов в сестринских школах было разрешено иметь специальные стенды и напрямую нанимать получивших дипломы медсестер (27).

4.3 Измеряемые параметры

Мониторинг каждого из разделов концепции вхождения в состав кадров здравоохранения может проводиться с использованием собственных индикаторов для измерения. В таблице 4.1 представлены серии индикаторов вхождения в состав кадровых ресурсов и потенциальные методы их мониторинга. Понятно, что этот список нельзя считать исчерпывающим, и, возможно, потребуются дополнительные индикаторы. Вопрос, связанный с минимальным набором необходимых индикаторов, является сложным, и могут существовать противоречащие друг другу приоритеты между тем, какие данные необходимы на национальном и международном уровне. В каждой стране и регионе сложилась уникальная ситуация с КРЗ, и в зависимости от этого необходимо собирать и анализировать информацию, которая в наибольшей степени соответствует потребностям, задачам и целевым показателям их систем здравоохранения (вставка 4.1) (28). Обсуждая этот вопрос, важно всегда иметь в виду, что по возможности необходимо регулярно обобщать, анализировать и использовать данные, собранные в рамках существующих национальных административных процедур (вставка 4.2) (12, 29). Затем эти собранные в текущем порядке данные могут быть дополнены и проверены путем проведения периодических или специальных обследований и использования других стандартных статистических источников (например переписей населения или обследований трудовых ресурсов).

В рамках обозначенной концепции, оценка потенциала и производительной мощности учебных заведений – это область, для которой предложено наибольшее число индикаторов. Кроме того, вероятно, что эта именно та область, где существует наибольший потенциал для осуществления изменений в ответ на вмешательства в области политики и программ за короткий период времени. Одним из индикаторов вхождения в состав кадровых ресурсов, который должен измеряться, анализироваться и распространяться в обычном порядке – численность ежегодного выпуска медицинских

учебных заведений (см. наглядный пример на вставке 4.3) (11). Это совокупное значение, полученное из многочисленных фрагментированных данных, зависящих от численности кадров в системе здравоохранения. Число и специальности вновь подготовленных работников здравоохранения важны во всех странах: нуждающихся в увеличении производства работников здравоохранения всех специальностей и в увеличении подготовки работников специально для сельских районов и районов с недостаточным уровнем услуг; а также в странах-реципиентах, которые стремятся обеспечить вхождение в состав кадров здравоохранения за счет собственных ресурсов.

На международном и региональном уровнях важно иметь стандартизированные определения, индикаторы и показатели, которые могут сравниваться и объединяться между странами для глобального мониторинга кадров здравоохранения. Из показателей, относящихся к вхождению в состав кадровых ресурсов, чаще всего регистрируются показатели производства врачей, медсестер и акушерок (9). Однако принимая во внимание важность всех кадров для функционирования систем здравоохранения, следует рассматривать дополнительную информацию по другим категориям, таким как фармацевты, работники общественного здравоохранения и общинные работники. Как уже обсуждалось в главе 2, учитывая различия между странами в названиях занятий, требованиях к подготовке и обязанностях, данные должны обрабатываться и распространяться таким образом, чтобы повысить уровень их сопоставимости между странами и во времени, в частности путем увязывания с Международной стандартной классификацией образования.

Также особую важность имеет информация о бюджетных затратах и финансировании профессионального образования

и подготовки в области здравоохранения. Эти данные могут использоваться для предварительного подсчета текущих затрат на подготовку работников здравоохранения и необходимы для планирования и прогнозирования будущих расходов. Объединение информации о затратах с данными об отсеве студентов или о прохождении экзамена на получение лицензии, позволит определить, какие системы подготовки наиболее эффективны, а какие убыточные программы требуют улучшения или даже ликвидации.

Многие данные по числу подготовленных работников здравоохранения уже существуют в странах, но их часто трудно получить и проанализировать. Эти данные обычно фрагментированы, доступны не всем и хранятся в формате, который затрудняет их сопоставление с данными из других источников. Отсутствует возможность компьютеризации и архивирования административных реестров, а статистика по различным компонентам подготовки КРЗ и их вхождению в состав кадровых ресурсов регулярно не собирается, не обновляется и не анализируется. Дополнительные трудности состоят в том, что многие информационные системы содержат данные только по государственному сектору. На самом деле, ценность данных для разработчиков политики и исследователей будет зависеть от того, обеспечивает ли система информации и мониторинга их полноту, надежность и своевременность, а это, в свою очередь, зависит от уровня сотрудничества между ключевыми заинтересованными кругами, включая министерство образования, министерство финансов, отдельные учебные заведения, профессиональные регулирующие органы и частный сектор (например ассоциации частных поставщиков услуг), а также неправительственные и религиозные организации, предоставляющие услуги

Вставка 4.1 Наглядный пример установления целей и целевых ориентиров в области образования и подготовки работников здравоохранения: Американский регион, 2007–2015 гг.

Стратегических план в отношении КРЗ для Американского региона предлагает набор целей, целевых ориентиров и индикаторов для всех входящих в него стран в некоторых сферах образования и подготовки. В рамках цели “адаптировать образование работников здравоохранения к универсальной и справедливой модели предоставления качественной помощи для обеспечения потребностей в области здравоохранения всего населения” конкретные задачи на 2015 г. включали:

- 80% школ клинических медико-санитарных дисциплин должны переориентировать свое образование в сторону первичной медико-санитарной помощи и потребностей сообществ в области здравоохранения, а также внедрить стратегии межпрофессиональной подготовки;
- 80% школ клинических медико-санитарных дисциплин должны внедрить конкретные программы по набору и подготовке студентов из групп населения, в которых наблюдается недостаток услуг и специалистов, при возможности с особым упором на сообщества коренных народов;
- уровни отсева из медицинских и сестринских школ не будут превышать 20%;
- 70% школ клинических медико-санитарных дисциплин и общественного здравоохранения будут аккредитованы признанным органом аккредитации.

Источник: Панамериканская организация здравоохранения (28).

Таблица 4.1 Ключевые индикаторы и методы проверки качества данных для измерения вхождения в состав кадров здравоохранения

Индикаторы	Потенциальные источники данных	Дополнительные характеристики
<p>Пул кандидатов, отвечающих критериям получения образования и подготовки в области здравоохранения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Число оканчивающих начальную школу, например выраженное в % от числа всех детей младшего школьного возраста • Число оканчивающих среднюю школу, например выраженное в % от числа всех детей среднего школьного возраста • Число и % оканчивающих среднюю школу, получивших углубленную подготовку в области естественных наук (или отвечающие другим требованиям приема в программу профессиональной подготовки в области здравоохранения) 	<p>В идеале оценивается с помощью текущих административных регистрационных журналов, представленных отдельными начальными и средними школами (или министерством образования). Также может оцениваться путем проведения интервью с ключевыми источниками информации (например председателями районных отделов образования).</p> <p>Информация по общему числу детей, принадлежащих к возрастной группе, которая официально соответствует начальной и средней школе, должна периодически свестись с данными, полученными из переписей населения или других репрезентативных национальных источников (центральное статистическое бюро).</p>	<p>Данные по студентам, отвечающим указанным критериям, в идеале дезагрегированные по возрасту, полу, городскому/сельскому району или другим характеристикам, которые могли бы повлиять на их решение работать в сообществах, где наблюдается недостаток услуг и персонала.</p> <p>Дополнительные качественные данные могут потребоваться в отношении качества/актуальности программ средней школы в области естественных наук.</p> <p>Может также понадобиться дополнительная информация о требованиях приема в программы подготовки для работы по профессиям, требующим меньшей квалификации (таким как общинные работники здравоохранения).</p>
<p>Набор и отбор студентов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Число абитуриентов на каждое учебное заведение с разбивкой по специальностям • Число и % абитуриентов, отвечающих критериям приема в учебное заведение, по специальностям • Число и % абитуриентов, принятых в программы подготовки, по специальностям • Число и % абитуриентов, принятых в программы подготовки, которые регистрируются для обучения, по специальностям 	<p>В идеале оценивается с помощью текущих административных регистрационных журналов, представленных отдельными медицинскими учебными заведениями (министерство здравоохранения, министерство образования). Могут также оцениваться с помощью количественных обследований учебных заведений или интервью с ключевыми источниками информации (например руководителями программ подготовки).</p>	<p>Данные об абитуриентах, в идеале дезагрегированные по возрасту, полу, городскому/сельскому району или другим характеристикам, которые могли бы повлиять на их решения работать в сообществах, где наблюдается недостаток услуг и персонала.</p> <p>Могут быть полезны дополнительные качественные данные по стратегиям набора (особенно относящимся к конкретным группам населения), причинам, по которым абитуриенты не были приняты в программы подготовки, и по которым принятые абитуриенты не были зарегистрированы в программах.</p>
<p>Аккредитация учреждений образования</p> <ul style="list-style-type: none"> • Существование аккредитационного агентства в области медицинского образования и учебных заведений • Число и % медицинских учебных заведений, отвечающих стандартам аккредитации и повторной аккредитации 	<p>Может оцениваться путем обзора документов (например отчетов об оценке) или проведения интервью с ключевыми источниками информации (министерство здравоохранения, министерство образования, национальные или субрегиональные эксперты по процессам аккредитации и стандартам образования).</p>	<p>Данные по результатам аккредитации, в идеале дезагрегированные по типу учреждения (государственное/частное) и региону.</p> <p>Может понадобиться дополнительная качественная информация о полномочиях и ресурсах имеющихся у аккредитационного агентства, и об основных преградах к получению аккредитации учреждениями (то есть причины неудачи при получении аккредитации, наиболее распространенные невыполненные критерии).</p>

Индикаторы	Потенциальные источники данных	Дополнительные характеристики
<p>Потенциал и производительная мощность учреждений образования и подготовки</p> <ul style="list-style-type: none"> • Число учреждений образования и подготовки с разбивкой по специальностям • Число мест в лабораториях или в интернатуре с разбивкой по специальностям • Число студентов на одного квалифицированного преподавателя, с разбивкой по специальностям • Число студентов на один персональный компьютер, с разбивкой по специальностям • Число библиотечных книг и журналов на одного студента, с разбивкой по специальностям • Уровень отсева (бросивших) на когорту студентов, с разбивкой по специальностям • Уровень отсева (текущей части кадров) среди преподавателей, с разбивкой по специальностям • Число студентов, заканчивающих учебные заведения ежегодно, с разбивкой по специальностям • Государственные расходы на профессиональную подготовку в области здравоохранения, с разбивкой по специальностям • Частные расходы на профессиональную подготовку в области здравоохранения, с разбивкой по специальностям • Общая стоимость профессиональной подготовки в области здравоохранения, на одного выпускника 	<p>Индикаторы потенциала и производительной мощности учебных заведений в идеале, оцениваются с помощью текущих административных регистрационных журналов, предоставленных отдельными медицинскими учебными заведениями (министерство здравоохранения, министерство образования). Могут также оцениваться при проведении количественного обследования учебного заведения.</p> <p>Данные о государственных расходах теоретически должны иметься в министерстве финансов. Дополнительные данные о затратах на подготовку должны учитывать частные затраты (например стоимость обучения, бюджет частных учебных заведений, обследования затрат домашних хозяйств).</p>	<p>Данные по потенциалу подготовки, уровня отсева, производительной мощности, затратах и стоимости, дезагрегированные по типу учреждения (государственное/частное) и региону. Данные о выпускниках должны быть дезагрегированы по возрасту, городскому/сельскому региону или другим социально-экономическим характеристикам.</p> <p>Дополнительные качественные данные могут понадобиться в отношении основных узких мест в потенциале по подготовке (например, найму, квалификации и удержанию преподавателей), мнений о доступности клинической базы и других ресурсов, ожиданий в отношении карьеры (как преподавателей, так и студентов), программ консультирования по вопросам карьеры и наставничества для студентов и причин отсева студентов (например, академической несостоятельности, перевод в программу, не связанную со здравоохранением, миграция).</p>
<p>Иммиграция работников здравоохранения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Число иностранных работников здравоохранения, подающих заявление на получение въездной визы, по специальностям • Число въездных виз, выданных иностранным работникам здравоохранения, по специальностям 	<p>В идеале оценивается с использованием стандартных документов административного учета (министерство иностранных дел).</p>	<p>Данные по мигрантам, приезжающим в страну, в идеале дезагрегированные по возрасту, полу и стране происхождения. Дополнительные данные наблюдений могут быть полезны, в том числе о конечном месте работы (городской/сельский район) и длительности нахождения в стране назначения.</p> <p>Могут также понадобиться данные качественных исследований специалистов визовых программ для квалифицированных работников здравоохранения и двусторонних соглашений для управляемой миграции.</p>
<p>Классификация/лицензирование поставщиков медицинских услуг</p> <ul style="list-style-type: none"> • Число и % вновь подготовленных в стране работников здравоохранения, получивших профессиональную сертификацию/лицензию, по специальностям • Число и % вновь подготовленных за рубежом работников здравоохранения, получивших профессиональную сертификацию/лицензию, по специальностям 	<p>В идеале оценивается с помощью текущих административных регистрационных журналов (профессиональные регулирующие органы).</p>	<p>Дополнительные данные качественных исследований могут потребоваться в отношении основных причин неудачи при прохождении сертификации/лицензирования.</p>
<p>Наем работников на рынок труда здравоохранения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наличие бюро трудоустройства и досок объявлений о работе для содействия найму вновь подготовленных работников здравоохранения • Число недавно получивших дипломы работников здравоохранения, которые наняты на должности в системе здравоохранения в течение трех месяцев после получения диплома (или в течение другого определенного на национальном уровне периода), по специальностям • Число недавно получивших дипломы или лицензии работников здравоохранения, которые выведены из национального рынка труда в области здравоохранения (например, безработные, эмигрировавшие, принявшие решение не работать или работать в должности, не связанной со здравоохранением), по специальностям 	<p>В идеале оценивается с помощью текущих административных регистрационных журналов (министерство здравоохранения, министерство труда, министерство иностранных дел, профессиональные регулирующие органы, ассоциации частных поставщиков).</p> <p>Информация по участию на рынке труда должна постоянно сверяться с данными национальных обследований трудовых ресурсов.</p>	<p>Данные о новых работниках, вышедших на рынок труда здравоохранения, в идеале дезагрегированные по возрасту, полу, городскому/сельскому району, месту работы (государственный/частный сектор).</p> <p>Могут потребоваться дополнительные данные качественных исследований по нормативным положениям и практике внутреннего и внешнего найма, например прозрачности деятельности правительства по предложению стимулов для работы в сельских районах и этическому найму иностранных работников.</p>

Вставка 4.2 Некоторые замечания относительно сбора, обработки и использования данных

- Среди рекомендуемых требований по укреплению процесса сбора, обработки и использования данных по производству КРЗ – замена бумажных административных реестров и архивов электронными системами обработки данных. Это включает обеспечение необходимыми людскими, финансовыми и техническими ресурсами для создания и укрепления информационных систем, которые могли бы фиксировать данные на разных уровнях (включая базовое образование, подготовку в учебных заведениях и подготовку на базе сообществ) для постоянного мониторинга прогресса. Однако в определенных местных условиях, например при ненадежном электроснабжении, проблемах, связанных с пылью или ограниченным доступом к услугам по ремонту компьютеров, надежная система бумажных архивов может быть предпочтительнее ненадежной компьютеризированной системы.
- Сравнимость статистических данных по образованию и подготовке КРЗ внутри стран, между странами и во времени можно повысить путем разработки и использования общих определений и классификаций. Это включает сбор, обработку и распространение данных, следуя Международной стандартной классификации образования (12) (или ее национальному эквиваленту).
- Возможно, для исследований или разработки политики потребуется специальное разрешение на использование данных определенного типа, например оценок, полученных студентами на профессиональном квалификационном экзамене или при аккредитации учреждения. На индивидуальном уровне учетные записи должны быть доступны только тем, кто должен работать непосредственно с ними, и все признаки, позволяющие идентифицировать личность (имя и уникальный идентификационный номер), должны быть удалены из набора данных перед их распространением и использованием для анализа. В некоторых случаях степень точности некоторых переменных, которые могут не являться общими для ряда лиц (например возраст, район проживания или клиническая спецификация) необходимо изменить для снижения риска идентификации личности по косвенным признакам. Для анонимизации микроданных из административных источников и обследований могут использоваться различные методы, разработанные, например, Международной сетью обследований домашних хозяйств (29).

здравоохранения. В идеале, в информационной системе должны использоваться уникальные идентификационные номера, которые позволяли бы отслеживать судьбу отдельных работников, начиная с момента начала подготовки и на протяжении всей их карьеры; это будет более подробно обсуждаться в главе 9.

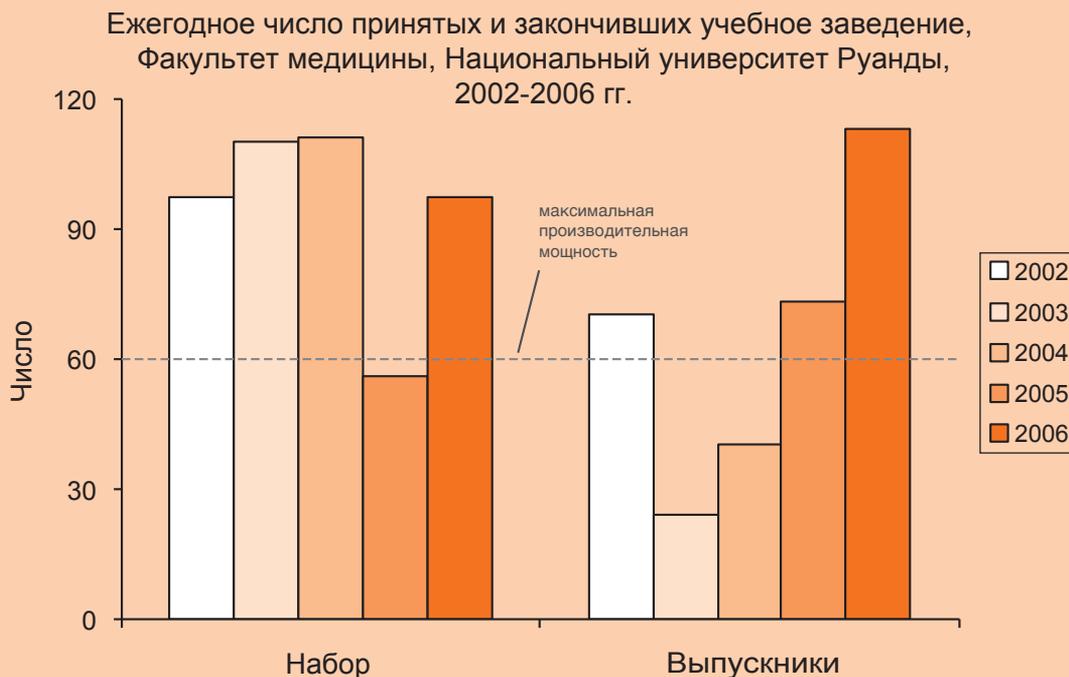
Вхождение в состав кадровых ресурсов может быть щекотливым в политическом отношении вопросом: используя критерии приема в программы по подготовке работников здравоохранения и процессы профессиональной аттестации и регулирования, политики реализуют собственные интересы. Во многих странах с низким и средним уровнем доходов медицинская профессия (особенно врач и медсестра) считается одной из самых уважаемых, высокооплачиваемых и пользующихся высоким спросом. Многие заинтересованные круги внимательно отслеживают ситуацию с вхождением в состав кадров здравоохранения. Непонимание интересов этих кругов и невнимание к ним может привести к формированию оппозиции в отношении реформы кадров здравоохранения. Кроме того, во многих странах пул кандидатов, отвечающих критериям повышения квалификации в области здравоохранения, ограничивает наем, а поиск альтернативных решений привел к популистским (но не обязательно жизнеспособным) решениям по расширению состава кадров здравоохранения (например привлечению добровольцев или импорту работников здравоохранения

из других стран). Другим щекотливым вопросом является разделение обязанностей между членами медицинских бригад (например, кто может выписывать лекарства или проводить операцию кесарева сечения) или создания новых профессий (к ним относятся, например парамедики, которых иногда также называют помощниками врачей, или общинные работники здравоохранения), что обычно вызывает сопротивление представителей исторически сложившихся профессий. Кроме того, в некоторых контекстах вхождение в состав работников здравоохранения может также вызвать культурные и социальные изменения, например увеличение доли женщин или студентов из сельских и других сообществ, где наблюдается нехватка служб и специалистов, подготовленных для профессиональной карьеры в секторе здравоохранения.

4.4 Резюме и выводы

Как обсуждалось в этой главе, актуальные и точные данные о вхождении в состав кадровых ресурсов имеют решающее значение для основанного на фактических данных планирования и управления в области здравоохранения. При реализации национальных планов и стратегий по КРЗ необходимо осуществлять мониторинг, управление и необходимую корректировку политики и вмешательств. Рынок образования или труда может быстро меняться по мере того,

Вставка 4.3 Наглядный пример данных по тенденциям в отношении потенциала, набора и производительной мощности медицинских учебных заведений, Руанда, 2002–2006 гг.



Источник: Dussault et al. (11).

как меняется экономика, что позитивно или негативно влияет на качество кандидатов, претендующих на обучение профессиям в области здравоохранения. Также могут меняться размер и структура населения, характер иммиграции и бремя болезней, вызывая необходимость внесения изменений в программы подготовки специалистов, численность кадровых ресурсов или профессиональную структуру. Все эти изменения необходимо принимать во внимание в процессе разработки политики. Ответственные лица сектора здравоохранения должны активно контролировать ситуацию в целом, чтобы иметь возможность соответствующим образом реагировать и оценивать успех вмешательств.

Определены семь компонентов механизма производства работников здравоохранения, по которым необходимо собирать данные. К ним относятся: (i) пул кандидатов, отвечающих критериям получения образования и подготовки в области здравоохранения; (ii) набор и отбор студентов; (iii) аккредитация учреждений образования и подготовки; (iv) потенциал и производительная мощность учреждений образования и подготовки; (v) миграция квалифицированных работников здравоохранения в страну; (vi) сертификация и лицензирование регулируемых поставщиков услуг (подготовленных в стране или за ее пределами); (vii) наем подготовленных работников на работу. С учетом этого, измерение и мониторинг функции вхождения в состав кадровых ресурсов требует всесторонней информации об образовании и о подготовке на различных уровнях, включая базовое образование.

В обязанности разработчиков политики входит анализ соответствующих данных и формулирования политики по всем семи пунктам вхождения в КРЗ. Процесс сбора, анализа и использования данных не должен быть единовременным мероприятием, а осуществляться регулярно министерством здравоохранения или другим агентством, назначенным правительством для этой цели. На некоторых критических стадиях планирования и мониторинга КРЗ для проверки или сбора дополнительных данных по вхождению в состав кадровых ресурсов, собрать которые в обычном порядке не представляется возможным, могут понадобиться специальные обследования и исследования. Для министерства здравоохранения важны партнерские отношения с другими ответственными министерствами, учебными заведениями и заинтересованными кругами для обеспечения страны соответствующим образом подготовленных работников здравоохранения.

Библиография

1. Pan American Health Organization. *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action*. Washington, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2002.
2. Dunbabin J, Levitt L. Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural and Remote Health*, 2003, 3:212 (<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=212>, accessed 12 January 2009).
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 2006, 4:12 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>, accessed 11 January 2009).
4. Serneels P, Lindelow M, Montalvo JG, Barr A. For public service or money: understanding geographical imbalances in the health workforce. *Health Policy and Planning*, 2007, 22(3):128–138.
5. Wibulpolprasert S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved? *Human Resources Development Journal*, 1999, 3:1 (<http://www.who.int/hrh/hrdj/en/index4.html>, accessed 12 January 2009).
6. Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health*, 2002, 10:94–98.
7. Salafsky B, Glasser M, Ha J. Addressing issues of maldistribution of health care workers. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 2005, 34(8):520–525 (<http://www.annals.edu.sg/pdf/34VolNo8200509/V34N8p520.pdf>, accessed 12 January 2009).
8. Smucny J, Beatty P, Grant W et al. An evaluation of the rural medical education program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990–2003. *Academic Medicine*, 2005, 80(8):733–738.
9. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009).
10. Allen MK, Ceolin R, Ouellette S et al. *Educating health workers: a statistical portrait, 2000 to 2004*. Ottawa, Statistics Canada, 2007 (<http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/81-595-m2007049-eng.pdf>, accessed 13 January 2009).
11. Dussault G, Codjia L, Kantengwaga K, Tulenko K. Assessing the capacity to produce health personnel in Rwanda. *Leadership in Health Services*, 2008, 21(4):290–306 (<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/17511870810910092>, accessed 13 January 2009).
12. *Международная стандартная классификация образования: МСКО 1997*. Париж, Организация Объединенных Наций по вопросам науки, образования и культуры, 1997 г. <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isc97-rus.pdf>, по состоянию на 4 августа 2011 г.).
13. Bryant NH, ed. *Women in nursing in Islamic countries*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
14. Ozden C. *Migration of nurses and physicians from Ghana*. World Bank Working Paper. Washington, DC, World Bank, 2008.
15. Hennen, B. Demonstrating social accountability in medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 1997, 156(3):365–367 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1226958&blobtype=pdf>, accessed 13 January 2009).
16. Boelen C. Building a socially accountable health professions school: towards unity for health. *Education for Health*, 2004, 17(2):223–231.
17. Karle H and World Federation for Medical Education Executive Council. International recognition of basic medical education programmes. *Medical Education*, 2008, 42(1):12–17.
18. Beciu H, personal communication. Washington, DC, World Bank, 2008.
19. Aluwihare APR. Physician migration: donor country impact. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2005, 25(1):15–21.
20. Bach S. *International migration of health workers: labour and social issues*. Sectoral Activities Programme Working Paper No. 29. Geneva, International Labour Office, 2001 (<http://www.ilo.ch/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>, accessed 13 January 2009).
21. Lorenzo FME, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. *Health Services Research*, 2007, 42(3p2):1406–1418.
22. Brush B, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 2007, 8(1):37–46.
23. *Ethical nurse recruitment*. Geneva, International Council of Nurses, 2001.
24. *The World Medical Association statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians*. Ferney-Voltaire, World Medical Association, 2003.
25. Schuwirth L. The need for national licensing examinations. *Medical Education*, 2007, 41(11):1022–1023.
26. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(1):97–109.
27. Xu Y, Zhang J. One size doesn't fit all: ethics of international nurse recruitment from the conceptual framework of stakeholder interests. *Nursing Ethics*, 2005, 12(6):571–581.
28. Pan American Health Organization. *Regional goals for human resources for health 2007–2015*. Washington, DC, Pan American Health Organization and World Health

Organization, 2007 (<http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-10-e.pdf>, accessed 12 January 2009).

29. International Household Survey Network (<http://www.internationalsurveynetwork.org/home/>, accessed 13 January 2009).

5

Мониторинг перемещений кадров здравоохранения и выхода из их состава

PASCAL ZURN, KHASSOUM DIALLO, YOHANNES KINFU

5.1 Введение

“Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.”, опубликованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), привлек внимание мировой общественности к кризису кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), который проявляется в нехватке и дисбалансе кадров здравоохранения, подрывает эффективность систем здравоохранения и отрицательно сказывается способности многих стран поддерживать и укреплять здоровье своих граждан (1). Кризис КРЗ имеет ряд причин и последствий. Во многих странах с низким и средним уровнем доходов, кроме недостаточных инвестиций (прошлых и текущих) в образование и подготовку работников здравоохранения, факторами, ответственными за сложившуюся ситуацию, являются: международная миграция квалифицированных работников здравоохранения; досрочный выход из состава кадровых ресурсов из-за смены карьеры; ранний выход на пенсию; утрата трудоспособности в результате болезней; преждевременная смертность. Во многих странах динамика перемещений кадровых ресурсов и выход из их состава до сих пор плохо поняты, что ограничивает способность правительств и заинтересованных сторон разрабатывать и реализовывать эффективные, основанные на принципе социальной справедливости и рентабельные вмешательства, способствующие удержанию персонала. Эта проблема возникает отчасти из-за отсутствия современных и актуальных данных по входящим и выходящим потокам работников здравоохранения, но также из-за нехватки общепринятых стандартных индикаторов измерения кадровых потоков.

Чаще всего мониторинг показателей, относящихся к кадрам здравоохранения, ограничивался двумя индикаторами: имеющиеся запасы кадровых ресурсов (число работников, активных на рынке труда в данный момент времени) и число вновь подготовленных поставщиков услуг (число выпускников программ подготовки работников здравоохранения в течение установленного отчетного периода) (подробно обсуждается в главах 3 и 4 этого Руководства соответственно). Однако адекватное понимание динамики кадров здравоохранения требует проведения анализа не только работников, вливающих в их состав, и существующего пула, но и потоков, наблюдающихся внутри кадровых ресурсов и “выходящих” из них. В этой главе представлена концептуальная основа для определения и анализа основных перемещений внутри кадров здравоохранения и факторов, связанных с выходом из состава активной рабочей силы; предложен всеобъемлющий

набор индикаторов, которые в потенциале могут измеряться с использованием стандартных статистических источников; и определены основные требования к данным. Также представлен иллюстративный анализ в различных контекстах и обсуждаются последствия наблюдающихся тенденций для политики и планирования.

5.2 Перемещения кадров здравоохранения и выход из их состава: концепция для проведения анализа

Обеспечение необходимого объема кадровых ресурсов, способных отвечать на потребности населения в отношении здоровья, начинается с подготовки и распределения квалифицированных работников здравоохранения. Войдя однажды в систему здравоохранения, они проходят через различные формы перемещений на протяжении всей своей трудовой деятельности. Растет объем литературы, демонстрирующий, что оборот кадров здравоохранения напрямую зависит от несоответствующей оплаты труда, плохих условий труда (например отсутствие медицинского оборудования и несоответствующий уровень безопасности на рабочем месте), неудовлетворенность работой (по различным причинам, включая недостаточную самостоятельность, ограниченные возможности для повышения квалификации и негибкий график работы) в сочетании с лучшими карьерными возможностями в других областях и с другими факторами, находящимися за пределами системы здравоохранения (например бытовые условия и возможность получения образования для детей) (2–4). Этот процесс включает географические перемещения работников здравоохранения внутри стран и между ними, профессиональные перемещения в пределах и за пределы сектора здравоохранения и другие виды перемещений. Для целей этой главы все передвижения персонала в рамках сектора здравоохранения страны, рассматриваются как «перемещения» (или мобильность внутри сектора); а те, которые включают перемещения за пределы сектора здравоохранения (мобильность вне сектора) или в другую страну (международная миграция из страны) рассматриваются как «выход» из состава кадров здравоохранения. Эти виды динамики обобщены на рис. 5.1

Перемещения в рамках рационального рынка кадров здравоохранения включают изменения режима работы,

Рисунок 5.1 Перемещения внутри кадров здравоохранения и выход из их состава: концепция для проведения анализа



мест работы или должностей. Поток работников из сельских и отдаленных районов в городские и более богатые районы, известный как географическое перемещение, по всей видимости, является самым распространенным видом перемещений. Также важное значение имеет движение работников между секторами (например из государственного в частный) или из одного учреждения по предоставлению услуг к другому (например из центра по оказанию первичной медико-санитарной помощи в больницу третичного уровня). Учитывая социальную и политическую важность обеспечения всеобщего доступа к необходимым и финансово доступным услугам здравоохранения, в частности путем укрепления первичной медико-санитарной помощи, мониторинг перемещений работников из учреждений общественного здравоохранения важен для лиц, ответственных за принятие решений, и заинтересованных кругов во многих странах с низким и средним уровнем доходов.

Другой тип перемещений, на который необходимо обращать внимание, это межпрофессиональное перемещение: работники здравоохранения могут менять одну медицинскую профессию на другую или на профессию, не связанную со здравоохранением, внутри сектора здравоохранения. Часто это является отражением развития карьеры (например медсестра получает повышение по службе и становится старшей медсестрой). В главе 4 упоминался пример, который привлек значительный интерес в последние годы; это феномен, наблюдаемый в Филиппинах, когда врачи переквалифицируются в медсестер, чтобы повысить свои шансы на миграцию в другую страну. В некоторых контекстах вызывает беспокойство массовый переход медицинских работников, ранее предоставлявших помощь пациентам (обычно на низкооплачиваемых должностях в учреждениях государственного сектора), на должности по управлению проектами в расширяющемся при поддержке доноров неправительственном секторе (5, 6). Другие виды изменения

режима работы (например с полного рабочего дня на неполный) могут быть вызваны изменениями личных обстоятельства или общих экономических условий в стране. Мониторинг подобных тенденций необходим для понимания динамики КРЗ в рамках одной профессии и между профессиями, а также возможных последствий в отношении общей профессиональной структуры кадров и потенциала по предоставлению качественных услуг.

В то же время важно иметь в виду, что подобные перемещения не обязательно являются взаимоисключающими; один переход может в реальности содержать в себе различные виды перемещений. Например, переход медсестры, работающей в государственном центре охраны здоровья в сельском районе, на должность руководителя сестринской службы в частном госпитале в столице одновременно включает межпрофессиональное, внутрипрофессиональное, внутрисекторальное, институциональное и географическое перемещение.

Выход из национальной системы здравоохранения включает перемещения, являющиеся по своей природе добровольными или вынужденными, постоянными или временными. Временный выход из состава национальных кадров здравоохранения относится к категории перемещения, при котором, как предполагается, работник имеет возможность повторно войти в состав кадровых ресурсов в какой-то момент в будущем, обычно через короткий промежуток времени. Отпуск по беременности или по семейным обстоятельствам, по болезни или другой внеочередной отпуску, безработица или возобновление обучения – самые частые причины временного выхода из состава экономически продуктивных кадровых ресурсов. Выход на пенсию, смерть, хроническая нетрудоспособность, ограничивающая возможность работать, и международная миграция за пределы страны – примеры «постоянного» выхода из состава кадровых ресурсов (хотя остается возможность, что работник, рано вышедший на

пенсию или уехавший за границу, может в итоге решить вернуться на национальный рынок труда здравоохранения).

5.3 Индикаторы и стратегии измерения

Измерение и мониторинг перемещений кадров здравоохранения и их выхода из состава остаются сложными по ряду причин, включая нехватку данных (например практически ни в одной стране нет надежных данных по внешней миграции); низкий уровень использования имеющихся данных; отсутствие дезагрегации (информационные источники часто объединяют факторы, вызывающие перемещение и выход из состава кадров, ограничивая возможность подсчета отдельных показателей по каждому индикатору), а также отсутствие стандартизации методов измерения (могут использоваться различные методы, которые дают разные оценки значения индикатора, затрудняя или делая невозможными сравнения между источниками информации).

Одна из сложностей, присущих анализу перемещений кадров и выхода из их состава, – использование двух различных способов измерения наиболее важных индикаторов: отслеживание всех изменений, которые произошли в данной группе лиц за определенный период времени (продольный анализ), или исследование текущего положения всех лиц в целевой группе населения за определенный период времени (поперечный анализ). Например, передвижения между секторами могут оцениваться либо путем подсчета всех передвижений медицинского персонала из государственного в частный сектор за последние пять лет (или при мониторинге удержания – число тех, кто остался на своей работе в государственном секторе за тот же период); либо путем получения одномоментной картины распределения медицинского персонала между государственным и частным секторами в двух временных точках, промежуток между которыми составляет пять лет. Другими словами, при измерении перемещений и выхода из состава кадровых ресурсов могут использоваться индикаторы, основанные либо на измерении потоков кадров, либо на измерении состава кадров. Первое обычно выражается количественными показателями, вторые – долями или коэффициентами.¹

Выбор между оценками потоков или состава кадров, как правило, зависит от характера базового источника информации. По существу, понимание всех составляющих схем выхода и перемещений кадров требует анализа данных из многочисленных источников. В таблице 5.1 представлен обзор потенциальных источников данных, которые могут использоваться для измерения различных индикаторов перемещений и выходов. Показано, что ни один из источников

в отдельности не может предоставить всю необходимую информацию. Только в том случае, если используется широкий набор взаимодополняющих данных, полученных различными способами (в том числе при переписях населения, обследованиях трудовых ресурсов и домашних хозяйств, оценках учреждений здравоохранения, изучении текущих административных реестров и проведении специальных количественных или качественных исследований КРЗ), можно получить более полную картину динамики кадровых ресурсов. Общий обзор стандартных статистических источников, использующихся для анализа КРЗ, их сильных сторон и ограничений представлен в главе 3.

Примером одного из методов измерения межпрофессиональных перемещений с применением подхода, основанного на измерении состава кадровых ресурсов, является подсчет доли лиц в стране, имеющих образование и подготовку в определенной области здравоохранения, которые в настоящий момент работают по другой специальности (независимо от того, когда они перешли от получения квалификации в одной профессии к работе по другой), используя для этого данные обследования трудовых ресурсов. Можно оценить эту динамику с применением подхода, основанного на измерении потока (например для расчета годового коэффициента межпрофессиональных перемещений) используя реестры работников здравоохранения при условии их постоянного обновления для отражения текущей деятельности кадровых ресурсов. Кроме того, оценить профессиональные потоки позволяют специально разработанные исследования КРЗ (предназначенные для сбора историй профессиональной деятельности и траекторий ее развития среди работников здравоохранения), либо используя периодическое интервьюирование одной и той же когорты в течение длительного периода времени, либо проводя отдельные глубинные интервью, содержащие вопросы о трудовой деятельности в определенный период времени в прошлом.

Безработица среди квалифицированных работников здравоохранения также может быть выражена по-разному в зависимости от источника данных. Данные обследований населения или переписей, касающиеся образования, участия в рынке труда здравоохранения и причин неактивности, могут использоваться для оценки объема ресурсов (например число безработных с образованием и подготовкой, позволяющими работать в здравоохранении, но в настоящее время не работающих, по отношению в общему числу занятых по этой профессии работников здравоохранения). Текущие данные из реестров работников здравоохранения могут в потенциале дать информацию по числу квалифицированных работников здравоохранения, которые были без работы за последний год. Оценки учреждений здравоохранения с использованием модулей по уровням и структуре обеспеченности кадрами могут пролить свет на масштабы проблемы путем подсчета числа поставщиков услуг здравоохранения, которые потеряли работу за прошедший год. Подобные результаты можно проанализировать в контексте концепции мониторинга и оценки, например для определения тенденций во времени, по регионам или по профессиональной группе.

Географические перемещения внутри страны также можно оценить, используя различные механизмы. Оценка состава

¹ Расчет общего коэффициента перемещений кадровых ресурсов и выхода из их состава можно представить в виде следующей

$$\text{алгебраической формулы: } M_{ij}(t, n) = \frac{T_{ij}(t, n)}{W_i}, \text{ где } M_{ij}(t, n)$$

представляет наблюдаемый уровень перемещения из страны происхождения i в страну-реципиент кадров j за период времени между t и $t+n$; $T_{ij}(t, n)$ – это наблюдаемое число передвижений (выход или перемещения) из государства i в государство j за период времени между t и $t+n$; и W_i – это количество работников здравоохранения в стране i в срединной точке.

Таблица 5.1 Потенциальные источники данных по перемещениям кадров здравоохранения и выходу из их состава

Индикаторы	Потенциальные источники данных	
	Техники, основанные на измерении потока	Техники, основанные на измерении состава
Индикаторы перемещений		
<ul style="list-style-type: none"> • Между секторами (государственный/частный) • Между профессиями • Между районами/регионами • Между учреждениями • С полной занятости на неполную занятость (и наоборот) 	<ul style="list-style-type: none"> • Текущие административные реестры, включая платежные ведомости и реестры работников здравоохранения • Специальные оценки КРЗ (продольные исследования или ретроспективные вопросы) 	<ul style="list-style-type: none"> • Перепись населения или обследования кадровых ресурсов (с вопросами о занятии, месте работы, часах работы) • Оценка учреждений здравоохранения (модуль об укомплектованности персоналом)
Индикаторы выхода		
<ul style="list-style-type: none"> • Безработица/потеря работы • Увольнение для получения дальнейшего образования и подготовки • Декретный отпуск, отпуск по семейным обстоятельствам • Отпуск по болезни или другой внеочередной отпуск • Международная миграция за пределы страны • Выход на пенсию • Хроническая нетрудоспособность, ограничивающая возможность работать • Смерть 	<ul style="list-style-type: none"> • Текущие административные реестры, включая платежные ведомости, реестры работников здравоохранения и документация служб социального страхования • Специальные оценки КРЗ (продольные исследования или ретроспективные вопросы) • Запись актов гражданского состояния 	<ul style="list-style-type: none"> • Перепись населения или обследования кадровых ресурсов (с вопросами об образовании, активности в составе трудовых ресурсов, занятии, причинах бездеятельности на рынке труда) • Оценка учреждений здравоохранения (модуль об укомплектованности персоналом)

работников на основании данных периодических переписей, позволила бы сравнить, например, обеспеченность работниками здравоохранения в конкретном регионе на момент данной и предыдущей переписи. Соответствующую оценку на основе измерения потока можно получить, используя административные реестры, разработанные для учета отдельных работников; это позволяет измерять число работников здравоохранения, перемещающихся из конкретного региона в другой в течение определенного периода времени. Косвенную оценку потока работников можно также получить из переписей или обследований, если респондентам задается вопрос об их месте жительства пять или десять лет назад (предполагая, что они тогда работали по той же профессии).

В идеале международная миграция должна измеряться с применением такого же подхода. В реальности лишь немногие страны имеют точные и актуальные данные по числу своих граждан, проживающих за границей или покидающих страну. В последние годы из-за опасений, касающихся негативного воздействия миграции работников здравоохранения, особенно из бедных стран в более богатые, этот вопрос вышел на первый план глобальной повестки дня в области здравоохранения и развития (1). Однако фактические данные, необходимые для мониторинга и оценки этого феномена, остаются слабыми или отсутствуют (7, 8). Большинство доступных аналитических отчетов слишком зависят от косвенных оценок, основанных, как правило, на экстраполяции результатов измерений,

проведенных и распространяемых в странах-реципиентах кадров: (i) оценки миграции на протяжении жизни, основанные на переписях (по стране рождения лиц, работающих по профессиям, относящимся к здравоохранению, в стране-реципиенте кадров во время проведения переписи, независимо от места получения образования); (ii) основанные на информации из административных реестров оценки числа подготовленных за рубежом работников, первый раз получающих профессиональную лицензию (не подсчитывают квалифицированных работников, которым не удается соответствовать требованиям для получения разрешения на работу в области здравоохранения в стране); (iii) число видов на жительство или разрешений на работу, выданных иностранцам в соответствии с сообщенной ими профессией, по которой они работали в стране своего происхождения (независимо от работы, которой они в итоге занимаются в стране назначения). В подобном контексте особенно важно обеспечить сравнимость таких оценок (включая определения занятий, эквиваленты образования и регулирование профессиональной практики в странах-донорах и странах-реципиентах кадров).

Другой проблемной областью является измерение уровней смертности среди работников здравоохранения; даже в странах, где запись актов гражданского состояния охватывает все или почти все население, данные по смертности с разбивкой по виду занятий редко объединяются и распространяются. И опять в большинстве доступных измерений используются

косвенные методы оценки. Это включает изучение записей о смерти работников в реестрах укомплектованности кадрами в период работы в этом учреждении или использование для оценки числа преждевременных смертей эталонных таблиц смертности, сравнивая специфические по возрасту и полу коэффициенты дожития с демографическим распределением активной рабочей силы.

Напротив, измерение выхода из состава трудовых ресурсов по причине выхода на пенсию является сравнительно простым. Часто оценки можно получить из платежных ведомостей или документов социального страхования. В отсутствие надежных данных из административных источников переписи населения и обследования являются другой возможностью, если они включают данные о получении образования с разбивкой по области образования (или по предыдущей профессии) и причины неактивности трудовых ресурсов. Во многих случаях можно использовать установленный законом возраст выхода на пенсию как косвенный показатель и предположить, что все работники здравоохранения, которые живы и остаются в стране, выйдут на пенсию в этом возрасте.

5.4 Иллюстративный анализ

В этом разделе представлен иллюстративный анализ различных видов перемещений внутри кадровых ресурсов и выхода из их состава в различных контекстах и с использованием различных методологий и источников данных, которые описаны в предыдущем разделе.

5.4.1 Перемещения в рамках национального рынка кадров здравоохранения

Как уже упоминалось ранее, различные подходы могут использоваться для сбора информации по перемещениям в рамках кадров здравоохранения, что во многом зависит от наличия и доступности данных, их актуальности и качества. Проиллюстрировать внутрисекторальные перемещения можно на примере специального обследования КРЗ, проведенного в Шри-Ланке, которое включало интервьюирование выборки медико-санитарных работников больниц, расположенных по всей стране. Согласно ретроспективным вопросам о предыдущем месте работы, большинство (96%) работников государственного сектора в качестве их предыдущего места работы также указали работу в государственной больнице. Среди персонала частных больниц 62% тех, кто раньше работал в другом месте, перешли из государственной больницы. В целом, менее 0,5% работников медицинских учреждений сообщили, что они раньше работали вне сектора здравоохранения.

В другом примере из специального обследования КРЗ, проведенном в Лесото, более высокие уровни межпрофессиональных перемещений (переход от одной профессии к другой в рамках сектора здравоохранения) наблюдались среди врачей по сравнению с сестринским персоналом. Уровень текучести кадров был самым высоким среди врачей-специалистов (16,7%) и значительно ниже среди медсестер (4,4%) (10).

Другим потенциальным инструментом измерения и

мониторинга межпрофессиональных перемещений является использование профессиональных или академических реестров. На Филиппинах (которые, видимо, являются самым крупным в мире экспортером медсестер) было подсчитано, что из студентов, которые проходили национальные экзамены на получение сестринской лицензии, более 4000 раньше были врачами, что составляет 10% от общего числа врачей в стране (11).

5.4.2 Международная миграция

Международные потоки работников здравоохранения за пределы страны редко измеряются непосредственно на страновом уровне. Некоторые выводы можно сделать, например, на основе качественных исследований по намерениям эмигрировать. Результаты специальных обследований, проведенных в шести странах Африки, показали значительные доли квалифицированных работников здравоохранения (от 26% в Уганде до 68% в Зимбабве), заявивших о намерении эмигрировать, в основном в страны Европы и Северной Америки, имеющих высокий уровень доходов, но также в некоторые африканские страны (12). Другой косвенный показатель – число подтверждений профессиональных лицензий национальными регулирующими органами. Например предполагаемый иностранный наниматель медсестер, желающих получить работу за рубежом, может запросить подтверждение лицензии в Совете по сестринскому делу страны происхождения. В Кении подобные данные национального Совета по сестринскому делу свидетельствовали о том, что США является одной из желательных стран назначения для кенийских медсестер, которые хотят работать за рубежом (13). В обоих этих случаях данные полезны только для определения общих тенденций, так как относятся только к намерениям эмигрировать и не подтверждают, что работники здравоохранения в действительности эмигрировали (или когда-либо эмигрируют).

Основным методом оценки уровня международной миграции является исследование данных, имеющихся в стране-реципиенте кадров и относящихся к стране происхождения работника-мигранта (место рождения, гражданство или профессиональное образование). Иллюстрацией этого положения могут быть данные Совета Великобритании по сестринскому делу и акушерству (14), которые позволяют оценить тенденции в эмиграции медсестер из стран-доноров (таблица 5.2). Данные указывают на значительные изменения в распределении подготовленных за рубежом медсестер в Соединенном Королевстве, произошедшие между 1998 и 2007 гг.: в начале периода наблюдения это были медсестры в основном из стран с высоким уровнем доходов (Австралия и Новая Зеландия), а затем все большую долю стали составлять медсестры из стран с низким и средним уровнем доходов (в частности из Индии и Филиппин). Некоторые страны, такие как Непал и Пакистан, из которых раньше не наблюдалась или наблюдалась очень незначительная миграция в Соединенное Королевство, теперь являются одними из основных стран-доноров. Уровни миграции из некоторых стран Африки (особенно из Южной Африки) достигли пика примерно в 2002–2003 гг. Можно также отметить, что сама Южная Африка является страной назначения для множества квалифицированных иностранных работников здравоохранения: данные профессионального совета

работников здравоохранения ЮАР показывают, что четверть (24%) зарегистрированных врачей получили подготовку в другой стране (15).

Объединение данных о миграции из нескольких стран-реципиентов кадров может помочь получить более полную картину. В этом случае ценными часто являются данные переписей населения, так как инструменты измерения, используемые при переписях, обычно более стандартизированы, что позволяет проводить международные сравнения. На рисунке 5.2 представлены выбранные данные, полученные на основе объединенных данных переписей. Они касаются родившихся в других странах работников здравоохранения, которые проживают в 24 странах с высоким уровнем доходов (являющихся членами Организации экономического сотрудничества и развития - ОЭСР), в том числе в Австралии, Соединенном Королевстве и США. Хотя схемы миграции могут значительно различаться в зависимости от страны, один из основных результатов обращает на себя внимание: медсестры, родившиеся на Филиппинах (около 100 000 человек), и врачи, родившиеся в Индии (56 000), представляют большую часть кадров здравоохранения-иммигрантов в странах ОЭСР (около 15% от общего числа в каждом случае) (8).

Расширение подобного анализа путем объединения данных по иммигрантам в странах назначения с информацией по активным кадрам здравоохранения в странах происхождения может способствовать дальнейшему пониманию масштаба международной эмиграции. Результаты такого анализа

изображены на рисунке 5.3, где данные переписи о рожденных за границей врачах, проживающих в странах ОЭСР в момент проведения переписи, сравниваются с данными официальной статистики о местных кадровых ресурсах для тех же стран происхождения. Некоторые страны, в частности небольшие островные развивающиеся страны Карибского бассейна и южной части Тихоокеанского региона, а также некоторые страны Африки южнее Сахары, испытывающие серьезную нехватку медицинского персонала, непропорционально пострадали от эмиграции. Это страны, в которых расчетный уровень пожизненной эмиграции составляет 50% (что означает равное число врачей, родившихся в этой стране и работающих в регионе ОЭСР, и врачей, работающих в собственной стране) (8).

5.4.3 Выход из состава кадровых ресурсов в связи со смертью

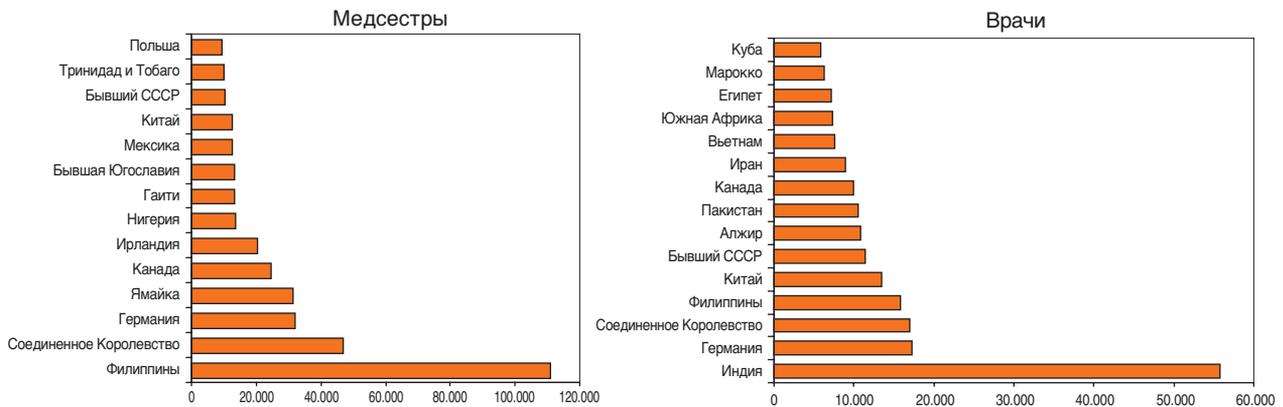
В ряде стран на юге Африки, особенно там, где наблюдается высокий уровень распространенности ВИЧ/СПИДа, смерть становится одной из важнейших причин выхода из состава кадров здравоохранения (16). Следствием этого является как постоянная потеря отдельных работников, так и временное отсутствие работников на рабочем месте из-за их участия в похоронах. Однако систематический сбор подобных данных не проводится: немногие страны в обычном порядке собирают и распространяют данные о смертности с разбивкой по профессиям, используя систему регистрации актов гражданского состояния (которая обычно является основным источником информации о смертности и рождаемости в стране).

Таблица 5.2 Ежегодное число подготовленных за рубежом медсестер, получающих национальную лицензию, позволяющую работать по специальности в Соединенном Королевстве, 1998–2007 гг. (по основным странам происхождения)

Страна получения сестринского образования	Год получения профессиональной лицензии в Соединенном Королевстве									
	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	
Индия	30	96	289	994	1830	3073	3690	3551	2436	
Филиппины	52	1052	3396	7235	5593	4338	2521	1541	673	
Австралия	1335	1209	1046	1342	920	1326	981	751	299	
Нигерия	179	208	347	432	509	511	466	381	258	
Пакистан	3	13	44	207	172	140	205	200	154	
Непал	0	0	0	0	71	43	73	75	148	
Зимбабве	52	221	382	473	485	391	311	161	90	
Китай	0	0	0	0	0	0	60	66	80	
Новая Зеландия	527	461	393	443	282	348	289	215	74	
Гана	40	74	140	195	254	354	272	154	66	
Замбия	15	40	88	183	133	169	162	110	53	
Южная Африка	599	1460	1086	2114	1368	1639	933	378	39	
Кения	19	29	50	155	152	146	99	41	37	
Канада	196	130	89	79	52	89	88	75	31	

Источник: Совет Великобритании по сестринскому делу и акушерству (14).

Рисунок 5.2 Подсчет родившихся в других странах медсестер и врачей в 24 странах ОЭСР с разбивкой по основным странам происхождения (данные переписей населения, около 2000 г.)



Источник: Dumont и Zurn (8).

Измерение и мониторинг уровня и последствий преждевременной смертности работников здравоохранения часто требуют специальных инструментов и подходов. В одном пилотном исследовании, проведенном в Замбии, в двух больницах оценивались временные тенденции на основе числа свидетельств о смерти женщин-медсестер по сравнению с количеством человеко-лет работы (17). Результаты показали, что смертность среди женщин-медсестер между 1980 и 1991 гг. возросла более чем в десять раз: с 2,0 до 26,7 случаев на 1000 человек. Наблюдаемое увеличение в значительной степени связано с ВИЧ-инфекцией.

Часто оценка смертности среди кадровых ресурсов должна проводиться косвенными путями, используя таблицы смертности и другие методы демографического и эпидемиологического прогнозирования. Наглядный пример применения подобных методов в 12 странах Африки представлен в таблице 5.3. Результаты были получены путем деления прогнозируемого годового числа преждевременных смертей среди активных работников здравоохранения (на основе специфических для возраста и пола показателей смертности, взятых из национальных таблиц смертности) на исходное общее число работников здравоохранения (в соответствии с официальной статистикой кадров здравоохранения ВОЗ). Преждевременная смертность определялась как смертность до достижения возраста 60 лет. В целом ожидается, что ежегодно эти страны будут терять около 2% своего медицинского, сестринского и акушерского персонала из-за преждевременной смертности. Как можно ожидать (с учетом допущения, что структура смертности среди работников здравоохранения повторяет структуру смертности среди населения в целом), несколько более низкие расчетные коэффициенты смертности среди медсестер и акушерок по сравнению с врачами являются отражением более высокой доли женщин (для которых повозрастные показатели смертности обычно ниже, чем для мужчин) в первой группе.

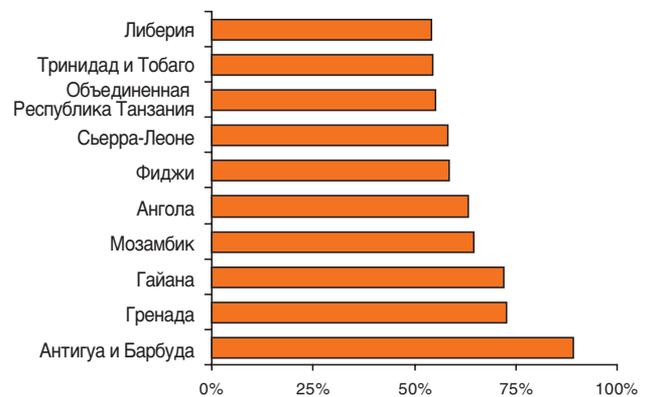
5.4.4 Выход из состава кадровых ресурсов из-за выхода на пенсию и по другим причинам

Как правило, для изучения выхода на пенсию работников здравоохранения используется три типа данных: (i)

численность работников здравоохранения, выходящих на пенсию, которые собираются в обычном порядке в реестрах оплаты труда, социального страхования или регистрации работников; (ii) данные подсчета пенсионеров среди тех, кто имеет образование, позволяющее работать по профессии, связанной с охраной здоровья, взятые из переписи или обследования населения; (iii) при отсутствии прямых оценок данные качественных исследований намерений выйти на пенсию среди работников здравоохранения. Данные о выходе на пенсию в зависимости от распределения по возрасту активной рабочей силы обычно используются в прогностических моделях по кадровым ресурсам для оценки их запасов, необходимых в будущем.

Независимо от источника информации, существует одна проблема при мониторинге тенденций о выходе работников на пенсию. Она состоит в том, что нет общего определения того, что в реальности означает «выход на пенсию». В некоторых исследованиях выход на пенсию может рассматриваться как период, следующий непосредственно после оплачиваемой работы, или период жизни после достижения определенного

Рисунок 5.3 Оценочные уровни пожизненной эмиграции врачей, родившихся в выбранных странах, не принадлежащих к ОЭСР, работающих в странах ОЭСР во время проведения переписи



Источник: Dumont и Zurn (8).

возраста. В Канаде, например, где во многих районах страны отсутствует обязательный выход на пенсию, национальная медицинская ассоциация регистрирует любого врача, который выходит из состава медицинских кадров как «вышедшего на пенсию», независимо от возраста и причины (18). В этом контексте, как видно на рисунке 5.4, даже тридцатилетние работники рассматриваются как вышедшие на пенсию.

Многие базы данных по КРЗ не позволяют дифференцировать выход на пенсию, смерть и выход из состава кадровых ресурсов (на короткий или длительный срок) по другим причинам. Что касается временных выходов из состава кадровых ресурсов, то специальные исследования абсентеизма (невыходов на работу), в том числе при проверочных посещениях мест работы без предупреждения, позволяют выявить долю работников, которых не было на их рабочем месте. В одном из таких исследований в Бангладеш около трети (35%) работников здравоохранения временно отсутствовали в день проверочного посещения (по объясненным или необъясненным причинам). Близость места жительства работника к учреждению здравоохранения, вмененные издержки из-за потерянного работником времени и другие индикаторы общих социально-экономических условий (доступ к дорогам, электрификация сельских районов) были определены как основные корреляты различных видов абсентеизма (19).

Возможно, что некоторые долговременные выходы из состава кадровых ресурсов связаны с изменением профессии, особенно на профессию вне сектора здравоохранения. Обследования трудовых ресурсов, которые включают данные из всех отраслей национальной экономики, могут помочь пролить свет на этот вопрос, хотя сравнения между странами и во времени будут зависеть от формулировок вопросника и состава выборки, использованных для получения исходных данных. Например анализ данных обследования трудовых ресурсов из четырех стран показал выраженные различия в доле респондентов, сообщающих о профессии в области медицины или сестринского дела, но не работающих в месте оказания услуг здравоохранения (поэтому они могут быть не зафиксированы в реестрах учреждений или в платежных ведомостях) (рис. 5.5). Самая большая доля тех, кто был безработным или возобновил учебу во время проведения обследования, обнаружена в выборке из Дании (20).

5.5 Итоговые замечания: последствия для политики и планирования

В этой главе дается обзор существующего состояния знаний по измерению и мониторингу перемещений кадров здравоохранения и их выхода из их состава для целей политики и планирования. Понимание подобной динамики могло бы помочь определить дисбаланс в распределении работников здравоохранения в пределах стран и между ними и реализовать стратегии удержания персонала, которые способствуют решению работников остаться там (или вернуться туда), где их навыки и услуги особенно востребованы. Также все больше признается, что ключевым фактором в поддержании надлежащего состояния ресурсов здравоохранения, необходимого для достижения целей системы здравоохранения, является подготовка, наем и

Таблица 5.3 Оценки ежегодных потерь среди работников здравоохранения из-за смертности в возрасте до 60 лет на основе анализа таблиц смертности, выбранные страны Африканского региона ВОЗ

Страна	Коэффициент преждевременной смертности на 1000 работников	
	Врачи	Медсестры и акушерки
Замбия	28	22
Кения	23	23
Конго, Демократическая республика	23	19
Кот д'Ивуар	25	22
Либерия	24	20
Мадагаскар	21	20
Объединенная Республика Танзания	24	22
Руанда	25	19
Сьерра-Леоне	26	22
Уганда	26	22
Центральноафриканская Республика	25	21
Эфиопия	23	20
Всего	24	21

Источник: От авторов.

удержание молодых работников при одновременных новых вложениях в “зрелые” кадры. В этом контексте наличие и использование соответствующих данных из различных источников для мониторинга и решения проблем КРЗ на всех этапах трудовой деятельности имеет важнейшее значение.

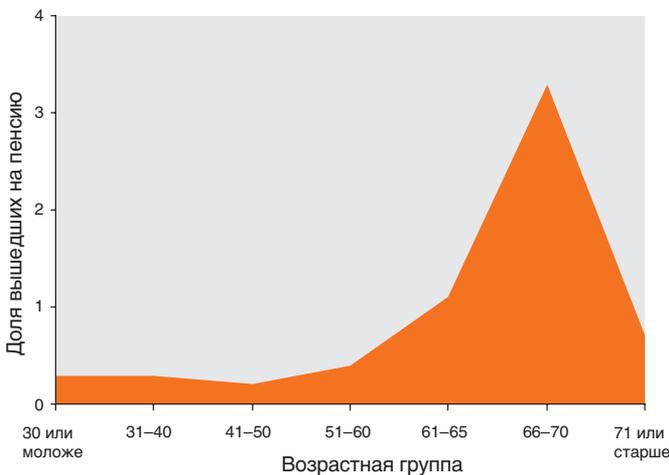
Информация о прошлых и предполагаемых передвижениях рабочей силы нужна для прогнозирования обеспечения кадрами в будущем в качестве основы для разработки плана по КРЗ и принятия решений, опирающихся на фактические данные. С учетом природы перемещений и выхода из состава кадровых ресурсов точный прогноз возможен только в отношении некоторых из них (за исключением, может быть, выхода на пенсию); однако они должны учитываться и планироваться в национальных стратегиях по развитию КРЗ. В большинстве стран перемещения кадров здравоохранения в пределах их общей численности (например изменение сектора занятости или миграция из сельских в городские районы при продолжении работы в службах здравоохранения), вероятно, будут важным показателем динамикой кадровых ресурсов, однако, как правило, своевременные и надежные данные об этом крайне ограничены. Часто разработчики политики и лица, отвечающие за принятие решений, должны руководствоваться данными специальных исследований КРЗ (несистематических по своей природе) или периодических исследований, основанных на оценке кадровых ресурсов в двух различных по времени точках (и затем делать выводы о потоках, которые

наблюдались между этими двумя временными точками). Когда необходимо проводить мониторинг выхода из состава кадров здравоохранения, данные часто должны собираться из источников за пределами сектора здравоохранения или даже за пределами страны.

Большим недостатком является то, что во многих странах не проводится систематический сбор данных по заболеваемости и смертности среди работников здравоохранения, которые крайне важны для мониторинга профессионального здоровья и безопасности кадровых ресурсов, а именно это часто является основным фактором, влияющим на убыль работников из сектора здравоохранения. Понимание причин потерь кадровых ресурсов может, например, помочь информировать стратегии по предупреждению ВИЧ/СПИДа и других заболеваний среди работников здравоохранения для снижения преждевременной смертности в долгосрочной перспективе, одновременно предоставляя необходимое лечение тем работникам, которые в нем нуждаются, что позволяет им продлить период трудовой активности (21).

Часто наблюдается недостаток данных даже по выходу кадров здравоохранения на пенсию, и это становится все более серьезной проблемой, учитывая глобальные тенденции старения кадров. Использование установленного возраста (например установленного законом пенсионного возраста) для прогнозирования числа пенсионеров, скорее всего, будет недостаточным, так как часто наблюдаются различия в реальном возрасте выхода на пенсию в различных профессиях или в зависимости от пола. Хорошее понимание показателей выхода на пенсию является ценным для планирования будущей обеспеченности кадрами здравоохранения и, кроме того, может использоваться для разработки гибких рабочих процедур, которые способствовали бы отсрочке выхода на пенсию. Например инициатива по гибкому выходу на пенсию в Соединенном Королевстве позволила врачам, приближающимся к пенсионному возрасту, перейти на неполный рабочий день при сохранении пенсионных выплат.

Рисунок 5.4 Показатели выхода на пенсию среди врачей с разбивкой по возрастным группам, по данным реестра Национальной медицинской ассоциации, Канада, 2005 г.

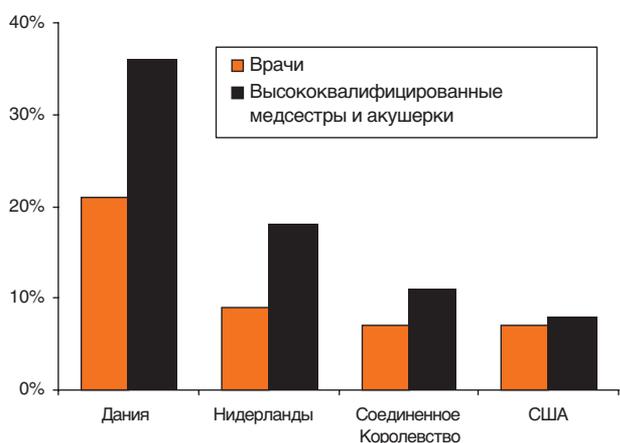


Источник: Pong, Lemire и Tepper (18).

Повторный найм лиц, получивших образование и подготовку в области предоставления услуг здравоохранения, но либо работающих вне сектора здравоохранения, либо являющихся экономически неактивными, может быть привлекательным вариантом повышения потенциала системы здравоохранения. Для этой цели чрезвычайно важно определить численность потенциального пула людей, о которых идет речь, чтобы оценить возможности и потенциальное воздействие подобной инициативы. В США к 2004 г. почти 17% (или около 488 000) опрошенных медсестер, включенных в национальный профессиональный реестр, не работали в области сестринского дела (23). Хотя многие из них вряд ли вернулись бы к предоставлению сестринских услуг из-за преклонного возраста, число тех, чей возраст был меньше 50 лет, и в отношении которых существовала возможность найма на работу по специальности, составило примерно 160 000. Учитывая, что больницы США сообщили о примерно 116 000 вакантных медсестринских мест (24), политика и стратегии по привлечению квалифицированных медсестер обратно на работу по специальности могут принести высокую отдачу.

Международная миграция работников здравоохранения из стран с низким и средним уровнем доходов в более богатые страны - еще одна проблема, привлекающая внимание на глобальном уровне. Врачи и медсестры представляют лишь малую долю мигрирующих высококвалифицированных работников, но потеря КРЗ для развивающихся стран может означать, что потенциал системы здравоохранения по справедливому предоставлению медицинских услуг находится под угрозой (25). Многие развитые страны, которые раньше активно нанимали работников здравоохранения за рубежом для решения проблемы (реальной или предполагаемой) дефицита работников здравоохранения в собственной стране, теперь признали необходимость устранения неблагоприятных последствий этого процесса в ряде основных стран-доноров, особенно в странах Африки южнее Сахары (26, 27). Одним из вариантов политики для принимающих стран является разработка этических норм международного найма

Рисунок 5.5 Доля респондентов, сообщивших о приобретенной профессии в области здравоохранения, но не работающих в отрасли предоставления медицинских услуг во время проведения интервью, выбранные страны



Источник: Gupta et al. (20).

работников здравоохранения. Например в 2001 г. Департамент здравоохранения Соединенного Королевства принял кодекс практики для работодателей национальной системы здравоохранения, который среди прочего был направлен на предупреждение целевого найма из развивающихся стран, которые сами испытывают значительный дефицит медицинского персонала. Хотя оценить воздействие такого кодекса достаточно трудно из-за многочисленных факторов, являющихся двигателем трудовой миграции, можно отметить, что наблюдалась тенденция значительного снижения миграции медсестер из Африки в Соединенное Королевство в период, который следовал за принятием кодекса (как было проиллюстрировано выше в таблице 5.2).

В тоже время следует признать, что движение и миграция медицинского персонала происходят в двух направлениях. Работники здравоохранения перемещаются из богатых стран в более бедные и из городских районов в сельские по ряду различных причин и используя различные механизмы, хотя последнее происходит в гораздо меньшем масштабе, но при этом еще хуже учитывается. Во многих случаях работники здравоохранения мигрируют за рубеж на более короткий период времени и возвращаются в собственную страну, что может быть полезным для стран-доноров, так как эти работники возвращаются, получив опыт, навыки и персональные ресурсы, которых они не имели к моменту своего отъезда (3). Поэтому страны-доноры должны рассматривать различные варианты политики: либо поддерживать и поощрять отток медицинских работников в другие страны (например для стимулирования направления денежных средств в страну или для решения проблемы излишнего количества кадров по сравнению с потребностями национального рынка труда здравоохранения), либо ограничивать и снижать эмиграцию кадров (чтобы противодействовать утечке мозгов) (26). Во всех случаях мониторинг международных потоков является обязательным условием для оценки эффективности политики.

Значительно увеличивается вклад существующих источников данных и аналитических подходов в мониторинг перемещений рабочей силы здравоохранения и выхода из ее состава, а также в разработку политики в области КРЗ на национальном и международном уровнях; однако некоторые области требуют дальнейшего внимания. Одним из основных факторов, тормозящих углубленный анализ, является общий дефицит данных дезагрегированных по различным типам выхода из состава кадровых ресурсов, что осложняет ответственным лицам принятие адекватных решений по специфическим вопросам удержания кадров. Активизация усилий, направленных на систематический сбор данных и улучшение координации между представителями различных секторов и стран, заинтересованных в сборе и использовании данных, должна способствовать повышению доступности, качества и сравнимости данных по КРЗ, и тем самым содействовать укреплению базы фактических данных, необходимой для того, чтобы продвигать различные варианты политики и направлять принятие решений.

Библиография

1. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009).
2. Coomber B, Bariball L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital based nurses: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 44(2):297–314.
3. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D et al. *Health personnel in southern Africa: confronting maldistribution and brain drain*. EQUINET Discussion Paper No. 3. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa, Health Systems Trust and MEDACT, 2003 (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS3hres.pdf>, accessed 15 January 2009).
4. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. ICN Issue Paper No. 4. Geneva, International Council of Nurses, 2005 (<http://www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf>, accessed 15 January 2009).
5. Davey G, Fekade D, Parry E. Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals? *Lancet*, 2006, 367(9511):629–631.
6. McCoy D, Bennett S, Witter S et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2008, 371(9613):675–681.
7. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(8):601–607 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/601.pdf>, accessed 15 January 2009).
8. Dumont JC, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: *International migration outlook: SOPEMI 2007 edition*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007 (<http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>, accessed 15 January 2009).
9. *Assessment of human resources for health: country profile*. Geneva, Ministry of Health of Sri Lanka and World Health Organization, 2002.
10. Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K. *Health sector human resources needs assessment*. Silver Spring, MD, Medical Care Development International, 2004.
11. Lorenzo FME, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. *Health Services Research*, 2007, 42(3p2):1406–1418.
12. Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/researchpolicies/migration_en.pdf, accessed 15 January 2009).
13. Riley PL, Vindigni SM, Arudo J et al. Developing a nursing database system in Kenya. *Health Services Research*, 2007, 42(3):1389–1405.
14. *Statistical analysis of the register: 1 April 2006 to 31 March 2007*. London, Nursing and Midwifery Council, 2008 (<http://www.nmc-uk.org/aArticle.aspx?ArticleID=36>, accessed 15 January 2009).
15. *South Africa yearbook 2002/03*. Pretoria, Government of South Africa Communication and Information System, 2003.
16. Cohen D. *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work, Working Paper No. 2. Geneva, International Labour Organization, 2002 (http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/wp2_humancapital.pdf, accessed 15 January 2009).
17. Buve A, Foaster S, Mbwili C et al. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic: a pilot study in Zambia. *AIDS*, 1994, 8(3):396.
18. Pong RW, Lemire F, Tepper J. *Physician retirement in Canada: what is known and what needs to be done*. Presented at the 10th International Medical Workforce Conference, Vancouver, Canada, 20–24 March 2007 (http://www.cranhr.ca/pdf/10_retCAN.pdf, accessed 15 January 2009).
19. Chaudhury N, Hammer JS. Ghost doctors: absenteeism in rural Bangladeshi health facilities. *World Bank Economic Review*, 2004, 18(3):423–441.
20. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 15 January 2009).
21. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Health Working Papers, No. 21. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2006 (<http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>, accessed 15 January 2009).
22. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(3):225–230 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/08-051599.pdf>, accessed 20 February 2009).
23. *The registered nurse population: national sample survey of registered nurses, March 2004 – preliminary findings*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2005.
24. *Research and trends: health and hospital trends 2007 – AHA survey of hospital leaders*. Washington, DC, American Hospital Association, 2007 (<http://www.aha.org/aha/research-and-trends/health-and-hospital-trends/2007.html>, accessed 15 January 2009).
25. Stilwell B, Diallo K, Zurn P et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8>, accessed 15 January 2009).

26. Buchan J. *Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими? Краткий аналитический обзор*. Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_rPB_10.pdf, по состоянию на 30 августа 2011 г.)
27. Robinson M, Clark P. Forging solutions to health worker migration. *Lancet*, 2008, 371(9613):691–693.

Часть III:
СТРАТЕГИИ
ПРОВЕДЕНИЯ
ОЦЕНОК И ПРИМЕРЫ
ИЗ ПРАКТИКИ





6

Оценка затрат на кадры здравоохранения: концепции, источники данных и методы

PATRICIA HERNANDEZ, TESSA TAN-TORRES, DAVID B EVANS

6.1 Введение

Согласно оценкам, оплата труда составляет самую большую отдельную статью затрат в системе национальных счетов и при предоставлении услуг здравоохранения (если они измерялись). Однако во многих странах информация о степени и природе затрат на работников здравоохранения недоступна в обычном порядке и часто рассеяна между различными источниками. Там, где сбор данных проводится, он может иметь частичный охват и редко использоваться для разработки политики и планирования. Обеспечение своевременной доступности данных о затратах на кадры здравоохранения для лиц, ответственных за принятие решений, и заинтересованных кругов, потребует систематических усилий по консолидации и гармонизации данных, а также модификации методов ведения их учета. Разумеется, характер и интенсивность предпринятых действий будут зависеть от страны.

Несмотря на то, что затраты на кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ) являются значительной частью общих затрат, не существует полной документации методов учета, связанных конкретно с кадрами здравоохранения. Другие подходы к оценке описывают, как в принципе измерять затраты на трудовые ресурсы, в частности затраты на предоставление услуг здравоохранения в системе национальных счетов, являющейся рамочной концепцией, которая устанавливает международные статистические стандарты для измерения рыночной экономики, и в методах, которые используются для проведения оценки затрат на финансируемые государством службы здравоохранения.

Создание всеобъемлющей, надежной и интегрированной системы оценки расходов на КРЗ обычно требует обобщения данных из исходных административных реестров и периодических обследований. Некоторые страны начинают хранить результаты всех связанных с трудовыми ресурсами обследований в едином архиве. Во многих случаях требуется проведение дополнительных обследований для дополнения существующих источников, чтобы надлежащим образом охватить всю эту область.

Основная задача этой главы – способствовать тому, чтобы больше стран проводили мониторинг затрат на кадровые ресурсы в системах здравоохранения для информированного принятия решений. Отслеживание финансовых ресурсов, которые вложены в КРЗ, может облегчить мониторинг ресурсов для достижения Целей тысячелетия в области развития, выполнения национального плана по сокращению

бедности и других инициатив. Выделение затрат на КРЗ внутри существующих механизмов распределения ресурсов, дает возможность предоставить такую информацию. При регулярном использовании системы учета могут отслеживать тенденции в затратах на трудовые ресурсы здравоохранения, что является важным элементом в мониторинге и оценке КРЗ.

Здесь представлены несколько механизмов, которые могли бы стать практическим руководством для тех, кто на практике проводит мониторинг этих затрат. После введения в главе предлагается краткое описание задач и основных индикаторов этой оценки. Далее предлагается описание того, как создать и поддерживать минимальную базу данных по затратам на КРЗ. Также обсуждаются вопросы сбора данных и их использования на уровне страны, дополненные описанием примеров для иллюстрации различных процедур и рекомендаций по повышению уровня сравнимости данных между странами и во времени.

Признавая, что многие страны вряд ли создадут совершенные интегрированные системы сбора и сопоставления данных за короткий промежуток времени, в этой главе описано, как различные источники данных, обычно имеющиеся в странах, могут использоваться для определения масштаба затрат на КРЗ. Подход, который предлагается здесь, не имеет атрибутов полномасштабного счета, привязанного к официальным счетам здравоохранения и точно соблюдающего те же ограничения. Он предлагается как краткосрочное решение на время ожидания, пока основные согласованные на международном уровне методы подсчета будут обновлены и усовершенствованы – в частности обновления существующих версий Системы национальных счетов 1993 г. (в дальнейшем именуемая СНС93) (1), Системы счетов здравоохранения (или СС31.0) (2) и Руководства по созданию национальных счетов здравоохранения (3), которые, как ожидается, будут завершены в 2012 г.

6.2 Что должно измеряться

До обсуждения вопросов оценки и источников данных важно четко определить, что должно измеряться и почему. Выбор индикаторов затрат на КРЗ должен определяться требованиями политики, хотя также важно принимать во внимание осуществимость и стоимость сбора и обработки данных.

6.2.1 Определение ключевого набора индикаторов

Первый шаг - это определение желательного минимального набора индикаторов. Существует две цели: предложить странам способы разработки практической системы отчетности для их собственных целей политики и облегчить сравнения во времени и между различными условиями. Стандартизация и гармонизация информации позволяет странам отслеживать воздействие изменений и предлагает возможности учиться на опыте других стран и регионов.

Предлагаемый основной набор индикаторов представлен на вставке 6.1. Перечислены шесть базовых индикаторов, относящихся к общим расходам на работников здравоохранения, относительному размеру и распределению этих затрат. Общее значение предлагается в абсолютных цифрах и на душу населения, определяя валютные единицы, позволяющие проводить сравнения на международном уровне (4, 5).

Страны, в которых отсутствуют надежные данные из частного сектора, могут для начала использовать общие данные правительства или государственного сектора. Общие государственные расходы относятся к расходам центрального, регионального или местного правительства, а также систем социального страхования и некоммерческих структур, которые контролируются и получают основную часть финансирования от государственных учреждений. Мониторинг государственных расходов связан с вопросом

о том, какой размер финансирования привлекается для развития КРЗ, и может также рассматриваться как отражение обязательств правительства.

Шестой предложенный индикатор должен предоставить более детальную информацию, путем разбивки данных по расходам на различные компоненты, которые могут быть полезными для разработки политики, например место и сектор работы, статус занятости или профессиональная функция.

6.2.2 Расширенный набор индикаторов

Возможно, некоторые правительства захотят отслеживать дополнительный набор индикаторов, например проводить мониторинг социальной справедливости и эффективности расходов на КРЗ, детальных расходов на трудовые ресурсы по конкретным сферам услуг или программам или определить источники роста издержек. Среди широкого диапазона возможностей, часто дополненного другими типами данных по работе системы здравоохранения, наиболее типичные могут включать следующие:

Расходы на КРЗ по уровню квалификации и по специализации работников здравоохранения, например врачи, медсестры, акушерки, фармацевты, общинные работники здравоохранения, водители машин скорой помощи;

Расходы на КРЗ по различным сферам обслуживания или типам вмешательства по охране здоровья, например работники, предоставляющие услуги в области психического здоровья или ассистирующие при родах;

Вставка 6.1 Предлагаемый минимальный набор индикаторов для мониторинга расходов на кадровые ресурсы здравоохранения

1. Расходы на КРЗ, общие и на душу населения (в национальной валюте, в долларах США и в международных долларах)
2. Расходы на КРЗ как доля общих расходов на здравоохранение
3. Расходы на КРЗ как доля валового внутреннего продукта или валового национального дохода
4. Расходы на КРЗ как доля общих государственных расходов на здравоохранение
5. Расходы на КРЗ как доля общих периодических государственных расходов на здравоохранение
6. Разбивка расходов на КРЗ по:
 - a. месту работы: больницы, амбулатории/поликлиники, службы общественного здравоохранения и т.д.
 - b. секторам: государственный, частный коммерческий, частный некоммерческий
 - c. статусу занятости: наемные работники, индивидуальные предприниматели
 - d. профессиональным функциям: поставщик медицинских услуг (прямые услуги пациентам), управление системой здравоохранения и вспомогательный персонал.
- a. Расчет значений расходов на душу населения обычно основывается на оценках численности населения на середину года. Международные доллары получают путем деления национальных денежных единиц на их паритет покупательной способности по сравнению с долларом США, что представляет собой способ сведения к минимуму последствий различий в ценах между странами. Определения выбранных терминов по финансированию здравоохранения можно найти в разделе Национальные счета здравоохранения Статистической информационной системы ВОЗ (4).
- b. Для сравнительных целей данные по расходам на здравоохранение по странам, собранные ВОЗ, с использованием в случае их наличия результатов учета в области здравоохранения можно легко найти в Национальных счетах здравоохранения ВОЗ (5).

Средние заработки среди работников здравоохранения, т. е почасовой, недельный или месячный доход от зарплаты, практики или бизнеса.

Последний может быть особенно полезным индикатором для мониторинга равноправия среди кадров здравоохранения (например гендерного равенства). Предложение использовать данный индикатор соответствует рекомендациям Международной организации труда о том, что статистика по среднему заработку, а также по часам работы (полезна для подсчета эквивалентов полной занятости для должностей) должны поддерживаться в рабочем состоянии и регулярно обновляться, охватывая все важные категории работников, получающих почасовую оплату, и работников, получающих оклад, включая тех, кто работает в здравоохранении (б).

6.3 Подходы к подсчету расходов по КРЗ

Информация по общим расходам на КРЗ – наиболее важному компоненту минимального набора индикаторов, представленного на вставке 6.1, обычно содержится в национальных счетах и счетах здравоохранения. Эти системы состоят из интегрированного набора макроэкономических счетов, балансов и таблиц, основанных на концепциях, согласованных на международном уровне, определениях, классификациях и правилах бухгалтерского учета, которые вместе предоставляют всеобъемлющую концепцию учета, внутри которой данные могут объединяться и представляться в формате, разработанном для проведения анализа, принятия решений и разработки политики (1). В этом разделе описаны основные модели и методы сбора данных для понимания того, как они могут использоваться и сопоставляться между различными контекстами и во времени.

6.3.1 Формулировка понятия «расходы на кадры здравоохранения»

В общих чертах расходы на КРЗ являются производением числа работников здравоохранения и их цен. Отражение неоднородности рынка кадров здравоохранения требует учета множества типов работников: людей, которые напрямую предоставляют услуги здравоохранения (включая услуги по профилактике, охране здоровья, лечению и реабилитации), а также административного персонала, поставщиков и другого вспомогательного персонала, который способствует функционированию системы здравоохранения. Кадровые ресурсы включают наемных работников, получающих зарплату, или частных предпринимателей; работающих на полную ставку и неполный рабочий день; работающих на основании краткосрочного или долгосрочного контракта; работающих на одной работе или совмещающих несколько должностей. Чтобы охватить подобное разнообразие, размер кадров часто измеряется как путем подсчета численного состава (физические лица) так и в пересчете на эквивалент работающих полный день (измерение, равное одной штатной единице, работающей полный день в течение одного года) (см. также главу 3 этого Руководства для более детальной информации по измерению объема кадровых ресурсов).

Так как специфические для каждой страны и для каждого инструмента данные часто собираются и

классифицируются различными способами, полезно принять стандартизированную на международном уровне процедуру классификации для улучшения сопоставимости данных. Подходящие классификации для целей гармонизации данных по кадровым ресурсам в системах здравоохранения включают Международную стандартную классификацию занятий (МСКЗ), Международную стандартную классификацию образования (МСКО), Международную стандартную отраслевую классификацию всех видов экономической деятельности (МСОК), Центральную классификацию продукции (ЦКП), Классификацию функций правительства (КФОГУ), Классификацию расходов производителей в соответствии с их целями (КРПЦ) (7–12).¹ Например, данные по затратам на кадровые ресурсы с разбивкой по видам деятельности в идеале должны классифицироваться с использованием последнего пересмотра МСКЗ (где большинство занятий в области здравоохранения попадают в две подгруппы: 22 “специалисты-профессионалы в области здравоохранения” и 32 “вспомогательный персонал в области здравоохранения”). Продукция и услуги здравоохранения классифицируются в ЦКП в группе 931 “услуги по охране здоровья человека”. Соответствующие данные по государственным расходам или деятельности описаны в КФОГУ под разделом 07 “здравоохранение”, включая услуги, предоставляемые отдельным лицам и на коллективной основе. КРПЦ может использоваться для детализации расходов на развитие ресурсов здравоохранения, в частности под категорией 5.1 “расходы на образование и подготовку”, которые включают профессиональную подготовку и повышение квалификации.

Стандартные описания концепций и методов подсчета расходов на КРЗ имеются в Системе национальных счетов (в частности, см. параграфы 7.21–47 СНС93 для методов для выработки исходных данных) и в Европейской системе счетов (ссылка 13, глава 8). Система счетов здравоохранения – это еще один полезный ресурс, охватывающий три основных области: здравоохранение по функции или области обслуживания, поставщики продуктов и услуг здравоохранения и источники финансирования (в частности, таблица 10 СС31.0 посвящена «общей занятости в области здравоохранения», охватывая как число работников, так и эквиваленты полной занятости). Расходы на работников здравоохранения напрямую представлены в руководстве ВОЗ, Всемирного банка и USAID (3), адаптированном для стран с низким и средним уровнем доходов (экономическая классификация в этом руководстве включает компенсацию работников и владельцев и различает себестоимость ресурсов на оплату труда (код 1.1.1), социальные отчисления (код 1.1.2) и трудовые доходы помимо зарплаты (код 1.1.3)) – и затем далее расширены в инструменте ССЗ по сбору данных, совместно разработанном Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростатом и ВОЗ (14). Для стран и заинтересованных кругов также будет полезно обратиться к этим дополнительным материалам в процессе разработки специализированного набора данных по расходам на кадры здравоохранения.

Границы понятия «здравоохранение» устанавливают охват и содержание данных о расходах на КРЗ, и полученные результаты будут несколько различаться в зависимости от

¹ См. главу 2 для получения более подробной информации по некоторым из этих классификаций.

использованной системы измерения. Обычно в национальных счетах сектор здравоохранения определяется как раздел деятельности по охране здоровья человека – отраслевой раздел, классифицированный под кодом 86 четвертого или последнего пересмотра МКЗ (или эквивалента в национальных классификациях), охватывая только людей, которые участвуют в предоставлении услуг по охране здоровья. Другие методы, предназначенные в большей степени для учета в области здравоохранения, обычно следуют более общему определению, также включая другие основные виды деятельности, связанные со здравоохранением (например, регулирование и управление в области предоставления услуг здравоохранения, снабжение товарами, связанными с охраной здоровья, и в некоторых случаях дополнительную деятельность, например административную деятельность в области медицинского страхования).

В этой главе и в соответствии с ССЗ, за исключением случаев, когда указано особо, рассматривается более широкий круг деятельности системы здравоохранения (вставка 6.2) (15). Хотя по мере возможности рекомендуется использование информации, имеющейся в национальных счетах здравоохранения или национальных счетах (вместо проведения собственных оценок на основе числа работников здравоохранения и размера их заработной платы), важно помнить, что не существует единого формата представления данных о расходах на КРЗ, и, следовательно, аналитики и лица, ответственные за принятие решений, должны тщательно изучить любые примечания к отчетным показателям (метаданным), для того чтобы понять, как их можно использовать и интерпретировать.

6.3.2 Требования к данным и их потенциальные источники

Процедуры оценки, которые используются для получения цифровых данных на уровне стран из национальных счетов и счетов здравоохранения, объединяют данные по объему и тарифам. Учет включает использование широкого ассортимента документальных источников и типов информации, как монетарной, так и не монетарной, периодической и единовременной, включая:

- обследования и переписи, например обследования трудовых ресурсов и другие обследования домашних хозяйств; обследования учреждений; экономические переписи и переписи населения;
- административные документы, например бюджетные обзоры министерств, реестры занятости, реестры социальной медицинской страховки, налоговые учетные документы, статистика по заработкам, реестры бизнесов и учреждений, учетные документы профессиональных регулирующих органов, бухгалтерские документы частных учреждений;
- специальный административный мониторинг характеристик трудовых ресурсов и найма (например, отсутствия по болезни, иностранные рабочие, сезонные рабочие);
- другие источники информации, например специальные действия по сбору и обработке данных, специальный

анализ с использованием дополнительных источников, экстраполяция и другие методы прогнозирования.

Сопоставление, синтез и анализ этих различных типов данных обычно является результатом сотрудничества между широким спектром заинтересованных кругов, включая министерства (здравоохранения, труда, финансов), центральные статистические бюро, партнеров в области развития, исследовательские и академические институты, ассоциации работников и страховые агентства. Новый сбор данных должен проводиться, только в том случае, когда необходимой информации нет в других источниках, и для его проведения были получены надлежащие ресурсы. Первостепенная задача и сложность – обеспечить извлечение всех соответствующих данных; например вознаграждения и стимулы, выплаченные работникам здравоохранения специальными фондами (например международными источниками) или организациями за деятельность по совместительству (например услуги по гигиене труда в отраслях промышленности) могут сообщаться отдельно от государственных документов по учету почасовой оплаты и окладов.

Рекомендации по стандартной процедуре оценки для мониторинга затрат на кадровые ресурсы содержатся в СНС93. Сравнительно небольшие изменения сделаны для детализированных вводимых данных, относящихся к здравоохранению и соответствующих конкретным для каждой страны характеристикам данных. Например, размеры выборки при обследовании трудовых ресурсов обычно слишком малы, чтобы позволить сделать статистически обоснованные выводы о конкретных направлениях экономической активности. По существу, данные обследования трудовых ресурсов обычно дополняются данными из административных и других источников (16).

На рисунке 6.1 дана типичная схема, которую может использовать эксперт по оценке расходов на трудовые ресурсы (1). В иллюстративных целях использование в национальном учете данных обследований трудовых ресурсов и данных из других источников описано для выбранного числа стран ОЭСР и Европейского союза:

- Обследования трудовых ресурсов здравоохранения являются основным источником данных в Австралии, Венгрии Ирландии, Канаде, Кипре, Литве, Соединенном Королевстве, Швейцарии и Эстонии.
- Данные обследований трудовых ресурсов частично заменены административными данными и другими периодическими обследованиями в Болгарии, Греции, Латвии, Португалии и Румынии.
- Страны, объединяющие данные по предложению и спросу, включают Австрию, Германию, Данию, Испанию, Италию, Мальту, Норвегию, Словакию, Финляндию и Швецию.
- Обследования трудовых ресурсов используются в национальном учете только в минимальной степени в Бельгии, Исландии, Люксембурге, Мексике, Нидерландах, Польше, Словакии, США, Франции, Чешской Республике и Японии.

Лица, проводящие учет в сфере здравоохранения, используют те же методики и источники данных, что и лица, проводящие

общенациональный учет, но ограничиваются трудовыми ресурсами здравоохранения. И те и другие сталкиваются с одинаковыми проблемами, связанными с многочисленными источниками данных и их несовместимостью. При обнаружении различий первый шаг – определить их причины, а затем решить, является ли один из источников более подходящим или лучше использовать сводные данные. В ситуации, когда имеется множество статистических источников, согласованность достигается в основном путем корректировки данных о найме, а не об оплате или окладах (17). Пример Нидерландов демонстрирует разнообразие уровней обобщения и содержания источников данных, которые необходимы для оценки расходов на КРЗ (изображено на рисунке 6.2) (18).

Там, где страны продвигаются в сторону расширенного набора индикаторов (как описано в разделе 6.2.2 выше), необходима информация о характеристиках работников здравоохранения (например возраст, образование), а также о трудовой деятельности (например количество часов работы в системе здравоохранения, включая переработку, но за вычетом отсутствия на работе из-за отпуска, болезни или другой причины) – показатели, для которых собираемые в обычном порядке данные редко имеются на национальном уровне. Два примера процесса косвенной оценки проработанных часов в различных контекстах представлены на рисунке 6.3 (19, 20) и вставке 6.3 (21). Дополнительные усилия, как правило, требуются для охвата особых групп (например временных работников и работников, предоставляющих индивидуальный уход на дому), и для того, чтобы вывести значения, если отсутствуют прямые учетные записи (например о проработанных часах). Чтобы обеспечить согласованность различных компонентов и типов данных, показатели расходов КРЗ должны сверяться с данными национальных счетов,

в частности с доходами работников в таблицах снабжения и использования (которые являются инструментами, используемыми для проверки последовательности статистики по потокам товаров и услуг, основываясь на принципе, что общий уровень снабжения каждым продуктом равен общему его использованию). Упрощенный обзор описан на рисунке 6.4 как “квадрат вычисления”, где каждая графа означает специфический процесс по определению наилучшего источника данных и необходимых корректировок (18).

Персонал в службах здравоохранения может также вести деятельность, не связанную со здравоохранением, поэтому может понадобиться дополнительная корректировка, если исследуется только компонент, связанный со здравоохранением. При этих оценках должны использоваться наиболее общие правила бухгалтерского учета, например оценки, основанные на принципе начисления (т. е. счетов к оплате и дебиторской задолженности), а не на принципе наличной оплаты (т. е. полученных и выплаченных средств) (см. документы Статистического отдела ООН (22) для представления базовых концепций национального учета). В частности, этому правилу должно следовать измерение объема трудовых ресурсов и их оценочной стоимости. Исходные определения представлены в СНС, что подробно отражено на вставке 6.4 (1).

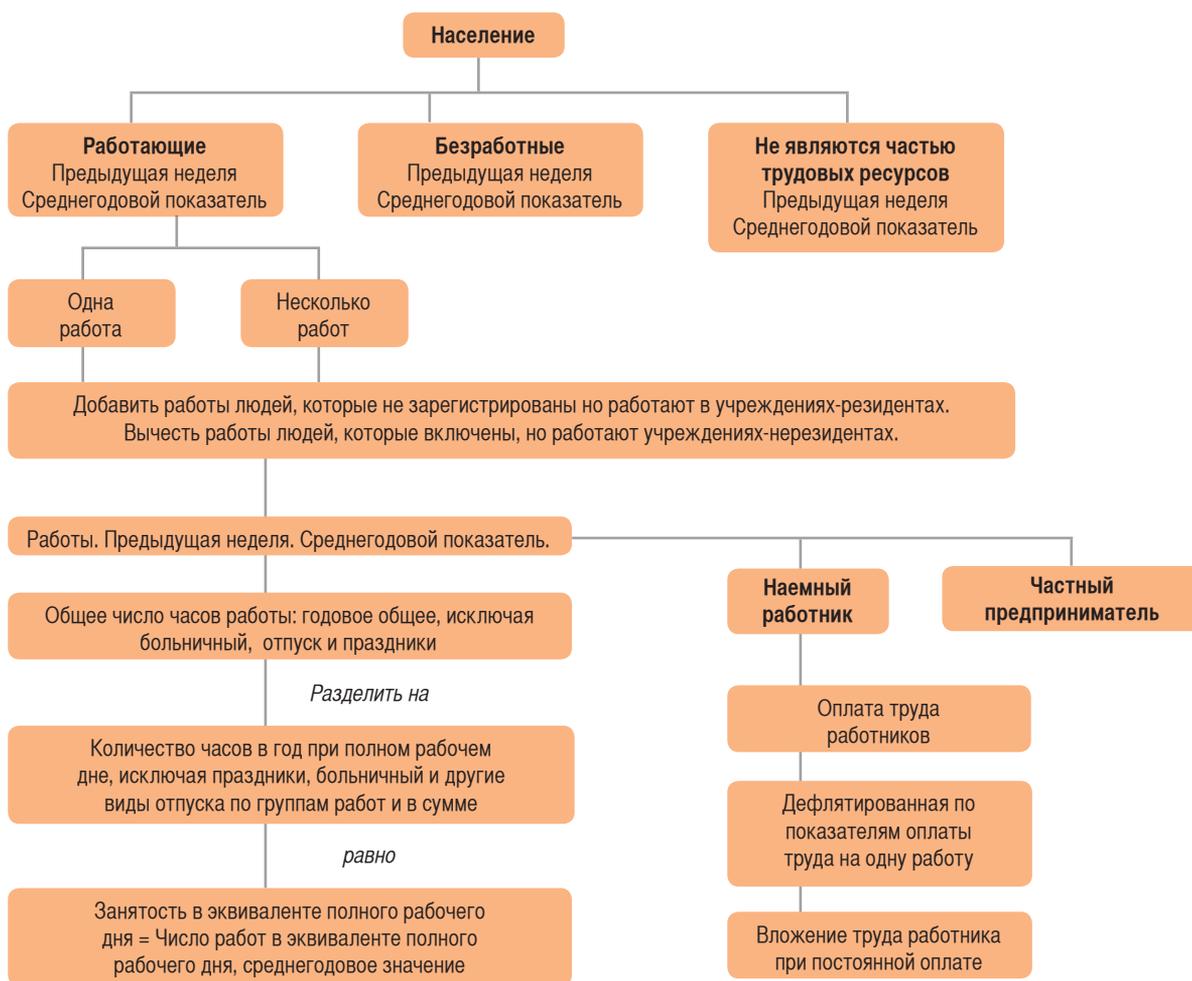
Расходы на трудовые ресурсы, не относящиеся к оплате труда работников, но которые должны учитываться, включают расходы на найм, образование и подготовку, стимулы для удержания и мотивации работников, дополнительные расходы (например на рабочую одежду, налоги на найм персонала). Те расходы, которые вычитаются из налогооблагаемой базы, могут оцениваться с использованием документов налогового учета. Что касается образования (перед поступлением на работу), прямые затраты, включая оплату преподавателей,

Вставка 6.2 Компоненты расходов в соответствии с методологией, связанной с учетом в области здравоохранения, по классам Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности (четвертый пересмотр)

- a. Услуги по охране здоровья:** подраздел 86 “деятельность по охране здоровья человека” (группы 861 “деятельность больниц”, 862 “врачебная и зубоветеринарная практика” и 869 “прочая деятельность по охране здоровья человека”); часть групп 871 “специализированные учреждения, предоставляющие сестринский уход” и 881 “социальные услуги”; часть группы 712 “технические испытания и анализ”; и части подразделов 49, 50 и 51 “транспортировка” (связанная с пациентами);
- b. Производство и продажа медицинской продукции:** розничная торговля фармацевтическими и медицинскими товарами (подгруппа 4772, исключая парфюмерные и косметические товары); производство медицинских и стоматологических инструментов и расходных материалов (подгруппа 3250);
- c. Другая деятельность,** соответствующая закону или культурным и традиционным нормам страны, которая направлена на восстановление, поддержание и укрепление здоровья человека, формальная или неформальная, не включенная в МСОК, например распределение традиционных, альтернативных лекарственных средств и добавок;
- d. Администрирование и планирование,** которые являются подгруппами МСОК 8412 (государственное руководство) и 8430 (обязательное социальное страхование).

Источник: Poullier (15).

Рисунок 6.1 Обзор процесса оценки для подсчета затрат на трудовые ресурсы в Системе национальных счетов



Источник: СНС93 (Рисунок 17.1: Концепции населения и трудовых ресурсов) (1).

рассматриваются за пределами системы здравоохранения в СС31.0, но в некоторых руководствах предлагается их учет “за чертой” (внебалансовые расходы). Повышение квалификации в процессе работы ведет за собой как прямые, так и косвенные расходы (например оплачиваемое рабочее время практикантов). Клиническая или практическая подготовка, составляющая часть услуг здравоохранения, представляет собой продукт совместного производства, который также подсчитывается в оценках расходов на КРЗ (хотя бы в теории).

И, наконец, возможно, что в некоторых контекстах будут необходимы дополнительные процедуры сбора данных или оценочных расчетов, если велика вероятность, что будут значительными ненаблюдаемые (не включенные в подсчет) платежи: незарегистрированные (законная, но намеренно скрываемая от властей деятельность), неформальные (законная деятельность с низким уровнем организации со слабым или отсутствующим разделением между трудом и капиталом в качестве фактора производства) и незаконные (деятельность, запрещенная законом или которая стала незаконной, так как осуществляется не получившими разрешения на ее ведение лицами). Метод

условного расчета трудовых ресурсов часто используется для определения необходимости в такой корректировке: сравнения объема работы трудовых ресурсов (обычно получаемого с использованием обследований трудовых ресурсов) с оценками спроса, полученного благодаря обзорам хозяйственной деятельности или обследованию учреждений. Другие методы включают триангуляцию данных из различных источников, метод товарных потоков и сравнения затрат и результатов (24).

6.4 Концепции и применение измерений

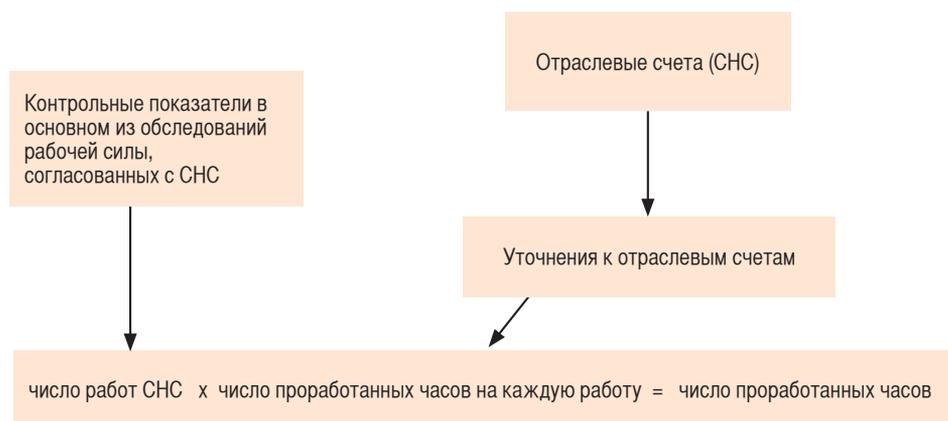
Как обсуждалось ранее, наиболее полная и стандартизированная стратегия измерения для мониторинга расходов на КРЗ существует в рамках систем счетов здравоохранения и национальных счетов. Они основываются на различных типах данных, как новых, так и уже существующих, и должны, как правило, проходить процесс консолидации и гармонизации, так как часто существуют некоторые несоответствия между источниками. Ключевым должно являться понимание границ, предполагаемых

Рисунок 6.2 Информация о рынке труда в национальных счетах Нидерландов



Источник: van Polanen Petel (18).

Рисунок 6.3 Процесс подсчета количества проработанных часов в национальных счетах Канады



Источник: Статистические данные Канады (19) и Maynard, Girard и Tanguay (20).

Вставка 6.3 Критерии расчета данных о трудовых ресурсах в национальных счетах Российской Федерации

Проработанные часы = Места работы x средние реальные часы, проработанные за учетный период

Эквивалент полной занятости = Проработанные часы/среднее количество часов, проработанное занятыми на полную ставку

Эквивалент полного рабочего дня = Число рабочих мест в эквиваленте полной занятости

Исходные критерии:

40 рабочих часов в неделю; 52 недели в год - 4 недели отпуска

Максимум проработанных часов: 1920

Корректировка требуется для определения основной работы и часов, проработанных на дополнительной работе.

Источник: Surinov и Masakova (21).

различными источниками данных, и то, что было включено, а что исключено. В этом разделе мы обозначим основные концепции, используемые для мониторинга расходов на КРЗ, и представим некоторые виды проверки на соответствие действительности в отношении их практического использования вместе с наглядными примерами из выбранных стран.

6.4.1 Концепция счетов здравоохранения

Целью ведения счетов здравоохранения является оценка всех потоков ресурсов, предназначенных для предоставления услуг здравоохранения или значительной части улучшения состояния здоровья населения медицинскими способами, независимо от того, называется ли оно «здравоохранение» или нет в национальной статистике (2). Модель ведения счетов здравоохранения состоит из стандартных правил, отслеживающих все ресурсы, поступающие в систему здравоохранения в течение некоего периода, в денежном выражении. Ведение счетов здравоохранения использует

Рисунок 6.4 Квадрат вычисления



Источник: van Polanen Petel (18).

Вставка 6.4 Определение компенсации наемным работникам и дохода от частной предпринимательской деятельности

Компенсация наемным работникам

Компенсация работникам представляет собой общее вознаграждение в денежной или в натуральной форме, которая выплачивается учреждениями работникам в обмен на работу, выполнявшуюся за учетный период. В нее включаются заработная плата, оклады, а также социальные отчисления работодателей.

Заработная плата и оклады работников здравоохранения включают вознаграждения в денежной форме и компенсации, получаемые за деятельность в области охраны здоровья: регулярные выплаты; оплата сдельной работы; оплата переработки, работы в ночную смену, в выходные или в другие неофициальные часы; компенсации за работу далеко от места проживания, в тяжелых и опасных условиях; компенсации, связанные с проживанием, транспортом или выплатами по больничным листам; единовременные бонусы, комиссионные вознаграждения, чаевые и предоставление товаров и услуг, которые не требуются для выполнения их обязанностей (например питания, напитков, формы и транспортных услуг).

Социальные отчисления, выплачиваемые за работников, включают реальные и условно начисленные платежи в социальные фонды для обеспечения права работников на компенсации помимо зарплаты. Оценка социальных отчислений включает отчисления, которые наниматели делают в фонды социального страхования или в финансируемые частным образом фонды социального страхования для обеспечения социальных выплат для своих работников; к этому должны быть добавлены условно начисленные социальные отчисления, предоставляющие нефондовые социальные выплаты. В соответствии с общепринятым соглашением в статистике считается, что работники получают валовой оклад, из которого они платят свою долю отчислений в фонды социальной защиты, будь то фонды социального страхования, частные фонды или нефондовые программы.

Мониторинг социальных отчислений проводится на основе административных учетных данных. Условно начисленные отчисления, которые делают работодатели, оцениваются для нефондовых социальных выплат, оплачиваемых нанимателями, и соответствуют суммам, которые будут необходимы для гарантирования их права на социальные выплаты. Налоги, которые работодатели выплачивают на заработную плату и оклады, исключаются.

Доход индивидуальных предпринимателей

Доход индивидуальных предпринимателей относится к медицинским работникам, ведущим самостоятельную практику. После вычета оплаты труда работников, налогов и субсидий из добавленной стоимости, образованный баланс статьи доходов определяется как операционная прибыль или смешанный доход.

Операционная прибыль отражает прибыль или дефицит, полученные в результате производства перед учетом любых процентов, ренты или подобных издержек, выплачиваемых на финансовые или материальные не произведенные активы, находящиеся в собственности, взятые в долг или арендованные предприятием. Валовая операционная прибыль включает

отдачу от находящихся во владении активов, используемых в процессе производства; они должны быть приведены к показателям чистых доходов, чтобы изолировать компонент вознаграждения.

Этот компонент называется смешанным доходом для некорпоративных предприятий, которыми владеют члены домашних хозяйств либо индивидуально, либо в партнерстве с другими, в которых владельцы или другие члены их домашнего хозяйства могут работать без получения заработной платы или оклада. Их трудовой доход - это в основном доход от предпринимательской деятельности. Смешанный доход содержит элемент компенсации за работу, которая выполняется владельцем или другими членами домашнего хозяйства, которая не может быть отделена от дохода владельца в качестве предпринимателя. Считается, что некорпоративные предприятия, находящиеся во владении домашних хозяйств и не являющиеся квазикорпорациями, попадают в эту категорию, за исключением домовладельцев в своем качестве производителей жилищных услуг для собственного конечного потребления и домашних хозяйств, которые нанимают оплачиваемую прислугу - деятельность, которая не приносит прибыли. Смешанный доход все чаще регистрируется как независимая величина.

- Концепция операционной прибыли или смешанного дохода не применяется для измерения дохода работников государственных и некоммерческих предприятий.
- Некорпоративные предприятия, находящиеся во владении домашних хозяйств, которые регулярно продают большую часть своей продукции, должны рассматриваться как рыночные предприятия. Группы домашних хозяйств, которые участвуют в общественной деятельности для своего собственного индивидуального или общественного использования, должны рассматриваться как неформальные партнерства, занимающиеся нерыночным производством. Домашние хозяйства, производящие услуги, включаются, когда производство располагается в их собственном жилище, а услуги производятся оплачиваемым персоналом. Производство этих услуг не создает смешанного дохода. Не существует затрат труда в производство услуг в занимаемом владельцем жилище, поэтому любая получаемая прибыль - это операционная прибыль. Затраты труда не используются при измерении прибыли, созданной при найме оплачиваемого персонала (СНС93 с 4148 по 4150).

Отношения найма

Необходимо определить природу отношений найма. Отношения наниматель-работник существуют, когда имеется соглашение (формальное или неформальное) между предприятием и индивидом на добровольной основе, согласно которому работа на предприятие выполняется в обмен на денежную или натуральную компенсацию на основе проработанного времени или произведенной продукции. Частные предприниматели по определению работают на себя (СНС93: параграфы 7.23–24). В этом отношении концепция исключает работу, которая не дает право на компенсацию, выполняемую членами домашних хозяйств в рамках некорпоративного предприятия, принадлежащего тому же домашнему хозяйству.

Платежи

Природа платежей должна также быть четко определена и рассматриваться в соответствии с международными соглашениями: заработная плата и оклады в денежном выражении не должны включать возмещение работодателями расходов работников, сделанных, чтобы позволить им начать работать или выполнять свои обязанности, например:

- возмещение транспортных расходов, расходов на переезд и связанных с ним издержек, понесенных работниками, когда они поступают на новую работу или когда от них требуется переехать в другую часть страны или в другую страну;
- возмещение расходов, понесенных работниками на покупку инструментов, оборудования или других товаров, которые необходимы только или в основном для того, чтобы позволить им выполнять свою работу.

Возмещенные суммы рассматриваются как промежуточное потребление работодателей. Например, работники должны согласно своему контракту приобрести инструменты, оборудование спецодежду и т. д. Когда их расходы возмещаются не полностью, оставшиеся издержки должны сниматься от сумм, которые они получают в виде заработной платы или оклада, а промежуточное потребление работодателей должно быть увеличено соответствующим образом. Расходы на предметы, необходимые только или в основном для работы, не составляют часть окончательных потребительских расходов домашнего хозяйства, независимо от того, возмещены они или нет.

Источник: СНС93 (глава 7) (1).

существующие структуры данных путем обобщения и консолидации данных для получения новой информации, направленной на то, чтобы представить последовательную картину (3).

Система анализа ведения счетов здравоохранения включает три основных параметра: финансирование, производство и конечное использование (приобретенные услуги, произведенные услуги и полученные услуги

соответственно). Данные по КРЗ должны включаться как отдельная категория классификации «стоимости ресурсов», целью которой является оценка стоимости ресурсов, используемых для создания продукции здравоохранения как часть параметра производства (рис. 6.5) (25). Потоки ресурсов фиксируются в двухмерных таблицах, которые показывают происхождение и направление транзакций. Таблицы по КРЗ предлагают перекрестную классификацию потоков работников здравоохранения по финансирующей стороне (например правительство, частный сектор) или по типу услуги (или продукта) здравоохранения, в производство которой они вносят свой вклад (также называется функцией здравоохранения). Источники данных должны, как правило, компоновать информацию по КРЗ по месту работы (больница, поликлиника и т. д.).

В действительности, лишь немногие страны сопоставляют и распространяют подробные данные о расходах на КРЗ, включая данные о том, кто оплачивает их работу и в предоставлении каких услуг они принимают участие. В счетах здравоохранения редко сообщаются данные о расходах на работников здравоохранения, которые позволяют проводить оценку и мониторинг базового набора индикаторов, указанного на вставке 6.1. В результате этого, возможности проведения анализа политики в отношении агрегированных потоков затрат и сравнительной продуктивности системы были ограничены. Такие инструменты, как Система счетов здравоохранения (2) и Проект по методическим рекомендациям в отношении ССЗ (26) предлагают странам продемонстрировать число работников здравоохранения, но, как правило, детальная классификация КРЗ не излагается. Существуют также другие ресурсы и инструменты: например Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения (3) предлагает классификацию стоимости ресурсов, описывая использование финансирования поставщиками услуг и позволяя перекрестно классифицировать данные по поставщикам с данными по распорядителям финансирования на закупку этих ресурсов (параграфы 5.19 и 5.20). Подобное пособие по оценке затрат на здравоохранение, выпущенное Панамериканской организацией здравоохранения (27), включает структуру стоимости на основе мониторинга СНС потоков ресурсов, который должен полагаться на имеющиеся системы информации в области здравоохранения и другие (новые и уже существовавшие) источники данных для проведения косвенных подсчетов (например параграф 282). Анкета по сбору данных, разработанная совместно ОЭСР, Евростатом и ВОЗ (14), включает стоимость КРЗ, использованных для предоставления услуг, только с распределением по поставщикам в «пояснительной» таблице.

В таблице стоимости ресурсов, где перечисляется основные статьи расходов, понесенных в процессе производства, человеческий фактор проявляется как агрегированная категория для всех работников (сравниваемый на институциональном уровне), а также как доход не получающих вознаграждение работников. Обычно существует больше данных для государственных учреждений, что позволяет отобразить их как сумму общего дохода без разбивки по типу работников. На сегодняшний день лишь немногие отчеты по счетам здравоохранения включают детальную таблицу расходов, включающих КРЗ, которые называются

некоторыми бухгалтерами «единичной статьей» или «типом расходов». Данные, как правило, отображаются перекрестно классифицированными по поставщикам или распорядителям финансирования.

Наглядные примеры упрощенного отображения данных из двух национальных счетов здравоохранения представлены в таблицах 6.1 и 6.2 (28, 29). Первый пример из Мексики демонстрирует распределение платежей поставщикам в колонке «персональные услуги». Второй (из Перу) представляет больше информации по институциональному распределению между различными участниками системы здравоохранения. Дополнительные компоненты позволяют определить компенсацию работникам и дохода от частной предпринимательской деятельности (см. следующий раздел, а также вставку 6.4 для технических деталей по соответствующим принципам учета).

6.4.2 Концепция национальных счетов

Системы национальных счетов описывают финансовые потоки в различных компонентах и измерениях рыночной экономики: производство, доход, потребление, накопление и материальные ценности, а также их взаимоотношения. Система разбита на множество различных отраслей, из которых здравоохранение является лишь одной (определена как «деятельность в сфере здравоохранения и социальных услуг») из 21 отрасли в МСОК. Ограничения и правила концепции счетов позволяют произвести набор индикаторов, представленных в основных таблицах, демонстрирующих размер отрасли здравоохранения по сравнению с другими социальными и экономическими отраслями и экономикой в целом. Счета доходов отображают заработную плату и оклады персонала в каждой отрасли (таблицы распределения основного дохода) и связанные социальные выплаты (таблицы распределения); доход работников, занимающихся индивидуальным предпринимательством, теоретически отображается как валовая операционная прибыль и смешанный доход. Все чаще в национальных отчетах отображается независимый смешанный доход, а также чистая стоимость (чтобы получить значения чистой стоимости необходимо вычесть затраты на капитальные расходы).

Рекомендуемое представление компонентов дохода показано в таблице 6.3 (30). Когда доступно, для целей принятия решений значения компенсации работникам и чистого смешанного дохода можно напрямую взять из этой таблицы.

Для большого числа стран статистическая информация о расходах на КРЗ, полученная через национальные счета, представлена как часть таблиц распределения основного дохода, которые распространяются различными международными агентствами (а также благодаря соответствующим исследованиям и методологическим ресурсам), в частности ОЭСР (31), Евростат (32) и Статистический отдел ООН (33).² Оплата государственных работников здравоохранения также все чаще включается в компоненту национальных счетов, посвященную общим правительственным расходам (увязанным с разделом

2 В терминах ведения счетов здравоохранения: таблица «предоставление услуг x стоимость ресурсов» (HP x RC) и/или таблица «финансирование x стоимость ресурсов» (HF x RC).

Рисунок 6.5 Поток ресурсов в системе здравоохранения: учетная модель



Источник: Адаптировано из Hernandez и Poullier (25).

07 КФОГУ) (33, 35). Хотя СНС93 рекомендует большую детализацию (таблицы 18.2–18.4), подобное редко проводится.

В таблице 6.4 представлен упрощенный пример таблиц, указанных в национальных счетах Южной Африки, включая выбранный список отраслей из столбцов и строк из таблицы снабжения и использования (36). Колонка «здравоохранение и социальные услуги» позволяет отслеживать закупку продукции; дальнейшая детализация возможна путем подразделения на компоненты здравоохранения и компоненты социальных услуг (здесь не показано).

Как упоминалось ранее, данные по КРЗ, взятые из национальных счетов, обычно ограничиваются работниками, предоставляющими услуги, и поэтому могут не давать полного значения, ожидаемого от счетов здравоохранения. Там, где национальные счета являются единственным информационным источником, эти оценки должны дополняться, чтобы отразить более широкий спектр деятельности системы здравоохранения, которую можно отследить путем детального отображения на уровне поставщика или продукции и с использованием МСОК и ЦКП соответственно (см. раздел 6.3.1 выше).

6.4.3 Счета государственного управления

Результатом расширения мониторинга государственного финансирования и других методов качественного управления является в достаточной степени всесторонняя информация по расходам государственного сектора во многих странах Азии и Латинской Америки и в растущем числе стран Африки и Восточного Средиземноморья. Данные по мониторингу счетов государственного управления берутся из различных учреждений государственного сектора. Хотя некоторые страны отображают данные, относящиеся к здравоохранению, в соответствии с КФОГУ или МСОК, не существует единого метода классификации для расходов на КРЗ, который бы согласованно использовался всеми странами и даже в пределах стран. Например в Португалии

Таблица 6.1 Процентное распределение расходов по распорядителям финансирования здравоохранения, Счета здравоохранения Мексики, 1995 г.

Учреждение	Тип расходов (%)					Всего
	Услуги частным лицам	Общие услуги	Материалы	Инфраструктур ^a	Не указано	
Медицинское социальное страхование	44.4	39.4	12.1	3.3	0.9	100
Услуги, финансируемые из налогов	65.8	9.5	9.3	6.1	9.3	100
Частная медицинская страховка	22.6	25.7	43.9	7.9	–	100
Частные медицинские услуги	19.3	22.0	51.9	6.7	–	100

а. Расходы на инфраструктуру включены в эту таблицу в попытке предложить трехмерный подход, учитывающий принцип начисления; двухуровневый подход включает только существующие затраты.

Источник: Адаптировано из Fundación Mexicana para la Salud (28).

Таблица 6.2 Процентное распределение расходов по основным поставщикам услуг, Счета здравоохранения Перу, 2000 г.

Компоненты	Государственный (%)		Частный (%)	
	Министерство здравоохранения	Медицинское социальное страхование	Коммерческий	Некоммерческий
Промежуточное потребление	40,5	41,5	32,7	55,0
Медицинские вложения и медикаменты	11,2	21,1	8,0	13,8
Немедицинские товары и услуги	29,3	20,3	24,7	41,2
Добавленная стоимость	48,5	50,4	61,8	43,6
Компенсация	45,1	45,3	12,3	38
Специализированные услуги	–	–	13,6	–
Налоги	1,0	1,6	9,3	2,7
Износ	2,4	3,4	3,3	2,9
Операционная прибыль	–	–	23,3	0
Инвестиции	8,4	8,1	5,5	1,4
Отчисления в общинные органы	2,6	–	–	–
Всего	100	100	100	100

Источник: Адаптировано из документов Министерство здравоохранения Перу (29).

различия в бухгалтерском учете в разных подразделениях сектора здравоохранения привели, в частности, к тому, что в этой стране деятельность учреждений судебно-медицинской экспертизы была исключена из счетов здравоохранения, но в 2008 г. включена в национальные счета.

Постоянное давление со стороны Международного валютного фонда в отношении внедрения стандартной классификации для статистики государственных финансов, направлено на использование разбивки по категориям для здравоохранения, в том числе определение оплаты труда работников с использованием подхода СНС93, то есть исходя из зарплаты и оклада (в денежной и натуральной форме) плюс социальные отчисления (реальные или условно рассчитанные) (37, 38).¹ Хотя все больше стран составляют отчеты, которые соответствуют этому стандарту, любые попытки проведения сравнительного анализа требуют тщательного учета существующих границ расходов на КРЗ; различия могут проявиться в рассмотрении некоторых ключевых позиций, которые могут повлиять на динамику трудовых ресурсов, например, предоставление пособий, поощрений и кредитных гарантий.

6.5 Резюме, выводы и дальнейшее развитие ситуации

В этой главе уделяется внимание инструментам, методам и стандартным средствам измерения расходов на кадры здравоохранения как составляющей мониторинга и оценки стратегий в области КРЗ в целом. Приводились аргументы,

подтверждающие множество преимуществ интегрированной оценки расходов на КРЗ в рамках стандартной оценки счетов - либо системы национальных счетов, либо, что предпочтительнее, счетов здравоохранения. Несомненно, наблюдается эффект масштаба и повышение качества благодаря всеобъемлющему и гармонизированному процессу сравнения и обработки необходимых данных, а также выявления и заполнения информационных пробелов путем сбора и анализа дополнительных данных.

Для дополнения или уточнения имеющихся оценок расходов на КРЗ рекомендуется поддерживать тесное сотрудничество между специалистами по ведению счетов здравоохранения и специалистами по ведению национальных счетов. Когда данные берутся из документов по учету национальных счетов, самая важная корректировка, которая необходима, это расширение границ системы здравоохранения для достижения ее соответствия границам счетов здравоохранения. Поэтому существует преимущество в получении данных с использованием восходящего метода «снизу-вверх» (подсчет каждого из различных компонентов отдельно, а потом их объединение); это позволяет с большей гибкостью по-разному использовать данные в соответствии с конкретными нуждами. Когда полные отчеты и обновления о расходах на КРЗ не являются общедоступными, можно предпринять серию поступательных шагов, чтобы перейти к всесторонней оценке: от лиц, работающих только как поставщики услуг здравоохранения, к тем, кто занимается всем спектром деятельности системы здравоохранения, от измерения только заработной платы к включению не относящихся к зарплате отчислений, или от государственных расходов ко всем

Таблица 6.3 Компоненты оплаты труда в таблице “пользования” счета дохода, Система национальных счетов

		S11	S12	S13	S14	S15	S1
Код	Транзакции и компенсирующие статьи баланса	Нефинансовые корпорации	Финансовые корпорации	Органы управления	Домашние хозяйства	Некоммерческие учреждения, обслуживающие домашние хозяйства	Экономика в целом
D1	Компенсация наемным работникам	549	15	142	39	24	769
D2	Налоги на продукцию и импорт						235
D3	Субсидии						-44
B2g	Операционная прибыль, брутто	254	55	44	92	7	452
B3g	Смешанный доход, брутто				442		442
P61	Потребление основных средств в валовом операционном доходе	137	10	30	32	3	212
P62	Потребление основных средств в валовом смешанном доходе				10		10
B2n	Чистая операционная прибыль	117	45	14	60	4	240
B3n	Чистый смешанный доход				432		432

Источник: Система национальных счетов, таблица 7.1. Создание счета дохода – краткая форма – пользование (сокращенная версия) (30).

(внутренним и внешним) финансовым источникам.

Обеспечение качества, согласованности, последовательности и актуальности данных, которые могут быть взяты из различных источников, требует постоянного контроля в процессе сбора, интеграции, корректировки и моделирования (39). Это может включать проверку качества данных и их корректировку (чтобы скорректировать погрешности, ошибки, неполноту и отсутствие последовательности); концептуальную корректировку (например приведение значений, использующих определения из национальных счетов, в соответствие с определениями из счетов здравоохранения); корректировка для достижения всестороннего охвата (чтобы учесть скрытую деятельность, неформальные платежи и другое); и корректировка для достижения сбалансированности (например между спросом и предложением на трудовые ресурсы здравоохранения).

Кроме того, различные вопросы политики могут потребовать особой классификации оценок расходов на КРЗ или дополнительного анализа, выходящих за пределы стандартных методов учета счетов здравоохранения или национальных счетов. Рекомендации по ведению субсчетов здравоохранения для получения дополнительных оценок

разрабатываются и тестируются ВОЗ (40, 41) в следующих областях:

- субсчета для конкретных заболеваний и программ (включая услуги по профилактике и лечению малярии, ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, а также по охране репродуктивного здоровья).
- субсчета по программам педиатрической помощи;
- региональные субсчета здравоохранения (таблицы распределения для специфических регионов внутри страны – это особенно актуально для децентрализованных систем здравоохранения);
- субсчета для отдельных групп населения (таблицы распределения в отношении распределения расходов в соответствии с характеристиками клиентов служб здравоохранения, например по возрасту, полу и другим социально-экономическим характеристикам).

В то же время необходимо признать, что в настоящее время не существует конкретных рекомендаций по использованию полного набора оценок стоимости КРЗ на протяжении всех стадий развития карьеры. На основе оценки результатов,

Таблица 6.4 Таблица снабжения и использования, представленная в рамках национальных счетов, Южная Африка, 2002 г. (миллионы рандов, частичное отображение данных)

Использование продукции	Общее товарное предложение в ценах покупателя	Налоги на продукцию	Субсидии на продукцию	Отрасль						Отрасль в целом	Экономика в целом
				Сельское хозяйство	Уголь	Золото	Органы управления	Здравоохранение и социальные услуги	Деятельности/услуги		
		I1	I2	I3	I92	I93	I94	I95	I96		
Сельскохозяйственная продукция	102613	3296	11	12	146	58	77	52 298	196		
Уголь и lignиты	38 543	3	2	28	81	80	5	23 742			
Золото и продукты урановой руды	43 549	-	-	-	-	-	-	-			
Другие горнорудные продукты	123 655	242	42	58	249	2	124	59 685			
Напитки и табачные продукты	62 614	-	13	13	41	3	3	6 126			
Текстильная продукция	13 563	-	1	3	7	-	17	11 638			
Готовые текстильные изделия	7750	1 921	55	114	357	193	96	4 319			
Ковры	2 266	-	-	1	-	-	-	1 423			
Другие текстильные изделия	2 793	4	8	13	8	-	-	2 100			
Производство трикотажных фабрик	5 560	-	-	-	2	18	41	1 666			
Нефтяная продукция	88 240	3 503	548	234	1 582	958	288	51 295			
Основная химическая продукция	34 087	-	62	379	77	153	220	24 568			
Удобрения	11 161	5 501	64	65	15	56	34	9 259			
Основные изделия из пластмассы	27 579	-	-	-	-	11	15	24 198			
Пестициды	6 072	1 573	16	17	33	45	97	4 390			
Краски	15 851	91	32	59	372	62	373	14 958			
Фармацевтическая продукция	36 256	1 979	11	66	5 269	6 670	-	22 857			
Производство мыловяренного производства	26 706	15	57	70	185	148	369	8 904			
Другая химическая продукция	19 770	26	1 304	1 534	399	25	156	15 481			
Резиновые покрывки	9 574	61	157	49	211	125	2	4 151			
Другие изделия из резины	3 987	74	237	107	15	4	23	3 514			
Изделия из пластика	29 064	135	109	121	21	4	8	25 943			
Производство из стекла	6 487	5	11	13	89	-	43	5 128			
Станки	5 351	-	20	17	7	-	2	1 222			
Горное оборудование	12 886	-	1 616	922	61	-	-	5 969			
Оборудование для пищевой промышленности	2 618	-	-	-	-	-	-	1 190			
Другое специальное оборудование	19 446	-	13	1	410	-	24	7 515			
Бытовая техника	8 296	-	4	5	38	8	26	829			
Осветительное оборудование	2 787	-	-	-	254	18	21	2 154			
Другие электротехнические изделия	12 498	35	70	23	206	16	8	10 443			
Радио и телевизионная продукция	31 551	-	48	20	1 679	-	481	15 932			
Оптические инструменты	22 594	-	93	132	2 736	3 512	550	12 590			
Автотранспортные средства	10 6831	1 324	286	41	10 525	271	3 460	37 013			
Детали для автотранспортных средств	60 915	858	551	78	850	124	3	50 889			
Другие транспортные продукты	22 732	289	69	522	2 533	-	19	12 413			
Мебель	18 414	-	6	9	185	241	375	3 555			

Источник: Адаптировано из Статистики Южной Африки (36).

Использование продукции	Общее товарное предложение в ценах покупателя	Налоги на продукцию	Субсидии на продукцию	Отрасль						Отрасль в целом	Экономика в целом
				Сельское хозяйство	Уголь	Золото	Органы управления	Здравоохранение и социальные услуги	Деятельности/услуги		
				11	12	13	192	193	194	195	196
Ювелирные изделия	5 490			-	-	-	45	-	-	349	
Другие производства	42 829			-	69	85	1 190	1 777	1 342	22 442	
Электричество	39 269			490	493	2 130	434	347	537	26 628	
Водоснабжение	13 356			142	18	86	222	152	59	6 879	
Здания	64 294			168	8	10	874	334	242	25 501	
Другие сооружения	45 754			178	331	589	1 032	97	15	15 550	
Торговые услуги	42 438			315	200	96	601	915	675	26 863	
Жилье	33 436			5	-	-	556	278	624	5 491	
Транспортные услуги	137 197			4 917	7 338	185	2 731	931	744	79 089	
Коммуникации	102 299			27	77	86	3 403	2 353	2 220	76 669	
Посреднические финансовые услуги, оцениваемые косвенно	30 463			508	148	78	587	88	159	20 189	
Страхование услуги	133 078			1 232	-	41	1 467	609	1 745	88 447	
Услуги, связанные с недвижимостью	125 178			16	33	34	1 639	4 306	1 544	57 045	
Другие бизнес-услуги	111 811			68	759	1 550	7 709	5 153	2 792	102 245	
Общие услуги государственных органов	241 233			-	-	-	21 139	2 832	-	24 755	
Здравоохранение и социальные услуги	63 153			975	-	-	2 497	80	496	6 097	
Прочие услуги/деятельность	110 222			504	1 974	2 312	535	301	700	40 625	
Приобретение резидентами	19 601										
Приобретение нерезидентами	-										
Общее использование в ценах покупателя	2 961 897			41 816	19 590	17 353	82 359	35 565	23 342	1 453 588	-
Общая валовая добавленная стоимость/валовый внутренний продукт		109 660	(4 762)	44 179	17 464	26 915	157 391	24 664	37 966	1 063 879	1 168 777
Компенсация наемным работникам				10 730	6 420	14 255	136 085	12 059	31 693	520 501	520 501
Налоги за вычетом субсидий		109 660	(4 762)	(749)	328	461	2 260	802	763	21 543	126 441
Налоги на продукцию		109 660								-	109 660
Субсидии на продукцию			(4 762)							-	(4 762)
Другие налоги за вычетом субсидий на производство				(749)	328	461	2 260	802	763	21 543	21 543
Валовая операционная прибыль/смешанный доход				34 198	10 716	12 199	19 046	11 803	5 510	521 835	521 835
Общая производительная мощность в ценах покупателя				85 995	37 054	44 268	239 750	60 229	61 308	2 517 467	

полученных в различных странах, была признана необходимость в дальнейших усилиях по решению следующих проблем для получения всеобъемлющей оценки расходов по КРЗ:

- проблемы установления границ, чтобы провести отличие трудовых ресурсов в системе здравоохранения, занимающихся предоставлением медицинских услуг, от других функций и видов деятельности;
- проблемы, связанные с полнотой и расширением объема информации о наличии и распределении КРЗ (например, отсутствие централизованной базы данных, нехватка необходимых детализированных данных для дезагрегации);
- проблемы с согласованностью информации по КРЗ между различными источниками данных, в том числе недостаток стандартных процедур по классификации работников по видам деятельности и образованию; различия в процедурах оценки эквивалентов полного рабочего дня в группах работников здравоохранения; потенциальный двойной подсчет работников здравоохранения (например в связи с несколькими квалификациями или рабочими позициями); а также, учитывая подобные различия, вытекающие из них сложности в интерпретации и сравнении статистических результатов между странами и в странах.

Одним словом, укрепление национальных информационных систем, улучшение использования имеющихся данных и интенсификация усилий по гармонизации определений и единиц измерения, относящихся к учету трудовых ресурсов здравоохранения, должны обеспечивать надлежащий мониторинг и оценку инвестиций в трудовые ресурсы здравоохранения. Это важнейшая информация, которая может помочь ответить на многочисленные вопросы, связанные с политикой, такие как стоимость расширения масштаба вмешательств в области здравоохранения или предоставления стимулов для улучшения удержания персонала и его мотивации с целью обеспечения высокого качества и эффективности услуг.

Библиография

1. United Nations, World Bank, International Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, Commission of the European Communities. *System of National Accounts 1993*. New York, United Nations Statistics Division, 1994 (<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/toctop.asp?L1=5>, accessed 26 February 2009).
2. *A System of Health Accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>, accessed 13 January 2009).
3. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк, Агентство по международному развитию Соединенных Штатов Америки. *Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения со специальными приложениями для стран с низким и средним уровнем дохода*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (www.who.int/nha/docs/Russian%20Guide.pdf, по состоянию на 11 августа 2011 г.).
4. *National health accounts*. World Health Organization Statistical Information System (<http://www.who.int/whosis/indicators/2007NationalHealthAccounts1/en/>, accessed 13 January 2009).
5. *Национальные счета здравоохранения (НСЗ)*. Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/nha/ru/>, по состоянию на 11 августа 2011 г.).
6. *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices*. Geneva, International Labour Organization, 2000.
7. *International Standard Classification of Occupations*. International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>, accessed 11 January 2009).
8. *Международная стандартная классификация образования: МСКО 1997*. Париж, ЮНЕСКО, 1997 г. kneu.edu.ua/get_file.php?id=93, по состоянию на 28 августа 2011 г.).
9. *Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности, четвертый пересмотренный вариант*. Статистические документы, серия М, №4/Rev.4. Нью-Йорк, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, 2008 г. (http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/seriesm_4rev3_1r.pdf, по состоянию на 11 августа 2011 г.).
10. *Классификация основных продуктов: CPC версия 1.1*. Нью-Йорк, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, 2002 г. (http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_77ver1_1r.pdf, по состоянию на 11 августа 2011).
11. *Classification of the Functions of Government: COFOG*. New York, United Nations Statistics Division, 2000 (<http://unstats.un.org/unsd/class/family/family2.asp?Cl=4>, accessed 14 January 2009).
12. *Classification of the Outlays of Producers According to Purpose: COPP*. New York, United Nations Statistics Division, 2000 (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=7&Lg=1&Top=1>, accessed 14 January 2009).
13. *European System of Accounts (ESA95)*. Luxembourg, Eurostat, European Commission, 1996 (<http://circa.europa.eu/irc/dsis/nfaccount/info/data/ESA95/en/titelen.htm>, accessed 26 February 2009).
14. *Joint OECD-Eurostat-WHO SHA data questionnaire*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat and World Health Organization, 2008 (<http://www.oecd.org/health/sha/jointquestionnaire>, accessed 14 January 2009).
15. Poullier JP. *National health accounts manual*. Ramallah, Palestine Ministry of Health, 2007.
16. De la Fuente A, Lequellier F. *Measuring employment in national accounts*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
17. *Human resources of European health systems*. Augsburg, BASYS, 2001 (<http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/reports/caresgroup/hla&vm=detailed&sb=Title>, accessed 14 January 2009).
18. Van Polanen Petel V. *Health labour accounts and the system of national accounts*. Presented at the fifth meeting of the Eurostat Technical Group on Health Care Statistics, Luxembourg, 19–20 June 2006.
19. Statistics Canada. *Wages and salaries by branch*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
20. Maynard JP, Girard A, Tanguay M. *Producing hours worked for the SNA in order to measure productivity: the Canadian experience*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
21. Surinov A, Masakova I. *Using employment statistics in the national accounts of the Russian Federation*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
22. *Национальные счета: практический вводный курс*. Методологические исследования, Серия F, № 85. Нью-Йорк, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, 2006 г. (http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/seriesF_85r.pdf, по состоянию на 12 августа 2011 г.).
23. *Main economic indicators: comparative methodological analysis – wage related statistics*, volume 2002, supplement 3. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2003 (<http://www.oecd.org/dataoecd/20/18/16455130.pdf>, accessed 14 January 2009).
24. *Non observed economy in national accounts: survey of national practices*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, Statistical Division, 2008 (<http://www.unece.org/stats/publications/NOE2008.pdf>, accessed 14 January 2009).
25. Hernandez P, Poullier JP. *Health systems, health financing and their measurement*. Presented at the joint CPC/PAHO/WHO/FUNSAUD workshop on development of national

- health accounts in the Caribbean, Bridgetown, 10–14 September 2001.
26. *SHA guidelines project*. Luxembourg, Eurostat, 2003 (<http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/cairetf/library?l=/feedback/projectsreports/>, accessed 14 January 2009).
 27. *Satellite health account (SHA) manual*, version 1. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/satellite-health-account-manual-fin05.pdf>, accessed 14 January 2009).
 28. *Cuentas nacionales de salud*. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1998 (<http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/1323/>, accessed 14 January 2009).
 29. *Cuentas nacionales de salud 1995–2000*. Lima, Ministerio de Salud del Perú, 2003.
 30. *System of National Accounts 2008*. Pre-edited version of volume 1. Commission of the European Communities, International Monetary Fund, Organisation for Economic Cooperation and Development, United Nations, World Bank, 2008 (<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/draftingphase/WC-SNAvolume1.pdf>, accessed 16 February 2009).
 31. *National accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/std/national-accounts>, accessed 14 January 2009).
 32. *ESA95 core national accounts*. Luxembourg, Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2854,63497418,2854_63867997&_dad=portal&schema=PORTAL, accessed 14 January 2009).
 33. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2006*. United Nations Publication ST/ESA/STAT/SER.X/39, parts I, II and III. New York, United Nations Statistics Division, 2008.
 34. *Joint UNSD-Eurostat Conference on International Outreach and Coordination in National Accounts for Sustainable Growth and Development*. Luxembourg, Eurostat, 6–8 May 2008 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2313,68881303&_dad=portal&_schema=PORTAL, accessed 14 January 2009).
 35. Cheung P. The System of National Accounts: implementation status and implications for the ICP. *International Comparison Program Newsletter*, 2007, 4(1):1–9 (http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/ICPNewsletter_Feb07_Web.pdf, accessed 14 January 2009).
 36. *National accounts: supply and use table*. Pretoria, Statistics South Africa, 2002.
 37. *Руководство по статистике государственных финансов 2001 г. (РСГФ 2001)*. Международный валютный фонд, 2001 г. (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/rus/index.htm>, по состоянию на 12 августа 2011 г.).
 38. *Руководство по статистике государственных финансов: справочный материал*. Вашингтон, Округ Колумбия, Международный валютный фонд (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/rus/gfsm01Selectr.pdf>, по состоянию на 12 августа 2011 г.).
 39. Akritidis L. Accuracy assessment of national accounts statistics. *Economic Trends*, 2002, 589:38–53.
 40. *National health accounts for specific diseases, programs, population groups, and regions*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/developments/en/>, accessed 14 January 2009).
 41. *Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (www.who.int/nha/docs/Russian%20Guide.pdf, по состоянию на 28 августа 2011 г.).

7

Использование данных, полученных при оценке учреждений, для анализа трудовых ресурсов здравоохранения

BOLAJI FAPOHUNDA, NANCY FRONCZAK, SHANTHI NORIEGA MINICHIELLO, BATES BUCKNER, CATHERINE SCHENCK-YGLESIAS, PRIYA PATIL

7.1 Введение

Обзор опубликованной в мире литературы показывает, что охват услугами по охране здоровья и их качество напрямую связаны с численностью и эффективностью деятельности работников здравоохранения. В частности, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представила фактические данные, демонстрирующие, что охват некоторыми услугами первичной медико-санитарной помощи, включая вмешательства по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, обычно увеличивается при более высоком уровне обеспеченности трудовыми ресурсами здравоохранения в стране (1). Используя в качестве ориентира Цели тысячелетия в области развития, ВОЗ сообщает, что в странах, где особенно ощутима нехватка врачей, медсестер и акушерок, риск не достичь целей в отношении охвата самый высокий. На Африканский регион, где работают всего 3% от глобального расчетного числа работников здравоохранения (59,2 миллиона), приходится 24% глобального бремени болезней. Этот регион в наибольшей степени страдает от нехватки и дисбаланса работников здравоохранения (1).

Обеспечить улучшения в отношении количества и качества трудовых ресурсов здравоохранения важно для достижения региональных и национальных Целей тысячелетия в области развития, относящихся к здравоохранению. Решение проблемы нехватки и неравномерного распределения кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) требует укрепления программ образования и подготовки работников здравоохранения, улучшения условий труда в секторе здравоохранения (включая зарплату и социальный пакет) и укрепления сотрудничества в области управления трудовыми ресурсами здравоохранения в самих странах и между ними. Основанный на фактических данных мониторинг динамики трудовых ресурсов здравоохранения важен для обеспечения того, чтобы стратегии и программы привели к ожидаемым результатам.

Часто результатом нехватки всесторонних, актуальных и надежных данных по КРЗ является недостаток знаний о состоянии трудовых ресурсов и, следовательно, недостаточно активное участие заинтересованных сторон в разработке обоснованных стратегий на национальном и международном уровнях. Ряд факторов способствовал тому, что во многих странах с низким и средним уровнем доходов имеется мало информации по трудовым ресурсам здравоохранения и слабая база фактических данных. Среди них: отсутствие общей

концепции, на основании которой формируется понимание вопросов, связанных с КРЗ; недостаточная доступность и качество данных; неточные определения и классификация некоторых категорий работников здравоохранения; слабый технический потенциал для проведения анализа трудовых ресурсов внутри страны; недостаток надлежащих инструментов измерения и недостаточные инвестиции в системы информации по вопросам здравоохранения (1-3). В частности, недостаток стандартизованных подходов к оценке КРЗ ограничивает возможности проведения сравнительного анализа во времени и между странами, необходимого для лучшего понимания того, как различные ситуации, стратегии и вмешательства влияют на деятельность и качество работы кадровых ресурсов и систем здравоохранения и, в итоге, на результаты в отношении здоровья населения.

Основная тема этой главы - оценка учреждений здравоохранения (ОУЗ), которая служит инструментом для сбора данных, являющихся потенциально важным источником информации, необходимой для мониторинга трудовых ресурсов здравоохранения. Ряд стран уже проводит подобные оценки, и потребность в них продолжает расти. Термин «учреждения здравоохранения» относится к местам предоставления услуг в официальном секторе здравоохранения, включая больницы, медицинские центры, поликлиники/амбулатории, диспансеры и здравпункты. Протоколы ОУЗ включают оперативную информацию (на момент проведения оценки) по основному компоненту системы здравоохранения - предоставлению услуг на базе учреждения. В зависимости от характера инструментов для сбора данных, ОУЗ позволяет получить подробную информацию о наличии и доступности трудовых ресурсов здравоохранения, их распределении, квалификации, профессиональной структуре, подготовке и результатах деятельности. Эта информация может, например, использоваться для определения того, как существующие модели обеспечения кадрами соотносятся с желаемой или планируемой численностью персонала, в какой степени квалификация персонала соответствует кругу возложенных на него обязанностей, а также природы и уровня географического и других видов дисбаланса в укомплектованности персоналом. Кроме того, ОУЗ дают информацию о рынке трудовых ресурсов здравоохранения в более широком контексте, включая методы управления и другие характерные особенности рабочей среды (инфраструктура, наличие медикаментов и оборудования), и о том, как эти переменные влияют на обеспеченность кадрами здравоохранения и качество их деятельности. Короче говоря,

ОУЗ может служить источником важной для политики в области здравоохранения информации о том, что происходит на местах, в реальных условиях предоставления услуг.

Главной задачей этой главы является описание, какая польза уже получена и будет получена от использования ОУЗ в качестве источника данных по кадрам здравоохранения для планирования, управления, мониторинга и разработки политики. Наглядные примеры основаны на эмпирических данных ОУЗ, проведенных в Кении, Нигерии и Замбии. При ОУЗ используется широкий спектр методов по сбору данных, включая аудит работы учреждения, изучение предоставляемых услуг, интервью с поставщиками услуг и интервью с клиентами. В этой главе дается обзор этих различных методов, а также других практических соображений, относящихся к планированию ОУЗ. Однако в этой главе не даны поэтапные инструкции, относящиеся к разработке и проведению оценок учреждений; общую информацию и соответствующие ресурсы можно найти в инструментах Международной сети оценки учреждений здравоохранения (4, 5).

7.2 Как данные оценок учреждений могут использоваться для мониторинга трудовых ресурсов здравоохранения

Как подробно изложено в главе 1 этого Руководства, существует три взаимозависимых стадии на протяжении профессиональной жизни кадров здравоохранения: (i) период до начала работы или вхождения в состав кадровых ресурсов; (ii) активная трудовая деятельность в составе кадров здравоохранения; (iii) выход из состава кадровых ресурсов. Необходимо проведение текущей оценки и мониторинга индикаторов деятельности для каждой из трех стадий, чтобы определить готовность системы здравоохранения и ее способность поддерживать надлежащий состав работников здравоохранения. Так как эти стадии являются взаимосвязанными и взаимозависимыми, необходимо, чтобы мониторинг был целостным, а не фрагментарным, и рассматривать картину в целом, а не ее отдельные фрагменты. Хотя подробный анализ стадий входа в состав работников здравоохранения и выхода из него находится за пределами охвата ОУЗ (например, соответственно, пропускная способность и расходы на образование в области здравоохранения, смертность и миграция среди работников здравоохранения), источники, имеющиеся в учреждениях здравоохранения, могут оказаться ценными для дополнения данных, полученных с использованием других методик (например специальных исследований, посвященных образованию или миграции).

На вставке 7.1 представлен список индикаторов для каждой стадии эволюции кадровых ресурсов, которые потенциально могут быть измерены с использованием данных ОУЗ. Большинство популяционных источников статистических данных по КРЗ (переписи населения, обследования трудовых ресурсов), как правило, содержат данные о трудовых ресурсах относительно данных для населения в целом; важные сами по себе, они малоинформативны для понимания условий предоставления и качества услуг, а также других

производственных факторов в системе здравоохранения, которые могут играть большую роль в деятельности трудовых ресурсов. Данные ОУЗ могут помочь заполнить этот информационный пробел описанием динамических характеристик трудовых ресурсов здравоохранения в учреждениях, предоставляющих медицинские услуги.

7.3 Обзор основных методов ОУЗ

В этом разделе представлен обзор важных вопросов, которые должны учитываться при планировании ОУЗ, и описаны методы и направление сбора данных для нескольких различных инструментов ОУЗ, разработанных частными, государственными и международными организациями.

7.3.1 Вопросы, которые должны учитываться при планировании ОУЗ

Все ОУЗ собирают данные на уровне учреждений, но методологии и протоколы могут различаться в зависимости от информационных потребностей, стоимости и источников финансирования, а также возможностей реализации обследований на местах. Основные практические и методологические вопросы обсуждаются здесь, поскольку они связаны с мониторингом КРЗ.

Отбор учреждений, которые будут включены в ОУЗ: перепись или выборочное обследование

При разработке схемы ОУЗ, начиная с первых этапов планирования, особого внимания требует выбор стратегии, в частности, метода выборки: перепись или выборочное обследование. Выбор метода часто зависит от компромиссов между масштабом и глубиной информации, которая должна собираться, и факторами стоимости и времени.

Метод переписи. Перепись - это полный учет или сбор данных из всех учреждений, которые отвечают критериям отбора. Примеры критериев отбора, которые использовались в ОУЗ включают: (i) в чьем управлении находится учреждение, является ли оно государственной, частной некоммерческой, неправительственной или религиозной организацией, или иные критерии управления или финансирования; (ii) учреждения, предлагающие определенные услуги (например, услуги по предоставлению помощи матерям и новорожденным, педиатрические службы, услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом); (iii) учреждения определенного типа (от учреждений первичной медико-санитарной помощи до больниц третичного уровня); или (iv) учреждения, расположенные в определенном географическом районе. Часто используется сочетание нескольких подобных критериев. Среди преимуществ полного подсчета или переписи учреждений: получение информации, специфической для каждого учреждения с возможностью проведения более простого анализа данных и интерпретации результатов (нет необходимости в использовании взвешенной выборки или в подсчете статистических пределов погрешности). Недостатки включают трудности обеспечения полного подсчета всех учреждений, отвечающих критериям отбора, и более высокие затраты, особенно при большом числе учреждений, которые должны быть учтены.

Вставка 7.1 Основные индикаторы трудовых ресурсов здравоохранения, которые можно измерить с помощью данных ОУЗ

Стадия вхождения в состав трудовых ресурсов здравоохранения

- Число новых выпускников по специальностям в области медицины/здравоохранения, которые вливаются в состав трудовых ресурсов учреждения здравоохранения
- Соотношение между числом новых выпускников по специальностям в области медицины/здравоохранения и общей численностью трудовых ресурсов учреждений здравоохранения

Стадия активной деятельности в составе трудовых ресурсов здравоохранения

Обеспеченность кадрами

- Запасы или общая численность кадров учреждений здравоохранения
- Численность кадров учреждений здравоохранения относительно общей численности (обслуживаемого) населения
- Численность кадров учреждений здравоохранения относительно запланированных норм укомплектованности кадрами
- Численность персонала на одно учреждение здравоохранения (по типу учреждения или предлагаемым услугам)

Распределение

- Профессиональная структура кадров, работающих в учреждениях
- Географическое распределение кадров, работающих в учреждениях
- Распределение кадров, работающих в учреждениях, по возрасту и полу

Потенциал, мотивация и показатели деятельности

- Уровень и область образования персонала, работающего в учреждениях
- Стаж работы среди персонала, работающего в учреждении
- Персонал, получающий обучение на рабочем месте за учетный период времени (по типу курса обучения)
- Услуги, предоставляемые работниками за учетный период времени
- Доля персонала, работающего на полную ставку, по сравнению с теми, кто работает неполный рабочий день, в данном учреждении
- Доля персонала по штатному расписанию учреждения (занимающих должности), которые находились на службе в учреждении в день проведения обследования
- Доля персонала, получающего на своей работе льготы (немонетарные)

Стадия выхода из состава трудовых ресурсов здравоохранения

- Коэффициент убыли кадров, работающих в учреждениях здравоохранения (с распределением по причинам ухода с работы)
- Соотношение работников учреждений здравоохранения, которые вливаются в состав трудовых ресурсов, и тех, кто выходит из него

Метод выборочного обследования. При проведении обследований при отборе учреждений для включения в оценку используются принципы вероятностной выборки. Сначала разрабатываются критерии соответствия (см. выше), затем ряд учреждений выбирается на основании выборочной совокупности или списка всех соответствующих критериям включения в выборку учреждений. Чем больше размер выборки, тем выше точность результатов; однако общий размер часто будет зависеть от бюджета и других ограничений. Обычно, как только была определена выборочная совокупность, составляется многоступенчатый

план выборки для обеспечения репрезентативности различных типов отвечающих критериям учреждений относительно генеральной совокупности. Стадии определяются различными критериями соответствия (например, административным управлением, типом учреждения, географическим положением). При использовании многоступенчатой выборки при анализе данных необходимы взвешенные выборки, чтобы обеспечить национальную репрезентативность. Веса математически выводятся экспертами по выборке.

Основным недостатком при составлении выборочной совокупности учреждений здравоохранения является то, что различные органы власти не всегда обладают обновленными учетными данными по учреждениям, действующим в стране. Опыт показывает, что нередко учреждения, особенно относящиеся к частному сектору (коммерческие или некоммерческие), могут закрыться или поменять адрес; кроме того, не существует стандартного определения типа учреждений в частном секторе. Как правило, список, изначально полученный от министерства здравоохранения, необходимо дополнять информацией из множества других источников (например, из координирующих организаций частного сектора, министерств социального сектора, где регистрируют свою деятельность неправительственные организации, или непосредственно из религиозных и частных или полугосударственных организаций).

Когда ОУЗ включает индивидуальные интервью с поставщиками услуг, работники здравоохранения, с которыми будут проводиться интервью, отбираются на основе случайной выборки из списка тех, кто находится на работе в день обследования. Хотя обеспечение несмещенной выборки (ненулевой вероятности быть выбранным для каждого работника здравоохранения) является важным фактором, такие практические соображения, как доступность и надежность тоже имеют большое значение. В большинстве ситуаций работникам здравоохранения, непосредственно предоставляющим услуги клиентам, отдается предпочтение по сравнению с теми, кто выполняет административные функции (например, ведет учет медицинской документации или занимается другой деятельностью, не связанной с непосредственным предоставлением услуг). Важным преимуществом хорошо продуманного плана выборки является то, что сбор подробных данных можно провести в приемлемые сроки и при разумных затратах. Дополнительную информацию о методологии проведения выборки для обеспечения непредвзятых оценок учреждений и их характеристик можно найти в других документах (см., например, Пособие по проведению оценки MEASURE (6)).

Методы и инструменты сбора данных

При проведении обследования в учреждении могут использоваться один или несколько методов сбора данных, включая аудит учреждения (часто называемый инвентаризацией), наблюдение за предоставляемыми услугами, интервью с клиентами и интервью с поставщиками услуг и другим персоналом учреждения. Протестированные инструменты сбора данных имеются для каждого из этих методов (см. раздел 7.3.2 ниже).

Аудит учреждения. Этот метод используется для сбора информации, относящейся к инфраструктуре, наличию и доступности оборудования и материалов, уровню укомплектованности кадрами, предоставляемым услугам и используемым системам управления и поддержки. Хотя при проведении аудита учреждения всегда используются структурированные вопросники, сбор информации может осуществляться по-разному. Протоколы обычно различаются по следующим параметрам: выбор респондента (например, проведение интервью с тем, кто отвечает за работу учреждения в целом, или с рядом лиц, которые считаются

наиболее информированными по определенным вопросам); где в рамках учреждения будет проводиться физический сбор данных (подсчет всех объектов независимо от их местонахождения в учреждении или подсчет только тех объектов, которые находятся или функционируют в соответствующем месте предоставления услуг в день проведения оценки); и проводится ли проверка сообщенных ответов (считать ли достоверными все ответы на вопросы интервью или рассмотреть возможность дополнительного сбора данных с использованием других подходов, например, проверки оборудования или обзора административных документов). Интервьюирование нескольких респондентов, проверка достоверности полученной информации путем наблюдения и обеспечение того, что объекты относятся к соответствующей области предоставления услуг, - все это требует времени, особенно в крупных, многопрофильных учреждениях. Кроме того, для проверки информации необходимо привлечение высококвалифицированных специалистов по сбору данных, которые хорошо знакомы со службами и системами здравоохранения (см. следующий подраздел по отбору специалистов по сбору данных). Однако эти методы обычно позволяют получить более надежную и достоверную информацию и дать более глубокую оценку потенциала учреждения по предоставлению качественных услуг. Например, если приборы для измерения артериального давления имеются в учреждении, но отсутствуют именно там, где медицинский работник, которому может потребоваться это оборудование, предоставляет услуги, маловероятно, что давление клиентам будет измерено. Прошлый опыт также показывает, что если ответы, полученные от ключевых источников информации, не проверяются, то, отвечая на вопросы, респонденты иногда описывают повседневные или даже желаемые ситуации, а не реальную ситуацию на день сбора данных. Это особенно актуально для крупных учреждений, где главный администратор может быть недостаточно осведомлен о повседневной ситуации в каждом из подразделений по предоставлению услуг.

Наблюдение за предоставлением основных услуг.

Наблюдение проводится при предоставлении клиентам определенных услуг и может осуществляться по методу переписи (наблюдение за всеми отвечающими критериям клиентами за период сбора данных) или в нерепрезентативной выборке (клиенты, которые получили услуги в момент присутствия специалиста по сбору данных). В большинстве случаев инструментами измерения для сбора данных являются записи (например, о предоставленной информации, проведенных обследованиях, назначенных лекарственных препаратах или тестах). В целом, данные наблюдений используются для оценки соответствия деятельности работников здравоохранения установленным рекомендациям. За непосредственным наблюдением может последовать специальное исследование для повышения надежности данных. Такое исследование, когда работник, обладающий более высокой квалификацией и специальными знаниями по сравнению с наблюдателем, затем встречается с клиентом, чтобы удостовериться в том, что ему поставлен правильный диагноз, оказана необходимая помощь и назначено соответствующее лечение, часто называют «золотым стандартом» наблюдения.

Интервью с клиентами. Интервью с клиентами (или интервью на выходе) часто используются для выяснения их мнения о качестве и оперативности полученных услуг; это может быть полезным для оценки деятельности медицинского работника. Для интервью на выходе может использоваться случайная выборка из всех, кто пришел в учреждение в определенный день, или оно включает только клиентов, у которых проводилось наблюдение за предоставлением услуг. Основным недостатком интервью на выходе является то, что происходит смещение в сторону более недавних или, возможно, более мотивированных клиентов, чье поведение по активному обращению за помощью может не быть репрезентативным для целевой популяции или всего населения, получающего подобные услуги. Кроме того, природа интервью на выходе позволяет дать лишь поверхностную, а не углубленную оценку мнения клиентов о полученных услугах. Углубленный анализ предпочтительнее, но требует затрат времени, которые могут быть для клиентов слишком обременительными, особенно если учесть, что они уже могли провести в учреждении много часов в ожидании услуг и при их получении.

Интервью с поставщиками услуг. Интервью с поставщиками услуг используются для сбора информации по типу предоставленных услуг, мнениям, связанным с условиями труда, уровню образования и опыту работы. Метод может также использоваться для оценки знаний работников здравоохранения по конкретным темам. Так же, как и интервью на выходе, интервью с работниками здравоохранения по определению должны быть краткими, чтобы свести к минимуму нарушения в обычном порядке предоставлении услуг, поскольку сбор данных происходит во время обычных часов работы учреждения. Таким образом, ОУЗ не являются источником подробной информации о развитии трудовых ресурсов; необходимы специальные исследования (обязательные для любого плана по мониторингу и оценке КРЗ) для сбора дополнительной информации о производительности рабочей силы. Документы учреждений по повышению квалификации персонала могут быть альтернативным источником некоторых из этих данных при условии, что подобные документы являются доступными, полными и регулярно обновляются.

Отбор специалистов по сбору данных

Рекомендуется, чтобы в команду по сбору данных в учреждениях здравоохранения входили лица с клиническими навыками и лица, имеющие подготовку в области социологии. Сочетание людей с навыками по сбору данных и людей, знакомых с работой медицинских учреждений, помогает обеспечить качество собранных данных. Например, всеми признается, что интервью с поставщиками и клиентами могут проводиться немедицинским персоналом, но наблюдение за взаимодействием поставщиков и клиентов должны осуществлять лица, имеющие углубленную подготовку в медицинской области. В зависимости от сложности используемого инструмента исследования, наличие специалистов по сбору данных с медицинской подготовкой может быть менее важно для аудита учреждений, однако знание процессов, происходящих в системе здравоохранения, скорее всего, повысит эффективность и надежность сбора данных в любом контексте.

7.3.2 Примеры апробированных инструментов ОУЗ

Ряд различных инструментов для ОУЗ был разработан и внедрен под эгидой международных программ по техническому сотрудничеству для сбора данных, относящихся в анализу КРЗ. К ним относятся: Перепись учреждений здравоохранения (ПУЗ), разработанная Агентством международного сотрудничества Японии (JICA); Картирование доступности услуг (КДУ), разработанное ВОЗ; Оценка поставщиков медицинских услуг (ОПУ), разработанная Macro International; Ситуационная оценка людских ресурсов в государственном секторе, разработанная Partners for Health Reformplus (PHRplus) (7). В целом, такие методы могут быть чрезвычайно полезными для обновления и проверки национальных баз статистических данных по системам здравоохранения, в том числе по КРЗ, и должны рассматриваться для использования с этой целью любой страной, заинтересованной в инвестициях в национальную систему КРЗ. Также могут быть добавлены специально разработанные модули для дополнения этих стандартизованных подходов, если они необходимы для проведения всесторонней оценки КРЗ в конкретном контексте. Как правило, информация по КРЗ, собранная из различных источников, имеет сходный характер, но прямое сопоставление результатов провести невозможно из-за специфичности каждого из этих инструментов.

Перепись учреждений здравоохранения JICA

Перепись учреждений здравоохранения Японского агентства международного сотрудничества (ПУЗ JICA) разработана для получения детальной информации о состоянии реальных активов во всех учреждениях здравоохранения в стране (8). Внимание акцентируется в основном на информации, полезной для планирования инвестиций в инфраструктуру системы здравоохранения (9, 10). Разработанная для отображения реальных активов, ПУЗ JICA также проводит подсчет всех работников здравоохранения, присутствующих на рабочем месте в день инспекционного посещения. Полученные данные включают численность присутствовавших работников по сравнению с их реальной численностью, демографический состав и квалификацию персонала.

Картирование доступности услуг (КДУ)

Этот разработанный ВОЗ инструмент предназначен для определения наличия и доступности основных программ и ресурсов и обзора стандартных услуг (11). Хотя изначально этот инструмент был разработан для использования на районном уровне, при включении в исследование всех районов страны, информация по учреждениям может быть объединена для предоставления фактических данных лицам, принимающим решения на национальном уровне. КДУ включает набор инструментов, в том числе: вопросники для заполнения ключевыми информантами на районном уровне и на уровне медицинского учреждения; программу по вводу данных на портативном персональном компьютере; и программное обеспечение для географической информационной системы (*HealthMapper*). На уровне района вопросники заполняются всеми руководителями районных отделов здравоохранения в стране (в очень больших странах может быть проведена выборка на основе нескольких подмножеств районов). Модуль

для учреждения здравоохранения предназначен для сбора информации по всем государственным и частным учреждениям в рамках района. Использование географических координат позволяет однозначно идентифицировать и нанести на карту каждое из учреждений здравоохранения. Данные по КРЗ включают квалификацию персонала, наличие и доступность персонала в день инспекционного посещения по сравнению со штатным расписанием (утвержденные штатные должности для каждого подразделения в соответствии с использованием услуг или другим индикатором рабочей нагрузки, см. ссылку 12 с описанием соответствующего инструмента), а также по отношению к часам работы. Хотя по существу КДУ является инструментом мониторинга на районном уровне, его можно расширить за счет увеличения числа вопросов по КРЗ, чтобы получить подробные данные по персоналу здравоохранения на национальном уровне. Этот метод может использоваться наряду с применением целевого подхода к оценке КРЗ, разработанного, например, в инструменте *PHRplus* (описан далее в этом разделе), чтобы получить данные для более надежного анализа КРЗ, принимая во внимание национальные, социально-демографические и эпидемиологические условия.

Оценка предоставления услуг (ОПУ)

ОПУ разработана для оценки качества услуг здравоохранения путем оценки ресурсов, систем и некоторых исследованных практик (13). Разработанная при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (USAID), ОПУ собирает данные об имеющейся численности трудовых ресурсов по сравнению с нормами комплектации кадрами. Она позволяет собрать дополнительные данные по квалификации каждого работника, часам работы и по прикомандированным работникам (например, по их численности и источнику финансирования их заработной платы). Примером того, где могут использоваться оценки подобного типа, является Карибский регион, где врачи часто чередуются по графику работы в нескольких учреждениях. Интервью, основанные на подвыборке персонала, включая основных поставщиков ключевых услуг, используются для оценки профессиональной структуры трудовых ресурсов (уровень и область образования, виды внутрислужебной подготовки за отчетный период и продолжительность работы в данном учреждении). (В настоящее время инструмент не используется для сбора данных о специальном образовании, полученном после получения первичной клинической квалификации, хотя определенную информацию можно получить из сообщенной респондентами продолжительности обучения для получения их сегодняшней профессии.) С помощью этого инструмента можно измерить долю персонала, который проходит внутрислужебное повышение квалификации в конкретной области; он также может использоваться для оценки того, проходит ли обучение именно тот персонал, которому это нужно, и принимается ли во внимание пройденная подготовка при замещении штатных должностей.

Ситуационная оценка, разработанная *Partners for Health Reformplus (PHRplus)*

Инструмент оценки, разработанный *PHRplus* (Партнеры за реформу здравоохранения плюс) является примером того, как могут быть истолкованы данные по оценке КРЗ, которая проводится на базе учреждений здравоохранения.

Разработанный организацией *PHReformplus* при финансировании USAID этот инструмент позволяет собрать информацию по численности трудовых ресурсов, их профессиональному составу, распределению и уровням текучести в секторе общественного здравоохранения (7). Индивидуальные данные по работникам дополняют данные ситуационного анализа национального планирования развития здравоохранения, информационные и стратегические документы, а также упражнение по моделированию для определения того, какие кадровые ресурсы необходимы для достижения целей в рамках Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом и Целей тысячелетия в области развития. Оценки, основанные на упражнениях по моделированию, которые были разработаны для Нигерии (в основном по предоставлению услуг в связи с ВИЧ/СПИДом, малярией, туберкулезом, а также по охране здоровья матерей и детей и планированию семьи), показывают, как можно использовать этот подход в процессе разработки стандартизированной версии для межстранового анализа. Подобная адаптация должна быть сделана с учетом того, какие индикаторы нужны менеджерам здравоохранения для мониторинга программ, принимая во внимание специфические национальные условия и распространенные в стране заболевания.

Некоторые дополнительные инструменты

Другие методологии ОУЗ, полезные для оценки ситуации с КРЗ, были разработаны, протестированы и реализованы на национальном, субнациональном и программном уровнях. Не будучи исчерпывающим, список включает:

- Аудит качества услуг в учреждении - это быстрый и простой инструмент оценки, который был разработан *MEASURE Evaluation*, чтобы помочь официальным лицам на уровне района и программы разработать и внедрить специализированные ОУЗ (15). При аудите используется стратегия, которая рекомендует полный подсчет всех учреждений в целевых районах. Когда подобная стратегия реализуется соответствующим образом, то есть когда районный или программный персонал собирает данные и обращается к местным заинтересованным кругам с просьбой адаптировать протокол в соответствии с их нуждами, это приводит к тому, что вряд ли будет достигнута согласованность данных, которая требуется для обобщения на национальном уровне. Поэтому этот подход не создан и не рекомендуется для планирования и оценки на национальном уровне.
- *Assessment of Human Resources for Health* (Оценка кадровых ресурсов здравоохранения) - это инструмент, разработанный ВОЗ для сбора количественной и качественной информации по КРЗ (16). В инструмент включены четыре вопросника, посвященных следующим областям: профессиональное регулирование в области здравоохранения, образовательные и подготовительные учреждения, учреждения здравоохранения и поставщики услуг здравоохранения. Вопросник для поставщиков услуг здравоохранения, который охватывает такие темы, как профессиональная квалификация, совместительство и профессиональная мобильность, разработан для

использования среди репрезентативной выборки персонала, работающего в учреждении здравоохранения; полученные с его помощью данные могут быть объединены с данными об условиях труда персонала в этом учреждении.

- Quantitative Service Delivery Survey (Количественное обследование предоставления услуг) – это продолжение проекта Всемирного банка Public Expenditure Tracking Survey (Исследование государственных расходов); первоначальная цель обследования состояла в анализе эффективности потоков финансовых ресурсов и оценке перевода государственных ресурсов из центрального правительства поставщикам основных услуг (17). Этот инструмент включает вопросник, охватывающий все уровни предоставления услуг: министерство финансов, министерство здравоохранения, региональные и районные администрации, учреждения здравоохранения, поставщиков медицинских услуг и клиентов служб здравоохранения. Инструмент, предназначенный для главы учреждения, собирает среди прочей информации данные о финансах (как доходах, так и расходах), а также данные по институциональной организации и руководству. Обследование поставщиков услуг может использоваться для изучения морального состояния работников, отсутствия на работе и стратегий адаптации (копинг-стратегии), например получение неофициальных платежей. Некоторые обследования включают краткую оценку уровня знаний врачей и медсестер, которая служит косвенной оценкой качества предоставляемых услуг.

7.3.3 Суть методов ОУЗ и вопросы, связанные со сбором данных

Когда речь идет о подходе к формированию выборки, обычно переписной метод является более подходящим, если необходимо получить специфическую для данного учреждения информацию (например касающуюся инфраструктуры, людских ресурсов, оборудования, материалов и других важнейших ресурсов). Выборочные обследования лучше всего использовать для получения более углубленной информации, которая включает специфические сведения, относящиеся к системным процессам, предоставлению услуг, порядку представления медицинской информации и ведения документации, производительности поставщиков услуг, руководству и контролю, а также мнению клиентов о качестве услуг. Лучше всего при оценке КРЗ на уровне учреждения использовать сочетание методов ОУЗ. Переписи, такие как ПУЗ или КДУ, могут дать точное представление о численности и распределении работников здравоохранения, тогда как простые обследования (например ОПУ), включая интервью с поставщиками услуг, являются средством определения составляющих системы, которые влияют на мотивацию и удовлетворенность работников, и информационной основы для разработки стратегий удержания персонала. Иногда можно объединить методы выборки в рамках одной оценки, собирая определенную (базовую) информацию со всех учреждений и более детальные данные из выборки учреждений.

Несколько разных инструментов сбора данных в рамках ОУЗ были разработаны и использованы для обеспечения

широкого спектра специфических потребностей в информации. Исключительно важно адаптировать любые стандартные инструменты к конкретным условиям страны до их использования, чтобы предварительно снабженные кодами ответы отражали местную терминологию и процессы. Это относится не только к определенным видам оборудования и материалов (например названиям лекарств), но в значительной степени и к названиям должностей и квалификации персонала, которые затем (при обработке и анализе данных) будут согласованы и приведены в соответствие со стандартными определениями для повышения сопоставимости между источниками и в динамике во времени.

В принципе, не существует какого-то одного метода ОУЗ, который бы удовлетворял всем требованиям. Понимание преимуществ и слабых сторон различных методов и инструментов поможет заинтересованным сторонам выбрать те, которые в наибольшей степени соответствуют их потребностям.

7.4 Некоторые ограничения методологий ОУЗ для получения данных по КРЗ

ОУЗ обладает рядом преимуществ при анализе состояния КРЗ, но у этого метода имеются также определенные ограничения, которые следует учитывать.

7.4.1 Охват оценкой

Как и при всех мероприятиях по сбору популяционных данных или данных на базе учреждения, наличие соответствующих условий формирования выборки для отбора объектов (универсальной для переписи или выборочной для обследования) является ключевым моментом. В идеале, для проведения ОУЗ полный перечень всех пунктов предоставления услуг в стране (или в целевых областях) может быть получен в агентствах по регистрации или лицензированию, или из обычной информационной системы по вопросам здравоохранения данной страны. Однако когда это касается информации об учреждениях здравоохранения, часто эти источники отсутствуют, являются неполными или устаревшими. Точно также, при необходимости проведения интервью в репрезентативной выборке персонала отобранных учреждений, дизайн выборки потребует еще одного этапа, в частности получения полного списка всего персонала, работающего в учреждении (и даже графиков работы для определенных периодов времени). Недостаточно тщательно спланированная и плохо проведенная на любом из каждых ее этапов выборка отрицательно влияет на достоверность обобщений в отношении КРЗ в целом и существенно снижает возможность использования подобных данных в качестве доказательств при принятии решений.

Охват ОУЗ только сектора правительственных или государственных учреждений - достаточно распространенное явление, в значительной степени определяющее, насколько анализ с использованием ОУЗ будет отражать реальную ситуацию в стране. В некоторых случаях это ограничение является следствием слабого внедрения регулирующих механизмов по надзору за предоставлением услуг вне рамок

государственного сектора (приводящее к недостатку данных о деятельности и местоположению подобных поставщиков услуг, на основе которых можно провести выборку); в других случаях это связано с трудностями сбора данных в учреждениях, находящихся в частном управлении (которые чаще отказываются от участия в исследовании). Когда учреждения частного сектора включаются в исследования, предпочтение обычно отдается некоммерческим учреждениям (например учреждениям с участием государственного капитала или тем, которые спонсируются признанными неправительственными или религиозными и миссионерскими организациями). Во многих странах с низким и средним уровнем доходов частные коммерческие организации обычно меньшего размера и географически сконцентрированы в городских районах, менее стандартизированы в отношении кадрового состава и перечня предоставляемых услуг. Кроме того, больше вероятность того, что через относительно короткий промежуток времени они прекратят свою деятельность. В странах, где значительная часть услуг здравоохранения предоставляется частным сектором, при ОУЗ, учитывающих только государственные учреждения, оценки общей численности и потоков трудовых ресурсов будут заниженными.

С другой стороны, включение частного сектора может увеличить риск двойного подсчета работников здравоохранения, особенно там, где работа по совместительству в обоих секторах является распространенным явлением, но не регулируется нормативно-правовыми документами. Совместительство (работа на двух или более работах в разных местах) существует практически во всех странах, независимо от уровня доходов и не обязательно негативно влияет на результаты деятельности системы здравоохранения. Даже в условиях жестких регулирующих ограничений профессиональной деятельности в области здравоохранения (например в Китае и большинстве стран Латинской Америки) врачи часто работают как в государственной, так и в частной системе (18). Последствия для мониторинга КРЗ заключаются в необходимости тщательного рассмотрения способов, как избежать двойного подсчета персонала, что должно стать важным компонентом любых оценок, проводимых на базе учреждений здравоохранения. Методы, которые использовались для решения этого вопроса, включают сбор информации от работников здравоохранения о том, какую часть рабочего времени в течение недели они проводят в конкретном учреждении, или специальные вопросы о других учреждениях, в которых они работают.

7.4.2 Отсутствие стандартизованных определений и статистической классификации работников здравоохранения

Отсутствие стандартных определений работников здравоохранения при использовании различных методов проведения ОУЗ, в том числе согласованных определений профессиональных категорий, существенно снижает ценность данных ОУЗ для проведения сравнительного анализа КРЗ внутри стран, между нами и во временной динамике. Большинство методов проведения ОУЗ используют специфические для каждой страны названия профессий; при этом отсутствуют условия для перевода их в сравнимый на

международном уровне набор категорий. Многие принятые в стране названия профессий (особенно не относящихся к квалифицированным врачам, медсестрам и акушеркам), а также основные данные о квалификации, часто не дают возможности легко сопоставить их с определениями, принятыми в Международной стандартной классификации занятий (МСКЗ)(19) или в Международной стандартной классификации образования (МСКО) (20) соответственно.

К профессиональным категориям, с названиями которых связаны особые сложности, относятся работники здравоохранения, которые предоставляют услуги на базе местных сообществ или услуги по консультированию, а также те, кто относится к категории ассистентов или помощников. Критерии и обязанности, относящиеся к этим категориям, существенно различаются между странами и даже между государственным и частным сектором в пределах одной страны. Особенно много подобных категорий в странах, где не хватает высокообразованных медицинских работников, и персонал этих категорий часто является первичным звеном предоставления услуг здравоохранения на местах. Такие принятые на национальном уровне названия профессий, как «помощник врача» или «клинический сотрудник» можно сопоставить с определениями МСКЗ только при наличии информации, отражающей уровень образования, специализацию и квалификацию. В некоторых странах сотрудники с подобными названиями должностей выполняют работу на уровне помощников или на более низком уровне, а в других странах для работы на должностях с такими названиями необходимо иметь образование и выполнять обязанности выше медсестринских. Достижение точного соответствия национальных классификаций профессий и образования международным зависит от уровня детализации данных, полученных по национальным категориям (например относящихся к обучению, подготовке и обязанностям персонала). Существующие инструменты проведения ОУЗ обычно различаются по уровню детализации.

7.4.3 Отсутствие единообразия в определении типов учреждений

На сегодняшний день не существует единообразия в определениях общих категорий учреждений здравоохранения между странами и между используемыми инструментами. Даже внутри одной конкретной страны учреждения, которые имеют одинаковое название, могут существенно различаться по размеру и функциям. В Кении, например, данные ОУЗ показали, что почти каждое третье учреждение, официально классифицированное как «центр здравоохранения», не имеет больничных коек, но каждое шестое имело 20 и больше коек. Необходимы стандартизованные определения для наиболее распространенных типов учреждений здравоохранения, позволяющие проводить сравнения в пределах одного источника и между источниками данных. Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности предлагает ряд рекомендаций по этому вопросу (21), но определения и категории в этом обобщенном ресурсе более широкие, чем это требуется для проведения стандартного ОУЗ; даже самый низкий уровень разукрупнения классифицирует только «деятельность больниц» или «деятельность в рамках медицинской или стоматологической практики». В последнее время при

попытках по созданию общего, детализированного стандарта для ОУЗ проводились “эксперименты” с использованием числа больничных коек в качестве косвенного показателя размера учреждения и масштаба предоставляемых услуг. Эти вопросы, в частности кадровые нормативы укомплектованности кадрами и другие индикаторы, относящиеся к анализу КРЗ, требуют дальнейшего рассмотрения.

7.5 Эмпирические примеры, основанные на данных по КРЗ

В этом разделе предлагаются наглядные примеры различных видов данных по КРЗ, полученных с использованием существующих инструментов ОУЗ, и как подобные полученные на базе учреждений данные могут использоваться при мониторинге и анализе ситуации с КРЗ. Иллюстративный анализ основывается на микроданных, собранных в Кении и Замбии с использованием трех различных методов проведения ОУЗ (ПУЗ, КДУ ОПУ), и на опубликованных результатах, полученных в Нигерии с применением инструмента PHRplus. Данные выборочного обследования ОПУ взвешиваются для корректировки неравномерных уровней отбора между единицами выборки. Данные из ПУЗ и КДУ, которые используют метод переписи (полный подсчет всех учреждений), не требуют взвешивания или корректировки.

7.5.1 Вхождение в состав трудовых ресурсов

ОУЗ может использоваться для определения численности вновь входящих в состав персонала учреждений здравоохранения работников и соотношения новых поступлений и всего имеющегося в учреждении здравоохранения персонала за конкретный учетный период. В таблице 7.1 представлен пример подобных данных для выбранных категорий работников здравоохранения государственного сектора в Нигерии. Данные показывают численность тех, кто начал работать в государственных службах здравоохранения в 2005 г.: врачи - 1214, медсестры и акушерки - 1331, лаборанты-технологи и техники-лаборанты, работники аптек - 443 (из которых около половины - фармацевты) и общинные работники здравоохранения - 2741 (включая общинных организаторов здравоохранения и общинных работников санитарного просвещения). Только что вошедшие в состав кадровых ресурсов работники составили 7,7% от существующей численности врачей, 1,1% - медсестер и акушерок и 3,6% - фармацевтического персонала (14).

При сравнении с числом выпускников медицинских учебных заведений на тот же год можно увидеть, что поступление на работу в государственный секторе составило 60,7% всех выпускников-врачей, но только 2,4% выпускников, получивших диплом медсестер и акушерок. Такая информация, даже если она неполная, важна для понимания предпочтений работников здравоохранения в выборе места работы (в данном случае работы в государственном секторе), и того, как эти показатели различаются в зависимости от специальности.

При отсутствии информации из медицинских учебных заведений по числу выпускников исследование возрастного состава работников здравоохранения может дать

определенную информацию о структуре обновления трудовых ресурсов. В Кении данные проведенного в 2004 г. ОПУ (22) показывают, что трудовые ресурсы здравоохранения в стране достаточно молоды: больше четверти (26%) всего работающего на базе учреждений персонала моложе 30 лет. Как показано на рисунке 7.1, соотношение молодых работников и работников предпенсионного возраста (45 лет и старше) сравнительно высоко, особенно среди медицинского персонала. С другой стороны, соотношение работников молодого и старшего возраста среди медсестер и акушерок значительно ниже. В государственных учреждениях здравоохранения обычно работает более молодой персонал, чем в частных учреждениях (результаты не показаны). Информация такого типа может указывать на необходимость проведения дальнейших исследований причин того, почему более молодые работники здравоохранения с меньшей вероятностью работают в учреждениях определенного типа, и разработки надлежащих стимулов для их найма; или исследования причин того, почему работники более старшего возраста с большей вероятностью будут покидать подобную работу, для улучшения стимулов, способствующих их удержанию.

7.5.2 Активные кадры здравоохранения

Имеющиеся в наличии кадры

В таблице 7.2 и на рисунке 7.2 показано наличие активных трудовых ресурсов здравоохранения в двух странах: Замбии и Кении соответственно. Наличие и обеспеченность работниками здравоохранения, работающими в учреждениях Замбии, показано в таблице 7.2. Общая обеспеченность работниками всех специальностей составляет 10,5 человек на 10 000 населения (23). В частности, для врачей это соотношение составляет 0,8 на 10 000, а для медсестер и акушерок - 6,9 на 10 000. Хотя эти подсчеты не учитывают работников здравоохранения, которые являются персоналом учреждений, они являются маркерами потенциала системы здравоохранения и могут служить в качестве косвенного показателя общей обеспеченности кадрами здравоохранения в тех странах, где большинство поставщиков услуг работают хотя бы частично в учреждениях здравоохранения (например по совместительству).

На рисунке 7.2 показана общая численность работников здравоохранения (6985 человек), официально направленных или нанятых (на должность) в учреждениях здравоохранения, включенных в выборку, в момент проведения ОПУ в Кении. Среди них, получивший врачебную подготовку персонал (включая врачей и парамедиков) составляет 8% от общего числа; сестринский и акушерский персонал - почти половину (45%); работники лабораторий - 6%; персонал, работающий в фармацевтической сфере - 2%; специалисты в области консультирования и социальные работники - 5%; персонал, работающий в таких областях, как питание и реабилитация - 1%; технические работники, занятые ведением медицинской документации и медицинского учета - 3%; и почти треть составляют другие категории (например, помощники, клерки и общинные работники), которые также являются персоналом учреждения.

Табуляция уровней обеспечения персоналом по типу учреждения может предоставить полезные исходные значения для проведения сравнений. Численность

работников обычно увеличивается с увеличением размера учреждения, но соотношение возросшей потребности в людских ресурсах и размера учреждения будет варьировать в зависимости от множества различных факторов. Выявлены интересные особенности данных (таблица 7.3) ОПУ в Кении, характерных для автономных пунктов проведения добровольного тестирования на ВИЧ и консультирования (ДТИК). В Кении подобные специализированные пункты амбулаторного типа «щедро» укомплектованы специалистами по консультированию (в среднем 4,5 на учреждение), а средний уровень укомплектованности персоналом в целом выше, чем в поликлиниках и диспансерах без ночных коек (7,2 по сравнению с 5,4). Учреждения по ДТИК составляют незначительную долю всех учреждений (9 из 440). Как правило, они предлагают одну услугу, поэтому могут в основном полагаться на работников, имеющих квалификацию в области консультирования. Возможно также, что услуги по консультированию предоставляются в других учреждениях другими категориями работников здравоохранения, например медсестрами. Систем подготовки одного работника для предоставления различных услуг широко распространена там, где значительный дефицит людских ресурсов не позволяет иметь отдельного специалиста для предоставления отдельной услуги.

Другим полезным индикатором для мониторинга обеспеченности кадрами является количество работников здравоохранения на одно койко-место. На рисунке 7.3 показано медианное соотношение работников здравоохранения на койку в Кении, дезагрегированное по размеру учреждения (размер учреждения используется в качестве индикатора сложности предлагаемых услуг и количества клиентов, получающих услуги). Эта информация может использоваться для определения резких отклонений в уровнях комплектации кадрами и проведения мониторинга изменений в комплектации кадрами во времени.

Информация о трудовых ресурсах особенно полезна, когда рассматривается в контексте потребности в кадрах. Чтобы дополнить информацию о существующих уровнях укомплектованности кадрами, важно иметь определенное представление об уровне фактического или потенциального дефицита персонала. Одним из способов, которыми министерства здравоохранения пытаются решить этот вопрос, является разработка штатных нормативов. Эти нормативы должны учитывать, какие должны предлагаться услуги, а также, количество и тип клиентов, которые их будут получать. Разница между нанятым персоналом и штатными нормативами составляет коэффициент вакантности (таблица 7.4, колонка 3), который показывает, насколько хорошо менеджеры способны обеспечить запланированную структуру комплектации персонала. Дополнительная информация из ОПУ, проведенного в Кении (таблица 7.4), позволяющая сравнить число работников, которое рекомендуется в соответствии с существующими нормативами, и число работников, которое, по сообщениям руководителей, требуется для предоставления услуг в их учреждениях, дает более сложную картину. Оказывается, что, по мнению руководителей, учреждения Кении располагают менее чем половиной необходимого им по каждой специальности персонала, за исключением категории «весь другой персонал». Особенно не хватает фармацевтических кадров,

работников, которые проводят консультирование, и другого клинического персонала. Если затем принять во внимание численность дополнительного персонала, который требуется (по сообщениям менеджеров), чтобы выполнять необходимую работу в тех учреждениях, где нет нормативов комплектации кадрами, выявленный недостаток кадров становится еще более очевидным.

Среди общего числа работников здравоохранения, о потребностях в которых сообщили руководители учреждений, процент тех, кто в настоящее время работает в учреждении (врачи, медсестры и акушерки, а также все категории работников с разбивкой по типу учреждения), представлен на рисунке 7.4. Только учреждения ДТИК и более крупные учреждения (большинство которых расположены в Найроби и других основных городских районах) укомплектованы хотя бы на три четверти. Практически, ни одна поликлиника или диспансер не имеет минимально необходимого числа врачей. Небольшие учреждения обычно укомплектованы сестринским и акушерским персоналом только наполовину (по сравнению с тем, который требуется по нормативам и для предоставления услуг). Информация этого типа позволяет дать быструю оценку ситуации с кадрами в обследованных учреждениях. Однако интерпретация последствий, связанных с незаполненными вакансиями, требует дополнительных знаний о том, насколько работающие в учреждении кадры соответствуют как реальным потребностям учреждения в людских ресурсах, так и потребностям обслуживаемого им населения.

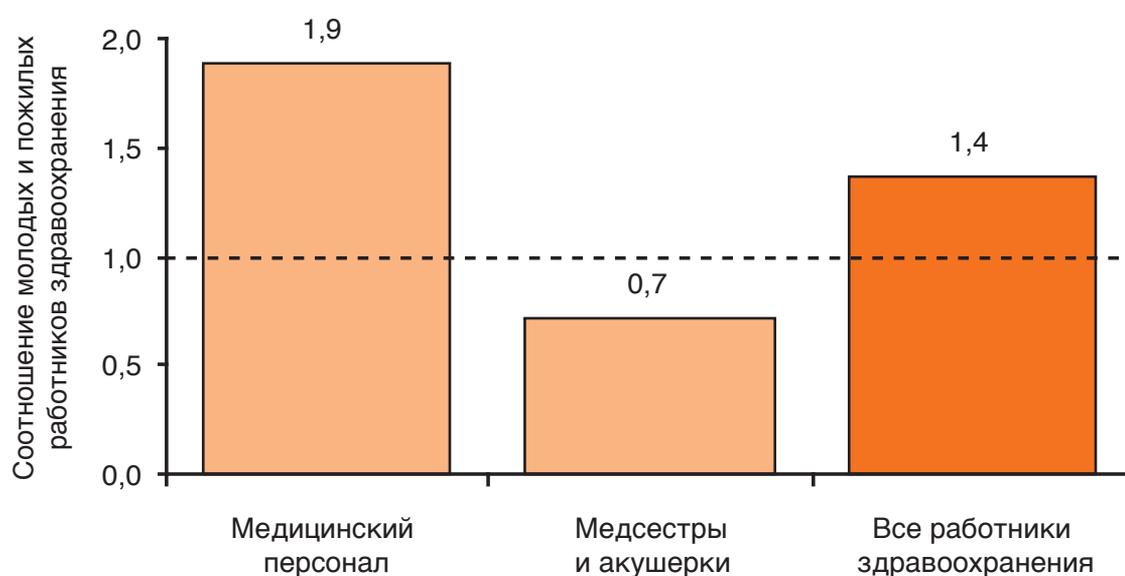
Дополнительно к штатным работникам у учреждения имеется возможность использовать временно прикомандированных работников, которые не получают зарплату в учреждении, куда они направлены, и их работа там оплачивается другой организацией. Часто неправительственные организации или группы, предлагающие специализированные услуги (например, лабораторные или связанные с ВИЧ/СПИДом), направляют свой персонал для предоставления услуг в учреждениях, где существует дефицит кадров, а также для обучения постоянных работников на рабочем месте предоставлению новой услуги, которая внедряется в учреждении. В таблице 7.5 представлена информация по прикомандированным работникам здравоохранения, полученная в Кении (на основе сведений, предоставленных руководством учреждениями). Учреждения неправительственного сектора сообщают о широком наличии прикомандированных работников: почти в половине (48%) этих учреждений имеется хотя бы один имеющий медицинскую подготовку прикомандированный работник, а в 15% - имеются прикомандированные консультанты. Учреждения, находящиеся в государственном управлении, с меньшей вероятностью имеют прикомандированных работников. В обследовании не собиралась информация о том, откуда были направлены эти работники, но большинство из них - это, по всей вероятности, иностранные работники, нанятые международными организациями и временно откомандированные в местный филиал. Мониторинг прикомандированных работников должен оцениваться не только в связи с имеющейся нехваткой работников здравоохранения, но также в связи с разработкой стратегий для получения максимальной пользы и обеспечения надежности и качества услуг, предоставление которых в настоящее время зависит от временного персонала.

Таблица 7.1 Расчетное число выпускников, входящих в состав кадровых ресурсов учреждений здравоохранения в государственном секторе, по специальностям, Нигерия, 2005 г.

Специальность	Число поступивших в учреждение новых работников	Новые работники (% от имеющегося персонала)	Число выпускников учебных заведений по подготовке работников здравоохранения	Новые работники (% от ежегодного выпуска учебных заведений)
Врачи	1214	7,7	2000	60,7
Медсестры и акушерки	1331	1,1	5500	2,4
Лабораторные работники	501	3,4	н/д	н/д
Фармацевтический персонал	443	3,6	800	55,4
Общинные работники здравоохранения	2742	3,3	н/д	н/д

* н/д (информация не собиралась).

Источник: Chankova et al. (14).

Рисунок 7.1 Соотношение работников учреждений здравоохранения в возрасте до 30 лет и работников старше 45 лет, по специальностям, ОПУ, Кения, 2004 г.

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22).

Распределение

Распределение работников здравоохранения помогает получить представление о доступности услуг здравоохранения для населения, качества предлагаемых услуг и рациональности использования людских ресурсов. Одним из индикаторов, полезных и измеряемых в рамках ОУЗ, является профессиональная структура. Этот индикатор дает информацию, с которой при проведении анализа можно сравнивать обычные модели распределения кадров. Данные, полученные в Кении, показали, что во всех учреждениях

медианный коэффициент отношения другого персонала к врачам, медсестрам и акушеркам составляет 1,9 (таблица 7.6). Отмечались небольшие различия в этом соотношении в зависимости от размера учреждения. Однако в соотношении сестринского и акушерского персонала и врачей различия в зависимости от размера учреждения значительные. Медианный коэффициент более чем в два раза выше в очень крупных учреждениях (с количеством стационарных коек 100 и больше) по сравнению с учреждениями меньшего размера (10-50 коек).

Это может отражаться на характере комплектации кадрами, принимая во внимание нагрузку и более высокие затраты, связанные с некоторыми категориями персонала по сравнению с другими. С одной стороны, взаимозаменяемость может быть распространена в небольших учреждениях с немногочисленными людскими ресурсами, где даже персонал с высоким уровнем подготовки должен выполнять обязанности, выходящие за пределы их изначальной сферы специализации, или брать на себя административные обязанности (например составление статистических отчетов). С другой стороны, для крупных учреждений с большим числом клиентов и комплексным набором услуг, возможно, будет целесообразнее нанимать более специализированный персонал (например,

Таблица 7.2 Численность персонала учреждений здравоохранения и обеспеченность ими, по специальностям, Замбия, ПУЗ, 2006 г.

Специальность	Численность	Обеспеченность работниками здравоохранения (на 10 000 населения) ^a
Врачи	908	0,78
Сестринский и акушерский персонал ^b	8068	6,91
Парамедики ^c	1342	1,15
Фармацевты	115	0,10
Физиотерапевты	114	0,10
Гигиенисты	679	0,58
Специалисты по вопросам питания	62	0,05
Гигиенисты	2	<0,01
Техники-лаборанты	480	0,41
Технический фармацевтический персонал	116	0,10
Техники-рентгенологи	139	0,12
Техники-ортопеды	14	0,01
Другой технический персонал	35	0,03
Другие работники здравоохранения	145	0,12
Всего	12 219	10,46

a. На основе расчетной численности населения страны, 2005 г. (11 683 704).

b. Специальность включает сестринский и акушерский персонал всех уровней, в том числе младших медсестер и акушерок, а также медсестер и акушерок со средним медицинским образованием.

c. Специальность включает всех парамедицинских работников сходного уровня, например административных медицинских работников и клинических ассистентов.

Источник: Herbst и Gijbrecchts (23).

фармацевтический персонал, специалистов в области консультирования, а также управленческий персонал). Более высокий коэффициент соотношения между сестринским персоналом и врачами, видимо, будет наблюдаться в учреждениях с большим числом стационарных коек, так как в стационарах потребность в круглосуточных сестринских услугах выше.

В таблице 7.7 представлены данные по распределению работников здравоохранения по типу управления учреждениями в Кении. Правительство является самым большим поставщиком услуг здравоохранения, а также самым крупным работодателем для работников здравоохранения в этой стране. Около двух третей (62%) кадров, работающих в учреждениях здравоохранения, заняты в государственном секторе; менее одной пятой - либо в частных коммерческих учреждениях (17%), либо учреждениях при религиозных организациях (18%), и лишь 3% - в учреждениях, управляемых неправительственными организациями. Эта общая структура обычно применима к большинству категорий работников здравоохранения, с заметными исключениями для фармацевтического персонала, который чаще работает в частном коммерческом секторе (28%), и специалистов по консультированию, которые чаще заняты в неправительственном секторе (16%) (к нему принадлежат многие пункты предоставления ДТК).

В другом примере из Кении (таблица 7.8) показано распределение работников здравоохранения по географическим регионам, в данном случае по восьми провинциям страны. Наибольшая концентрация кадров наблюдается в провинциях Найроби и Рифт-Валли (25% и 23% соответственно). Если второе число работников здравоохранения примерно соответствует численности населения провинции, то в Найроби концентрация работников здравоохранения примерно в три раза выше, чем для населения

Рисунок 7.2 Численность и процентное распределение персонала, в настоящее время занимающего должности в медицинских учреждениях, по специальностям, ОПУ, Кения, 2004 г.



Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22).

Таблица 7.3 Среднее число работников здравоохранения по типу учреждения и по специальностям, Кения, 2004 г.

Специальность	Тип/размер учреждения						
	Автономные пункты по ДТиК ^a	Нет стационара/ночных коек	1-9 коек	10-19 коек	20-49 коек	50-99 коек	100+ коек
	(n=9)	(n=237)	(n=93)	(n=40)	(n=39)	(n=8)	(n=14)
Врачи	0,1	0,3	0,9	1,1	1,5	6,7	16,1
Сестринский и акушерский персонал ^b	0,4	2,4	3,9	5,7	7,4	23,7	107,5
Персонал лабораторий	0,1	0,4	0,9	1,2	1,2	3,5	9,6
Фармацевтический персонал	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,2	1,6	3,3
Консультирование/социальная работа	4,5	0,3	0,6	1,1	0,8	4,4	6,5
Другие медицинские специальности	0,2	<0,1	0,1	0,2	0,1	1,1	2,2
Медицинская информация/ведение документации ^c	0,3	0,1	0,3	0,4	0,4	2,1	6,5
Другие работники здравоохранения	1,6	1,8	3,1	4,2	4,0	23,9	70,1
Всего	7,2	5,4	10,1	14,1	15,4	67,4	225,4

a. Учреждение, которое в основном предлагает добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование.

b. Специальность включает сестринский и акушерский персонал всех уровней, в том числе медсестер и акушерок, а также младших медсестер и акушерок

c. Эта категория включает весь персонал, основной обязанностью которого является внедрение и управление системами ведения, обработки, хранения и поиска административных учетных данных.

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований..

в целом. С другой стороны, Северо-Восточная и Западная провинции, скорее всего, будут недостаточно обеспечены услугами, так как доля работников здравоохранения в этих провинциях непропорционально низкая.

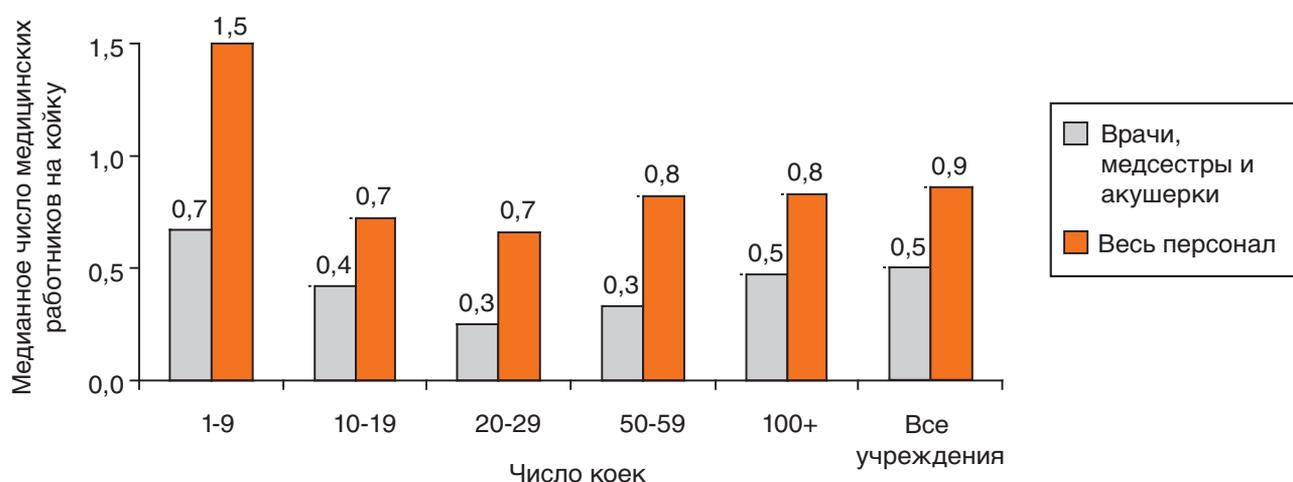
Географический дисбаланс кадров здравоохранения также может наблюдаться в другом контексте, в частности в Замбии. На рисунке 7.5 сравнивается доля работников здравоохранения по отношению к общей численности населения городских районов. Хотя городское население составляет менее трети (29%) населения страны, почти половина (47%) всех работников здравоохранения заняты в городских учреждениях. Три четверти врачей и половина сестринского и акушерского персонала - городские жители. Среди рассмотренных работников здравоохранения только гигиенисты недостаточно представлены в городских районах по сравнению с населением в целом. Больше вероятность того, что высококвалифицированные работники некоторых специальностей будут работать в городских районах по сравнению с их коллегами более низкой квалификации (врачи по сравнению с парамедиками, а провизоры по сравнению с фармацевтами).

Дальнейший анализ распределения рабочей силы по районам показывает, что 2224 (18%) из имеющихся в Замбии 12 219 работников учреждений здравоохранения, проживают

в столице страны Лусаке. В 13 из 71 района страны нет ни одного врача, приписанного к учреждению здравоохранения, тогда как только в трех районах (Лусака, Кетве и Ндола) проживают 67% всех работающих на базе учреждений врачей (23). Такое неравномерное распределение КРЗ может иметь серьезные последствия для равноправного доступа, охвата и качества услуг здравоохранения в сельских и недостаточно обслуживаемых районах.

Образование, мотивация и результаты деятельности работников здравоохранения

Информация об уровне и области образования и подготовки работников здравоохранения имеет решающее значение для удовлетворения потребностей в подготовке медицинского персонала и понимания общего технического потенциала работников различных специальностей в стране. Это особенно актуально там, где происходит быстрое расширение масштаба инициатив по развитию людских ресурсов и где нередко наблюдаются выраженные различия в полученной подготовке среди работников, занимающих одну и ту же должность; это связано с произошедшими в последнее время изменениями как в базовом, так и в продвинутом образовании, необходимом для получения медицинской квалификации. Информация по полученному образованию также полезна для улучшения адаптации национальных наименований

Рисунок 7.3 Соотношение работников здравоохранения и коек в стационаре, по размеру учреждения, ОПУ, Кения, 2004 г.

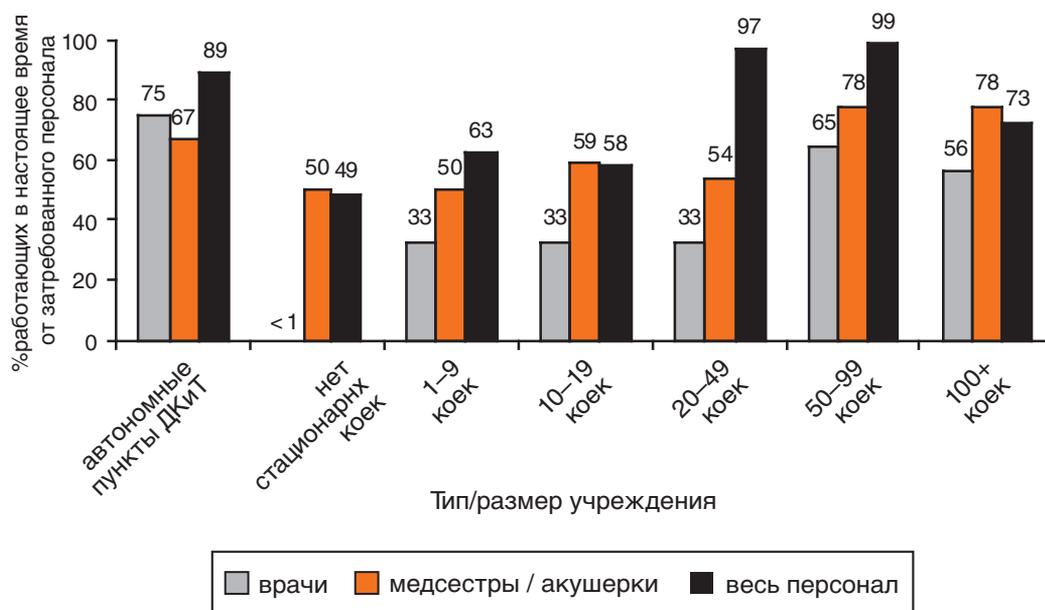
Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22).

Таблица 7.4 Число работающих в настоящее время сотрудников учреждения здравоохранения, число, рекомендованное кадровыми нормативами и число, запрошенное руководителями учреждений для соответствия нормативам, по специальностям, Кения, 2004 г.

Специальность	(1) Число имеющих в учреждении работников	(2) Число работников, рекомендованное кадровыми нормативами для этого учреждения	(3) Процент имеющих в учреждении работников от нормативного значения, = (1)/(2)	(4) Число, затребованное руководителями учреждений для удовлетворения потребностей по предоставлению услуг ^а	(5) Процент имеющих в учреждении работников от затребованного руководителями числа ^а = (1)/(4)
Врачи	567	1 114	51	1 852	31
Медсестры и акушерки	3 133	4 343	72	6 295	49
Персонал лабораторий	433	742	58	1 175	37
Фармацевтический персонал	112	315	36	563	20
Консультирование/социальная работа	382	970	39	1 861	21
Другой клинический персонал	66	385	17	779	8
Медицинская информация/ведение документации	188	444	42	779	24
Весь другой персонал	2 103	2 183	96	2 740	77
Всего	6985	10 495		16 044	

аа. Включает персонал, который, по сообщениям руководителей учреждений, требуется для выполнения их кадровых нормативов, плюс персонал, который необходим для удовлетворения потребности в услугах, согласно сообщениям руководителей учреждений, где нет нормативов комплектации кадрами.

Источник: Таблица составлена Macro International на основе микроданных, полученных в ОПУ, проведенного в Кении в 2004 г.

Рисунок 7.4 Процент имеющихся в учреждении работников здравоохранения от числа, затребованного руководителями учреждений для выполнения требований по комплектации кадрами

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22).

профессий к стандарту МКЗ3 (разбивка занятий по категориям в соответствии с уровнем навыков и специализацией, которые обычно требуются для качественного выполнения профессиональных обязанностей).

На рисунке 7.6 дан наглядный пример, демонстрирующий уровни полученного КРЗ образования, о котором сообщили работники здравоохранения во время интервью, проведенных в Кении. Как и следовало ожидать, хотя уровень базового образования, полученного до подготовки по медицинской профессии, остается сходным для поставщиков всех видов услуг, продолжительность специальной подготовки продвинутого уровня различается между разными специальностями. Врачи (включая специалистов и врачей общего профиля) имеют самый высокий общий уровень полученного образования, тогда как помощники медсестер и консультанты - самый низкий.

Определение продолжительности периода времени, в течение которого работники здравоохранения были наняты в конкретном учреждении, помогают получить информацию о профессиональном опыте, текущих потребностях в подготовке и удержании персонала. В таблице 7.9 представлены ответы на вопросы интервью, проведенных в Кении в рамках ОПУ, касающихся числа лет, проработанных в данном учреждении, в зависимости от типа и органов управления учреждения. В целом, половина персонала учреждений сообщила, что работала в данном месте на протяжении короткого периода времени (около трех лет с небольшими различиями в зависимости типа управления учреждением). Сестринский и акушерский персонал в больницах и родильных домах обычно занимают свои нынешние должности в течение более продолжительного времени. В противоположность этому, медианное число лет службы в данном месте было самым низким среди врачей родильных домов (большинство из

которых в Кении частные) и персонала автономных пунктов по предоставлению ДТиК, являющихся сравнительно новой категорией служб и учреждений.

Повышение квалификации и поддерживающий надзор может не только улучшить качество функционирования работников здравоохранения, но и быть стимулами, которые мотивируют работников здравоохранения в их деятельности. На рисунке 7.7 представлены данные из Кении по доле работников учреждений здравоохранения, которые получили формальное обучение на рабочем месте в течение 12 месяцев до проведения обследования (структурированные тренинги, не включающие индивидуальный инструктаж, полученный в рамках проведения текущего надзора). В целом, за исключением управляющих работников, две трети (67%) работников здравоохранения сообщили о том, что проходили обучение на рабочем месте, при небольших различиях в этом показателе между различными типами учреждений. Самое значительное различие отмечено в отношении пунктов ДТиК, для которых эта доля является самой высокой (83%).

Дополнительная информация из Кении по поддерживающему надзору, полученному поставщиками медицинских услуг, представлена на рисунке 7.7. За исключением управляющего персонала, около двух третей (68%) работников здравоохранения сообщили, что находились под персональным надзором в течение шестимесячного периода, предшествующего обследованию. У поставщиков услуг в центрах ДТиК вероятность поддерживающего надзора была больше (86%). Показатели численности работников здравоохранения, недавно прошедших тренинг или находившихся под наблюдением в этих центрах, по всей вероятности, отражают повышение во всем мире внимания к службам, связанным с ВИЧ-инфекцией. При обследовании не собиралась информация об опыте и знаниях, полученных

Таблица 7.5 Процент учреждений, сообщивших о наличии хотя бы одного временно прикомандированного работника^а, по специальностям, по сообщению руководства учреждения, Кения, 2004 г.

Специальность	Тип управления учреждением				Всего (n=440)
	Государственное (n=246)	Частное			
		Коммерческая организация (n=63)	Неправительственная организация (n=21)	Религиозная организация (n=110)	
Врачи	2	25	48	8	8
Медсестры и акушерки	3	17	5	13	6
Персонал лабораторий	1	14	0	1	2
Консультирование/социальная работа	1	2	15	1	2

а. Прикомандированный работник определяется как человек, который работает в учреждении на регулярной основе (либо полный, либо неполный рабочий день), предоставляющий услуги в области здравоохранения, но чей труд оплачивает сторонняя организация.

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований.

или использованных в результате тренингов или по качеству надзора; многие ОУЗ собирают хотя бы некоторую информацию по обсуждаемым вопросам или предпринятым действиям во время инспекционного визита.

Из четырех инструментов ОУЗ и переписей, рассматриваемых здесь, ни один не собирает информацию о доходах или зарплате персонала, и поэтому эти источники не позволяют поводить анализ финансовых стимулов среди работников здравоохранения. Поскольку данные по оплате и зарплате отсутствовали, были исследованы другие стимулы, которые могут влиять на мотивацию и деятельность работников и способствовать их удержанию. Публикации, посвященные КРЗ, показывают, что четко определенные обязанности и объем работы, а также другие неденежные стимулы способствуют улучшению показателей деятельности работников и снижению убыли персонала. Пример информации такого типа, полученной в Кении, представлен в таблице 7.10. Только 8% работников здравоохранения при интервьюировании могли дать письменное описание объема и содержания работы (с небольшими различиями в этой доле в зависимости от специальности). Несколько большие различия существуют по типу учреждения, но даже там, где доля была самой высокой (в родильных домах и амбулаториях), только один из десяти работников мог предоставить письменное описание объема работ (должностных обязанностей). Приведенные цифры могут недооценивать ситуацию, и хотя дополнительные 30% работников здравоохранения сообщили, что у них имелись письменные описания объема работ, они не могли продемонстрировать их проводившему интервью (результаты не показаны).

Дальнейший анализ данных ОПУ, проведенных в Кении, показывает, что 43% работников здравоохранения видят возможности продвижения по службе на их текущей работе (таблица 7.10). Врачи и персонал учреждений здравоохранения, с большей вероятностью, утверждают, что видят возможности продвижения по службе. Больше половины (54%) работников здравоохранения сообщили о предоставлении других неденежных стимулов, включая

получение субсидий или скидки на покупку медикаментов и других товаров, формы или другой одежды, продуктов питания или возможность обучения. Значительные колебания наблюдались в зависимости от специальности (от 35% лабораторного персонала до 60% консультантов) и от типа учреждения (с самой высокой долей в пунктах ДТиК, в которых работает примерно четверть консультантов в

Таблица 7.6 Профессиональная структура работников здравоохранения в учреждениях, по типу учреждения, Кения, 2004 г.

Тип/размер учреждения	Медианное соотношение	
	Другой персонал относительно врачей, медсестер и акушерок	Сестринский и акушерский персонал относительно врачей
Нет коек	1,7	..
1-9 коек	1,9	..
10-19 коек	2,1	2,5
20-49 коек	1,8	2,5
50-99 коек	1,9	3,5
100+ коек	1,5	5,5
Все учреждения	1,9	..

.. Не подсчитано из-за небольшого числа обследованных учреждений с занимающим должности медицинским персоналом.

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований. Автономные пункты по предоставлению ДТиК исключены из-за небольшого числа тех из них, где на должности нанят врачебный или сестринский персонал.

Кении). Хотя включение возможности обучения как формы стимулирования может завышать данные по последнему индикатору, эта информация дает некоторое представление о потенциальных различиях в схемах компенсации в зависимости от специальности работника и характеристик учреждения, а также о связанных с этим последствиями для результатов деятельности персонала и его удержания.

Одним из методов, позволяющих оценить производительность труда работников здравоохранения, является учет уровня абсентеизма. Это явление изучалось с использованием данных, полученных при проведении ОПУ в Кении (в выбранных городских областях и сельских районах, где проводилась перепись учреждений: Килифи, Кисуму, Момбаса, Найроби, Накуру и Тика (26)). В целом, меньше одной трети штатных работников здравоохранения (которые были включены в график) действительно присутствовали на своем рабочем месте в день проведения интервью (рис. 7.8). Врачи отсутствовали чаще, за ними следовали медсестры и акушерский персонал, среди которых только один из пяти штатных сотрудников находился на рабочем месте. Отсутствие персонала на рабочем месте в данный конкретный день может иметь различное объяснение (это может быть запланированный отпуск, объясненное незапланированное отсутствие или отсутствие без объяснения причины). Более детальное исследование конкретных случаев по оценке абсентеизма работников можно найти в главе 11 этого Руководства.

Информация о продолжительности рабочего времени важна для планирования развития КРЗ. Она может использоваться, например, для расчета потенциала системы здравоохранения, выраженного в эквиваленте полной занятости по всем

должностям, и для поддержки разработки гибких практик управления, которые будут способствовать удержанию работников. В таблице 7.11 представлены данные ОУЗ для Кении по числу обычных рабочих часов в неделю в учреждениях, где проводились интервью с работниками здравоохранения. Основная часть персонала (91%) на полной ставке обычно работает как минимум 40 часов в неделю. Лабораторные работники, медсестры и акушерский персонал с наименьшей вероятностью, а персонал, проводящий консультирование, с наибольшей вероятностью будет работать неполный рабочий день. Почти двое из десяти врачей работают в учреждении по совместительству. Области для дальнейшего исследования инструментов ОУЗ могут включать характер трудовой деятельности за пределами учреждения среди занятых на неполную ставку (например, работают ли они в другом учреждении или преподают, работают ли они за пределами сектора здравоохранения или не работают больше часов по собственному желанию или по не зависящим от них причинам).

7.5.3 Выход из состава трудовых ресурсов

Некоторые ОУЗ собирали информацию для оценки удержания трудовых ресурсов. Однако из-за трудностей в сборе информации по перемещениям и выходу из состава кадров эти данные могут быть неполными, особенно для измерения международных потоков. На рисунке 7.9 показаны оценочные показатели убыли кадров здравоохранения в государственном секторе Нигерии с разбивкой по специальностям и по городским и сельским районам. На основании этих результатов можно заключить, что уровень убыли самый высокий для работающих в учреждениях врачей по сравнению с другими категориями работников здравоохранения. Уровень убыли выше среди

Таблица 7.7 Процентное распределение работников здравоохранения, работающих в учреждениях здравоохранения, с разбивкой по типу управления и в зависимости от специальности, Кения, 2004 г.

Специальность	Тип управления учреждением				Всего (n=440)
	Государственное (n=246)	Частное			
		Коммерческая организация (n=63)	Неправительственная организация (n=21)	Религиозная организация (n=110)	
Врачи	60	22	4	14	100
Медсестры и акушерки	70	11	2	17	100
Персонал лабораторий	53	17	4	26	100
Фармацевтический персонал	56	28	4	12	100
Консультирование/социальная работа	52	17	16	15	100
Другой клинический персонал	70	10	7	13	100
Медицинская информация/ ведение документации	74	13	2	11	100
Другие	56	22	2	20	100
Всего	62	17	3	18	100

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований.

Таблица 7.8 Процентное распределение работающих на базе учреждений медицинских работников и населения в целом, по географическим регионам, Кения, 2004 г.

Специальность	Провинция								Всего
	Найроби	Центральная	Прибрежная	Восточная	Северо-Восточная	Ньянза	Рифт-Валли	Западная	
Врачи	22	10	10	15	1	10	26	6	100
Медсестры и акушерки	22	14	8	17	1	10	22	6	100
Лабораторные работники	20	11	11	14	1	11	25	7	100
Фармацевтический персонал	51	7	8	9	1	7	13	4	100
Консультирование/социальная работа	13	7	16	13	1	11	29	10	100
Другой клинический персонал	21	13	4	11	2	11	31	7	100
Медицинская информация/ведение документации	18	16	8	10	1	12	28	7	100
Другие	33	2	13	16	0	10	21	5	100
Общее число работников здравоохранения	25	10	11	14	1	10	23	6	100
Общая численность населения^а	8.1	12.2	8.7	15.6	4.1	14.8	24.9	11.6	100.0

а. На основе расчетной численности населения страны, 2004 г. (32 808 268).

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований.

Рисунок 7.5 Процент работников здравоохранения и процент населения, сосредоточенный в городских районах, ПУЗ, Замбия, 2006 г.

Источник: Herbst и Gijbrecchts (23).

сельских работников по сравнению с городскими; исключение составляет фармацевтический персонал и общинные работники здравоохранения. Последние нанимаются и готовятся специально для работы в сельских районах, поэтому у них меньше привлекательных альтернативных возможностей найма за пределами их места жительства.

В том же контексте, увольнение по собственному желанию является значительно более распространенной причиной убыли кадров; эта причина указывалась почти в половине случаев (46%) оценивавшихся выходов работников здравоохранения из состава трудовых ресурсов (рис. 7.10). Хотя лежащие в основе причины увольнения в этом исследовании не определялись, опыт показывает, что часто причиной являются плохие условия труда. Выход работников из состава активных трудовых ресурсов в 23% случаев происходит из-за их увольнения по инициативе работодателя. Выход на пенсию и смерть по отдельности являются причинами одного из семи случаев выхода из состава трудовых ресурсов. Хотя имеющиеся данные не дают полной картины динамики убыли работников здравоохранения, они могут использоваться для привлечения внимания руководителей программ и лиц, формирующих политику, к тем областям, куда они могут инвестировать больше средств для проведения исследований и вмешательств по удержанию кадров.

И наконец, для приблизительного расчета коэффициента восстановления ресурсов здравоохранения, показатель увеличения численности кадров за счет вхождения в их состав выпускников медицинских учебных заведений (поступивших на работу в учреждения здравоохранения), можно сравнить с показателем убыли работников из этих

учреждений. Результаты, представленные в таблице 7.12, показывают, что в государственном секторе здравоохранения Нигерии на каждого врача, покидающего его, приходится три новых врача. Расчетное соотношение входящих в состав трудовых ресурсов работников и выходящих из их состава значительно превышает 2:1 среди лабораторных работников и общинных работников. При этом оказалось, что меньше новых выпускников акушерских и сестринских школ вливаются в состав государственных кадров по сравнению с числом медсестер и акушерок, которые покидают его.

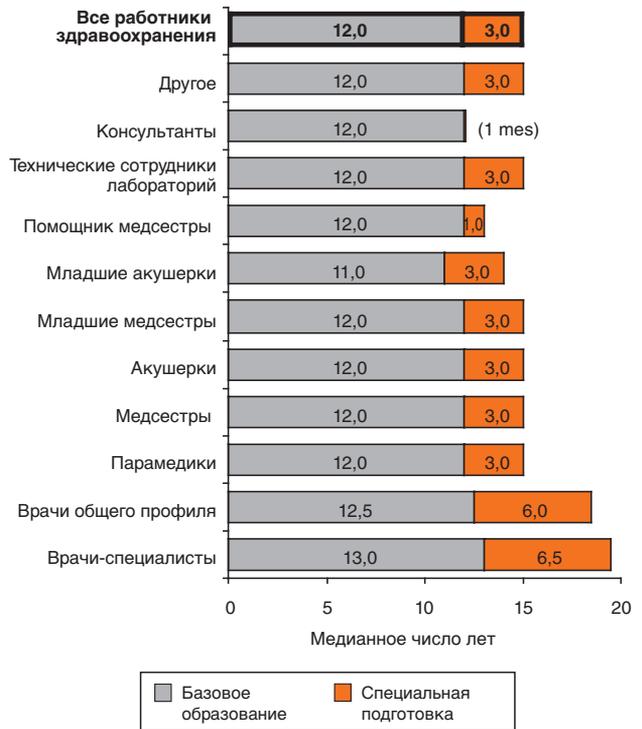
7.6 Резюме и выводы

Существует всеобщий консенсус, что ситуация с КРЗ в мире переживает кризис и что наибольшему риску подвергаются страны с низким и средним уровнем доходов. Также широко признается, что преодоление кризиса требует эффективного мониторинга трех стадий жизни трудовых ресурсов (вхождение, активные деятельность и выход из состава кадровых ресурсов). Для этого, в свою очередь, необходимы доступные методологии измерения и аналитические инструменты, которые могут использоваться для сбора и анализа актуальных и надежных данных по трудовым ресурсам.

В этой главе описывается использование ОУЗ в качестве одной из таких методологий, и представлены примеры тех видов данных по КРЗ, которые ОУЗ позволяют получить. Статистические данные, которые можно получить из источников, относящихся к ОУЗ, включают: численность имеющихся в наличии кадров здравоохранения, их образование, профессиональную структуру, географическое распределение, производительность, другие виды практики, способствующие эффективной работе (например, надлежащие ресурсы и инфраструктура, обучение без отрыва от производства, методы управления и надзора, стимулирование), вхождение в состав кадровых ресурсов и удержание кадров. При проведении анализа в связи с национальными нормами комплектации кадрами (если таковые имеются) данные ОУЗ могут использоваться для определения степени обеспеченности потребностей в персонале и для поддержки эффективного планирования образования и подготовки, найма, управления и, наконец, выхода на пенсию.

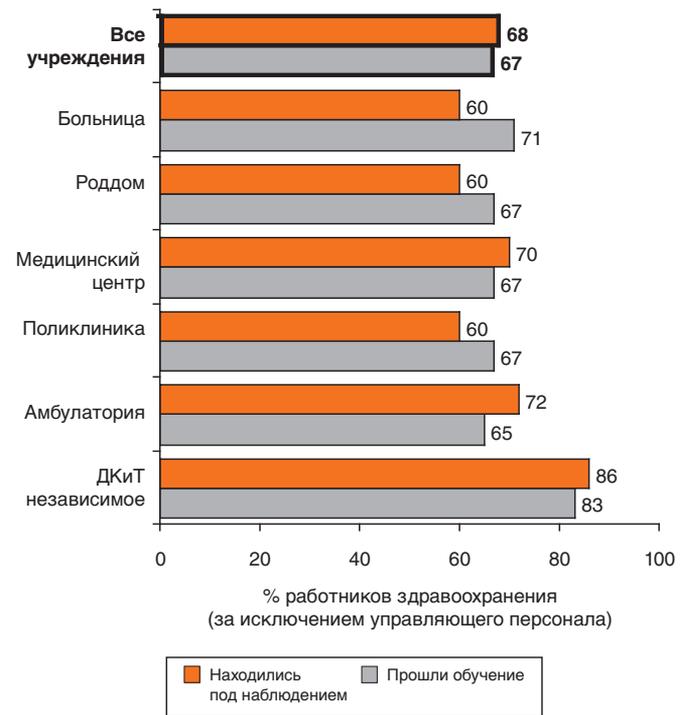
Также обсуждались некоторые ограничения имеющихся на сегодня данных, полученных при ОУЗ. Среди них - недостаток информации по миграции работников здравоохранения, особенно по международным исходящим потокам. Природа ОУЗ не позволяет проводить непосредственный сбор данных по стадии, предшествующей найму, или по работникам, занятым вне учреждений здравоохранения. Как обсуждалось в других главах этого Руководства, необходимость в усовершенствовании методов для мониторинга стадии, предшествующей найму, и стадии выхода из состава кадровых ресурсов касается не только источников, относящихся к ОУЗ. Однако ценность существующих инструментов ОУЗ может возрасти, если они будут фиксировать численность вновь нанятого персонала из новых выпускников, географических иммигрантов (внутренних и международных) или возвращение в состав кадровых ресурсов после длительного периода отсутствия, а также вероятные представления персонала об

Рисунок 7.6 Медианное число лет образования и подготовки среди работников здравоохранения, по специальностям, ОПУ, Кения, 2004 г.



Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22).

Рисунок 7.7 Процент работников здравоохранения, которые прошли обучение на рабочем месте в течение последних 12 месяцев и которые находились под персональным наблюдением в течение последних 6 месяцев, по типу учреждения, ОПУ, Кения, 2004 г.



Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22).

Таблица 7.9 Медианное число лет работы на сегодняшней должности среди работников учреждений здравоохранения, по типу учреждения и типу управления учреждением, Кения, 2004 г.

	Врачи	Медсестры и акушерки	Все работники здравоохранения
Тип учреждения			
Автономные пункты ДТК	..	4,1	1,0
Диспансер (амбулатория)	3,0	3,0	2,0
Поликлиника	4,6	4,3	3,0
Медицинский центр	2,0	2,5	3,0
Родильный дом	1,1	7,2	2,0
Больница	3,0	5,0	5,0
Тип управления учреждением			
Государственное	3,0	4,0	3,0
Частное	2,0	3,0	3,0
Все учреждения	3,0	4,0	3,0

.. Не подсчитывалось из-за небольшого числа обследованных учреждений, в которых были врачебные должности.

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований.

основных причинах увольнения их бывших коллег.

Другая важная информация, которую обычно нельзя получить, используя инструменты ОУЗ, рассматривавшиеся в этой главе (хотя их исчерпывающий обзор не проводился), включала оплату труда работников здравоохранения и их распределение по полу. Данные по оплате и окладам работников важны как для оценки стоимости и бюджетирования стратегий по расширению масштаба предоставления услуг и инициатив по развитию КРЗ, так и для оценки денежных стимулов, влияющих на эффективность работы поставщиков услуг. При использовании включенных в обзор инструментов собиралась только ограниченная информация по неденежным компенсационным выплатам. Кроме того, понимание гендерного аспекта может помочь выработать мероприятия, с помощью которых можно свести к минимуму разрушительное влияние гендерного дисбаланса на кадровые ресурсы и предоставление услуг, особенно когда подобный дисбаланс своевременно не выявлен на ранних этапах (см. также 27, 28). Во время составления этого отчета инструменты сбора данных в рамках ОПУ и КДУ уже были обновлены для включения гендерных вопросов в будущие оценки.

Одним важным ограничением, присущем ОУЗ, является возможность ошибки выборки там, где отсутствуют полное и точное определение исследуемой совокупности или список учреждений для отбора, как это наблюдается во многих странах с низким и средним уровнем доходов, особенно в частном секторе. Различия, касающиеся выборки и дизайна вопросников, а также других, не относящихся к выборке характеристик, часто не позволяют сравнивать данные, полученные из разных источников, использовавшихся для ОУЗ; это затрудняет мониторинг тенденций между регионами и во времени. Несмотря на обширную информацию по КРЗ, полученную при ОУЗ и относящуюся к конкретным периодам

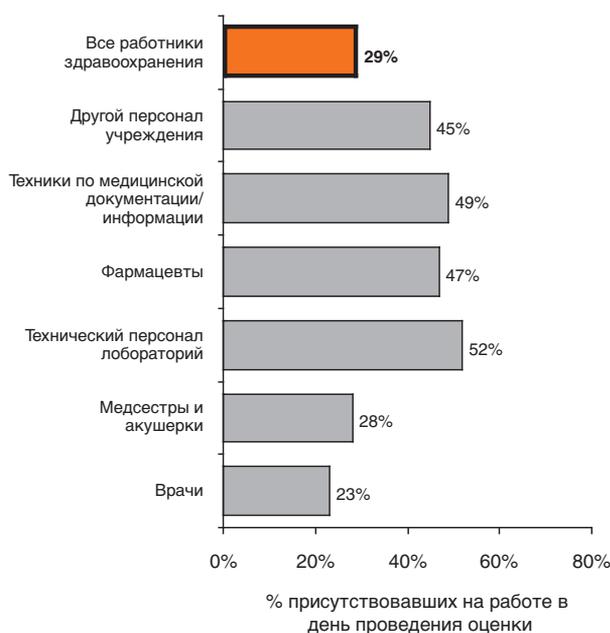
времени, имеется мало примеров стран или заинтересованных кругов, которые используют эту информацию для разработки политики и планирования в области КРЗ.

Так как конечная цель большинства ОУЗ - оценка услуг здравоохранения, инструменты обычно охватывают широкий спектр тем, касающихся не только обеспеченности учреждения персоналом, но также инфраструктуры, предоставления услуг, наличия материалов и оборудования, документации и удовлетворенности клиентов. Поэтому ОУЗ обычно не дают возможности детально проанализировать какой-либо конкретный компонент; сбор расширенной информации по КРЗ позволит проводить более детальный анализ, но при этом повысит сложность оценки. Это будет иметь определенные последствия, связанные с подготовкой интервьюеров, организации работы на местах, увеличением средней продолжительности интервью, обработкой и анализом данных, и, конечно, бюджетированием. Можно проводить независимые обследования среди поставщиков медицинских услуг, но жизнеспособность и осуществимость подобного подхода, особенно в странах с низким уровнем доходов, требуют изучения.

В идеале, всесторонний анализ КРЗ оптимизировал бы использование периодически собираемых при ОУЗ данных, интегрированных в национальную информационную систему по здравоохранению с данными из административных источников, сбор которых осуществляется регулярно (постоянно) (последнее более детально рассматривается в главе 9 данного Руководства). Для обоснования и дополнения информации, полученной из источников текущих данных (например, новые назначения, поддерживающий надзор, абсентеизм работников, вакансии и выход из состава трудовых ресурсов), оценки учреждений здравоохранения должны проводиться каждые семь-десять лет. Подобная периодичность рекомендуется

для того, чтобы удерживать низкие цены и обеспечить достаточный промежуток времени между исследованиями для наблюдения за изменениями. Большинство стран могут создать собственный технический потенциал для проведения ОУЗ после проведения одного раунда ОУЗ при технической поддержке со стороны. Однако часто необходима постоянная международная техническая поддержка, а также техническое сотрудничество для обеспечения качества собранных данных и их сравнимости между странами. Часто необходимы дальнейшие инвестиции в стратегии по анализу и распространению данных, которые обеспечивают доступность собранной информации для разработчиков политики (29). Институционализация потенциала ОУЗ, либо в рамках министерства здравоохранения, либо в рамках другого автономного или частично автономного агентства (например, частные фирмы по проведению исследований и обследований), должна иметь приоритетное значение для того, чтобы информация по КРЗ, полученная благодаря ОУЗ, стала полностью интегрированным компонентом систем информации по вопросам здравоохранения и широко использовалась для заполнения информационных пробелов в области планирования, мониторинга и развития КРЗ.

Рисунок 7.8 Процент штатных работников здравоохранения, присутствующих на рабочем месте в день проведения оценки, по специальностям, КДУ, Кения, 2005 г. (выбранные районы)



Источник: Кения, КДУ, 2005 г. (26).

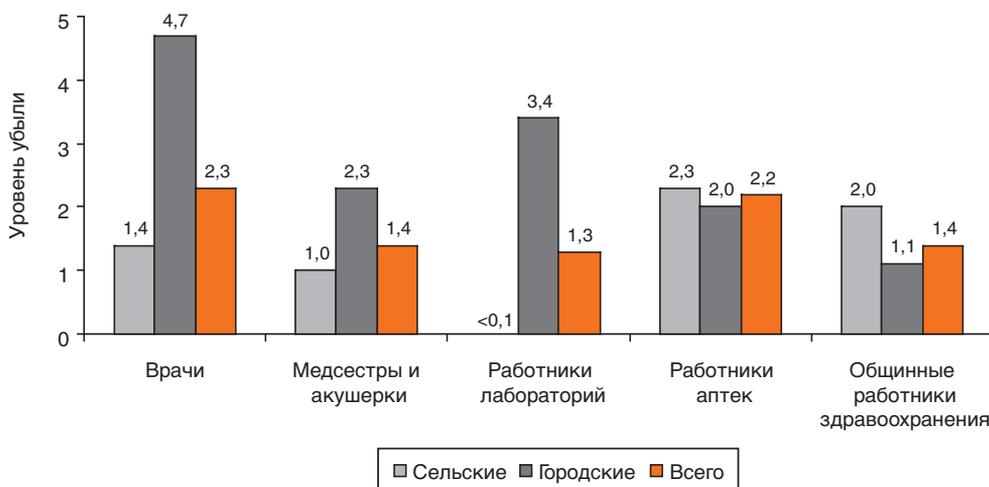
Таблица 7.10 Процент работников учреждений здравоохранения, имеющих письменное описание обязанностей, считающих возможным карьерный рост и получающих другие неденежные стимулы, по специальностям и по типу учреждения, Кения, 2004 г.

	Работники здравоохранения (%)		
	Дали письменное описание служебных обязанностей при интервьюировании	Видят возможности карьерного роста	Получают другие стимулы помимо зарплаты ^а
Специальность			
Врачи	8	50	40
Медсестры и акушерки	8	42	58
Лабораторные работники	7	35	35
Консультирование/социальная работа	8	43	60
Другие	6	43	44
Тип учреждения			
Автономные пункты ДТИК	8	41	64
Диспансер (амбулатория)	6	41	51
Поликлиника	10	37	56
Медицинский центр	6	37	47
Родильный дом	13	13	63
Больница	9	50	56
Все работники здравоохранения	8	42	54

а. Неденежные стимулы включают субсидии на лекарства и другие товары, форму или другую одежду, продукты питания и обучение.

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались, чтобы отражать процедуры проведения выборки для обследований.

Рисунок 7.9 Коэффициенты убыли работников здравоохранения в учреждениях государственного сектора, по специальностям, Нигерия, 2005 г.



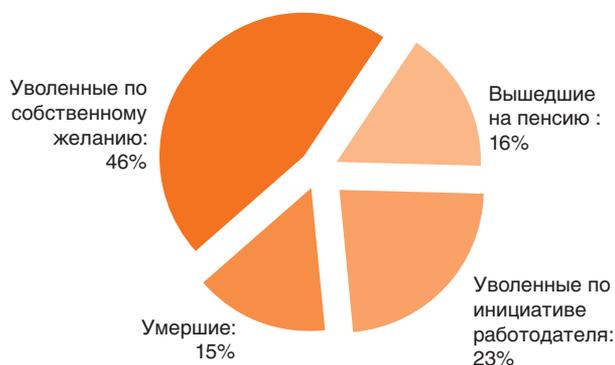
Источник: Chankova et al. (14).

Таблица 7.11 Процентное распределение работников здравоохранения, работающих в учреждениях здравоохранения, с разбивкой по обычному числу рабочих часов в неделю и в зависимости от специальности, Кения, 2004 г.

Специальность	Обычное количество часов в неделю, отработанных в учреждении				Всего
	40+	30–39	20–29	<20	
Врачи	83	7	2	8	100
Медсестры и акушерки	93	5	0	2	100
Лабораторные работники	98	1	1	0	100
Консультирование/социальная работа	57	11	29	3	100
Помощники медсестер	78	9	0	13	100
Другие	74	6	9	11	100
Все работники здравоохранения	87	6	3	4	100

Источник: Кения, ОПУ, 2004 г. (22). Данные взвешивались для отражения процедуры проведения выборки для обследований.

Рисунок 7.10 Процент распределения вышедших из состава трудовых ресурсов работников здравоохранения с разбивкой по причинам выхода, Нигерия, 2005 г.



Источник: Chankova et al. (14).

Таблица 7.12 Сравнение увеличения численности работников здравоохранения в государственном секторе за счет вхождения в их состав новых выпускников с уровнем убыли, Нигерия, 2005 г.

Специальность	Процент новых выпускников медицинских учебных заведений от существующего числа работников	Коэффициент убыли	Соотношение нового персонала к персоналу, вышедшему из состава кадров здравоохранения
Врачи	7,7	2,3	3,3
Медсестры и акушерки	1,1	1,4	0,8
Лабораторные работники	3,4	1,3	2,6
Работники аптек	3,6	2,2	1,6
Общинные работники здравоохранения	3,3	1,4	2,3

Источник: Chankova et al. (14)..

Библиография

1. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009).
2. Kinfu Y. *Assembling global health workforce statistics: challenges and implications*. Presented at the World Health Organization/Health Metrics Network Technical Working Group Meeting on Health Workforce Statistics, Geneva, 11–13 July 2006.
3. Anell A, Willis M. 2000. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6):770–778 ([http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf), accessed 20 January 2009).
4. International Health Facility Assessment Network. *Health facility assessment: relevant resources/supporting documents and mapping resources – annotated bibliography*. MEASURE Evaluation Working Paper No. WP-08-107. Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, 2008 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/wp-08-107.pdf>, accessed 20 January 2009).
5. International Health Facility Assessment Network. *Flow chart of steps to conduct a health facility assessment*. Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, 2008 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-08-28.pdf>, accessed 20 January 2009).
6. MEASURE Evaluation. *Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries*. MEASURE Evaluation Manual Series No. 3. Chapel Hill, NC, Carolina Population Centre, 2001.
7. International Health Facility Assessment Network. *Profiles of health facility assessment methods*. Arlington, VA, MEASURE Evaluation, USAID and World Health Organization, 2008 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/tr-06-36.pdf>, accessed 20 January 2009).
8. Japan International Cooperation Agency. *Health Facility Census*. Kurume, Japan, St Mary's Hospital, 2004.
9. Suzuki Y, Hozumi D. Health Facility Census: background, meaning, and its methodology. *Journal of International Health*, 2005, 20(S):110.
10. Suzuki Y et al. Capital investment planning using the geographic information systems. *Journal of International Health*, 2006, 21(S):89.
11. *Service Availability Mapping (SAM)*. World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/systems/serviceavailabilitymapping/en/>, accessed 20 January 2009).
12. *Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hrh/tools/workload_indicators.pdf, accessed 20 January 2009).
13. *Service Provision Assessment (SPA) surveys*. Macro International (<http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa/start.cfm>, accessed 12 February 2009).
14. Chankova S, Nguyen H, Chipanta D, Kombe G, Onoja A, Ogungbemi K. *A situation assessment of human resources in the public health sector in Nigeria*. Bethesda, MD, Partners for Health Reform/plus Project, Abt Associates Inc., 2006 (<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1704/>, accessed 20 January 2009).
15. MEASURE Evaluation. *Facility Audit of Service Quality*. Chapel Hill, NC, Carolina Population Centre, 2000.
16. *Assessment of Human Resources for Health: survey instruments and guide to administration*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/hrh/tools/hrh_assessment_guide.pdf, accessed 12 February 2009).
17. Dehn J, Reinikka R, Svensson J. Survey tools for assessing performance in service delivery. In: Bourguignon F, da Silva LP, eds. *Evaluating the poverty and distributional impact of economic policies*. Washington, DC, Oxford University Press and World Bank, 2003.
18. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2004, 2(14) (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14>, accessed 20 January 2009).
19. *International Standard Classification of Occupations*. International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>, accessed 11 January 2009).
20. *Международная стандартная классификация образования: МСКО 1997*. Париж, Организация Объединенных Наций по вопросам науки, образования и культуры, 1997 г. <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isced97-rus.pdf>, по состоянию на 4 августа 2011 г.).
21. *Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности (МСОК), четвертый пересмотренный вариант*. Статистические документы серии М, №4/Rev.4. Нью-Йорк, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, 2008 г. (http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_4rev4r.pdf, по состоянию на 4 августа 2011 г.).
22. National Coordination Agency for Population and Development (NCPD), Ministry of Health, Central Bureau of Statistics, ORC Macro. *Kenya Service Provision Assessment Survey 2004*. Nairobi, Kenya, NCPD, 2005 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR139/SR139.pdf>, accessed 20 January 2009).
23. Herbst CH, Gijsbrechts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Zambia: analysis of the Health Facility Census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
24. Hornby P, Forte P. *Human resource indicators and health service performance*. Staffordshire, United Kingdom, Keele University Centre for Health Planning and Management, 2003 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_2_03.pdf, accessed 21 January 2009).
25. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
26. World Health Organization and Kenya Ministry of Health. *Service Availability Mapping: Kenya report*. Geneva, World

Health Organization and Kenya Ministry of Health, 2005 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/samreportkenya.pdf>, accessed 21 January 2009).

27. Hojat M, Gonnella J, Zu G. Gender comparisons of young physicians perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, 1995, 70(4):305–312.
28. Reamy J, Pong R. *Physician workforce composition by gender: the implications for managing physician supply*. Paper presented at the 4th FICOSSER General Conference, Cuernavaca, Mexico, 28–30 July, 1998.
29. AbouZahr C, Adjei S, Kanchanachitra C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *Lancet*, 2007, 369:1039–1046.

8

Использование данных переписи населения для гендерного анализа кадров здравоохранения

RENÉ LAVALLÉE, PIYA HANVORAVONGCHAI, NEERU GUPTA

8.1 Введение

Несмотря на бесспорную важность мониторинга рабочей силы здравоохранения и ее воздействия на функционирование систем здравоохранения, эмпирические данные для формулирования политики часто фрагментированы. Многие источники, которые потенциально могут содержать информацию, имеющую отношение к этому вопросу, все еще недостаточно используются при проведении исследований в области здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Хотя ряд стандартных источников статистической информации можно использовать для оценки кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) (в том числе национальные переписи населения), их возможности для мониторинга КРЗ обычно оставались невостребованными.

Переписи населения могут быть основным источником статистических данных для описания КРЗ, предоставляя точную информацию об объеме и составе кадров здравоохранения, а также об их распределении по территориальным единицам и по социально-демографическим характеристикам (1, 2). Одним из основных преимуществ данных переписи для анализа КРЗ является возможность разбивки индивидуальной информации по полу. Переписи также имеют преимущество по сравнению с данными опросных обследований, поскольку с ними не связаны проблемы слишком малых размеров выборки, не позволяющих провести оценку конкретных подгрупп. Более того, как отмечено в главе 7 этого Руководства, когда дело доходит до мониторинга комплектации кадрами, оценка учреждений здравоохранения обычно не дает информации о гендерном составе работников.

Цель этой главы состоит в том, чтобы представить некоторые результаты проведенного в нескольких странах анализа, посвященного изучению гендерных аспектов трудовых ресурсов здравоохранения с использованием данных переписей. Включая это введение, глава разделена на пять разделов. В следующем разделе аргументирована важность учета гендерного аспекта при проведении анализа кадров здравоохранения. Далее представлены источники использованных здесь данных переписи. В четвертом разделе дается описание эмпирического анализа, в котором уделяется внимание каждому из трех основных этапов, сформулированных в концепции продолжительности трудовой деятельности, которая используется для оценки КРЗ. Заключительный раздел содержит ряд рекомендаций по использованию дезагрегированных по полу данных (в

основном данных переписи) как важного этапа для проведения мониторинга и оценки политики планирования и управления в области кадровых ресурсов с учетом гендерного фактора.

8.2 Важность учета гендерных аспектов при анализе кадров здравоохранения

Женщины составляют около 40% глобальной расчетной численности работающего населения (3). В секторе здравоохранения многих стран женщины составляют свыше 75% рабочей силы (4), что делает их незаменимыми поставщиками услуг здравоохранения. Однако при использовании большинства подходов к политике и планированию в области КРЗ гендерные вопросы по-прежнему игнорируются (5).

Во многих странах женщины, как правило, сосредоточены в нижнем сегменте медицинских профессий и составляют меньшинство среди специалистов более высокой квалификации. В частности, распределение женщин по профессиональным категориям демонстрирует смещение в сторону сестринского и акушерского персонала, а также других кадров, предоставляющих услуги “по уходу” (например, медико-санитарных работников) (6). Женщины зачастую слабо представлены в других категориях, например в категории врачей, стоматологов, фармацевтов и менеджеров.

Недостаточная представленность женщин на управленческих и руководящих постах может приводить к тому, что меньше внимания уделяется как особенностям условий труда, характерным для большинства областей занятости женщин, так и их специфическим потребностям в медицинской помощи, а, следовательно, отсутствует глубокое понимание имеющихся проблем. Во многих контекстах доступ к поставщикам услуг женского пола является важной детерминантой, определяющей модели использования медицинских услуг женщинами (7, 8).

Кроме того, отсутствие внимания к гендерным вопросам может приводить к недостаточной отзывчивости системы здравоохранения на потребности мужчин: например службы, занимающиеся охраной репродуктивного здоровья, часто организованы таким образом, что участие мужчин не поощряется (7). Более широкое признание роли мужчин в качестве лиц, осуществляющих уход, и соответствующая

информация могут помочь “дегендеризации” гендерных норм в области предоставления медицинских услуг (9).

Гендерный анализ кадров здравоохранения может показать, что системы здравоохранения сами по себе могут отражать или даже усугублять многие проявления социального неравенства, которые они должны учитывать и от которых они не должны зависеть (6). Для понимания гендерного аспекта КРЗ и решения связанных с ним вопросов необходима более тщательная оценки участия женщин и мужчин в рабочей силе здравоохранения; это поможет определить приоритетность вмешательств в области планирования и управления КРЗ.

8.3 Использование данных переписи для анализа трудовых ресурсов здравоохранения

Особенно важным является укрепление базы фактических данных по гендерным вопросам и КРЗ в странах с низким и средним уровнем доходов. В большинстве случаев исследования (весьма ограниченные) по гендерным вопросам и КРЗ проводятся в странах с развитой рыночной экономикой, в основном в США (6). В частности, хотя архивы микроданных переписей существуют в большинстве стран, доступ к этим данным и их использование для исследования систем здравоохранения, как правило, ограничены. В некоторых странах анализ данных переписи можно облегчить путем осуществления совместных исследовательских проектов, направленных на распространение микроданных для публичного использования. Только в крайне малом числе стран с низким и средним уровнем доходов проводился общенациональный анализ данных переписи, касающихся КРЗ, а полученные результаты распространялись.

Гендерный анализ КРЗ был проведен в 13 странах (в различных регионах и контекстах) (таблица 8.1). Как обсуждалось в главе 2 данного Руководства, переписи с вопросами, разработанными для сбора данных о характере трудовой деятельности, могут дать ценную информацию для анализа КРЗ (вставка 8.1). Применение международных стандартов сбора и обработки данных облегчает получение статистической информации по многим аспектам динамики рынка труда, сравнимой между странами и во времени (10). Межнациональные сравнения индикаторов КРЗ могут предоставить ценную возможность для того, чтобы разобраться в вопросах трудовых ресурсов, являющихся большой проблемой во многих странах, и узнать, успешно ли справляются страны с их решением (11).

Данные, использованные для анализа, были получены из трех источников:

- Для 11 стран (Аргентина, Бразилия, Венгрия, Вьетнам, Камбоджа, Руанда, Румыния, Филиппины, Чили, Эквадор, Южная Африка) образцы микроданных были получены в рамках совместного проекта «Ряды интегрированных микроданных для общего пользования» (IPUMS), посвященного сбору, хранению, гармонизации и распространению данных и документации переписей по всему миру для проведения социологических и экономических исследований (12). Благодаря международному проекту

IPUMS-International к концу 2007 г. была создана уникальная коллекция микроданных переписей населения, включающая 80 переписей из 26 стран (13). Для целей настоящего анализа были использованы данные последнего раунда переписей (охватывающего период с 1995 по 2004 г.), относящиеся к странам с развивающейся и переходной экономикой, в которые была включена переменная по проблеме занятости, позволяющая определить занятость в здравоохранении.

- Для одной страны (Таиланд) доступ к микроданным переписи был получен через Национальное статистическое управление при поддержке Международной программы по политике здравоохранения (Таиланд) (14) – национальной исследовательской программы по приоритетным вопросам, связанным с системами и политикой здравоохранения.
- Для Уганды данные были взяты из специального тома отчета о переписи, посвященного работникам здравоохранения; этот том был составлен в сотрудничестве с Проектом развития кадровых ресурсов для здравоохранения (15). Публикация включала статистические таблицы и карты, отражающие наличный состав и распределение работников здравоохранения по профессиям, а также информацию о переменных, использованных при сборе данных.

С целью повышения сопоставимости между странами при проведении данного анализа работники здравоохранения определялись в соответствии с предоставленной ими самими оценкой своего основного занятия (так, как было зарегистрировано для экономически активного населения в переписи), с использованием названий, отражающих, где возможно, обновленную Международную стандартную классификацию занятий 1988 г. (МСКЗ-88) (16). Сюда входят следующие широкие группы:

- работники здравоохранения (кроме медсестринских и акушерских кадров): врачи, врачи-стоматологи, провизоры и другие специалисты высшей квалификационной категории;
- **медсестринский и акушерский персонал: медсестры и акушерки** высшей профессиональной категории, помощники медсестер, помощники акушерок;
- другие поставщики услуг здравоохранения: технический и вспомогательный персонал (например, помощники врачей (фельдшеры), помощники стоматологов, техника-лаборанты, техники по обслуживанию медицинского оборудования), практики народной и альтернативной медицины, работники, оказывающие услуги по индивидуальному уходу (в том числе помощники по уходу в специализированных учреждениях и на дому) и другие, нигде не уточненные;
- управленцы в области здравоохранения: администраторы и методисты в службах здравоохранения, а также лица сходных профессий.

Также предпринимались другие попытки повысить сопоставимость с учетом особенностей отдельных переписей; в частности, из анализа были исключен персонал, работающий за границей, который учитывался в общем подсчете на

Таблица 8.1 Страны и источники переписных данных

Страна	Категория дохода ^а	Регион ^б	Учреждение, проводящее перепись	Год	Работники, занятые в здравоохранении	
					Число	На 10 000 населения
Аргентина	Выше среднего	Америка	Национальный институт статистики и переписи населения	2001	418 530	115,4
Бразилия	Выше среднего	Америка	Институт географии и статистики	2000	1 463 001	86,1
Венгрия	Выше среднего	Европа	Центральное статистическое управление	2001	169 960	166,5
Вьетнам	Низкий	Западная часть Тихого океана	Главное статистическое управление	1999	253 500	33,2
Камбоджа	Низкий	Западная часть Тихого океана	Национальный институт статистики	1998	26 940	23,6
Руанда	Низкий	Африка	Национальный институт статистики	2002	10 230	12,1
Румыния	Выше среднего	Европа	Национальный институт статистики	2002	295 880	138,4
Таиланд	Ниже среднего	Юго-Восточная Азия	Национальное статистическое управление	2000	294 905	48,4
Уганда	Низкий	Африка	Статистическое бюро	2002	57 508	23,5
Филиппины	Ниже среднего	Западная часть Тихого океана	Национальное статистическое управление	2000	360 217	48,0
Чили	Выше среднего	Америка	Национальный институт статистики	2002	133 580	88,2
Эквадор	Ниже среднего	Америка	Национальный институт статистики и переписи населения	2001	79 290	65,3
Южная Африка	Выше среднего	Африка	Южноафриканское статистическое управление	2001	256 393	60,0

а. Категории доходов соответствуют классификации Всемирного банка по показателю валового национального дохода на душу населения.

б. Регионы соответствуют классификации Всемирной организации здравоохранения.

Вставка 8.1 Вопросы, использованные для определения основного вида деятельности при проведении переписи населения, выбранные страны

Бразилия (2000): На скольких работах вы работали в течение последней недели (23–29 июля 2000 г.)? (варианты ответов: “одна”, “две или более”); Какая работа была основной в течение [этой] недели? (открытый вопрос).

Венгрия (2001): Чем вы зарабатываете на жизнь? (выбрать до 3 из 13 вариантов ответов); Назовите ваш основное занятие и то, какая деятельность его характеризует? (открытый вопрос).

Вьетнам (1999): Какую основную работу выполнял [респондент] в течение последних 12 месяцев (если она у него была)? (открытый вопрос).

Руанда (2002): Была ли у [респондента] какая-либо работа в течение месяца (с 15 июля по 15 августа 2002 г.)? (выбрать из 8 вариантов ответов); В чем заключается (заклучался) основной род занятий [респондента]? (открытый вопрос).

Уганда (2002): Какую работу выполнял [респондент] в течение последних 7 дней? (открытый вопрос).

Филиппины (2000): В чем заключался обычный вид деятельности/работы [респондента] в последние 12 месяцев? (открытый вопрос).

Чили (2002): В какой из следующих ситуаций вы находились в течение последней недели? (выбрать из 10 вариантов ответов); Какую работу или вид работы вы выполняете или выполняли раньше, если вы сейчас не работаете? (открытый вопрос).

Филиппинах, но не учитывался в других странах.

Данные о численности работников и обеспеченности ими (по их самооценке своей медицинской профессии при переписи с учетом установленных здесь рамок медицинских родов деятельности), можно найти в таблице 8.1. Как и следовало ожидать, при сравнении стран обеспеченность работниками здравоохранения, как правило, увеличивается в зависимости от повышения уровня национального дохода. Самые высокие уровни обеспеченности кадрами здравоохранения наблюдаются в странах с уровнем доходов выше среднего (Венгрия и Румыния), а самые низкие – в четырех включенных в анализ странах с низким уровнем доходов (Вьетнам, Камбоджа, Руанда и Уганда).

8.4 Эмпирический анализ

В этом разделе представлены некоторые результаты, касающиеся гендерных аспектов кадров здравоохранения, основанные на данных переписей для 13 стран. Раздел делится на три части в соответствии с тремя этапами трудовой деятельности, которые формируют структуру анализа КРЗ, представленную в главе 1. Прежде всего, описан гендерный анализ активной рабочей силы, а затем исследование каждой из стадий, непосредственно влияющей на ее размеры и распределение, то есть вхождения в состав кадров здравоохранения и выхода из него.

8.4.1 Гендерный фактор и активная рабочая сила здравоохранения

Переписи с правильно сформулированными вопросами о рабочей деятельности позволяют определить тех работников, чья деятельность связана со здравоохранением. Кроме того, их преимущество заключается в возможности дезагрегации всех основных переменных по полу. Это дает возможность исследовать профессиональную сегрегацию по признаку пола, что является основой для оценки гендерного равенства, которое может соответствовать либо вертикальной кластеризации (различия в соотношении полов в соответствии со статусом конкретной должности по отношению к другим) или горизонтальной кластеризации (различия по полу в зависимости от специализации) (17).

В большинстве из 13 стран женщины составляют основную часть кадров здравоохранения – картина, контрастирующая с остальной национальной рабочей силой, где, как правило, численность мужчин выше (таблица 8.2). Исключениями в отношении этой тенденции являются: Камбоджа, где женщины составляют меньшинство (40%) рабочей силы здравоохранения, но их незначительно больше (51%) в составе остальной рабочей силы, и Руанда, где доля работников-женщин аналогична как для профессий в области здравоохранения, так и в целом для всех остальных профессий (около 55%).

Дальнейший анализ данных указывает на горизонтальную и вертикальную кластеризацию в рамках трудовых ресурсов здравоохранения. Во всех странах, где данные были доступны, женщины составляют большую часть сестринского и акушерского персонала – в некоторых случаях свыше 90%, хотя это может быть нетипичным для других профессиональных категорий (таблица 8.2). Среди медицинских специалистов

(исключая медсестер) женщины стабильно недостаточно представлены относительно их доли в общем объеме трудовых ресурсов здравоохранения. Женщины также недостаточно представлены среди управленческих кадров здравоохранения по сравнению с их долей на рынке труда здравоохранения в целом, как это наблюдалось в двух странах, где национальная классификация занятий позволяет их идентифицировать – в Аргентине и Бразилии.

Гендерный дисбаланс можно также обнаружить для ряда конкретных видов деятельности. Как показано на рис. 8.1, в тех странах, по которым имелись данные, врачами являются главным образом мужчины. С другой стороны, среди лиц, осуществляющих индивидуальный уход (занятие, обычно требующее меньше навыков), как правило, численно преобладают женщины (рис. 8.2.). Заметным исключением является Румыния – страна с самой высокой долей женщин в составе рабочей силы здравоохранения, где женщины-врачи – более распространенное явление. Было сделано предположение, что, учитывая более длительную историю широкого участия женщин в рабочей силе в странах Восточной Европы с переходным типом экономики наряду с социальной политикой, делающей акцент на достижении равенства и поддержке работающих женщин и их семей, вертикальный гендерный дисбаланс может быть здесь менее выраженным, чем в других регионах (18).

В дополнение к предоставлению возможностей мониторинга профессий в области здравоохранения переписи, включающие данные о месте работы, позволяют выявить тех, кто имеет другую (не относящуюся к здравоохранению) профессию, но работает в индустрии услуг здравоохранения или в качестве вспомогательного персонала в системе здравоохранения. Как показывает наглядный пример из Уганды (рис. 8.3), гендерный дисбаланс может также наблюдаться и среди вспомогательного персонала. По сравнению с мужчинами, женщины представлены недостаточно в немедицинских специальностях (относящихся, например, к бухгалтерии и финансам, инженерным специальностям, информационным технологиям); более того, внутри самой этой области женщин меньше в категории высшей квалификации по сравнению с вспомогательными должностями. И наоборот, женщины преобладают на канцелярских должностях.

8.4.2 Гендерный аспект и этап вхождения в состав трудовых ресурсов здравоохранения

Возможно, что профессиональная кластеризация по половому признаку отражает различный доступ женщин и мужчин к образованию и подготовке, ведущим к получению квалифицированной профессии. Одной из сильных сторон использования переписей для мониторинга гендерного аспекта вхождения в состав КРЗ является наличие национальных репрезентативных данных о пуле кандидатов, подходящих для получения образования и подготовки более высокого уровня. Мониторинг пула подходящих кандидатов является важным вопросом политики в области КРЗ, но он часто упускается из виду при исследованиях и планировании трудовых ресурсов здравоохранения (см. главу 4). Мониторинг гендерных различий в доступе к образованию также имеет особое значение: соотношение девочек и мальчиков в системе начального, среднего и высшего образования является одним

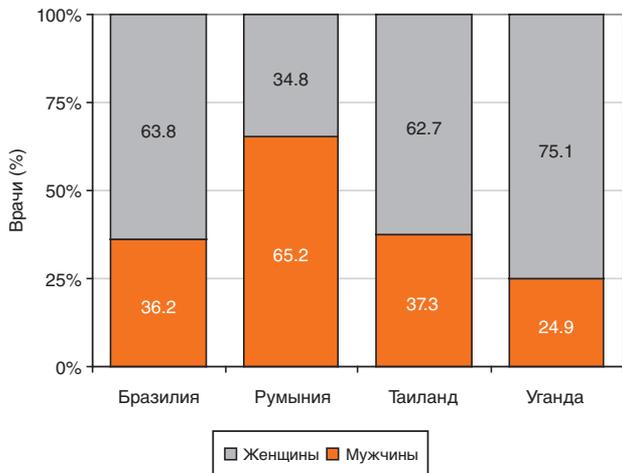
Таблица 8.2 Процентное распределение кадровых ресурсов здравоохранения по полу и по роду занятий в соответствии с данными переписи для 13 стран (около 2000 г.)

Страна	Пол	Кадровые ресурсы здравоохранения					Остальная рабочая сила
		Специалисты здравоохранения (кроме медсестер и акушерок)	Медсестры и акушерки	Другие поставщики услуг здравоохранения	Профессии, связанные с управлением в области здравоохранения	Всего	
Аргентина	Мужской	н/д	н/д	32,9	35,5	33,0	63,6
	Женский	н/д	н/д	67,1	64,5	67,0	36,4
Бразилия	Мужской	55,1	18,7	25,9	44,2	32,7	62,8
	Женский	44,9	81,3	74,1	55,8	67,3	37,2
Венгрия	Мужской	43,3	н/д	9,8	н/д	21,3	55,8
	Женский	56,7	н/д	90,2	н/д	78,7	44,2
Вьетнам	Мужской	55,2	22,2	31,4	н/д	34,3	51,7
	Женский	44,8	77,8	68,6	н/д	65,7	48,3
Камбоджа	Мужской	74,6	45,4	60,1	н/д	59,8	48,6
	Женский	25,4	54,6	39,9	н/д	40,2	51,4
Руанда	Мужской	61,9	35,4	50,5	н/д	43,7	45,0
	Женский	38,1	64,6	49,5	н/д	56,3	55,0
Румыния	Мужской	31,9	5,6	13,4	н/д	17,2	57,5
	Женский	68,1	94,4	86,6	н/д	82,8	42,5
Таиланд	Мужской	48,4	6,7	30,8	н/д	25,1	52,0
	Женский	51,6	93,3	69,2	н/д	74,9	48,0
Уганда	Мужской	68,8	13,0	54,9	н/д	41,7	н/д
	Женский	31,2	87,0	45,1	н/д	58,3	н/д
Филиппины	Мужской	39,4	14,6	31,7	н/д	27,6	50,2
	Женский	60,6	85,4	68,3	н/д	72,4	49,8
Чили	Мужской	43,6	н/д	32,7	н/д	38,8	66,0
	Женский	56,4	н/д	67,3	н/д	61,2	34,0
Эквадор	Мужской	57,7	8,5	18,2	н/д	33,9	67,6
	Женский	42,3	91,5	81,8	н/д	66,1	32,4
Южная Африка	Мужской	62,8	8,2	27,4	н/д	22,1	59,3
	Женский	37,2	91,8	72,6	н/д	77,9	40,7

Примечание: К специалистам здравоохранения относятся врачи, провизоры, стоматологи и другие специалисты в области здравоохранения. К другим поставщикам услуг здравоохранения относятся (в зависимости от страны): технический медицинский и вспомогательный персонал; практики в области народной медицины; лица, осуществляющие индивидуальный уход, и другие. Управленческие профессии в области здравоохранения включают администраторов и руководителей служб здравоохранения, а также аналогичные профессии. В Аргентине все профессии по предоставлению услуг здравоохранения (медицинские специалисты, сестринский и акушерский персонал) сгруппированы под названием "другие поставщики услуг здравоохранения". В Чили и Венгрии медсестринский и акушерский персонал приравнивается либо к специалистам здравоохранения, либо к другим поставщикам услуг здравоохранения. В Уганде менеджеры здравоохранения и специалисты по планированию включены в группу специалистов здравоохранения.

н/д – Нет данных (на основании доступного источника данных или классификации профессий).

Рисунок 8.1 Врачи, распределение по полу; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)

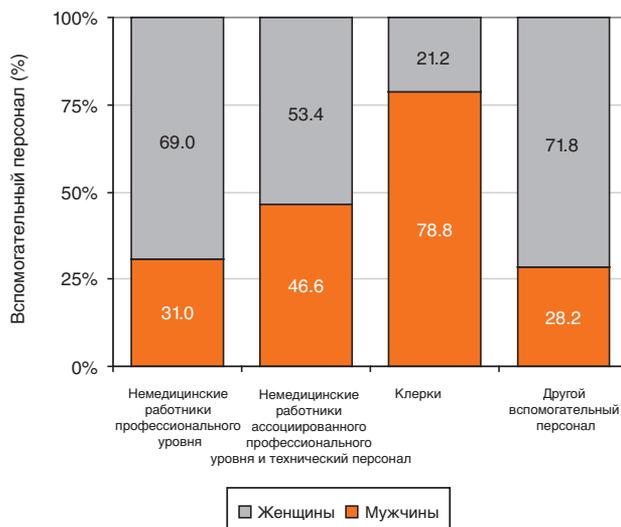


из основных показателей прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития (19).

Наглядный анализ на основе данных переписи, иллюстрирующий гендерный дисбаланс в образовательной подготовке, представлен в таблице 8.3. Почти во всех странах работников здравоохранения женщин больше, чем их коллеги-мужчин, в категориях, требующих более низкого уровня образования, то есть первичного и вторичного уровня. Кроме того, на этих уровнях дисбаланс, как правило, более выражен среди работников здравоохранения по сравнению с взрослым населением в целом. Это особенно выражено в двух странах Восточной Европы. Исключением является Камбоджа, где меньше работников здравоохранения женщин с более низким уровнем образования, чем работников здравоохранения мужчин; это может быть связано с тем, что Камбоджа является одной из стран с наиболее низким уровнем образования (98% взрослого населения имеет главным образом образование на уровне начальной школы).

Хотя в большинстве стран можно наблюдать высокий показатель соотношения женщины:мужчины среди КРЗ для всех уровней образования – тенденция, отражающая общую

Рисунок 8.3 Вспомогательный персонал системы здравоохранения по роду занятий, распределение по полу, Уганда, перепись 2002 г.



Источник: Ssenono, Petit и Leadbeter (15).

феминизацию кадров здравоохранения, – это соотношение, как правило, значительно ниже на уровне третичной подготовки по сравнению с первичной. Когда дело доходит до высшей образовательной категории, гендерное соотношение среди работников здравоохранения все больше отражает тенденцию, характерную для населения в целом.

Дальнейший анализ показывает (рис. 8.4), что страны с более выраженной гендерной несправедливостью в отношении доступа к высшему образованию имеют более выраженный гендерный дисбаланс в отношении профессиональных кадров здравоохранения. В 11 странах с сопоставимыми данными переписи выявлены тесные и прямые отношения между гендерным соотношением на уровне третичной подготовки среди населения в целом и среди активной части специалистов здравоохранения. Примечательно, что значение коэффициента корреляции, измеряющего силу связи между двумя переменными, по научным социологическим стандартам оказывается относительно высоким (0,54 для анализа тенденции, включая все 11 стран, или 0,67 при исключении

Рисунок 8.2 Работники, предоставляющие услуги по индивидуальному уходу, распределение по полу; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)

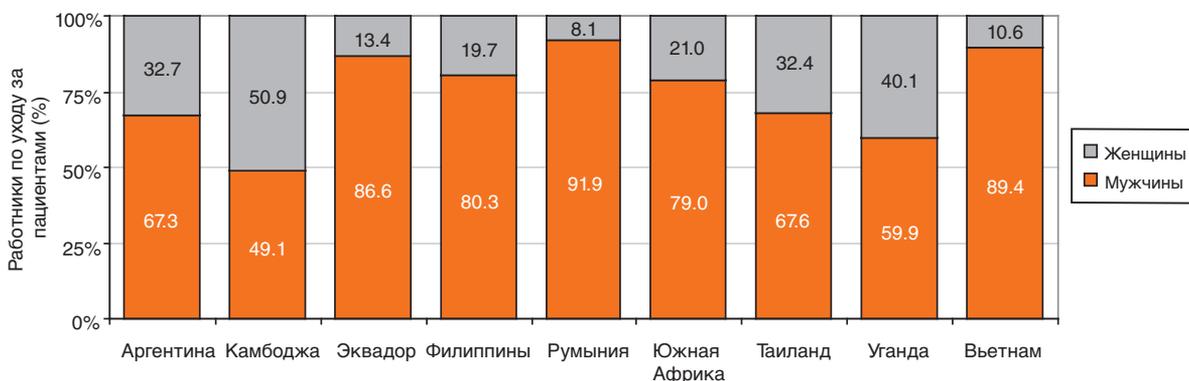


Таблица 8.3 Соотношение женщин и мужчин по уровню образовательной подготовки в составе кадров здравоохранения и среди населения в целом; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)

Страна	Группа	Образовательная подготовка		
		В основном первичная	Вторичная	Третичная
Аргентина	Работники здравоохранения	4,5	3,0	1,2
	Население в целом	1,0	1,4	0,9
Бразилия	Работники здравоохранения	2,2	3,4	1,3
	Население в целом	1,0	1,3	1,1
Венгрия	Работники здравоохранения	12,4	9,4	1,3
	Население в целом	1,3	0,9	1,0
Вьетнам	Работники здравоохранения	2,5	2,4	0,8
	Население в целом	1,1	0,8	0,5
Камбоджа	Работники здравоохранения	0,8	0,6	0,3
	Население в целом	1,1	0,4	0,3
Руанда	Работники здравоохранения	1,3	1,7	0,3
	Население в целом	1,1	0,8	0,3
Румыния	Работники здравоохранения	9,0	5,8	2,1
	Население в целом	1,3	0,8	0,9
Таиланд	Работники здравоохранения	1,9	2,6	1,7
	Население в целом	1,1	0,9	1,1
Филиппины	Работники здравоохранения	3,2	2,8	2,4
	Население в целом	1,0	1,0	1,4
Чили	Работники здравоохранения	1,1	2,4	1,1
	Население в целом	1,0	1,1	0,8
Эквадор	Работники здравоохранения	6,9	5,3	0,9
	Население в целом	1,0	1,1	0,8
Южная Африка	Работники здравоохранения	3,7	5,5	1,3
	Население в целом	1,1	1,1	0,9

Примечание: Данные по образовательной подготовке относятся к населению в возрасте 15 лет и старше. Вторичная подготовка включает последнее не высшее образование. Работники здравоохранения определяются как лица, являющиеся активной частью рабочей силы и сообщившие о занятости в области здравоохранения во время переписи.

резко отличающихся от других данных, полученных в Румынии).

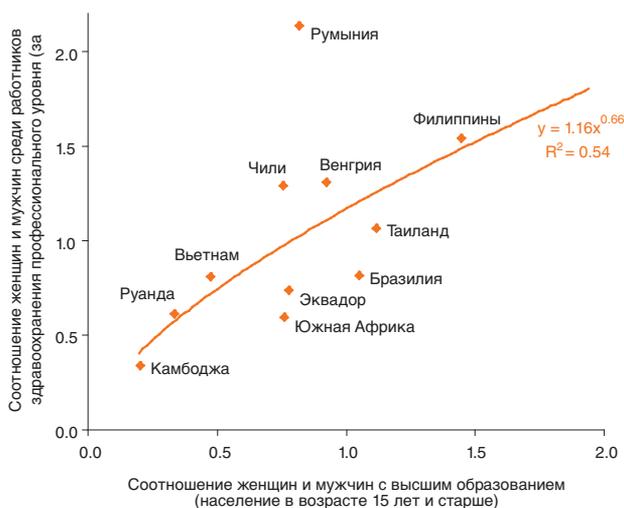
8.4.3 Гендерный аспект и выход из состава кадров здравоохранения

Хотя перепись является поперечным исследованием, которое проводится в конкретный период времени, можно использовать серии переписей для оценки выхода из состава рабочей силы здравоохранения. В Таиланде, как и во многих других странах, переписи проводятся один раз в 10 лет. Был применен подход, основанный на когортном анализе двух последовательных переписей, с целью измерения чистой убыли рабочей силы с разбивкой по полу, используя специфические по возрасту данные для отслеживания одной и той же когорты от одной переписи к другой. Например, численность медсестер в возрасте 35-39 лет в 1990 г. сравнивалась через 10 лет с численностью медсестер в возрасте 45-49 лет для оценки чистой убыли (или чистого результата поступлений и потерь в составе кадров) для этой когорты. При этом возникли дополнительные трудности в обеспечении сопоставимости данных. В частности, при проведении двух переписей система кодирования занятий отличалась: во время переписи 1990 г. занятия кодировались в соответствии с версией МСКЗ 1968 г., а при переписи 2000 г. кодировка соответствовала версии 1988 г. В качестве основы в представленном здесь анализе данных переписей, проведенных в Таиланде, использовалась МСКЗ-88.

В таблице 8.4 показано изменение численности рабочей силы для выбранных когорт двух групп кадров (врачей и медсестер) в течение 10 лет. Так как почти все вновь получившие образование работники здравоохранения входят в профессию в возрасте моложе 35 лет, и если предположить отсутствие ощутимой миграции из других стран, численность работников в возрасте 35 лет и старше можно использовать для расчета уровня убыли трудовых ресурсов или процентного сокращения общей численности специалистов здравоохранения за предыдущее 10 лет.

Три основных тенденции можно установить на основе данных переписи: повышение уровня убыли с возрастом; более высокий уровень убыли среди медицинских специалистов-мужчин по сравнению с их коллегами-женщинами; и

Рисунок 8.4 Связь между гендерным соотношением в получении высшего образования и активной деятельностью в качестве работника здравоохранения профессионального уровня; по данным переписей, выбранные страны (около 2000 г.)



более высокий уровень убыли среди медсестер по сравнению с врачами в более старшей возрастной группе. Кульминацией является наблюдение самого высокого уровня убыли среди медбратьев более старшего возраста. Причинами выхода из состава рабочей силы здравоохранения могут быть: уход на пенсию, миграция за пределы страны, карьерные изменения, заболевание, ограничивающие возможность работы, смерть и другие. Эти результаты подчеркивают важность рассмотрения аналитиками, а также лицами, занимающимися планированием и разработкой политики в области КРЗ, пола работников среди основных переменных наряду с родом занятий и возрастом при планировании и прогнозировании наличия трудовых ресурсов здравоохранения и потребностей в них.

8.5 Резюме и выводы

В этой главе внимание было сосредоточено на использовании данных национальных переписей населения для гендерной оценки КРЗ в качестве основы для разработки различных вариантов научно обоснованной политики. Переписи населения могут быть полезным источником информации для мониторинга и оценки рабочей силы здравоохранения. В частности, соответствующие данные переписи дают возможность рассчитать ряд индикаторов, связанных с кадрами здравоохранения, с разбивкой по полу, что является важным требованием для оценки гендерной справедливости внутри трудовых ресурсов.

Перепись станет полезным инструментом для анализа КРЗ, если будет выполнено самое важное требование: в ней должны быть надлежащим образом определены и классифицированы переменные, относящиеся к рабочей силе, чтобы дать возможность отличить виды профессиональной деятельности, связанные со здравоохранением, от других видов работы. Как указано ранее в главе 2, оптимально, чтобы данные переписи о занятости обрабатывались на самом детальном уровне дезагрегации в соответствии с классификацией МСКЗ (или ее национальным эквивалентом). Примеры, представленные здесь, показывают, как переписи могут обеспечить надежную информацию по многим аспектам планирования и разработки политики в отношении кадровых ресурсов, в частности с позиции гендерного подхода.

Для того чтобы переписи населения стали еще более ценным источником данных для исследований и политики, их необходимо проводить регулярно хотя бы каждые 10 лет (10). Несмотря на признанную важность переписей, многие страны не участвовали в предыдущем раунде 2000 г.; в Африке треть всех стран (17 из 53) не участвовала в переписи, и в результате около половины населения этого континента не было пересчитано. Интенсивные национальные, региональные и международные усилия и поддержка позволили провести или запланировать переписи для раунда 2010 г. в 51 африканской стране (по состоянию на середину 2008 г.) (20).

Таблица 8.4 Оценки убыли кадров здравоохранения между переписями в зависимости от пола, Таиланд, переписи 1990 и 2000 гг.

Возрастная группа		Мужчины			Женщины		
		Количество		% убыли	Количество		% убыли
в 1990 г.	в 2000 г.	в 1990 г.	в 2000 г.		в 1990 г.	в 2000 г.	
Врачи							
35–39	45–49	1872	1543	18	661	583	12
40–44	50–54	1368	1114	19	527	466	12
45–49	55–59	732	543	26	332	272	18
Медсестры							
35–39	45–49	694	596	14	7619	6755	11
40–44	50–54	562	407	28	5352	4541	15
45–49	55–59	459	270	41	3042	2217	27

Одним из основных ограничений переписей как источника данных для анализа КРЗ (кроме относительно длительной периодичности) является недостаточно широкий доступ к микроданным и их ограниченное использование для исследований в области здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. В целях оптимизации применения данных переписей сотрудничество между министерствами здравоохранения, бюро переписи населения и другими заинтересованными сторонами должно планироваться заранее, чтобы разработать стратегию по сбору данных, их обработке, распространению и использованию. В идеале, для выполнения двух последних задач необходимо определенное сочетание каждого из представленных здесь инструментов распространения: (i) открытый доступ к образцам микроданных (анонимным для соблюдения стандартов конфиденциальности) с целью их научного исследования; (ii) ограниченный доступ к полным банкам данных переписи населения (например, защищенный доступ для имеющих специальное разрешение исследователей); и (iii) конкретизированные профили кадров здравоохранения в рамках серии национальных публикаций по результатам переписи населения. С практической точки зрения, стоимость сбора, обработки и табулирования репрезентативных данных по КРЗ в рамках переписей будет минимальной, поскольку они уже включают вопросы, касающиеся трудовой деятельности.

В целом, анализ подтвердил точку зрения о том, что ситуация с кадровыми ресурсами в системах здравоохранения часто отражает более широкие социальные гендерные стандарты и неравенства или даже обостряет их; особенно это касается доступа к образованию и подготовке, необходимых для того, чтобы стать квалифицированным специалистом в области здравоохранения. В большинстве аналитических исследований КРЗ используется подход, основанный на анализе профессиональной занятости, и обращается мало внимания на гендерные аспекты в рамках отдельных профессиональных групп и в целом. Учет гендерных вопросов при мониторинге КРЗ и оценке стратегий необходим для обеспечения того, чтобы планирование и управление в этой области осуществлялись на основе фактических данных и отражали потребности и интересы всех работников здравоохранения - как женщин, так и мужчин. Проведение исследований, разработка политики и программ, направленных на достижение гендерного равенства в области КРЗ, должно привести к значительному укреплению систем здравоохранения. Доступ к надежной, всесторонней информации по гендерным вопросам и КРЗ (например к дезагрегированным по полу данным переписей населения) может обеспечить фактическую основу для действий, необходимых для достижения гендерной справедливости.

Библиография

1. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
2. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11 (<http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11>, accessed 11 January 2009).
3. *Global employment trends for women*. Geneva, International Labour Office, 2008 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_091225.pdf, accessed 23 January 2009).
4. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 15 January 2009).
5. Standing H. Gender: a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources Development Journal*, 2000, 4:1 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_04.pdf, accessed 23 January 2009).
6. George A. *Human resources for health: a gender analysis*. Background paper prepared for the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf, accessed 23 January 2009).
7. Sen G, Ostlin P, George A. *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf, accessed 23 January 2009).
8. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(1):97–109.
9. Reichenbach L. The overlooked dimension: gender and the global health workforce. In: Reichenbach L, ed. *Exploring the gender dimensions of the global health workforce*. Cambridge, MA, Harvard University, 2007.
10. Статистический отдел Организации Объединенных Наций. *Принципы и рекомендации в отношении переписей населения и жилого фонда, второй пересмотр*. Статистические документы Серия М, No. 67/Rev. 2. Нью-Йорк, ООН 2008 г. (http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/principles/Series_M67Rev2ru.pdf по состоянию на 27 августа 2011 г.).
11. Dubois CA, McKee M. Cross-national comparisons of human resources for health: what can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.
12. McCaa R, Ruggles S. IPUMS International: a global project to preserve machine-readable census microdata and make them usable. In: Hall PK, McCaa R, Thorvaldsen G, eds. *Handbook of international historical microdata for population research*. Minnesota, MN, Minnesota Population Center, 2000.
13. Minnesota Population Center. *Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS)-International: version 3.0*. Minneapolis, MN, University of Minnesota, 2007 (<http://www.ipums.umn.edu>, accessed 23 January 2009).
14. *About IHPP*. International Health Policy Program-Thailand (<http://www.ihpp.thaigov.net/about.html>, accessed 23 January 2009).
15. Ssenono V, Petit P, Leadbeter D. *Uganda 2002 population and housing census: special analysis on health workers commissioned by the Developing Human Resources for Health Project*. Kampala, Uganda Bureau of Statistics and Developing Human Resources for Health Project, 2005.
16. *International Standard Classification of Occupations: ISCO-88*. Geneva, International Labour Office, 1988 (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco88/index.htm>, accessed 23 January 2009).
17. Gornick JC. *Gender equality in the labour market: a comparison of the public and private sectors in six countries*. Luxembourg Employment Study Working Paper Series No. 7. Syracuse, NY, Syracuse University, 1996 (<http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp7.pdf>, accessed 23 January 2009).
18. Anker R. *Gender and jobs: sex segregation of occupations in the world*. Geneva, International Labour Office, 1998.
19. *Цели тысячелетия в области развития*. Программа развития ООН (<http://www.un.org/ru/aboutun/booklet/mdg.shtml>, по состоянию на 27 августа 2011 г.).
20. African Centre for Statistics. Status of implementation of 2010 round of population and housing censuses in Africa. *African Statistical Newsletter*, 2008, 2(2):7–9 (<http://www.uneca.org/statistics/statnews/ACSNewsletterJune2008.pdf>, accessed 23 January 2009).

9

Использование административных источников данных для анализа трудовых ресурсов здравоохранения: опыт множества стран по внедрению информационных систем по кадровым ресурсам

PAMELA MCQUIDE, DYKKI SETTLE, WALID ABUBAKER, GHANIM MUSTAFA ALSHEIKH, CÉLIA REGINA PIERANTONI, SHANNON TURLINGTON, DANNY DE VRIES

9.1 Введение

Наиболее эффективный и оперативный метод отслеживания изменений в отношении кадров здравоохранения - это использование данных из стандартных административных информационных систем. Переписи и обследования, как населения в целом, так и учреждений, являются ключевым инструментом для предоставления точной картины кадров здравоохранения в стране, но для учета меняющейся ситуации их необходимо периодически полностью проводить заново. Так как внедрение этих инструментов на регулярной основе чрезмерно дорого, данные из подобных источников должны рассматриваться как базовые (хотя и необходимые) для дополнения стандартных национальных информационных систем по кадровым ресурсам (ИСКР); подобные системы обеспечивают постоянный учет изменений, касающихся кадров здравоохранения, и являются наиболее актуальным источником имеющейся информации. Эти системы, как правило, используются административными организациями страны, например министерствами здравоохранения, профессиональными советами и профессиональными ассоциациями, чтобы готовить и планировать людские ресурсы здравоохранения и управлять ими. В интересах этих организаций – обеспечивать, чтобы в ИСКР содержалась актуальная и точная информация

ИСКР может представлять собой просто шкаф с папками, содержащими личные дела в бумажном формате, или быть сложной системой, состоящей из множества баз данных и способной анализировать проблемы трудовых ресурсов и помогать определять возможные решения. Эффективность ИСКР не зависит от технологии; она зависит от ее способности адаптироваться для решения насущных проблем, стоящих перед трудовыми ресурсами и предоставлять точную и своевременную информацию. В большинстве стран с низким и средним уровнем доходов данные ИСКР в обычном порядке собираются в бумажном формате. Хотя подобная система может функционировать как нормальная ИСКР, часто использование таких данных связано со значительными ограничениями. Хотя документы по отдельным специальностям или о работниках могут быть найдены и являются доступными (в различной степени), зачастую эти документы нельзя эффективно использовать

из-за того, что для обновления и агрегации данных требуются значительные усилия, сложно связать данные из различных документов на определенном уровне, а также из-за проблем, связанных с качеством данных (например, неполные учетные записи, недостаточная актуальность и непоследовательность). Из-за этого лица, принимающие решения, могут не иметь своевременного и надежного доступа к важнейшей информации, необходимой для разработки эффективной стратегии в отношении кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ). Например:

- Сколько готовится врачей и медсестер и по каким специальностям?
- Как работники здравоохранения распределены между городскими и сельскими районами?
- Почему работники здравоохранения покидают сферу медицинских услуг?
- Сколько медицинских работников в настоящее время не работает?

Знание ответов на эти и другие ключевые стратегические вопросы поможет лицам, принимающим решения, эффективно:

- обеспечивать бесперебойный приток квалифицированных работников здравоохранения;
- распределять трудовые ресурсы с соответствующими навыками на подходящие им должности и в подходящие учреждения для удовлетворения потребностей здравоохранения;
- удерживать работников здравоохранения, а значит - их навыки, знания и опыт - в стране.

Совершенная и всеобъемлющая ИСКР объединяет все данные по трудовым ресурсам с того момента, когда работники начинают проходить обучение и подготовку, до поступления на работу; и затем до того момента, когда они выходят из состава кадровых ресурсов. Используя подобную систему, лица, ответственные за принятие решений, могут быстро найти информацию, которая необходима им для оценки проблем КРЗ, планирования эффективных вмешательств и их оценки. Если ИСКР хорошо организованы, качественно управляются и поддерживаются в рабочем состоянии, они могут быть рентабельным и в то же время очень полезным источником

информации для мониторинга и оценки воздействия изменений социальной политики на национальном и субнациональном уровнях.

Опыт стран показывает что, хотя стандартные системы данных по здравоохранению часто могут быть менее точными, чем данные переписей или опросов (особенно на начальных этапах своей организации), со временем их качество улучшается (1). Хорошо функционирующая ИСКР имеет преимущества по сравнению с обследованиями, так как она позволяет проводить постоянный мониторинг детальной информации в выборке большого размера, включая субнациональный географический анализ. Кроме того, она является продольной по своей природе, способной фиксировать динамику КРЗ. Непрерывная и современная информация по одному работнику может отслеживаться в течение длительных периодов времени при меньших затратах на одно значение. Благодаря достижениям в области компьютерных технологий объединение различных административных баз данных является сегодня более дешевым, простым и надежным, чем когда бы то ни было (2).

В то же время во многих странах с низким уровнем доходов для улучшения использования данных ИСКР необходимо наращивать как человеческий, так и технический потенциал, включая планирование, разработку программного обеспечения, поддержку инфраструктуры и управление ею, а также разрабатывать стратегии для использования и совершенствования данных. Внедрение комплексной национальной стратегии должно включать следующие базовые принципы:

- широкое участие с вовлечением заинтересованных сторон из разных министерств и секторов с самого начала разработки стратегии и повышением совместной ответственности за систему;
- использование итеративного метода разработки, который в максимально возможном масштабе включает уже существующие системы, инструменты и процессы, чтобы снизить затраты и время внедрения;
- хорошо продуманное программное обеспечение, которое разработано для условий страны и для ответа на ключевые вопросы политики в отношении КРЗ в данной стране;
- акцент на расширение потенциала, обеспечение устойчивого развития и постоянного совершенствования системы путем проведения тренингов и обеспечения технической поддержки;
- постоянные усилия, направленные на обучение лиц, принимающих решения, анализу и использованию данных, которые предоставляют ИСКР, чтобы они могли принимать обоснованные решения в отношении КРЗ.

В этой главе предоставлен обзор важнейших элементов внедрения всесторонних инициатив по укреплению ИСКР, а также имеющегося на сегодняшний день опыта, полученного в рамках этого процесса. Сначала в этой главе обсуждается ряд важнейших этапов в разработке и укреплении полноценной ИСКР, а затем представлено несколько примеров, основанных на опыте выбранных стран с низким и средним уровнем доходов.

9.2 Рекомендуемые начальные этапы разработки информационной системы по кадровым ресурсам

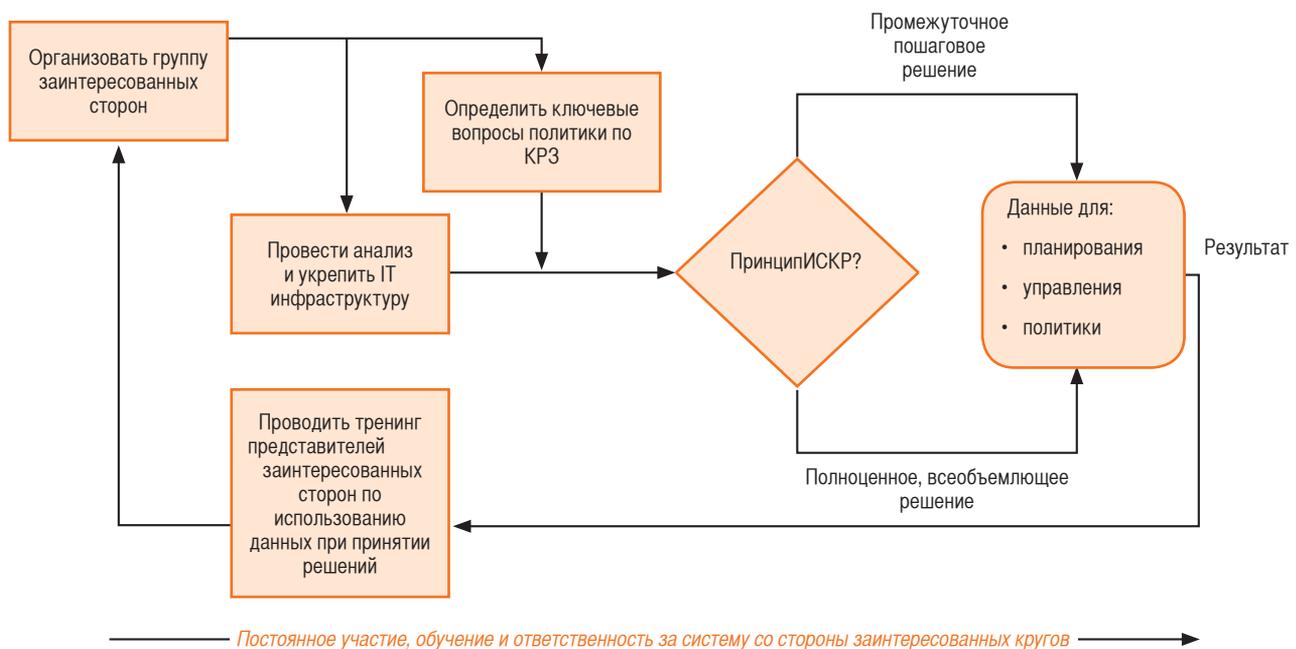
Первое и самое главное, что необходимо учитывать при создании ИСКР, это то, что так же, как трудовые ресурсы являются составляющей системы здравоохранения (3), ИСКР является частью общей информационной системы здравоохранения. И так же, как каждый аспект системы здравоохранения (включая предоставление услуг на базе учреждений или местных сообществ, доступность медицинской продукции, финансирование и руководство) вносит свой вклад в успешную деятельность работников здравоохранения, а работники влияют на функционирование системы, существует важная взаимозависимость ИСКР и других компонентов информационной системы здравоохранения. В рамках развитой и всеобъемлющей информационной системы здравоохранения ИСКР будет надежным источником данных по КРЗ для каждой из других ее составляющих. Это подчеркивает важность ИСКР для надежности и успешного функционирования системы здравоохранения в целом.

В идеале, процесс разработки и укрепления ИСКР состоит из пяти ключевых стадий, подразумевающих совместное участие заинтересованных сторон (рис. 9.1). Во-первых, создается передовая группа представителей заинтересованных сторон или национальная целевая рабочая группа, в которую входят основные участники процесса. Лидирующую позицию в этой группе занимает министерство здравоохранения. Кроме того, на этом этапе определяются ключевые вопросы политики в отношении КРЗ. Далее, технический персонал ИСКР проводит оценку потребностей, чтобы сосредоточить внимание на существующей инфраструктуре (например, на уже имеющихся сетях, возможностях подключения к интернету, программном обеспечении) и данных, которые уже собираются различными министерствами, советами и организациями. После того как группой заинтересованных сторон будут согласованы вопросы и инфраструктура, необходимо адаптировать программное обеспечение ИСКР, чтобы оно давало возможность отвечать на важные для данной страны основные вопросы политики в области трудовых ресурсов и управления ими. Конечным результатом может стать либо пошаговое решение, либо полная (состоящая из множества компонентов) система, способная оказывать поддержку управленцам и руководящим работникам в их усилиях по эффективному использованию и анализу данных для информированного и обоснованного принятия решений. На стадии использования данных внимание уделяется тому, как они в действительности применяются при принятии решений. Устойчивое развитие и постоянное совершенствование ИСКР на протяжении всего процесса могут быть обеспечены благодаря проведению тренингов и развитию потенциала в национальной команде, чтобы она могла собственными силами поддерживать работу, использовать и совершенствовать систему в будущем.

9.2.1 Создание ведущей группы представителей заинтересованных сторон

Ключевым элементом успешного внедрения ИСКР является ее способность отвечать на внутренние потребности страны. Создание ведущей группы представителей всех основных заинтересованных сторон, предоставляющих и

Рисунок 9.1 Концепция организации официальной информационной системы по трудовым ресурсам



Источник: Capacity Project (1).

использующих информацию по КРЗ, способствует созданию ИСКР, специфической для данной страны. Эта группа будет инициировать, направлять и отслеживать все последующие действия по укреплению ИСКР. Наличие ведущей группы дает возможность заинтересованным кругам разработать ИСКР, которая отвечает их потребностям, а также обеспечивает их ответственность за систему и необходимый потенциал по поддержке, использованию и совершенствованию ИСКР. Другим преимуществом включения ключевых заинтересованных сторон является то, что это открывает коммуникационные каналы между группами людей, которые обычно не встречаются, тем самым способствуя сотрудничеству и обмену данными между группами.

Ведущая группа представителей заинтересованных сторон должна включать экспертов в области планирования и подготовки трудовых ресурсов здравоохранения, а также в области информационных систем. Итогом первой встречи должно стать определение организационной структуры и полномочий группы (например, ее руководства, состава, подотчетности, миссии, функций и обязанностей), а также принципов работы (например, равенство всех участников, необходимость учета мнения всех участников и необходимость достижения консенсуса при принятии решений).

После принятия решения по организационной структуре, назначению и принципам работы группа готова начать определение ключевых вопросов по КРЗ, на которые требуется получить ответы, а также индикаторов, которые будут использоваться для проведения мониторинга состояния КРЗ через ИСКР; также необходимо рассмотреть вопросы, связанные с конфиденциальностью данных, правом собственности на них и правилами обмена ими. Исключительно важно, чтобы страна определила эти вопросы и признала их значение, чтобы гарантировать успех и применимость их ИСКР. После того как группа заинтересованных сторон

определила эти вопросы, она продолжит регулярные встречи, чтобы направлять развитие инфраструктуры, программирование, ввод данных, составление отчетов и использование данных при принятии решений. Особенно важно, чтобы конфиденциальность данных и ответственность за них обсуждались с самого начала процесса, так как эти аспекты, которые обычно не вызывают беспокойства при использовании системы, основанной на бумажных документах, в данном случае могут иметь серьезные последствия, если необходимые меры предосторожности не учтены и официально не закреплены с самого начала.

В процесс вовлечены многие заинтересованные стороны. Министерства, лицензирующие, регистрационные или сертифицирующие организации, организации частного сектора и другие заинтересованные круги осуществляют совместную деятельность для разработки тщательно продуманной и полноценной ИСКР, которая отслеживает работников здравоохранения с момента начала обучения до момента их выхода из состава трудовых ресурсов. В зависимости от масштаба разработки ИСКР, может возникнуть необходимость включения в ведущую группу сотрудников учреждений по предоставлению услуг здравоохранения, чтобы обеспечить соблюдение точности данных на индивидуальном уровне и доступ к необходимой информации (например перевод заработной платы на банковские счета работников). На каждом этапе самым важным результатом является создание потенциала и обеспечение совместной ответственности за функционирование ИСКР.

9.2.2 Создание инфраструктуры

Несмотря на импульс, который часто придает процессу создания ИСКР ведущая группа заинтересованных сторон, опыт показывает, что на начальном этапе ни одна страна обычно не готова к развертыванию полноценной ИСКР. Укрепление

информационной системы в соответствии с запланированными этапами дает возможность получить быстрые результаты без излишней нагрузки на инфраструктуру, необходимую для поддержания работы системы. Сборщики данных и специалисты по управлению данными, работники технической поддержки и лица, принимающие решения, должны проходить обучение на каждом этапе, чтобы не чувствовать затруднений при использовании новой системы, и перейти на следующий этап, только когда они к этому будут готовы. В частности, необходимо научить, как обновлять информации по каждому этапу деятельности трудовых ресурсов (например, обучение и подготовка до найма, новый найм, смена работы, миграция, выход на пенсию, смерть).

Обычно усовершенствования существующей информационно-технологической инфраструктуры можно провести быстро, и часто их результатом становится повышение эффективности и продуктивности. Предлагаемые усовершенствования инфраструктуры должны основываться на технической оценке и использовать недорогие решения, которые быстро (но значительно) могут улучшить существующие системы и процессы. Рекомендуемые усовершенствования могут включать приобретение компьютеров для работников, которые должны вводить данные или иметь доступ к ним, совершенствование используемых в настоящее время компьютерных программ и приложений, увеличение объема памяти для хранения данных, улучшение сетевых подключений для передачи данных и расширение служб технической поддержки.

- **Квалификация.** Данный компонент используется для сбора и агрегации данных по квалифицированным поставщикам услуг здравоохранения; он ускоряет процесс выдачи стандартных документов, относящихся, например, к регистрации, лицензированию или отчетности по результатам профессиональных экзаменов, которые раньше заполнялись вручную. Этот компонент должен принадлежать организациям по лицензированию или сертификации работников здравоохранения, например врачей или медсестер. В большинстве стран эти организации представлены комитетами или советами. Эти данные имеют важнейшее значение для организаций, осуществляющих найм на всей территории страны; они позволят обеспечить найм на работу только тех работников здравоохранения, которые обладают необходимой квалификацией, так как во многих странах отмечались случаи подделки бумажных документов.
- **Управление.** Этот компонент отслеживает детальную информацию о работниках здравоохранения, которые наняты министерством здравоохранения, учреждениями здравоохранения, принадлежащими государственному сектору (например больницами), или частными учреждениями, предоставляющими медицинские услуги в стране. В дополнение к информации по распределению и найму отдельных работников другая сопутствующая информация может включать оценку результатов деятельности, дисциплинарные меры, выход на пенсию, перемену рода деятельности и данные об оплате труда.
- **Образование и подготовка.** Существует два основных компонента подготовки: (i) образование до начала работы (этот компонент отслеживает уровень и область образования для получения квалификации в области

здравоохранения); и (ii) повышение квалификации и образование без отрыва от производства, которые направлены на обновление профессиональных знаний, технологий и навыков отдельных поставщиков услуг здравоохранения. В некоторых странах повышение квалификации может требоваться для подтверждения лицензии на ведение деятельности. Эти два компонента подготовки могут быть включены либо в системы квалификации или управления, либо они могут являться независимыми системами, что зависит от потребностей конкретной страны.

- **Планирование.** Этот компонент использует данные каждой из других систем и приложения по статистическому моделированию для получения полной картины состояния трудовых ресурсов здравоохранения в стране и прогнозирования изменений трудовых ресурсов в будущем (на основе таких известных воздействий, как возраст выхода на пенсию; число получивших подготовку работников здравоохранения, ежегодно вливающих в состав кадровых ресурсов; показатели убыли; изменения в составе населения; нормы комплекции кадрами; заболеваемости, а также других факторов). Компонент планирования и моделирования ИСКР может помочь ответственным лицам оценить потребности в кадрах здравоохранения и принять эффективные решения в отношении политики для удовлетворения этих потребностей.

В совокупности эти компоненты могут обеспечить действенную обратную связь для анализа, планирования и управления КРЗ и определения потребностей в них. Если во всех четырех компонентах используются одни и те же основные системы программирования, архитектуры баз данных, а также вспомогательные системы технического и программного обеспечения и если реализовать на практике одни из них в полной мере, другие можно будет добавить при значительно меньших затратах. Каждая из четырех систем может использоваться независимо или быть интегрированной с уже используемыми программными продуктами, чтобы предоставить индивидуальное, контекстуальное решение для страны, заполняя любые пробелы, которые, возможно, остались от уже существующих систем (1).

9.2.3 Этапы создания ИСКР

В зависимости от имеющейся модели, можно укреплять существующие информационные системы по КРЗ, используя итерационные (повторяющиеся) шаги. Пошаговое решение – это любое промежуточное решение, которое применяется, пока создается полноценная система. Поэтапные решения могут применяться для того, чтобы дать возможность министерству или другой организации быстро начать ввод данных по КРЗ и управлять ими. Данные могут легко быть перенесены в окончательную полноценную систему, когда она будет создана, а конечный потребитель будет готов ею пользоваться.

Там, где существует только система, основанная на бумажных документах, можно ввести электронную систему учета. Там, где уже имеется электронная система учета, можно создать простую базу данных. Там, где имеется простая база данных, эта база данных может постепенно

улучшаться или расширяться. Например может сложиться ситуация когда существующая система стандартного учета настолько устарела и ненадежна, что разработчики политики не могут использовать полученные с ее помощью результаты. Одним из особенно полезных пошаговых решений может быть разработка короткой анкеты для сбора минимального объема точной информации, касающейся работников здравоохранения на уровне учреждений, и внесения данных в реестр. Эти данные могут использоваться для обновления баз данных, чтобы система вновь стала оперативной. Другим важным поэтапным решением могла бы стать детализация ИСКР с учетом гендерной специфики.

Целью подобного итеративного подхода к укреплению ИСКР является обеспечение того, чтобы каждая страна или организационная программа могли быстро извлечь пользу из этого процесса, независимо от имеющихся в наличии ресурсов. Применение пошагового подхода также уменьшает воздействие чрезмерных изменений, проводимых в течение слишком короткого промежутка времени, одновременно обеспечивая, что каждый шаг приведет в итоге к хорошо продуманному и полноценному решению.

Когда страна или организация готовы к этому и у них имеются необходимые инфраструктура и системы поддержки, можно внедрять полный набор тщательно разработанных компьютерных решений, позволяющих полностью отслеживать квалифицированных поставщиков услуг здравоохранения с момента начала обучения медицинской профессии до момента их выхода из состава кадров здравоохранения. Для решения наиболее важных вопросов планирования, производства и управления, связанных с КРЗ, необходимы четыре компонента:

9.2.4 Поддержка использования данных для эффективного принятия решений

Основной целью любой ИСКР должно быть содействие наилучшему использованию данных для того, чтобы способствовать эффективному принятию решений по ежедневным проблемам и позитивному воздействию на политику и практику в отношении КРЗ. Однако небольшой группе людей, тщательно изучающей данные, было бы очень сложно принимать здравые и юридически обязательные решения. То, как данные используются для эффективного принятия решений, зависит от активного участия широкого спектра заинтересованных сторон, работающих в сотрудничестве друг с другом. Понимание контекста, в котором данные используются для принятия решений, также имеет важнейшее значение.

Например, вместо того чтобы использовать приглашенных консультантов, которые будут предоставлять пакет программ обучения по использованию данных для принятия решений, все заинтересованные стороны на уровне страны должны попытаться понять, как они используют данные в настоящий момент (как на индивидуальном, так и на организационном уровне), и какие факторы важны для эффективного использования данных в их контексте. Примеры подходов, которые применялись в странах для улучшения использования данных при принятии решений, включают:

- систематический обзор того, как данные используются для поддержки принятия решений, результатом которого станут примеры конкретных случаев практического использования данных;
- предоставление возможностей для лиц, принимающих решения, ощутить в реальности важнейшие моменты принятия решений, чтобы они могли развить свои навыки, используя реальные данные в реальных жизненных ситуациях;
- совершенствование коммуникаций между пользователями данных;
- определение и максимальное использование возможностей для совершенствования обмена данными на различных уровнях организации и с другими заинтересованными сторонами.

9.2.5 Методология обеспечения устойчивого развития и постоянного совершенствования ИСКР

Информационная система требует постоянных усилий по поддержке ее в рабочем состоянии и улучшению ее функционирования для обеспечения максимальной пользы и долговечности. В зависимости от условий и потребностей страны, стратегии устойчивого развития включают постоянный сбор отзывов от заинтересованных сторон, которые касаются изменяющихся потребностей в информации, и внедрение усовершенствований, соответствующих этим потребностям. Вовлечение заинтересованных сторон в разработку и последующую реализацию ИСКР на ранних этапах способствует тому, что они начинают ощущать свою причастность и ответственность. С учетом этого процесс укрепления ИСКР должен включать проведение для ответственных лиц и заинтересованных сторон тренингов по эффективному использованию и анализу данных; это позволит им принимать информированные и уверенные решения. Кроме того, тренинг сборщиков данных, персонала, осуществляющего техническую поддержку системы, и системных менеджеров, способствует улучшению технологической инфраструктуры, а также качества и достоверности данных. Качество данных имеет первостепенное значение, что должно подчеркиваться на каждом этапе процесса, от первоначального сбора данных до их анализа и интерпретации.

Точность и полнота данных – необходимое условие для принятия обоснованных решений. Стандартизация форм для сбора данных и их кодировок может облегчить их использование и повысить внутреннюю валидность. Кроме того, процедуры по сведению к минимуму ошибок ввода данных при их переводе из бумажного формата в электронную базу могут в результате привести к улучшению качества данных. Двойной ввод (когда данные вводятся в электронную базу в два разных момента времени и двумя разными работниками) может уменьшить количество ошибок, позволяя сверить расхождения данных с исходным документом. Если двойной ввод данных является непомерно дорогим или требует слишком больших временных затрат, можно использовать систему выборочной проверки, при которой произвольно составленный список электронных учетных данных сравнивается с исходными документами. Как двойной ввод, так и выборочная проверка позволяют администраторам баз данных определить, зафиксировать

и исправить ошибки. Кроме того, в качестве отправной точки для последующего улучшения методов обучения и подготовки, форм сбора данных или обновления программного обеспечения может служить журнал регистрации ошибок данных.

Регулярные и надежные обновления также могут улучшить качество данных, гарантируя, что остаются актуальными для планирования и принятия решений. Статистические отчеты, составленные на центральном уровне, могут регулярно направляться (либо в электронном виде, либо в бумажной форме) представителям областей и районов для обзора и обновления. Кроме того, необходимо организовать процесс по облегчению обмена потоками данных и отчетами между центральным и районным уровнями, а также между больницами, медицинскими центрами и другими пунктами предоставления услуг здравоохранения. Подобный обмен информацией позволяет ИСКР лучше учитывать изменения в трудовых ресурсах (например, новые назначения, переводы, специальные курсы обучения на рабочем месте и выход из состава кадровых ресурсов). Обмен данными не только повышает точность, но и позволяет лицам, осуществляющим планирование в области здравоохранения на всех уровнях, получить доступ к информации, необходимой для принятия административных и стратегических решений. Более того, обеспечение открытого доступа к агрегированным данным ИСКР может облегчить планирование и проведение исследований КРЗ в различных секторах на различных уровнях (включая неправительственные организации, академические исследовательские учреждения и лиц, принимающих политические решения).

Для улучшения качества данных и стимулирования принятия информированных решений чрезвычайно важен обмен данными, но не менее важно обеспечить их безопасность. Данные ИСКР включают персональную информацию, которая должна быть надежно защищена, чтобы система пользовалась доверием. Реализация политики защиты информации и соблюдение ее, начиная с первых стадий разработки информационной системы, может помочь обеспечению конфиденциальности и качества данных (вставка 9.1) (4). Система может быть построена с использованием нескольких уровней доступа в зависимости от должностных функций пользователей. Подобная система, например, может давать возможность определенным пользователям вводить учетные данные, не имея доступа к отчетам, другим – видеть отчеты, не имея возможности вводить и изменять данные, а третьей группе – иметь доступ только к агрегированным отчетам, не имея доступа к индивидуальным учетным данным и возможности их «редактирования». Все пользователи ИСКР должны получить пароль, который будет регулярно изменяться; также необходимо обеспечить систему регулярного резервного копирования данных.

Развитие навыков имеет значение для обслуживания, поддержки и разработки компьютеризированных информационных систем. Эта часть стратегии может включать создание региональных сообществ пользователей, которые будут облегчать решение проблем и обмен методами усовершенствования системы (возможно, в сотрудничестве с местными образовательными учреждениями).

Использование всех преимуществ ИСКР для улучшения планирования и управления КРЗ в развивающихся странах требует организации согласованного вспомогательного процесса. Когда разработчики политики и другие ключевые заинтересованные стороны получают доступ к обширной информации по кадрам здравоохранения, зачастую им трудно найти им применение кроме обычных отчетов, которые они раньше выпускали на основе бумажных учетных данных. Кроме того, данные ИСКР получают в крайне политизированных условиях, когда увольнения или назначения на различные должности могут происходить с большой частотой (5). Ключевые заинтересованные стороны вовлечены в использование данных в процессе принятия решений с помощью практической, предполагающей широкое участие процедуры применения, интерпретации и практического приложения новой информации, полученной благодаря ИСКР, при одновременном учете того, какой потенциал должен быть расширен для внедрения изменений на индивидуальном, организационном и стратегическом уровне. Это может включать обмен информацией и отчетами, доступными на сегодняшний день, а также тренинг по освоению различных методов эффективной интерпретации информации и существующих фактических данных для эффективного решения ключевых вопросов политики. Когда ключевые заинтересованные стороны предоставляют коллегам свои собственные данные, это создает ощущение сопричастности и доверия при их использовании для информирования решений в области управления и политики. Финальная фаза включает разработку плана распространения данных ИСКР на регулярной основе в зависимости от цикла отчетности, принятого в стране.

9.3 Примеры из различных стран

Далее представлены примеры разработки, укрепления и оценки ИСКР в трех странах с низким и средним уровнем доходов: Уганде, Судане и Бразилии.

9.3.1 Создание информационной системы профессионального лицензирования работников здравоохранения в Уганде

В Уганде Министерство здравоохранения (6) и четыре профессиональных регулирующих совета в области здравоохранения, включая Совет медсестер и акушерок, нуждались в обновленной и надежной информации о численности работников (с разбивкой по специальностям), получивших лицензию на работу в стране; о том, какую подготовку они получили; собирались ли они выходить из состава кадров здравоохранения, и если да, то почему. До недавнего времени, хотя в стране и существовала комплексная система, основанная на бумажной документации, не было возможности агрегировать и анализировать информацию, и было сложно отследить даже адрес определенной медсестры или информацию о ее лицензии.

Была сформирована ведущая группа представителей заинтересованных сторон, включающая представителей нескольких департаментов Министерства здравоохранения, четырех профессиональных лицензирующих ассоциаций, учебных заведений и неправительственных организаций,

Вставка 9.1 Конфиденциальность и обеспечение защиты информации по КРЗ

Растущее внимание к возможностям и ограничениям, связанным с КРС, для достижения целей, стоящих перед системами здравоохранения, сопровождается повышением внимания к сбору информации для совершенствования развития и мониторинга КРЗ. Имея данные продольных исследований (информация, собранная в различных пунктах в течение продолжительного времени), можно отслеживать активность отдельных работников на рынке труда здравоохранения, а также другие значительные события их жизни. Это позволит принимать стратегические и программные решения, основанные на фактических данных, в критические моменты на протяжении всей трудовой жизни.

Информация, полученная на уровне поставщиков услуг, становится еще более важной, когда она используется для стратегий развития кадровых ресурсов или мониторинга предоставления услуг здравоохранения. Это требует наличия информационной системы (основанной на документах в бумажной или в электронной форме), которая гарантировала бы работникам здравоохранения конфиденциальность, но одновременно обеспечивала сравнительно простой доступ к информации, как на индивидуальном, так и на агрегированном уровне. В рамках организованных систем должен также решаться вопрос их доступности.

Использование личных данных для целей систем здравоохранения должно быть сбалансировано с правом граждан на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность и основано на принципах прав человека.

При разработке методов защиты данных необходимо проводить различия между обеспечением физической защиты данных от экологических угроз и защитой от нецелевого использования конфиденциальной информации в результате случайных или преднамеренных действий.

Три взаимосвязанные концепции, каждая из которых реализуется на практике различным образом, влияют на разработку и внедрение методов защиты конфиденциальных данных: неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность и безопасность.

Неприкосновенной частной жизни – это как правовая, так и этическая концепция. Правовая концепция относится к правовой защите, которая предоставлена индивиду для контроля как доступа, так и использования персональной информации, и предоставляет общую структуру, в рамках которой реализуется как конфиденциальность, так и безопасность.

Конфиденциальность относится к праву индивидов на защиту их данных при хранении, передаче и использовании для предупреждения несанкционированного разглашения этой информации третьим лицам. Разработка политики и процедур обеспечения конфиденциальности должна включать обсуждение надлежащего использования и распространения данных о работниках здравоохранения с систематическим учетом этических и правовых вопросов, определенных в законах и постановлениях по охране частной жизни.

Обеспечение безопасности - это набор технических методов, которые касаются вопросов, охватывающих технические, электронные и процедурные аспекты защиты собранной информации в рамках ИСКР. Они должны охватывать как защиту данных от случайного или умышленного ненадлежащего разглашения, так и проблему отсутствия доступа к данным из-за отказов системы или ошибок пользователей.

Источник: Адаптировано из документа ЮНЭЙДС (4).

а также консультантов в области планирования трудовых ресурсов здравоохранения и информационных систем из Saracity Project (1) (глобальная инициатива, финансируемая Агентством по международному развитию США). Цель заключалась в разработке информационной системы в области регистрации и лицензирования, которая бы отслеживала всех работников со времени начала обучения до момента выхода из состава кадров здравоохранения. Одним из первых действий группы заинтересованных сторон было определение ключевых вопросов политики в отношении сестринского

и акушерского персонала, которые она хотела разрешить, чтобы первый шаг по укреплению ИСКР мог сосредоточиться на производстве регулярных отчетов, которые отвечали бы на эти вопросы.

Усовершенствования были проведены в сетевой инфраструктуре и оборудовании в Совете медсестер и акушерок Уганды, регулирующем органе, который выдает лицензии работающим в стране профессиональным медсестрам и акушеркам. Было установлено открытое

программное обеспечение *iHRIS Quality* (база данных, отслеживающая подготовку, сертификацию и лицензирование) (7). Определение «открытое» относится к компьютерному программному обеспечению, распространяемому по лицензии, которое позволяет каждому изучить, копировать и модифицировать исходный код (набор инструкций, который создает блок компьютерной программы) и распространять программу в измененном или изначальном виде без ограничений и необходимости платить за лицензию. Это означает, что продукты могут распространяться по минимальной цене, а пользователи могут продолжать использовать и совершенствовать свои системы без необходимости платить обременительную цену за лицензию или обновления. Открытое программное обеспечение имеет некоторые недостатки. В основном это может быть некачественная техническая поддержка пользователей в странах с дефицитом квалифицированного персонала в области новых информационных и коммуникационных технологий и недостаток ответственности за сбои программного обеспечения или несанкционированный доступ. Однако использование открытого программного обеспечения имеет преимущество, так как стимулирует разработку программ в определенном контексте и часто представляет собой наименее дорогое решение для тех стран (и, что еще важнее, для систем здравоохранения), где существует базовая основа компьютерных навыков. Также существует возможность использовать глобальное сообщество поддержки открытого программного обеспечения, которое организовалось вокруг этих технологий, для добровольной поддержки и усовершенствования систем. Это может быть весьма полезным, для того чтобы помочь пользователям ответить на возникающие вопросы, решить связанные с программным обеспечением проблемы или даже разработать новые модули. Результатом станет полностью индивидуальная (но при этом недорогая) система, которая со временем может расширяться и изменяться.

В контексте Уганды были организованы команды по внедрению программирования и ввода в действие программного обеспечения. Сначала был произведен ввод архивных регистрационных данных Совета медсестер и акушерок Уганды, затем были введены данные трех других лицензирующих организаций – для лицензирования врачей-терапевтов, стоматологов, фармацевтов и представителей смежных медицинских профессий. Система контроля качества данных была включена в процедуры ввода и обработки данных (в частности, уникальный идентификационный номер присваивался отдельным специальностям и в рамках одной специальности), чтобы разрешить проблемы возможных систематических ошибок, в частности двойного подсчета (например, когда работник здравоохранения получил два вида подготовки и более), а использование системы двойного ввода данных обеспечивала точность и позволяла отслеживать проблемы при занесении данных в систему. Другой метод, использованный для обеспечения качества данных, состоял в том, что каждого работника здравоохранения после внесения его персональной информации в базу данных соответствующего совета просили проверить содержание данных и внести в них изменения на основе распечатки их электронных учетных данных. Подобный процесс позволяет постоянно обновлять базу данных и дает работникам

здравоохранения понимание необходимости поддержания точности данных.

На трех следующих рисунках даны примеры информации различного типа, которая может быть изучена с использованием базы данных, основанной на административных учетных записях для всех будущих медсестер и акушерок, которые начали подготовку между 1980 и 2004 гг. На рисунке 9.2 показан рост числа поступивших в программы обучения акушерскому и сестринскому делу в этот период времени.

На рисунке 9.3 представлены данные по окончанию программ подготовки и получению профессиональной квалификации среди студентов учебных заведений и факультетов, готовящих медсестер и акушерок в Уганде. Из 21 888 будущих медсестер и акушерок, которые начали обучение в период с 1980 по 2004 г., только 17 297 завершили программу обучения и сдавали экзамен. Из тех, кто сдал экзамен, 16 568 выполнили требования для регистрации в Совете медсестер и акушерок, а 14 637 были в итоге зарегистрированы, что составляет примерно две трети от числа тех, кто изначально начал обучение. Одним из путей использования этих данных является обеспечение того, чтобы нанимаемые на работу медсестры и акушерки были зарегистрированы в Совете медсестер и акушерок Уганды. Для этого центральным и районным властям предоставляется ограниченный доступ в ИСКР, чтобы они могли выяснить, имеют ли кандидаты на профессиональные должности надлежащий статус в Совете.

На рисунке 9.4 представлено местоположение школ сестринского дела по районам и показаны те районы, где студенты наиболее успешно проходят экзамен для получения лицензии и официальной регистрации, и те районы, где студенты чаще испытывали сложности. Например, 18% медсестер и акушерок, которые учились в районе Кампала и 11% тех, кто учился в школе в районе Кисоро, прошли экзамен, но не получили регистрации в Совете. При этом все медсестры и акушерки, которые учились в школе и проходили экзамен в районе Бушени, получили регистрацию.

Эти данные имеют важные последствия для политики в отношении распределения ограниченных национальных ресурсов, выделяемых на образование работников здравоохранения. Средства будут потрачены впустую, если учащиеся не завершат подготовку и не получат регистрацию в надлежащем регулирующем органе. Эти данные также поднимают вопрос об отборе абитуриентов и экзаменационном процессе. Без информации о том, сколько студентов не заканчивают обучение, разработчики политики и лица, занимающиеся планированием, не будут знать, как бюджетировать или планировать подготовку и распределение работников здравоохранения для удовлетворения потребностей страны. Кроме того, эти данные помогают преподавателям, профессиональным советам и различным министерствам распознать потенциальные проблемы на ранних стадиях и определить приоритетные направления целевых вмешательств; они указывают на то, где необходимо проводить дальнейший мониторинг и исследования, и на факторы, обусловившие наблюдаемые положительные результаты, из которых заинтересованные стороны могут извлечь уроки.

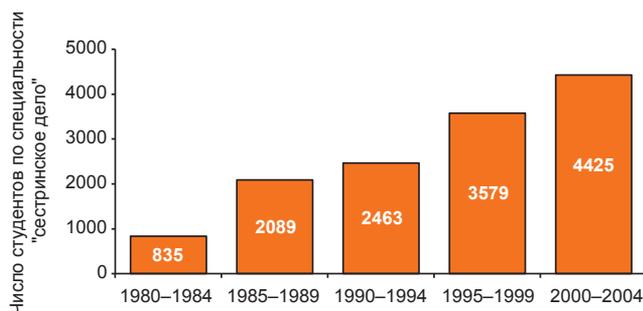
На основе результатов, обсуждавшихся выше, в Уганде были разработаны рекомендации для дальнейшего изучения причин высокой частоты неудач при сдаче экзаменов на получение лицензии и регистрации среди учащихся сестринских и акушерских учебных заведений и предложения путей решения этой проблемы (8). Была организована межминистерская встреча заинтересованных сторон для обсуждения некоторых вопросов, связанных с экзаменационным процессом по регистрации медсестер в Совете медсестер и акушерок.

9.3.2 Организационное закрепление концепции мониторинга кадров здравоохранения в Судане

За последнее время в Судане был реализован ряд стратегий и инициатив для улучшения работы системы здравоохранения, включая стратегии по достижению Целей тысячелетия в области развития и других международных, региональных и национальных целей по сокращению бедности и улучшению здоровья населения. В связи с этим Федеральное министерство здравоохранения Судана приняло решение проводить тщательный мониторинг показателей деятельности ключевых департаментов и программ на всех уровнях (9, 10). В сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения министерство разработало комплексную матрицу для мониторинга и оценки результатов деятельности системы здравоохранения, адаптированную к национальным условиям. В матрице использовалась исходная информация и устанавливались периодические целевые показатели для каждого согласованного индикатора, в сравнении с которыми информационная система будет использоваться для мониторинга прогресса, достигнутого со временем. Были включены три основных раздела:

- глобальные индикаторы, в том числе те, которые связаны с охватом системой здравоохранения и укомплектованностью кадрами здравоохранения;
- индикаторы, относящиеся к конкретным заболеваниям, например к ВИЧ/СПИДу, малярии и туберкулезу;
- индикаторы, относящиеся к департаментам или программам.

Рисунок 9.2 Число начинающих обучение по программам подготовки медсестер (окончание которых дает возможность получить квалификацию медицинской сестры или младшей медицинской сестры) в Уганде, 1980–2004 гг.



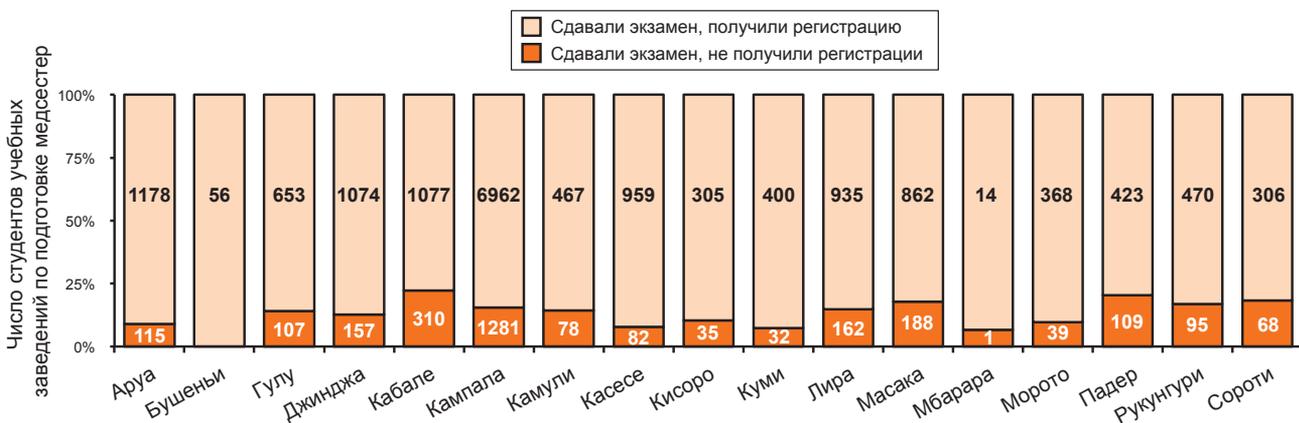
Источник: Capacity Project (1).

Рисунок 9.3 Число студентов учебных заведений по подготовке медсестер, начавших обучение между 1980 и 2004 гг., прошедших профессиональный экзамен на получение лицензии и получивших квалификацию, зарегистрированных и получивших лицензию в Совете медсестер и акушерок Уганды



Источник: Capacity Project (1).

Рисунок 9.4 Число и процент студентов сестринских учебных заведений, которые сдавали профессиональные экзамен на получение лицензии и были зарегистрированы в Совете медсестер и акушерок Уганды, с разбивкой по образовательным округам (поступившие в учебные заведения между 1980 и 2001 гг.)



Источник: Capacity Project (1).

Для обеспечения сопричастности и ответственности за программу на национальном уровне Министерство здравоохранения приняло на себя лидерскую роль, особенно во время запуска и организационного укрепления информационной системы. Кроме признанных на международном уровне экспертов другие партнеры и представители сообщества получили приглашение принять участие в работе на протяжении всего процесса разработки и оценки. Процесс возглавил заместитель министра здравоохранения. Департаменту планирования здравоохранения было поручено организовать новый отдел институционального мониторинга и оценки, в котором персонал и служба поддержки работали бы на постоянной основе. Был разработан детальный проект структуры этого отдела, включая функциональный круг полномочий и обязанностей как для центральных, так и для субнациональных групп.

Каждый основной департамент и программа выбрали координаторов, ответственных за выполнение соответствующих планов мониторинга и оценки в соответствии с надлежащими индикаторами, исходными показателями и целями. В частности, Департамент развития кадровых ресурсов внедрил специальный план ежегодного мониторинга и оценки для наблюдения за ключевыми показателями динамики, относящимися к переменным, связанным с КРЗ, в том числе к вхождению в состав кадровых ресурсов, пребыванию в нем и выходу из него. Цель состояла в разработке устойчивой системы информации и мониторинга для своевременного и постоянного обновления, проверки качества и анализа данных по динамике трудовых ресурсов здравоохранения. В основу плана была положена национальная десятилетняя стратегия по развитию КРЗ и другие соответствующие инициативы. Были проведены тщательный обзор плана мониторинга и оценки и его обсуждение, план получил поддержку широкого круга работников Департамента развития кадровых ресурсов и заместителя министра здравоохранения.

Специальные отчеты о мониторинге и оценке КРЗ представлялись на ежемесячных заседаниях по обзору результатов работы департамента, где также обсуждался достигнутый прогресс и в прозрачной манере определялись области, где требуется усовершенствование. Хотя в отчетах не затрагивались такие глобальные вопросы, как удержание и миграция персонала, они охватывали вопросы найма, распределения, перевода, выхода из состава кадровых ресурсов, возможности для обучения до найма или обучения на рабочем месте, а также введение систем стимулирования в зависимости от результатов работы. В каждом отделе были вывешены настенные графики, на которых ежемесячно после проверки и одобрения департаментом отражались статистические изменения. Результаты деятельности по мониторингу и оценке в отношении КРЗ в дальнейшем использовались для составления общего ежегодного статистического отчета министерства.

Ряд практических шагов по развитию и организационному закреплению системы информации и мониторинга по КРЗ были предприняты в Судане, в том числе:

- стратегия критической массы: информационно-разъяснительная деятельность для повышения осведомленности о важнейшем значении ИСКР и достижения политической приверженности;

- институциональная сопричастность, ответственность и лидерство: подходы, подразумевающие наличие многоотраслевой команды под руководством национального лидера;
- достижение консенсуса по ограниченному набору основных индикаторов, адаптированных к национальному контексту, включая четкие исходные и контрольные показатели;
- переход к электронному формату: внедрение удобного для пользователей программного обеспечения для мониторинга прогресса;
- оптимизация методологии и ее адаптация к местному контексту: обеспечение гибкости информационной системы для ее оптимизации, адаптации или повторной адаптации к изменяющимся местным условиям, в которых существуют кадры здравоохранения;
- обучение анализу, распространению и использованию данных, а также предоставление базовых навыков в области информационных технологий для персонала, работающего в области развития кадровых ресурсов в стране, сотрудников, ответственных за проведение оценки, и координаторов;
- распространение информации синтезированной системой в прозрачной манере, включая проведение периодических сессий по ее распространению для ключевых заинтересованных сторон с целью получения необходимых данных и откликов, а также достижения максимального консенсуса.

Выбранные результаты, полученные благодаря системе информации и мониторинга КРЗ Судана, представлены в таблице 9.1. Важнейшее значение для этих результатов имеет привязка анализа мониторинга и оценки к решению задач и стратегическому совершенствованию КРЗ - не имеет смысла проводить инвестиции в комплексную информационную систему, если результаты используются только для мониторинга внедрения программ. Система должна включать механизмы для определения областей, где требуются улучшения, и для проведения этих улучшений.

9.3.3 Оценка системы информации и управления КРЗ Бразилии

В Бразилии система информации и управления КРЗ (*sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde* или SIGRHS) была разработана в рамках проведения реформы системы здравоохранения. Она была спроектирована как инструмент для сбора, обработки и использования первичных данных, относящихся к планированию и управлению кадрами здравоохранения. Система была разработана для информирования региональных и местных руководителей систем здравоохранения, чтобы они могли принимать более качественные решения в отношении их персонала. ИСКР, разработка которой началась в 1987 г. по инициативе Департамента здравоохранения штата Рио-де-Жанейро, была внедрена Институтом социальной медицины Университета штата Рио-де-Жанейро. ИСКР постоянно обновляется, модифицируется и анализируется в ответ на требования с мест и использует инновации в области информационных технологий. В частности, разработка новых, удобных для пользователя программных приложений облегчила операции по вводу данных на децентрализованном уровне и

позволила включить как количественные, так и качественные переменные, относящиеся к управлению КРЗ.

ИСКР включает данные, полученные из административных учетных документов разных уровней и из разных типов учреждений. Сбор и ввод данных проводятся с использованием стандартных схем. Основные элементы, которые фиксирует система, включают социально-демографические характеристики работников здравоохранения, профессиональную квалификацию и связанные с трудовой деятельностью переменные (например, должность, сектор занятости и часы работы). Эта информация позволяет проводить анализ структуры трудовых ресурсов здравоохранения, в частности по возрасту, полу и уровню образования. Она может использоваться для оценки (среди других показателей) профессиональной структуры работников здравоохранения и распределения персонала по различным типам должностей и обязанностей, учреждениям здравоохранения и регионам. Регулярное обновление данных позволяет приблизительно подсчитывать показатели убыли персонала. Основным источником данных являются списки работников и платежные ведомости государственных служб здравоохранения. Учитывая конфиденциальный характер этих данных, техническая команда осуществляет наблюдение за уровнем доступа (либо частичного, либо полного) к информации, содержащейся в системе, для ее использования в исследовательских целях.

Использование административных данных дает множество преимуществ по сравнению с другими типами статистических

источников. Традиционно, информацию по КРЗ в Бразилии получают из крупных баз данных, составленных различными национальными агентствами с самыми разными целями. Они включают проводимые раз в десять лет переписи населения, обследования выборки домашних хозяйств, включая ежемесячное обследование трудовых ресурсов, и обследования учреждений здравоохранения, проводимые Центральным статистическим бюро (11). Другие источники информации по официальным трудовым ресурсам включают различные реестры Министерства труда по учету рабочих мест, заработной платы, найма и увольнения, а также реестры по конкретным профессиям – регистрационные системы профессиональных ассоциаций, профсоюзов и советов (12). Однако эти источники часто бывают фрагментированными и не могут сразу использоваться для информирования практических действий и стратегий управления на местном уровне, особенно в секторе здравоохранения.

Процесс реформирования и децентрализации систем здравоохранения, а также наличие и доступность новых информационных технологий на уровне местных организаций здравоохранения стали катализаторами внедрения ИСКР в Бразилии. Чтобы провести оценку того, насколько удается поддерживать в рабочем состоянии и консолидировать систему, а также использовать информацию в качестве инструмента планирования и управления, в сотрудничестве с Университетом штата Рио-де-Жанейро было проведено обследование для анализа внедрения ИСКР и ее деятельности. Был разработан инструмент, основанный на рамочной

Таблица 9.1 Выбранные индикаторы и промежуточные показатели из системы информации и мониторинга по КРЗ Судана, 2006–2007 гг.

Индикатор	Период	Целевое значение	Результат	Разрыв	Степень соответствия	Предлагаемые меры по улучшению ситуации
1. Число выпускников-врачей, вовремя начинающих работу в интернатуре	Q1/2007	750	750	0	100%	Система распределения была значительно усовершенствована с начала использования новой электронной системы/сетевого приложения (2006 г.) –максимальный период ожидания составляет три месяца.
2. Число визитов по надзору за интернатурой в трех определенных больницах с использованием согласованного контрольного списка для проверки качества работы.	Q1/2007	10	3	7	30%	Степень соответствия слишком мала, чтобы обсуждаться на следующих встречах персонала по обзору результатов работы Департамента развития кадровых ресурсов. Необходимо приложить усилия, чтобы сообщать качественные, а не только количественные результаты.
3. Число медицинских специалистов, отправившихся на работу в районы, где наблюдается недостаток служб и услуг	Q1–Q4, 2006	12	7	5	58%	Изучить вновь разработанную систему стимулов и рекомендовать изменения для привлечения большего числа специалистов к работе за пределами столицы.

Источник: Федеральное министерство здравоохранения республики Судан.

концепции по оценке процесса реализации, охватывающей три ключевых компонента подотчетности политики и программ в области здравоохранения: административный уровень, политический уровень и уровень местного сообщества (13, 14). Обследование было проведено среди различных заинтересованных кругов в стране и заключалось в визитах на места и проведении полуструктурированных интервью. Специфические цели обследования включали:

- определение различных типов и уровней вовлечения значимых участников процесса в реализацию и использование ИСКР;
- определение возможностей и ограничений для интеграции дополнительной информации в сфере управления КРЗ, в частности качественной информации;
- оценка уровня удовлетворенности среди руководителей служб здравоохранения в отношении информации, содержащейся в ИСКР;
- структура использования информации, полученной с помощью ИСКР, среди других организаций (как в рамках, так и за пределами сектора здравоохранения).

ИСКР оценивалась с использованием ряда критериев, включая ее охват, полноту, качество, актуальность и регулярность использования (таблица 9.2) (15). Почти половина (45%) обследованных учреждений были оценены как продемонстрировавшие высокий уровень работы ИСКР, 33% - средний уровень и 22% - недостаточный. Хотя оценка технических характеристик и функционирования компьютерной программы системы не были четко определены, результаты обследования предоставили информацию по применимости инструмента, которая направляла будущие обновления.

В таблице 9.3 представлены некоторые выводы по институциональному воздействию внедрения ИСКР в Бразилии (15). Учитывая децентрализованное управление системами здравоохранения в этом контексте, не ожидалось однородности в информационных потребностях, касающихся КРЗ, ожиданиях в отношении КРЗ, потенциале по внедрению и использованию системы или полученных в рамках ее оценки ответах. Однако результаты указывают на общее позитивное направление в использовании информации по кадрам здравоохранения в самых различных ситуациях. Потребность во всеобъемлющей информации для процессов управления КРЗ и системами здравоохранения перевешивает в этих условиях даже низкую производительность процесса внедрения информационной системы.

Недавно по требованию Министерства здравоохранения Бразилии (16) в информационную систему были внесены обновления для включения более детальной информации по образованию и подготовке работников здравоохранения, в том числе о количестве прошедших углубленные программы обучения в области здравоохранения. Новое программное обеспечение (*sistema de informação sobre a graduação em saúde*, или SIGRAS), а также последняя версия пакета SIG-RHS стали доступными в интернете (17) (см. также вставку 9.2). Имеющиеся в свободном доступе, адаптируемые, имеющиеся в интернете или в местной сети программы должны способствовать интеграции данных из местных учреждений здравоохранения с другой информацией

по процессам подготовки и управления КРЗ, снижать операционные расходы, укреплять процессы распространения и использования данных и расширять базу фактических данных для информирования принятия решений по изменению управления внутри организаций.

9.4 Выводы

Из-за растущей заинтересованности в укреплении системы здравоохранения и, в частности, ее важнейшей функции, связанной с кадровыми ресурсами, потребность в документации и анализе тенденций и результатов, относящихся к трудовым ресурсам здравоохранения, становится частью глобальной и национальной повестки дня по мониторингу результатов деятельности системы здравоохранения. Хотя внедрение и поддержка функционирующей ИСКР в рабочем состоянии на национальном, региональном и глобальном уровнях является непростой задачей, эта задача выполнима, учитывая политическую приверженность и растущее стремление многих стран к выработке политики, основанной на фактических данных, для достижения прогресса в решении насущных проблем, связанных с КРЗ. Создание и устойчивое развитие всеобъемлющей ИСКР для информирования принятия решений является вопросом, связанным с лидерством, финансами, образованием, партнерствами и управлением (18).

Многие страны (и в частности их министерства здравоохранения) все активнее стремятся получить четко определенные индикаторы и высококачественные данные для постоянного мониторинга состояния кадров здравоохранения и оценки результатов. Однако страны не только стремятся получить новейшие технологии и техническую поддержку, сопровождающиеся предоставлением привлекательных учебников и руководств, им необходимы применимые на практике средства и простые в использовании методы мониторинга сложной динамики кадров здравоохранения. Стандартная и жесткая по своей природе концепция внедрения ИСКР не является ни полезной, ни достаточной. Опыт с мест показывает, что «одна концепция для всех» - не решение проблемы, учитывая уникальность контекста, в котором существуют кадры здравоохранения в каждой стране.

В то же время в этой главе был продемонстрирован ряд общих моментов в различных примерах и уроках стран, которые имеют важное значение для создания жизнеспособной, эффективно функционирующей и устойчиво развивающейся в рамках обычной системы управления здравоохранением ИСКР.

Во-первых, если другие партнеры и представители на местах должны принимать участие в процессе на всем его протяжении, министерство здравоохранения должно нести основную ответственность за создание и организационное закрепление информационной системы. Более того, институциональная готовность является самым важным условием функционирования и жизнеспособности ИСКР. Часто в процессе организации и мониторинга ИСКР все заинтересованные в ней стороны впервые собираются вместе, что обеспечивает обмен информацией и способствует определению тех данных, которые уже имеются, и достижению консенсуса по отбору надлежащих индикаторов

Таблица 9.2 Выбранные индикаторы и соответствующие критерии, использованные для оценки работы системы информации и управления в отношении КРЗ в Бразилии

Индикатор	Варианты ответов для определения уровня эффективности работы		
	Высокий	Средний	Низкий
Охват внедрением ИСКР среди серверов, зарегистрированных в сети государственных служб здравоохранения	По меньшей мере 90% зарегистрированных серверов	Между 70 и 90% зарегистрированных серверов	Меньше 70% зарегистрированных серверов
Полнота информационных источников, собранных в ИСКР	Сбор данных из первичных источников и полноценных областей	В основном используются вторичные источники данных, а также хотя бы один обзор первичных источников	Неполный сбор/компиляция данных
Эффективность внедрения ИСКР	Выпуск первого отчета о распространении данных меньше чем через 3 месяца после завершения сбора данных	Выпуск первого отчета о распространении данных через 3-6 месяцев после завершения сбора данных	Первый отчет о распространении данных выпущен больше чем через 6 месяцев после завершения сбора данных или не выпущен вообще
Регулярность реализации ИСКР	Данные обновляются в обычном порядке	Данные обновляются либо время от времени, либо по требованию	Данные не обновляются
Регулярность использования ИСКР	Отчеты о распространении выпускаются регулярно в течение последних четырех месяцев или по требованию	Отчеты о распространении не выпускаются регулярно, но выпускаются хотя бы один раз в 6 месяцев	Отчеты о распространении не выпускаются

Источник: Pierantoni (15).

и контрольных показателей. Обучение и создание потенциала среди заинтересованных в системе сторон имеет решающее значение, начиная с ранних стадий планирования, не только для анализа данных и базовых навыков в области информационных технологий, но также в распространении и использовании данных для информированного принятия решений.

Необходимо также учитывать ряд практических моментов. Актуальность ИСКР для обзора национальной ситуации с КРЗ в значительной степени зависит от качества данных, которые в нее вводились. Показатели, позволяющие оценивать качество данных, включают обоснованность, надежность, полноту, точность, достоверность и актуальность системы (19). Например обоснованность данных может подвергаться риску, когда индивидуальные записи не обновляются на предмет выхода на пенсию, эмиграции или смерти работника. Хотя ИСКР продолжает развиваться, формальный план оценки качества данных будет включать сравнение обычных административных данных, используемых для постоянного мониторинга, с данными периодических обследований или переписей. Другой вопрос, тесно связанный с качеством данных, касается охраны частной информации и конфиденциальности. Данные, которые могут идентифицировать индивидов, не должны быть доступными для общего пользования. Даже обмен агрегированными данными должен производиться с разрешения отвечающей за них заинтересованной стороны.

Хотя в этой главе было описано идеальное, плановое поступательное движение в направлении полноценного и хорошо продуманного программного продукта, опыт показывает, что в некоторых случаях “чем меньше, тем

лучше” и что терпение очень важно для того, чтобы оставить пространство и время для осознания ответственности и вовлечения различных сторон до того, как будет в спешке принято окончательное решение. В частности, хотя существуют специальные программные продукты для ИСКР, выбор бесплатных и находящихся в свободном доступе программ дает значительные преимущества для устойчивого развития в тех странах, где рентабельные решения абсолютно необходимы (1). Находящиеся в свободном доступе программные продукты снижают стоимость внедрения и текущего обеспечения функционирования ИСКР, а также вовлекают глобальное сообщество пользователей для оказания поддержки и постоянного усовершенствования. Многие правительства и системы здравоохранения выбрали путь стандартизации на базе технологий, находящихся в открытом доступе, и создания необходимого потенциала для их поддержки с целью извлечения максимальной пользы.

К сожалению, некоторые страны все еще противодействуют тому, чтобы сделать данные общедоступными для дальнейшего анализа, особенно там, где наблюдается серьезный дефицит КРЗ. Настоятельно рекомендуется привязывать результаты, полученные с помощью информационной системы к решению проблем экспертами в области планирования и управления трудовыми ресурсами здравоохранения. Обмен последовательной информацией важен для того, чтобы стратегии в области людских ресурсов могли сравниваться между собой и использоваться другими. Обмен информацией между странами в рамках процесса укрепления КРЗ предоставляет модели, которые помогают избежать повторения ошибок и стандартизирует информацию

Таблица 9.3 Выбранные индикаторы и результаты оценок институционального воздействия системы информации и управления КРЗ в Бразилии

Индикатор	Ожидаемый результат	Варианты ответа на вопрос об институциональном воздействии		Результаты обследования (n=9 учреждений)
		Да	Нет	
Использование информации, предоставляемой ИСКР, в процессе планирования и управления КРЗ	Усовершенствование процессов управления и планирования, а также потенциала КРЗ	Внедрение ИСКР повлияло, по крайней мере, на три из следующих процессов: <ul style="list-style-type: none"> - профессиональная квалификация; - планирование кадровых ресурсов; - формирование коллектива; - повышение квалификации; - планирование комплектации персоналом, карьерного роста и оплаты труда; - децентрализация управления КРЗ. 	Внедрение ИСКР не внесло изменений в процесс управления КРЗ	Да=100%
Использование информации по КРЗ в процессе управления системой здравоохранения на местном уровне	Стимулирование инноваций/ переформулирования процессов управления в децентрализованных системах здравоохранения	Внедрение ИСКР повлияло, по крайней мере, на один из следующих процессов: <ul style="list-style-type: none"> - реструктурирование местных служб здравоохранения; - интеграция информации по КРЗ и других баз данных в системы здравоохранения; - внедрение программ по улучшению показателей деятельности 	Внедрение ИСКР не внесло изменений в управление системой здравоохранения.	Да=78%

Источник: Pierantoni (15).

и фактические данные по КРЗ в регионах и странах. Как будет далее обсуждаться в главе 12 этого Руководства, обсерватории по КРЗ являются действенным механизмом, который может использоваться для широкого распространения информации и фактических данных в поддержку эффективных практических действий на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Вставка 9.2 Внедрение и использование информационной системы SIGRHS для управления КРЗ в Гвинее-Бисау

Система информации и управления в отношении КРЗ SIGRHS была принята и внедрена Министерством общественного здравоохранения Гвинеи-Бисау в рамках партнерства между Министерством здравоохранения Бразилии и Всемирной организацией здравоохранения по поддержке использования информационных систем для развития кадров здравоохранения в государствах-членах PALOP (Организации стран Африки, где португальский язык является официальным).

Чтобы ввести в действие программное обеспечение SIGRHS для сбора, хранения и анализа данных в Гвинее-Бисау, было необходимо адаптировать систему к местным особенностям. Новая конфигурация была основана на административной организации системы здравоохранения страны, организационной структуре Министерства общественного здравоохранения, определении и распределении учреждений и служб здравоохранения на районном уровне, позиций и мест работы службы здравоохранения и структуре системы образования для подготовки квалифицированных поставщиков услуг здравоохранения.

Также необходимо было загрузить около 2400 уже имевшихся документов по комплектации персоналом учреждений, имевшихся в форме простой электронной таблицы (файл в формате Excel). Включение этих исходных данных в адаптированную систему SIGRHS позволило составить предварительные сводки и определить исходную структуру кадров здравоохранения. Результаты продемонстрировали, что кадры здравоохранения в государственном секторе Гвинеи-Бисау в основном состояли из работников с более низким уровнем образования; отмечено, что только 11% имели образование университетского уровня. Большинство работников здравоохранения (63%) работали в учреждениях по предоставлению первичной медико-санитарной помощи, 25% - в учреждениях вторичной помощи, а оставшиеся 12% - в учреждениях третичного уровня.

Библиография

1. *Global HRIS strengthening*. Capacity Project (<http://www.capacityproject.org/hris>, accessed 24 January 2009).
2. Hotz VJ, Goerge R, Balzekas J, Margolin F, eds. Administrative data for policy-relevant research: an assessment of current utility and recommendations for development. In: *Report of the Advisory Panel on Research Uses of Administrative Data of the Northwestern University/University of Chicago Joint Center for Poverty Research*, 1998.
3. *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, accessed 10 January 2009).
4. *Confidentiality and security of HIV information*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Confidentiality/default.asp>, accessed 24 January 2009).
5. Bowen S, Zwi AB. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7) (http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0020166-L.pdf, accessed 24 January 2009).
6. Ministry of Health, Republic of Uganda (<http://www.health.go.ug/>, accessed 24 January 2009).
7. *Global HRIS strengthening: iHRIS software suite*. Capacity Project, 2008 (<http://www.capacityproject.org/hris/suite>, accessed 24 January 2009).
8. Mshana E. *Addressing the human resources for health crisis in Uganda*. Presented at the National Symposium on Developing Human Resources for Health hosted by the Uganda Ministry of Health, Kampala, 2–4 April 2006.
9. Ahmed HS. Monitoring and evaluation system of the Federal Ministry of Health: the current situation and future perspective. *Sudanese Journal of Public Health*, 2008, 3(1):39–40.
10. *Sudan National Health Policy, 2006*. Federal Ministry of Health of the Republic of the Sudan, 2006.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (<http://www.ibge.gov.br/home/>, accessed 24 January 2009).
12. Pierantoni CR. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde. In: Ministério da Saúde, *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
13. Perez JRP. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico EM, ed. *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo, Cortez, 1999.
14. Pierantoni CR, Viana AL. Avaliação de processo na implementação de políticas públicas: a implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no contexto das reformas setoriais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2003, 13(1):59–92.
15. Pierantoni CR. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Uma estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde* [doctoral thesis]. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.
16. *Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde: ProgeSUS*. Ministry of Health of Brazil, 2007 (<http://www.saude.gov.br>, accessed 24 January 2009).
17. Department of Health Planning and Administration: Workstation of the Health Human Resources Observatory Network, Social Medicine Institute, University of the State of Rio de Janeiro (<http://www.obsnetims.org.br>, accessed 24 January 2009).
18. World Health Organization. *Strengthening national and subnational departments for human resources development*. Health Workforce Development Series, Issue 1. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (<http://www.emro.who.int/dsaf/dsa954.pdf>, accessed 24 February 2009).
19. Selvaggio MP. *Producing good data: data quality management*. Presented at the professional development workshops prior to the South African Monitoring and Evaluation Association (SAMEA) Conference, Gauteng, 26–28 March 2007.

10

Понимание проблем трудовых ресурсов здравоохранения: пособие по некоторым вопросам использования качественных методов

TOMAS LIEVENS, MAGNUS LINDELOW, PIETER SERNEELS

10.1 Введение

Фактические данные, которые используются в качестве доказательств, - важнейший компонент разработки эффективной политики и стратегий в области трудовых ресурсов здравоохранения. Разработчики политики нуждаются в информации об объеме и распределении рабочей силы здравоохранения, притоке и оттоке кадров, абсолютном и относительном уровне заработной платы работников здравоохранения и т. д. Им также необходимо понимать, почему наблюдается конкретная ситуация на рынке труда и как различные стратегии или реформы в этой области могут повлиять на интересующие их результаты. Например, если в стране имеются проблемы с обеспечением персоналом сельских учреждений, почему это происходит? Можно ли решить проблему путем внедрения системы договорных обязательств, возможно, в сочетании с финансовыми стимулами, или необходимы другие подходы? Или, если проблема состоит в том, что слишком мало работников здравоохранения выбирает карьеру в государственном секторе, предпочитая вместо этого работу в частном, разработчики политики должны понять, в чем заключается притягательность учреждений частного сектора, и как работники здравоохранения будут реагировать на различные формы государственного регулирования, направленного на ограничение такого перемещения кадров.

В других главах этого Руководства освещается, как количественные данные, полученные из административных источников, при оценке учреждений здравоохранения и из демографических источников могут помочь удовлетворить потребности разработчиков политики в информации и доказательствах. Подобные данные могут пролить свет на структуру и тенденции, относящиеся к трудовым ресурсам здравоохранения, на детерминанты, определяющие поведение работников на рынке труда и их выбор, а также на воздействие политики и нормативных положений, касающихся трудовых ресурсов. Однако количественные данные имеют серьезные ограничения, особенно когда речь идет о проблемах или явлениях, плохо поддающихся пониманию, или которые трудно классифицировать и измерить. С учетом этих ограничений, в этой главе основное внимание уделяется возможностям использования качественных методов для подкрепления и дополнения количественного анализа, направленного на понимание проблем кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ).

Качественные методы включают широкую палитру методик и подходов для описания и понимания социальных явлений. В отличие от количественных методов, при использовании качественных методов акцент смещается от структурирования и точных измерений в сторону более открытых подходов к изучению, анализу и интерпретации поведения и явлений. Хотя зачастую трудно делать обобщения на основе данных качественного анализа, собранная с их помощью обширная информация может представлять значительную ценность. Рассмотрим, например, усилия, направленные на понимание воздействия текущих или запланированных реформ рынка труда здравоохранения. Вероятно, это воздействие будет зависеть от широкого спектра факторов, многие из которых трудно измерить (например, предпочтения и ожидания работников здравоохранения, социальные и культурные условия, механизмы реализации). Более того, некоторые воздействия реформ на такие конечные результаты, как удовлетворенность работой, работа в команде или поведение на рабочем месте, сами по себе трудно поддаются измерению и могут даже не предполагаться.

Таким образом, очевидно, что качественные методы могут быть полезны для понимания контекста, в котором осуществляются стратегии или вмешательства, так как они прогнозируют поведенческие реакции и последствия, выявляя проблемы осуществления и проливая свет на то, как в действительности воспринимают и понимают проводимую политику заинтересованные стороны. Цель этой главы заключается в предоставлении ряда рекомендаций по разработке и реализации качественных исследований. Для этого в ней использована обширная методическая литература и результаты множества прикладных исследований, хотя она и не претендует на роль всеобъемлющего руководства по качественным методам. Акцент в тексте сделан на практических советах и рекомендациях по использованию качественных методов для исследования КРЗ. По более фундаментальным вопросам, в том числе эпидемиологическим, мы отсылаем читателя к работам, в которых эти вопросы рассматриваются более подробно, чем это возможно в рамках данной главы (1-11).¹ Чтобы проиллюстрировать методологию и потенциальную ценность качественного исследования,

¹ Общие данные по вопросам методологии проведения качественного исследования и интерпретации полученных данных представлены, например, у Becker (1), Bryman (2), Bryman и Burgess (3), Denzin и Lincoln (4), Flick (5), Greene (6), Seale (7), Silverman (8, 9), Walker (10) и Wolcott (11).

в главе даны описания двух исследований, проведенных в Эфиопии и Руанде.

Оставшаяся часть главы организована таким образом: в следующем разделе описаны качественные методы и подходы, а также рассматривается польза от их применения для изучения кадров здравоохранения. Затем следует раздел, в котором обсуждаются некоторые вопросы, связанные с дизайном и реализацией исследований кадров здравоохранения. В последнем разделе содержится ряд предложений по расширению и совершенствованию качественных исследований КРЗ в будущем.

10.2 Качественные методы: их ценность и потенциал

10.2.1 Определение качественного исследования

Чаще всего используется следующее определение качественного исследования: «исследование, которое не носит количественный характер». Этот альтернативный подход сконцентрирован на том, что является общим для всех качественных исследований, то есть на использовании данных, представленных в виде текста, что само по себе оказывает глубокое воздействие на методы, которые применяются как для сбора, так и для анализа данных (1, 12, 13). Другая отличительная черта качественных исследований заключается в том, что, как правило, исследователь активно вовлечен в сбор данных. Качественное исследование в большей степени, чем количественное, требует оперативного принятия решений: что регистрировать, на чем акцентировать внимание и где необходимо углубляться в детали. На уровне анализа существует та же проблема, так как результаты в большей степени, чем при количественном исследовании, зависят от интерпретации данных.

На практике термин «качественное исследование» применим к широкому спектру разнообразных методик. В этой главе выделены три основных методологических подхода: (i) индивидуальное интервью; (ii) обсуждения в фокус-группах;

и (iii) этнографический метод или включенное наблюдение (вставка 10.1). Каждая из этих обсуждаемых здесь трех методик,² имеет свои преимущества и недостатки и, как правило, обладает рядом сильных и слабых сторон.

10.2.2 Сильные и слабые стороны

Размышляя о сильных и слабых сторонах качественных методов, полезно начать с их сопоставления с количественными методами. Последние для сбора количественных данных полагаются на структурированные инструменты, которые соответствуют заданным категориям и классификациям. Полученные в результате данные можно легко описать и суммировать. Более того, если данные являются репрезентативными для более широких слоев населения, можно использовать статистические методы, чтобы сделать выводы относительно этой группы населения, а также исследовать многомерные отношения.

Качественные методы, наоборот, обычно требуют меньшей структурированности данных, что имеет ряд преимуществ:

- Они позволяют получать открытые ответы и интерактивно исследовать проблему вместе с респондентом. Это может пролить свет на вопросы, которые трудно измерить, например касающиеся убеждений, чувств, ценностей и восприятия. Благоприятным «побочным эффектом» такого подхода является то, что он, кроме всего прочего, позволяет регистрировать лексику участников, которая часто полезна для разработки схемы количественных исследований, а также для общения с заинтересованными сторонами по изучаемым проблемам.
- Открытое взаимодействие с респондентом или респондентами помогает создать атмосферу доверия и взаимопонимания, необходимую при изучении сложных или деликатных вопросов, либо при общении с социально

2 В этой главе не рассматриваются другие методики качественных исследований, например использующие лингвистический подход (такие, как дискурс-анализ языкового общения), проективные техники, изучение случаев и анализ текста. Tesch (14) выделяет 26 различных видов качественных подходов к проведению социологических исследований. Чтобы получить представление о них, см. источники, перечисленные в сноске 1 этой главы.

Вставка 10.1 Три важных методики качественного исследования

Индивидуальное интервью. Это общий термин для описания интервью, носящего качественный характер. Интервьюер может выбрать структурированный, полуструктурированный или неструктурированный подход. Отличие качественного индивидуального интервью состоит в том, что ответы остаются открытыми и регистрируются в виде текста, в то время как при количественных исследованиях варианты ответов сформулированы заранее.

Обсуждения в фокус-группах. Групповые дискуссии, во время которых респондентов просят открыто обсуждать определенные темы. По характеру они обычно полуструктурированные или неструктурированные.

Этнография и включенное наблюдение. Сбор данных, в процессе которого исследователь на некоторое время погружается в социальную среду, чтобы наблюдать и слушать; цель - оценка особенностей культуры участников изучаемой группы и процессов, происходящих в ней.

ущемленными или труднодоступными группами населения. Например, как известно, темы, связанные с коррупцией и другими незаконными видами поведения, трудно охватить при проведении опросных обследований, но можно успешно исследовать (хотя и не измерять), используя качественные подходы.

- Качественные методы могут помочь в понимании поведения, а также отношений между различными переменными. Например, они могут использоваться для исследования моделей поведения (таких как предоставление услуг в сельской местности работниками здравоохранения с различными социально-экономическими и демографическими характеристиками) или характера взаимоотношений между различными измеряемыми переменными (такими как образование и внешняя миграция).
- Благодаря целевому отбору респондентов для индивидуального интервью или для участия в фокус-группе качественные методы могут выявить различия во мнениях и взглядах отдельных респондентов или участников групп и исследовать причины этих различий.

Неизбежно, что за достоинства качественных методов приходится платить. Ясно, что одним из ограничений качественных данных является то, что их нелегко описать и обобщить. В результате, трудно сделать заключение о масштабе и относительной важности явлений, рассматриваемых в качественном исследовании. Вероятно, еще важнее, что число респондентов в качественном исследовании обычно меньше, и их отбор проводится более целенаправленно. Это означает, что по большому счету полученные данные нельзя считать репрезентативными и позволяющими проводить обобщения в отношении широких слоев населения. Другим потенциальным ограничением является относительно низкий уровень объективности из-за активного участия исследователя в сборе данных и интерактивного характера их получения. Эта особенность качественных методов также означает, что качественное исследование трудно воспроизвести другим исследователям

или в другом контексте. Хотя эти слабые стороны качественных методов до определенной степени проистекают из самого подхода, их частично можно преодолеть путем тщательной проработки схемы и способов осуществления исследования, а также прозрачного документирования методов и подходов (см. раздел 9.3 ниже).

Сильными и слабыми сторонами качественных методов объясняется привлекательность сочетания качественного исследования с количественным, поскольку они хорошо дополняют друг друга. Некоторые авторы сделали попытку отразить отличительные признаки двух методов в форме убедительных и простых для восприятия образов и концепций. Эти признаки, представленные в таблице 10.1, являются обобщениями и не всегда присущи каждому случаю; тем не менее они полезны и показывают, что качественное исследование может, к примеру, помочь, когда для тонкой настройки гипотез, которые можно исследовать с помощью количественных методов, теоретическая база слаба или отсутствует, или когда необходимо более глубокое понимание результатов количественного исследования (15–17). Более того, качественные методы могут помочь в разработке вопросников для количественных исследований, показывая, как заинтересованные стороны воспринимают и обсуждают политику или явление, и определяя, какими могут быть вероятные ответные реакции и поведение по отношению к определенной политике (2, 12, 15, 18, 19).³

С учетом сильных и слабых сторон, перечисленных выше, качественные методы широко используются для исследования систем здравоохранения, включая попытки понять мотивы поведения, характеризующегося активным обращением в службы здравоохранения, выявить потребности сообществ в медицинских услугах, оценить качество помощи и удовлетворенность клиентов и разработать программы для труднодоступных групп (например, работников коммерческого секса и потребителей инъекционных наркотиков). Поэтому

3 Более подробно о сочетании качественных и количественных подходов см. у Bryman (2), Holland и Campbell (12), Hammersley (15) и Morgan (18). Об информационных ресурсах и ведущейся в настоящее время дискуссии о различиях, взаимодополняемости и нестыковках двух подходов при проведении исследований бедности, см. материалы Центра международных исследований (19).

Таблица 10.1 Отличительные характеристики качественных и количественных подходов

Качественные	Количественные
Слова	Числа
Точка зрения участников	Точка зрения исследователя
Приближенность исследователя	Дистанцированность исследователя
Возникновение гипотезы	Проверка гипотезы
Неструктурированный	Структурированный
Понимание контекста	Обобщение
Всесторонние, глубокие данные	Объективные, достоверные данные
Осмысление причин поведения	Поведение
В основном следует индуктивному подходу	В основном следует дедуктивному подходу

Источник: Адаптировано из Hammersley (15), Bryman (16) и Halfpenny (17).

неудивительно, что существует значительный и быстро увеличивающийся объем качественных исследований, посвященных вопросам, связанным с КРЗ.

10.2.3 Качественное исследование кадров здравоохранения

Область исследований кадров здравоохранения сравнительно молодая. Важным следствием этого является то, что имеется незначительная теоретическая основа для изучения поведения работников здравоохранения. В связи с этим, проведенные количественные исследования, хотя и весьма многочисленные, носят в основном описательный характер и могут существенно выиграть от применения качественного подхода. Качественные исследования могут, например, помочь в понимании и категоризации сложных условий, в которых функционируют работники здравоохранения. Они также могут помочь разобраться в мотивации, определяющей некоторые виды поведения, и внести вклад в разработку усовершенствованных методов для оценки результатов деятельности работников здравоохранения. Исследователи, изучающие поведение работников здравоохранения, все в большей степени осознают эти и другие потенциальные преимущества качественного подхода; это видно на примере все большего числа исследований, касающихся работников здравоохранения, в которых применяется данный подход.

В таблице 10.2 показано, как качественные исследования использовались в самых разных формах для изучения множества вопросов, касающихся кадров здравоохранения, - от широкого спектра диагностических упражнений для исследования мотивации и поведения работников здравоохранения на рабочем месте и на рынке труда до более узконаправленных исследований конкретных явлений, например совместительства или миграции. Большинство работ посвящено проблемам, которые трудно понять или измерить, используя количественный подход. Это касается, например, производительности труда и мотивации работников здравоохранения, коррупции и взаимоотношений между поставщиками и потребителями услуг здравоохранения. В большинстве работ используются индивидуальные качественные интервью или обсуждения в фокус-группах, или и то и другое. Включенное наблюдение использовалось не так широко, возможно, из-за конфиденциального характера отношений между работниками здравоохранения и пациентами. Тем не менее хороший пример того, что может дать использование этого метода, предложили Jaffr и Olivier de Sardan (20); в своем фундаментальном исследовании взаимоотношений «врач-пациент» в пяти странах Западной Африки они сочетали метод включенного наблюдения с визитами на места, структурированными интервью и дискуссиями в фокус-группах.

В некоторых случаях качественное исследование проводится как дополнение количественного исследования либо для того, чтобы решить «головоломку», полученную в результате количественного исследования, либо при его подготовке. На вставке 10.2 даны примеры, как качественное исследование может помочь в подготовке количественного анализа.

Хотя в качественных исследованиях, посвященных КРЗ, уже получена значительная информация, многое еще можно и нужно сделать. Сюда относится изучение в различных

контекстах вопросов, аналогичных представленным в таблице 10.2, и использование качественных методов для лучшего понимания более широкого круга вопросов, связанных с рынком труда в секторе здравоохранения. Эта тема будет вновь рассмотрена в заключительном разделе главы.

10.3 Вопросы, связанные с разработкой дизайна и проведением качественного исследования

В то время как в предыдущем разделе подчеркивается ценность и потенциальные возможности использования качественных методов для исследования кадров здравоохранения, в этом разделе рассматриваются основные практические вопросы, возникающие при разработке дизайна исследования и его реализации. В нем основное внимание уделено интервьюированию и обсуждению (термины, которые в этой главе взаимозаменяемы, исходя из концепции, что свободное взаимодействие допускается и в том и в другом случае). Третья методика, описанная выше (этнографический метод и включенное наблюдение), редко применяется в научных исследованиях кадров здравоохранения и здесь не прорабатывается, так как она требует более специфической методологии и других навыков. Источники, процитированные в сноске 1 данной главы, содержат более подробное всестороннее руководство по техникам и методам.

10.3.1 Какого типа интервью использовать?

Один из первых вопросов, которые необходимо рассмотреть, с кем будет проводиться интервью - с отдельными лицами или с группой лиц. Основное различие между индивидуальным интервью и групповым обсуждением заключается во взаимодействии между членами группы. Групповые дискуссии, которые обычно проходят в группах численностью от четырех до девяти человек, позволяют исследователям выявить множество мнений по определенной теме, изучить и сравнить различные мнения участников. Они также позволяют исследователю за относительно короткий отрезок времени собрать данные по большому спектру различных видов поведения. Один из рисков при групповых дискуссиях состоит в том, что некоторые участники начинают доминировать, в то время как другие воздерживаются от выражения своих мыслей, поскольку они не соответствуют преобладающему мнению. Это может приводить к «ложному консенсусу».

Преимуществом индивидуальных интервью («лицом к лицу») является то, что они дают больше возможностей для более подробного и широкого обсуждения темы с каждым из участников. Кроме того, в этом случае безопасная и приватная обстановка повышает вероятность создания атмосферы доверия и открытости, что облегчает обсуждение табуированных тем. Более того, исследователь может связать результаты обсуждения с характеристиками респондента (такими, например, как профессиональный опыт или социально-экономическое положение). В целом, управлять индивидуальными интервью легче, чем групповыми дискуссиями. Однако иногда при проведении индивидуального интервью труднее сконцентрировать его на рассматриваемой теме, особенно когда интервью не структурировано и существует риск получения большого объема данных,

Таблица 10.2 Примеры качественных исследований, проведенных среди работников здравоохранения

Тема	Основное направление исследований	Подход	Библиография
Копинговые стратегии	Исследование теневой экономической деятельности работников здравоохранения в Уганде, включая хищения лекарственных препаратов, неофициальное взимание платы с пациентов и злоупотребления в отношении средств, полученных с пациентов при официальной оплате	Комбинированный количественный и качественный подход	McPake et al. (21)
	Оценка распространенности и причин хищения лекарственных препаратов персоналом в Мозамбике и Кабо-Верде	Сочетание открытых и закрытых вопросов в обследовании, использующем самостоятельное заполнение вопросников в небольшой целевой выборке	Ferrinho et al. (22)
	Исследование роли профессиональной идентичности, мотивации и других факторов для понимания стратегий "выживания", используемых работниками здравоохранения в ответ на реформы системы здравоохранения в Уганде	Качественные глубинные интервью и дискуссии в фокус-группах в четырех целенаправленно отобранных учреждениях	Kayaddondo и Whyte (23)
	Исследование того, как работники здравоохранения в Камеруне приспосабливаются к сокращению заработной платы, и влияния копинговых стратегий на качество услуг	Интервью с основными информантами и дискуссии в фокус-группах, а также интервью с потребителями услуг	Israr et al. (24)
Совместительство	Исследование влияния финансовых и нефинансовых стимулов на формирование предпочтений в отношении работы у врачей в Бангладеш, которые заняты одновременно на государственной службе здравоохранения и имеют частную практику	Качественное обследование в сочетании с глубинными интервью в подгруппах выборки	Gruen et al. (25)
	Исследование деятельности, дающей дополнительный доход, среди врачей государственного сектора в португальскоязычных африканских странах и причин, по которым они окончательно не покидают государственный сектор	Сочетание открытых и закрытых вопросов в обследовании, использующем самостоятельное заполнение вопросников в небольшой целевой выборке	Ferrinho et al. (26)
	Изучение природы совместительства в Перу, включая основные факторы, влияющие на индивидуальные решения заниматься двойной практикой	Полуструктурированные интервью в целевой выборке работников здравоохранения	Jumpa et al. (27)
Неофициальное взимание платы и коррупция	Исследование оплаты (официальной и неофициальной) медицинских услуг из собственных средств в Грузии	Глубинные интервью и дискуссии в фокус-группах с потребителями и поставщиками услуг	Belli, Gotsadze и Shahriari (28)
Мотивация	Исследование широкого спектра мотивационных детерминант и конечных результатов в двух больницах Иордании и в двух больницах Грузии	Контекстуальный анализ, качественная оценка и количественный анализ	Franco et al. (29)
	Оценка основных мотивирующих факторов среди медицинских работников и менеджеров во Вьетнаме	Дискуссии в фокус-группах, глубинные интервью и "выходные" интервью (при увольнении)	Dieleman et al. (30)
	Оценка роли нефинансовых стимулов и профессиональных этических принципов в мотивации работников здравоохранения в Бенине и Кении	Полуструктурированные интервью с врачами и медсестрами, работающими в государственных, частных и неправительственных учреждениях в сельских районах	Mathauer и Imhoff (31)
Привлечение и удержание	Изучение барьеров, препятствующих привлечению и удержанию медсестер в штате Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки	Дискуссии в фокус-группах	Brewer et al. (32)

Тема	Основное направление исследований	Подход	Библиография
Международная миграция	Понимание причин эмиграции работников здравоохранения в Малави	Глубинные интервью и дискуссии в фокус-группах	Muula и Maseko (33)
	Понимание мотивов и опыта индийских медицинских работников-мигрантов, работающих в медицинских учреждениях Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии	Глубинные интервью в течение 6-месячного периода	Robinson и Carey (34)
	Опыт медсестер-мигрантов в больницах Соединенного Королевства	Глубинные интервью	Hardill и MacDonald (35)
	Представления и мнения тех, кто занимается наймом мигрантов, и самих мигрантов из развивающихся стран	Глубинные интервью с главными врачами больниц и иностранными медсестрами	Troy, Wyness и McAuliffe (36)
Качество/ сложившаяся практика	Исследование того, как организационные вопросы, профессиональная незащищенность и другие факторы влияют на пренебрежительное отношение к пациентам и неудовлетворительное качество клинической помощи в Южной Африке	Минимально структурированные глубинные интервью и дискуссии в фокус-группах с участием пациентов и персонала	Jewkes, Abrahams и Mvo (37)
	Критический обзор и анализ неудовлетворительного качества помощи в пяти столичных городах западноафриканских стран	Включенное наблюдение в сочетании с глубинными интервью и дискуссиями в фокус-группах	Jaffré и Olivier de Sardan (20)
	Оценка изменений в характере назначений и качестве помощи, связанных с введением оплаты услуг пациентами в Гане	Глубинные интервью и дискуссии в фокус-группах	Asenso-Okyere et al. (38)
Различные диагностические упражнения	Исследования опыта работников первичной медико-санитарной помощи в Танзании в отношении мотивации, удовлетворенности и фрустрации	Дискуссии в фокус-группах и глубинные интервью	Manongi, Marchant и Bygbjerg (39)
	Исследование вопросов, связанных с результатами деятельности и рынком труда, среди врачей и медсестер в Эфиопии	Интервью с основными информантами и дискуссии в фокус-группах (медсестры, врачи и потребители услуг)	Lindelow и Serneels (40)
	Исследование вопросов, связанных с результатами деятельности и рынком труда, среди врачей и медсестер в Руанде, с особым вниманием к выбору карьеры и результатам деятельности в связи с угрозой ВИЧ/СПИДа	Дискуссии в фокус-группах с поставщиками и потребителями медицинских услуг и с людьми, живущими с ВИЧ	Lievens и Serneels (41)

анализ которых потребует значительных усилий. Кроме того, по сравнению с групповыми интервью, индивидуальные интервью требуют больше времени и дороже обходятся.⁴

В таблице 10.3 представлены некоторые рекомендации относительно того, когда следует использовать групповые и индивидуальные интервью; при этом во внимание принимаются вопросы логистики и финансирования (43). Часто в исследованиях кадров здравоохранения используется третий вариант – сочетание обоих подходов (для иллюстрации см. пример в таблице 10.2).

4 Когда индивидуальные интервью проводят со специалистами в определенной области, их часто называют “экспертными интервью”. Например для понимания политики и институционального контекста, в рамках которых осуществляют свои действия работники здравоохранения, может быть полезным провести интервьюирование правительственных чиновников национального и районного уровня, представителей профессиональных медицинских ассоциаций и неправительственных организаций, действующих в секторе здравоохранения, и других.

Еще один выбор, который необходимо сделать исследователям, касается того, до какой степени будут структурированы интервью или дискуссия. На вставке 10.3 дано краткое описание наиболее известных видов интервью в соответствии со степенью их структурирования (2, 13, 43, 44). На самом деле, структурированные и неструктурированные интервью составляют одно целое. Существенная отличительная характеристика – степень свободы, позволяющей респондентам выражать и развивать свою точку зрения, а интервьюерам направлять обсуждение. Если цель состоит в том, чтобы собрать разносторонние и подробные данные по темам, о которых известно мало, сценарий должен быть менее структурированным. Это достигается ценой получения от респондентов менее сопоставимых данных. Кроме того, чем менее структурировано интервью, тем больше навыков и опыта требуется от интервьюера, а в дальнейшем от того, кто будет эти данные анализировать.

Особый случай группового интервью – обсуждение в фокус-группе – представляет собой полуструктурированное

Вставка 10.2 Использование качественных исследований с целью получения информации для проведения количественных исследований: абсентеизм в Эфиопии и Руанде

На сегодняшний день в большинстве научных работ по изучению невыходов на работу используется количественный подход, заключающийся в анализе характеристик, содержащихся в стандартной экономической теории. В применении к работникам здравоохранения количественный подход, как правило, носит исследовательский характер. Важная причина этого состоит в том, что, как оказалось, существующие теоретические концепции, касающиеся абсентеизма, в меньшей степени пригодны для изучения КРЗ, особенно в развивающихся странах.

Для рассмотрения этого вопроса были проведены два качественных исследования (в Эфиопии и Руанде) с использованием дискуссий в фокус-группах, организованных по сходной схеме. Отмечалось, что эти исследования являются предварительными, так как их основная цель состояла в том, чтобы собрать исходные данные для будущего количественного исследования. Финансовая поддержка для его осуществления была получена от Всемирного банка, Фонда Билла и Мелинды Гейтс и правительства Норвегии.

Исследования подтвердили, что существующая теория далека от того, чтобы служить основой для анализа абсентеизма среди работников здравоохранения в этих двух странах. Обсуждения в фокус-группах показывают, что теоретически прогностические корреляты невыходов на работу (заработная плата, часы работы по контракту и ожидаемая “расплата” при обнаружении неявки) влияют на абсентеизм, как указано в теории, но оказалось, что их относительное значение зависит от конкретной страны. Исследования также показывают, что дополнительные факторы, такие как доступность второй работы, внутренняя мотивация, профессиональная мобильность и имеющиеся риски для здоровья, играют важную роль в объяснении частоты прогулов. В таком случае это является аргументом в пользу пересмотра теоретической и эмпирической оценки, чтобы иметь возможность учитывать широкий набор детерминант.

Источник: Адаптировано из Serneels, Lindelow и Lievens (42).

групповое обсуждение конкретного набора тем. В данном случае сценарий используется в основном как памятка, и основой методики является “побуждение” и “зондирование” участников. Побуждающие вопросы необходимы для того, чтобы начать обсуждение темы в нейтральной форме, обеспечивая входение в нее без навязывания заданных идей, тогда как зондирование используется как триггер для более глубоких ответов.

Написание подробного сценария является хорошей практикой, так как обеспечивает полную прозрачность дизайна исследования. На вставке 10.4 показана “выжимка” из сценария обсуждения, проведенного в фокус-группах работников здравоохранения в Эфиопии.⁵ Сначала задаются побуждающие вопросы о возможных проблемах, касающихся результатов деятельности работников здравоохранения, а затем зондируются вопросы мотивации, использования рабочего времени, учреждений рынка труда и коррупции. Сценарий использовался, главным образом, в качестве контрольного списка, темы же обычно обсуждались по

мере их возникновения в процессе дискуссии, но сценарий помогал направлять обсуждение и получать более подробные данные («подсказки» получены путем предварительного краткого обзора литературы). Другие классические методики зондирования и побуждения, такие как выдерживание паузы, повторение вопроса, повторение нескольких последних слов, сказанных участником, приведение примера, а также просьба привести пример, пояснить или объяснить более подробно – также использовались, хотя они и не отражены в сценарии.

Еще одно преимущество написания полного сценария состоит в том, что он будет облегчать воспроизведение интервью, что может представлять интерес для сопоставления данных, полученных в разных контекстах. Например при использовании аналогичного сценария и дизайна исследования работники здравоохранения в Эфиопии выразили готовность обсудить такие вопросы злоупотреблений, как прогулы, незаконное взимание платы за услуги, хищение различных материалов медицинского назначения, воровство лекарственных препаратов и оказание частных услуг в рамках государственного сектора, в то время как в Руанде работники здравоохранения были менее склонны признать существование этих злоупотреблений. Однако после дальнейшего зондирования, они признали, что злоупотребления существуют, но что это достаточно неординарное явление, что они редко с этим сталкивались и что в прошлом подобные практики были более распространены, чем сейчас. Для

5 Полный сценарий, который можно получить по запросу, содержит следующие разделы (отведенное время в минутах дано в скобках): Введение и разминка (10 мин); Профессиональная подготовка, наем на работу и карьерный рост (30 мин); Контракты, компенсация, соцпакет, побочная экономическая деятельность (20 мин); Удовлетворенность работой, мотивация и производительность (30 мин); Воздействие ВИЧ/СПИДа (10 мин); Инструктирование (коучинг) других людей (10 мин);

Таблица 10.3 Обсуждения в группах или индивидуальные интервью?

Рассматриваемые факторы	Используйте групповые интервью, когда...	Используйте индивидуальные интервью, когда...
Групповое взаимодействие	Взаимодействие респондентов может стимулировать более полный ответ или генерировать новую и ценную информацию	Групповое взаимодействие может быть ограниченным или непродуктивным
Давление со стороны группы или некоторых участников	Давление со стороны группы или некоторых участников будет полезно для стимулирования мыслительного процесса и будет высвечивать противоположные мнения респондентов	Давление со стороны группы или некоторых участников может препятствовать ответам и затенять значение результатов
Деликатный характер предмета обсуждения	Предмет обсуждения не настолько деликатен, чтобы респонденты давали сдержанные ответы или скрывали информацию	Предмет обсуждения настолько деликатен, что респонденты могут не захотеть открыто говорить о нем в группе
Количество вопросов, которые необходимо охватить, широта охвата тем по сравнению с глубиной индивидуальных ответов	Необходимо охватить небольшое число вопросов, затрагивающих тему, по которой большинство респондентов могут высказать все существенное менее чем за 10 минут	Необходимо охватить большое число вопросов, затрагивающих тему, которая требует более глубокого ответа от каждого участника
Требование к интервью-гайду	Достаточно много известно, чтобы составить конструктивный "путеводитель" по теме	Возможно, после ряда исходных интервью для составления интервью-гайда может понадобиться внести некоторые изменения
Требование к логистике	Достаточное число респондентов для целевых фокус-групп можно собрать в одном месте	Респонденты рассредоточены или их нелегко собрать вместе
Затраты и обучение	Быстрота получения результатов имеет решающее значение, а средства ограничены	Быстрота получения результатов не имеет решающего значения, а бюджет позволяет покрыть более высокие расходы
Наличие квалифицированного персонала для проведения интервью	Модераторы фокус-групп могут контролировать и направлять обсуждение	Интервьюеры являются доброжелательными и квалифицированными слушателями

Источник: Адаптировано из Frechtling, Sharp и Westat (43).

Вставка 10.3 Типы качественных интервью в соответствии со степенью их структурирования

Структурированные или стандартизированные интервью. Для интервью этого типа используется сценарий, обычно содержащий ряд определенных заранее вопросов, которые один за другим предлагаются опрашиваемому. Поскольку всем опрашиваемым предлагаются идентичные вопросы, их ответы можно объединить с достаточной степенью достоверности, и это часто является основной задачей при использовании подобной методики. Кроме того, можно собрать данные для количественного анализа, особенно если ответам на вопросы заранее присвоены коды.

Полуструктурированные интервью. Этот термин относится к широкому спектру интервью, но главным образом к случаям, когда сценарий интервью содержит ряд вопросов, последовательность которых (в отличие от структурированных интервью) можно изменить; кроме того, в этом случае интервьюер имеет определенную степень свободы, чтобы задать дополнительные вопросы, связанные с теми ответами, которые кажутся ему особенно важными. Ответы являются открытыми, и внимание в большей степени направлено на то, как интервьюируемый аргументирует свой ответ.

Неструктурированное интервью. Обычно у интервьюера имеется только список тем или вопросов, который часто называют интервью-гайдом ("путеводителем") или памяткой; в списке отражены темы, которые интервьюер собирается обсудить во время интервью. Стиль опроса обычно неформальный; в разных интервью формулировки и последовательность вопросов будут варьироваться.

Источник: Адаптировано из Bryman (2), Denscombe (13), Frechtling, Sharp и Westat (43) и Atkinson (44).

иллюстрации ниже представлены некоторые высказывания (вставка 10.5). Сравнительный анализ показывает, что злоупотребления меньше распространены в Руанде, чем в Эфиопии, и, кроме того, полученные данные позволяют объяснить причины этого. Система здравоохранения в Руанде в большей степени обеспечивает контроль и отчетность

(например благодаря привлечению общинных работников к управлению учреждениями здравоохранения), находится в процессе принятия сдельно-прогрессивной оплаты труда (что также стимулирует взаимоконтроль) и лучше обеспечивает применение санкций.

Вставка 10.4 Выдержки из сценариев полуструктурированных интервью, использованных в качественных исследованиях кадров здравоохранения в Эфиопии и Руанде

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РАБОТОЙ, МОТИВАЦИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Отведенное время: 30 мин Время начала обсуждения:

Побуждающие сообщение и вопрос:

Во многих странах потребители жалуются на медицинское обслуживание. Например, они часто говорят, что медицинские работники не слишком заинтересованы в своей работе; что они уделяют своей работе не столько времени, сколько должны; что они плохо выполняют свою работу, а иногда даже занимаются незаконной деятельностью, например крадут лекарства и материалы; и также пациенты жалуются, что плата за услуги слишком высока. По вашему мнению, как с этим обстоит дело в Эфиопии?

■ Давайте начнем с обсуждения **мотивации.....**

Вопросы для зондирования

Как вы думаете, удовлетворены ли своей работой большинство медицинских работников?

Почему, по вашему мнению, некоторые работники здравоохранения не удовлетворены своей работой?

- зарплата, нехватка оборудования

Как вы считаете, существует ли сильная приверженность оказанию качественных медицинских услуг?

По вашему мнению, что является наиболее сильным источником мотивации для работников здравоохранения:

- деньги и соцпакет?
- деятельность и обязанности в рамках их работы?

Как вы думаете, преданность своему делу работников здравоохранения в различных секторах (частном, коммерческом, некоммерческом) разная? Почему?

(...)

■ Давайте перейдем к коррупции и **неподобающему поведению...**

Вопросы для зондирования

Насколько, по вашему мнению, серьезна проблема коррупции в секторе здравоохранения?

- использование оборудования в частных целях
- взимание платы сверх положенной
- кража/утечка лекарственных препаратов и других материалов

Как вы думаете, почему возникают эти проблемы?

Какие меры принимаются у вас на рабочем месте, чтобы таких явлений стало меньше?

Какие виды дисциплинарных взысканий существуют и используются ли они?

Источник: От авторов.

10.3.2 Отбор участников

В отличие от количественного исследования, где репрезентативность является основным требованием для формирования выборки, главная задача при отборе участников качественного исследования заключается в том, чтобы включить лиц, которые хорошо информированы о предмете обсуждения и обладают широким спектром мнений и обширным опытом. Это способствует тому, что в результате качественных интервью будут получены информативные и всесторонние данные (2, 13). При отборе участников для групповых обсуждений возникают дополнительные вопросы, связанные с размером групп, числом групп, групповой динамикой и желательным разнообразием типов участников, входящих в группу.

Выбор размера группы зависит от того, какого типа общение предполагается: оживленная дискуссия или более доверительный обмен мнениями. Обсуждения в больших группах обычно проходят более оживленно, в то время как небольшие группы могут больше подходить для обсуждения деликатных вопросов. Для сопоставимости и прозрачности результатов целесообразно проводить обсуждения в группах одинаковой численности на протяжении всего исследования.

Число групп должно быть таким, чтобы можно было включить

в них всех хорошо информированных и имеющих различные точки зрения по обсуждаемому вопросу участников. В альтернативе, можно увеличивать число групп до тех пор, пока ответы не будут хорошо предсказуемыми. Однако это может быть нереальным, поскольку число фокус-групп часто устанавливается при разработке дизайна исследования. Другая проблема связана с однородностью состава группы. Однородность статуса, например, часто вызывает озабоченность, так как взаимодействие между участниками с сильно отличающимся социальным статусом, может быть менее продуктивным. Как оказалось, в отношении работников здравоохранения желательно иметь различные группы для различных специальностей. Это особенно важно при исследовании щекотливых тем, таких как невыход на работу, хищения или другие виды недозволенного поведения. Работникам, которые находятся в иерархических отношениях друг с другом, вероятно, будет неудобно открыто делиться своими взглядами (например медсестрам и врачам в одной группе).

Последний вопрос состоит в том, как обеспечить динамику обсуждения в группе и сколько разных точек зрения участников группы желательно иметь. Как правило, для обеспечения конструктивной динамики участники должны быть не знакомы друг с другом. Однако существует противоположное

Вставка 10.5 Избранные цитаты из качественных интервью, проведенных в Эфиопии и Руанде

В последние десять лет появилась и широко распространилась коррупция. Теперь коррупция - обычное явление среди людей самого разного уровня образования и во всех отраслях.

Врач из провинциального города Эфиопии

Я работала в частной аптеке. Препараты попадают в аптеку незаконным путем, и мы знаем, откуда...из государственных учреждений.

Младшая медсестра из провинциального города Эфиопии

Низкооплачиваемые работники могут быть замешаны в получении мелких взяток...В каком-то смысле это даже гуманно, и ничего нет плохого в том, чтобы дать людям такую возможность, потому что в других службах, например в службах водоснабжения, у таких работников есть преимущество, так как могут получать деньги за услуги, которые должны быть бесплатными.

Врач из Аддис-Абебы, Эфиопия

Случалось, что пациенты платили больше, чем указывалось в регистрационном журнале, но мы выявляли большинство таких случаев. Я также знаю, что некоторые сотрудники были уволены из-за мошенничества при регистрации оплаты.

Работник вспомогательной службы в Кигали, Руанда

Я видел, как пациент дает медсестре 1000 франков. Медсестра выглядела испуганной, что говорит о том, что это не слишком распространенная практика.

Клиент службы здравоохранения в Кигали, Руанда

Медицинские работники больше не торгуют лекарствами, взятыми из медицинского центра. Это что-то из прошлого. Возможно это случается в сельской местности, но не здесь, в городе.

Клиент службы здравоохранения в Кигали, Руанда

Источник: От авторов.

мнение: при существовании табу в отношении обсуждаемой темы, если участники не знакомы между собой, это делает открытую дискуссию между ними неудобной. Kitzinger (45), например, занимавшийся изучением проблемы ВИЧ/СПИДа, для того чтобы дискуссия была “максимально естественной”, сознательно отбирал людей, которые знали друг друга. Потенциальная проблема этого подхода заключается в том, что предположения, разделяемые всеми участниками, часто открыто не выражаются (18).

Когда цель исследования состоит в изучении какого-то вопроса, наиболее ценные данные дает обсуждение, в котором сталкиваются противоположные мнения. Хороший способ обеспечить разнообразие мнений – уделить особое внимание отбору участников. Например для изучения результатов деятельности работников здравоохранения или выбора ими карьеры полезно рассмотреть такие потенциальные факторы, как пол, возраст, семейное положение (есть дети или нет), сектор, в котором работает участник (государственный, частный некоммерческий, религиозная организация), и трудовая активность (например работа в двух местах или больше). На вставке 10.6 воспроизведен список критериев отбора для медсестер и акушерок, который используется в Эфиопии. Подобные списки разработаны для врачей, помощников медсестер и пользователей услуг здравоохранения.

Тот же подход можно использовать для индивидуальных интервью. Как только критерии и характеристики отбора определены, участников отбирают в соответствии с ними. В этом случае разнообразие и глубина данных являются результатом анализа контрастных мнений лиц с различными исходными характеристиками.

10.3.3 Дизайн исследования и сбор данных: как повысить валидность и надежность

Методы сбора и анализа данных влияют на результаты исследования. В настоящее время существует большой объем литературы о том, как лучше всего решать вопросы, связанные с валидностью и надежностью (46–49).⁶ Здесь внимание акцентируется на некоторых практических вопросах, которые необходимо учитывать при планировании качественного исследования с участием работников здравоохранения.

- **Позиция исследователя.** Вовлеченность исследователя в процесс сбора и анализа данных – один из основных признаков качественного исследования. Известно, что пол, возраст и этническая принадлежность интервьюера влияют на ответы интервьюированных (13). Это может иметь далеко идущие последствия для валидности исследования. В прикладных исследованиях, посвященных работникам здравоохранения, сами исследователи нередко

являются частью системы здравоохранения, обследование которой они проводят. Во многих случаях официальные лица из министерства и работники здравоохранения отвечают за реализацию, если не за весь дизайн и проведение исследовательского проекта. Это может приводить к искажению результатов. Сходная проблема может возникнуть, если исследователей воспринимают как представителей донорских организаций, работающих в секторе. Поскольку погрешности, являющиеся следствием “влияния интервьюера”, трудно исправить, этот момент необходимо предвидеть, и состав исследовательской группы или роли, которые выполняют исследователи в команде, при необходимости должны быть пересмотрены.

- **Разрешение.** Основой исследования кадровых ресурсов здравоохранения обычно являются интервью с медицинскими и административными работниками. Как правило, работники здравоохранения хотят быть уверенными в том, что их работодатель дал разрешение на проведение исследования, особенно если интервью проходят в рабочее время. В большинстве случаев для разрешения необходимо иметь письмо от министерства здравоохранения, хотя этого может быть недостаточно, особенно если работодатель является частным поставщиком услуг.
- **Место проведения, время проведения и продолжительность.** Место, время и продолжительность интервью должны быть максимально удобными для респондентов. Место проведения должно располагать к созданию уединенной атмосферы, где интервью не будет никем прерываться. Место работы – часто учреждение здравоохранения или министерство здравоохранения – может подходить для проведения интервью, за исключением случаев, когда в интервью затрагиваются такие острые вопросы, как невыходы на работу или коррупция, или когда у работников здравоохранения спрашивают мнение по вопросам, по которым их точка зрения может расходиться с точкой зрения их работодателей. Акустические качества помещения важны, если интервью записывается. Например дождь, барабанный по железной крыше, или интенсивное дорожное движение могут создавать сильный фоновый шум, что сделает качество записи неудовлетворительным, то есть записанное будет невозможно разобрать.
- **Компенсация.** Когда расходы, связанные с участием в интервью, недостаточно компенсируются, существует риск, что участники могут не прийти или не принимать активного участия в обсуждении. С другой стороны, слишком большая компенсация может стать причиной особой стратегии поведения, например попыток “угодить” интервьюеру, отвечая определенным образом. Как минимум должны быть возмещены транспортные расходы на проезд до места проведения интервью. По поводу дополнительной оплаты целесообразно обратиться за консультацией к местным медицинским работникам. Например при заработной плате, которая воспринимается как недостаточная, многие работники здравоохранения

⁶ Валидность (достоверность) можно рассматривать как свойство, связанное с обобщаемостью результатов, полученных в исследовании, тогда как надежность относится к степени, в которой измерение дает стабильные результаты (см. более подробно у Guba и Lincoln (46), LeCompte и Goetz (47), Lincoln и Guba (48) и Mason (49)). Как на валидность, так и на надежность может влиять ряд факторов, и не в последнюю очередь задачи исследования. Также играют роль более практические вопросы, такие как доступный бюджет, мотивация и контроль со стороны финансовых органов.

Вставка 10.6 Критерии отбора в фокус-группы с 8 участниками для обсуждения вопросов, связанных с результатами деятельности и выбором карьеры среди медсестер и акушерок в Эфиопии

Критерии отбора:

- Пять медсестер/медбратьев; у всех должно быть два года или больше сестринского образования после окончания средней школы; как минимум двое мужчин, как минимум две женщины.
- Три акушерки/акушера; как минимум один мужчина, как минимум одна женщина
- Как минимум две женщины должны иметь детей
- Как минимум двое мужчин должны иметь детей
- Как минимум два участника должны совмещать работу в частном секторе здравоохранения с работой в государственном секторе
- Как минимум два участника должны работать только в частном коммерческом секторе
- Как минимум один участник должен работать в частном некоммерческом секторе
- Как минимум один участник должен работать только в государственном секторе (не должен заниматься никакой работой в частом секторе)
- Никто из участников не должен быть слишком стеснительным (чтобы участвовать в дискуссии такого типа)
- Участники не должны знать друг друга и не должны работать в одном и том же учреждении

Источник: От авторов.

привыкли получать финансовые стимулы за участие в семинарах, тренингах и научных исследованиях. В качестве альтернативы финансовые стимулы могут быть заменены или дополнены нефинансовым поощрением в виде, например, продуктов питания, напитков или подарков. Это также может способствовать созданию непринужденной атмосферы, а предложение напитков перед началом интервью помочь скрасить время ожидания, пока не соберутся все участники. Каким бы ни было решение, важно проинформировать участников об условиях до интервью.

- Конфиденциальность. Анонимность и конфиденциальность очень важны, так как могут влиять на степень откровенности респондентов. Если участники подозревают, что в итоговых данных исследования по их ответам можно будет отследить личность их автора, меньше вероятность, что они будут высказывать свое мнение. Таким образом, как правило, гарантия соблюдения конфиденциальности и анонимности – основа для сбора качественных данных. В качестве иллюстрации на вставке 10.7 дано краткое содержание вступительного обращения к участникам фокусной группы работников здравоохранения в Руанде. Вопросы возмещения затрат на проезд и финансового вознаграждения обсуждались перед интервьюированием с третьим лицом, в обязанности которого входит отбор участников.

- Навыки интервьюирования. Поскольку исследователь принимает активное участие в процессе получения и анализа качественных данных (чем менее структурирован сценарий интервью, тем больше участие исследователя), качество исследования в значительной мере определяется опытом, уровнем навыков и представлениями модератора. Помимо овладения методиками ведения дискуссии, необходимым условием для получения высококачественных данных является глубокое знание темы исследования (см., например, Hurley (50)).

10.3.4 Запись и анализ данных

Для записи данных чаще всего используется конспектирование и аудиозапись. Конспектирование может производиться во время или после интервью, при этом в последнем случае это менее навязчиво. Однако запись, сделанная после интервью, полностью зависит от памяти исследователя, а поскольку, обычное свойство памяти - что-то исказить, а что-то забывать, чаще всего используется аудиозапись (с согласия участников).⁷ Другой подход – видеозапись интервью. Хотя вначале это может вызывать у участников неловкость в общении, часто все проблемы с открытостью и искренностью исчезают,

⁷ Даже при аудиозаписи исследователи часто делают пометки в процессе интервью, которые помогают либо направлять обсуждение, либо собрать дополнительную информацию, отражающуюся, например, в жестах или выражении лица интервьюируемых.

как только обсуждение набирает силу. Преимуществом видеозаписи является то, что она позволяет связать ответы участников с их индивидуальными особенностями. Кроме того, изображение позволяет творчески использовать данные, например определить, насколько медицинские работники ориентированы на пациента. Как видео, так и аудиозаписи позволяют сделать исходные данные доступными для других исследователей. Однако при этом встает вопрос, на каком уровне исследователи будут следовать принципам анонимности и конфиденциальности, обрабатывая данные. Расширение возможностей для копирования и передачи файлов с цифровыми данными требует использования повышенных по сравнению с обычными мер предосторожности, таких, например, как защита файлов паролями или требование к коллегам-исследователям предоставить письменные гарантии сохранения анонимности участников. Основной стратегией сохранения конфиденциальности является

обеспечение анонимности данных путем использования уникальных цифровых идентификаторов для некоторых баз данных, содержащих персональную информацию, чтобы лица, осуществляющие анализ, не имели автоматического доступа к личным данным участников.

После того как получены видео- или аудиозаписи данных, интервью дословно расшифровывается⁸ и, при необходимости, переводится.⁹ Эта письменная версия интервью необходима для углубленного анализа, который можно проводить с

8 Даже при аудиозаписи исследователи часто делают пометки в процессе интервью, которые помогают либо направлять обсуждение, либо собрать дополнительную информацию, отражающуюся, например, в жестах или выражении лица интервьюируемых.

9 Поскольку существует реальная угроза частичной потери или искажения данных в процессе перевода, точность перевода очень важна. С этой проблемой можно справиться путем, например, обратного перевода текста для выявления отклонений от оригинала.

Вставка 10.7 Выдержки из вступительного обращения к участникам фокус-группы в Руанде

Добрый день! Прежде всего, мы хотели бы поблагодарить вас за готовность участвовать в этой групповой дискуссии. Цель обсуждения – получить более полное представление о кадровых ресурсах сектора здравоохранения Руанды и выяснить, какие проблемы и возможности существуют у работников здравоохранения. Сегодняшняя дискуссия является частью более широкого исследования, в котором рассматривается политика в области кадровых ресурсов здравоохранения Руанды. Это исследование финансируется Всемирным банком и проводится с одобрения министерства здравоохранения. Если вы хотите, мы можем зачитать вам письмо, подписанное генеральным секретарем.

Непосредственная цель нашей встречи – услышать от самих работников здравоохранения мнение по различным вопросам, относящимся к их работе. Мы хотели бы открыто и честно обсудить с вами различные аспекты работы в секторе здравоохранения. Мы здесь для того, чтобы слушать вас и учиться у вас.

Дискуссия будет проходить следующим образом. [Имя] и я будем вести дискуссию. Мы подготовили ряд вопросов, по которым нам хотелось бы узнать ваше мнение.

Очень важно, чтобы вы не чувствовали никакого стеснения, выражая свое мнение. Будьте максимально открытыми, прямыми и искренними. Ваши высказывания должны быть основаны на вашем реальном опыте и наблюдениях. Нам важно знать, какова ситуация на самом деле, а не какой она должна быть. Высказывайтесь, если вы чувствуете, что не согласны с тем, что говорит кто-то другой.

Мы хотели бы подчеркнуть важный момент: степень вашего личного участия в обсуждении и ваше мнение не будут переданы никому за пределами этой комнаты. Чтобы гарантировать анонимность, мы не будем регистрировать ваши имена. Мы также проведем несколько обсуждений в других группах, так что ваша точка зрения будет сбалансирована с другими высказываниями.

Также хотим предупредить, что обсуждение будет записано. Это связано с тем, что мы не хотим упустить ничего из того, что вы говорите. Но при этом ни одно из ваших высказываний не будет обнародовано с каким-либо упоминанием ваших имен. Результаты будут представлены только в письменном виде, как отчет об обсуждении с «отобранной группой работников здравоохранения».

И наконец, мы рассчитываем, что дискуссия продлится около двух часов, и после окончания обсуждения вы получите компенсацию за ваш проезд сюда, потраченное время и участие.

Есть ли у вас какие-нибудь вопросы или замечания?

Источник: От авторов.

использованием программного обеспечения (будет более подробно обсуждаться ниже). Подход к анализу одинаковый, независимо от того, проводится ли он вручную или с помощью специальной программы.

На первом этапе аналитик определяет в расшифровке ключевые темы, обращая внимание на моменты, которые упоминаются часто или постоянно, особо акцентируются или по которым мнения, высказанные в интервью, систематически расходятся. Обычно для этого рядом с текстом проставляются коды (соответствующие темам), а затем эти части текста визуально сравниваются между собой. Исследователь сличает закодированные части текста, просматривая расшифровки, и объединяет темы в главные темы и подтемы. Затем текстовые данные структурируются в матрицах, содержащих отдельные колонки для каждой фокус-группы или каждого интервьюированного, а также строки для разных тем и подтем. При использовании программы Word матрицы можно создавать, перемещая текст из расшифровки с помощью функции “вырезать” и “вставить”. Преимущество данного подхода состоит в том, что матрица позволяет проводить сравнение как в пределах групп, так и между группами и индивидами, избегая при этом излишнего структурирования. Он также дает возможность отразить проблемы и мнения в том виде, в каком они были выражены участниками, без излишней интерпретации со стороны исследователя или исследователей. На вставке 10.8 представлена “выжимка” из матричного анализа данных, собранных во время дискуссий в фокус-группах в Эфиопии. Матрица содержит высказывания представителей трех различных профессиональных групп, отражающие их мнения о государственном секторе.

Если анализ данных проводится с помощью специального программного обеспечения, первым шагом является присвоение данным из каждого интервью идентификационной комбинированной метки (например, “Городские врачи, Эфиопия”, соответствующей заголовку последней колонки в матрице, представленной на вставке 10.8). Следующий шаг – присвоение как минимум одного (но, как правило, больше одного) кода каждой из совпадающих частей текста или целому высказыванию (при матричном подходе эти коды соответствуют темам и подтемам).

Преимущества анализа с помощью программного обеспечения абсолютно очевидны, поскольку оно дает возможность более гибко использовать коды. Программа, например, позволяет не только легко присваивать несколько кодов одному и тому же высказыванию, но и пересматривать любую иерархическую структуру кодов. Способы кодирования частично зависят от того, является ли исследование изысканием (при котором используется открытое кодирование случая), или его задача состоит в проверке теории (в этом случае исследователь использует преимущественно заранее определенные коды). Как и при ручной обработке данных, коды реорганизуются в процессе анализа по мере того, как приходит понимание значения полученных данных.

Следующий этап исследования состоит в выявлении закономерностей между закодированными данными. Основанный на программном обеспечении анализ обладает большей гибкостью в том, что касается простоты кодирования, а когда кодирование завершено, данные с использованием кодов можно извлечь и скомбинировать по-разному. Кроме

того, это позволяет проводить анализ данных на более высоком уровне, рассматривая их структуру и динамику. Поскольку высказывание может получить несколько кодов, можно рассмотреть встречающиеся между кодами ассоциации или выявить, как часто некоторые вопросы поднимаются вместе. Возможным недостатком является стартовая стоимость освоения программы, поэтому использование программного обеспечения может быть менее привлекательным при проведении небольших автономных проектов. На вставке 10.9 дается практический пример анализа с использованием программного обеспечения.

Для решения вопросов, связанных с надежностью и достоверностью проведенного анализа, могут быть предприняты следующие действия:

- Поскольку по существу качественное исследование имеет дело с мнениями участников, достоверность исследования может быть повышена путем представления участникам полученных результатов и включения их отзывов в итоговые материалы.
- Подробное описание лежащих в основе исследования предположений и контекстуальной информации помогает читателям и потенциальным пользователям оценить, насколько результаты исследования могут быть сопоставимы с результатами, полученными в других условиях.
- Внутренняя валидность – или степень, в которой другие исследователи могли бы прийти к тем же выводам – может быть повышена за счет использования аудита в отношении сбора данных и аналитических процедур, а также определения потенциальных источников систематических ошибок. Более глубокий подход заключается в использовании одних и тех же качественных данных, закодированных различными исследователями (особенно при свободном кодировании) и сравнении полученных результатов.

10.3.5 Отчетность

Поскольку качественное исследование имеет дело с данными, представленными в виде текста, может возникнуть проблема представления результатов в формате, который легко воспринимается пользователем. Существует соблазн процитировать в заключительном отчете слишком много высказываний, поэтому “золотое правило” исследователя – использовать лишь небольшое число цитат из тех, которые ему *хотелось бы* включить в отчет. В данном случае может помочь составление документа, представляющего собой “краткое резюме высказываний”, после проведения анализа, но до представления отчетности. Такой документ может содержать до 10 высказываний по каждой теме и помочь в выборе наиболее подходящих из них для заключительного отчета и презентации. Обычно высказывания отбираются по степени их выразительности и тому, насколько они отражают важный обсуждавшийся вопрос. Не факт, что большее число цитат будет более убедительным. В заключительном отчете основные высказывания либо приводятся в самом тексте, либо даются в виде вставок отдельно от основного текста

Вставка 10.8 Матричный анализ данных, полученных при обсуждениях в фокус-группах в Эфиопии

Представления о государственном секторе	Помощники врачей	Медсестры и акушерки	Врачи и парамедицинский персонал
	<p>Основное различие между государственным и частным сектором – это оплата труда и наличие у пациентов возможностей платить за необходимые медицинские услуги.</p> <p>Условия работы небезопасны, медицинского оборудования и расходных материалов не хватает. Бывают моменты, когда персонал вынужден стерилизовать перчатки, чтобы использовать их повторно, хотя в частных учреждениях их выбрасывают.</p> <p>Снабжение лекарственными препаратами и другими предметами медицинского назначения в государственных учреждениях совершенно не соответствует потребностям.</p> <p>(...)</p>	<p>государство. Зарплата не соответствует той работе, которую, которую мы выполняем. В частных учреждениях хорошая зарплата и рабочая нагрузка небольшая. Проблемой частных учреждений является то, что если у его владельцев есть выбор, они тебя уволят и возьмут другого.</p> <p>В государственных службах мы предоставляем услуги населению в массовом порядке. Множества вещей не хватает. Зарплата работников неудовлетворительная. Я работаю в частном секторе, и моя работа хорошо оплачивается.</p> <p>Соцпакет, например пенсия, медицинская страховка и гарантия занятости – веские основания для работы в государственных учреждениях.</p> <p>(...)</p>	<p>Настоящей проблемой государственного сектора является отсутствие у персонала стимулов, возможностей для карьерного роста и т. п.</p> <p>Оплата в государственном секторе недостаточная. Я бы не сказал, что у всех одинаковая рабочая нагрузка. По моему опыту, рабочая нагрузка не слишком большая проблема.</p> <p>Я не согласен, что в государственных учреждениях очень высокая рабочая нагрузка. В частном секторе можно делать не больше трех операций в день. Проблема в том, что нужно приходить и уходить вовремя; зарплата хорошая.</p> <p>Помимо этого, число частных учреждений, где можно получить работу, ограничено. Люди не хотят потерять работу. Нет четко определенных взаимоотношений между владельцами учреждений и остальным персоналом из-за отсутствия у работников опыта в этих вопросах.</p> <p>(...)</p>

Источник: Из работ авторов.

Другим важным моментом при составлении отчета о качественном исследовании является необходимость посвятить его определенную часть описанию использованных методик. Прозрачное и подробное изложение метода исследования, включающее сценарий, ведомости отбора участников, обозначение проблем при проведении и описание того, как выполнялся анализ, повысит доверие читателя к результатам; это также делает возможным повторение исследования в другом контексте.

10.4 Выводы

В этой главе аргументируется, что качественные методы могут играть важную роль для более глубокого понимания

проблем и стратегий в отношении трудовых ресурсов здравоохранения. Качественные методы особенно важны для понимания сложных окружающих условий, необходимого для разработки и тонкой настройки гипотез (которые могут быть проверены с помощью количественных исследований), а также для выявления и рассмотрения проблем, возникающих при измерении. Сильные стороны этих методов нашли отражение в растущем объеме качественных исследований трудовых ресурсов здравоохранения. Во многих из них используются комбинации различных качественных методов. Подходы, которые используются чаще всего, – индивидуальное интервьюирование и групповые дискуссии, в то время как имеющийся в распоряжении третий подход – включенное наблюдение – используется реже. Кроме того,

многие качественные методы используются как дополнение количественного исследования либо для лучшего понимания сложной мозаики полученных в нем данных, либо для его подготовки.

Проведение качественного исследования сопряжено с рядом методологических и практических трудностей. Поэтому важная цель данной главы состояла в предоставлении практических рекомендаций по его планированию и реализации. В этой связи было важно показать, что для получения высококачественных данных исследование требует тщательной подготовки и качественного проведения. Несмотря на то, что качественным методам присущи определенные слабости (наиболее важна в этом отношении недостаточная объективность из-за вовлечения исследователя в процесс получения и интерпретации данных), их можно в значительной степени ограничить при разработке дизайна исследования. Прозрачность составления отчетности о применяемом методе, например написание сценария, отбор участников, описание методики анализа (а это именно то, что по-прежнему не учитывается во многих исследованиях), повышает доверие к результатам исследования и, кроме того, позволяет повторить исследование в другом контексте. Второй существенный момент – не использовать качественные исследования изолированно. Сочетание различных методик повышает достоверность результатов исследования, а высокая взаимодополняемость качественных и количественных методов свидетельствует о необходимости использования их комбинации.

О ценности будущего качественного исследования кадровых ресурсов здравоохранения будут судить по тому, насколько оно помогает переориентировать политику. Например политика в области кадровых ресурсов в секторе здравоохранения, как правило, опирается на плановый подход к труду, основанный на предположении, что работники здравоохранения компетентны и мотивированы для того, чтобы служить обществу, но пассивны в выборе карьеры. Сегодня

работники здравоохранения, как и другие специалисты, все чаще рассматриваются как сознательно реагирующие на стимулы окружающей среды и пытающиеся найти баланс между собственным благополучием, благополучием их семей и заботой о пациентах. Поэтому исследование кадров здравоохранения все чаще включает рыночный подход к труду и управлению персоналом с использованием большего числа концепций и идей, касающихся экономики труда и управления персоналом. Это иллюстрируют недавно проведенные исследования удовлетворенности работой (51), участия женщин на рынке труда (52), организационного дизайна и принятия решений (53), а также растущий интерес к экономическим дисциплинам при использовании качественных методов (см., например, у Bewley (54)). Учитывая ограниченность знаний, касающихся рынков труда работников здравоохранения, и комплексные институциональные условия их деятельности, методики качественного исследования необходимо в обязательном порядке использовать на ранних стадиях этого нового направления в исследованиях трудовых ресурсов здравоохранения. Качественное исследование, которое подкреплено тщательно проработанным дизайном и надежными методами, будет мощным инструментом, поддерживающим развитие этих и других инновационных исследований КРЗ.

Вставка 10.9 Запись, расшифровка, кодирование и анализ: пример из исследования кадров здравоохранения в Руанде

В Руанде при исследовании кадров здравоохранения были проведены обсуждения в 10 фокус-группах. Они были записаны на цифровой диктофон, и на каждое обсуждение было создано по одному звуковому файлу. Файлы были расшифрованы, в результате чего получены письменные отчеты по 10-15 страниц в каждом. Если обсуждения проходили на языке киньяруанда, текст был переведен на французский. Анализ проводили с использованием программного обеспечения для анализа качественных данных *QSR NVivo 2.0*. Его главное преимущество заключается в простоте кодирования данных и наличии функций, позволяющих визуализировать различные поперечные срезы данных. Однако оно не дает возможности провести обзор данных в матричной структуре.

Сначала все расшифровки были закодированы: код присваивался каждому фрагменту данных (“высказыванию”). Всего было использовано 35 кодов, отражающих широту интересующих исследователей вопросов. Примеры кодов: *род деятельности, сельская местность или город, выход из сектора здравоохранения, удовлетворенность работой, заработная плата, абсентеизм, коррупция*. Высказывание могло получить различные коды, если относилось к разным темам одновременно, позволяя, таким образом, исследовать ассоциации между высказываниями. Всего было изучено 1203 высказывания.

Источник: Из работ авторов.

Библиография

1. Becker HS. The epistemology of qualitative research. In: Jessor R, Colby A, Shweder RA, eds. *Ethnography and human development: context and meaning in social inquiry*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
2. Bryman A. *Social research methods*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
3. Bryman A, Burgess RG, eds. *Analyzing qualitative data*. New York, Routledge, 1994.
4. Denzin NK, Lincoln YS, eds. *The SAGE handbook of qualitative research*, 3rd ed. London, Sage Publications, 2005.
5. Flick U, ed. *The SAGE qualitative research kit*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2007.
6. Greene JC. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1994.
7. Seale C. Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 1999, 5(4):465–478.
8. Silverman D. *Doing qualitative research: a practical handbook*, 2nd ed. London, Sage Publications, 2005.
9. Silverman D. *Interpreting qualitative data*, 3rd ed. London, Sage Publications, 2006.
10. Walker R. *Applied qualitative research*. Aldershot, Gower Publishing Company, 1985.
11. Wolcott HF. *Writing up qualitative research*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2008.
12. Holland J, Campbell J. *Methods in development research: combining qualitative and quantitative approaches*. Bourton Hall, IDTG Publishing, 2005.
13. Denscombe M. *The good research guide: for small-scale social research projects*. Buckingham, Open University Press, 1998.
14. Tesch R. *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York, Falmer Press, 1990.
15. Hammersley M. The relationship between qualitative and quantitative research: paradigm loyalty versus methodological eclecticism. In: Richardson JTE, ed. *Handbook of research methods for psychology and the social sciences*. Leicester, BPS Books, 1996.
16. Bryman A. Quantitative and qualitative research strategies in knowing the social world. In: May T, Williams M, eds. *Knowing the social world*. Buckingham, Open University Press, 1998.
17. Halfpenny P. The analysis of qualitative data. *Sociological Review*, 1979, 27(4):799–825.
18. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications for health research. *Qualitative Health Research*, 1998, 8(3):362–376.
19. *Q-squared: combining qualitative and quantitative approaches in poverty analysis*. Centre for International Studies (<http://www.q-squared.ca/>, accessed 25 January 2009).
20. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris, Karthala, 2003.
21. McPake B, Asiimwe A, Mwesigye F et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 1999, 49(7):849–865.
22. Ferrinho P, Omar MC, Fernandes MD et al. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4 (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/4>, accessed 25 January 2009).
23. Kyaddondo D, Whyte SR. Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18(4):329–342.
24. Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis: a case study from Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*, 2000, 5(4):288–292.
25. Gruen R, Anwar R, Begum T et al. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(2):267–279.
26. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Julien MR et al. How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(3):332–338 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/3/332>, accessed 25 January 2009).
27. Jumpa M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. *Human Resources for Health*, 2007, 5:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/5/1/5>, accessed 25 January 2009).
28. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70(1):109–123.
29. Franco LM, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 2004, 58(2):343–355.
30. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in north Viet Nam. *Human Resources for Health*, 2003, 1:10 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10>, accessed 25 January 2009).

31. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 2006, 4:24 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24>, accessed 25 January 2009).
32. Brewer CS, Zayas LE, Kahn LS, Sienkiewicz MJ. Nursing recruitment and retention in New York State: a qualitative workforce needs assessment. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2006, 7(1):54–63.
33. Muula AS, Maseko FC. How are health professionals earning their living in Malawi? *BMC Health Services Research*, 2006, 6:97 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/97>, accessed 25 January 2009).
34. Robinson V, Carey M. Peopling skilled international migration: Indian doctors in the UK. *International Migration*, 2000, 38(1):89–108.
35. Hardill I, MacDonald S. Skilled international migration: the experience of nurses in the UK. *Regional Studies*, 2000, 34(7):681–692.
36. Troy PH, Wyness LA, McAuliffe E. Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach. *Human Resources for Health*, 2007, 5:15 (<http://www.human-resources-health.com/content/5/1/15>, accessed 25 January 2009).
37. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Sciences and Medicine*, 1998, 47(11):1781–1795.
38. Asenso-Okyere WK, Osei-Akoto I, Anum A, Adukonu A. The behaviour of health workers in an area of cost sharing: Ghana's drug cash and carry system. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(8):586–593.
39. Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 2006, 4:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/6>, accessed 25 January 2009).
40. Lindelow M, Serneels P. The performance of health workers in Ethiopia: results from qualitative research. *Social Science and Medicine*, 2006, 62(9):2225–2235.
41. Lievens T, Serneels P. *Synthesis of focus group discussions with health workers in Rwanda*. World Bank Research Report. Washington, DC, World Bank and Rwanda Ministry of Health, 2006.
42. Serneels P, Lindelow M, Lievens T. Qualitative research to prepare quantitative analysis: absenteeism among health workers in two African countries. In: Amin S, Das J, Goldstein M, eds. *Are you being served? New tools for measuring service delivery*. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/F6K1IC0700>, accessed 25 January 2009).
43. Frechtling J, Sharp Westat L, eds. *User-friendly handbook for mixed method evaluations*. Arlington, VA, National Science Foundation, 1997 (<http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start.htm>, accessed 25 January 2009).
44. Atkinson R. *The life story interview*. Qualitative Research Methods Series, volume 44. London, Sage Publications, 1998.
45. Kitzinger J. Understanding AIDS: researching audience perceptions of acquired immune deficiency syndrome. In: Eldridge J, ed. *Getting the message: news, truth and power*. London, Routledge, 1993.
46. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1994.
47. LeCompte MD, Goetz JP. Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*, 1982, 52(1):31–60.
48. Lincoln YS, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, Sage Publications, 1985.
49. Mason J. *Qualitative researching*, 2nd ed. London, Sage Publications, 2002.
50. Hurley RE. Qualitative research and the profound grasp of the obvious. *Health Services Research*, 1999, 34(5 part 2):1119–1136 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089056&blobtype=pdf>, accessed 25 January 2009).
51. Bitsch V, Hogberg M. Exploring horticultural employees' attitudes toward their jobs: a qualitative analysis based on Herzberg's theory of job satisfaction. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, December 2005.
52. Kwagala B. Integrating women's reproductive roles with productive activities in commerce: the case of businesswomen in Kampala, Uganda. *Urban Studies*, 1999, 36(9):1535–1550.
53. Friebel G, Panova E, Shaw K. Insider privatization and careers: a study of a Russian firm in transition. In: Bender S, Lane J, Shaw K et al., eds. *The analysis of firms and employees: quantitative and qualitative approaches*. Chicago, University of Chicago Press, 2008.
54. Bewley TF. *Why wages don't fall during a recession*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999.

11

Анализ и синтез информации о кадровых ресурсах здравоохранения, полученной из нескольких источников: отдельные примеры

GUSTAVO NIGENDA, JOSÉ ARTURO RUIZ, CHRISTOPHER H HERBST, AARUSHI BHATNAGAR, KRISHNA D RAO, INDRANI SARAN, SHOMIKHO RANA

11.1 Введение

Своевременная и надежная оценка состояния рабочей силы здравоохранения все более важна для лиц, принимающих решения, руководителей программ, партнеров по развитию и других заинтересованных кругов в качестве основы для мониторинга и оценки эффективности функционирования систем здравоохранения. При этом мониторинг кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) может представлять собой трудную и комплексную задачу. В зависимости от источника данных и использованного метода корректировки или недостатка данных (если таковые имеются) могут наблюдаться различия в оценке имеющихся запасов рабочей силы, профессиональной структуры и других характеристик. В идеале, данные должны поступать из всеобъемлющей, гармонизированной информационной системы, охватывающей всех тех, кто получил подготовку или работает в области охраны, защиты или улучшения здоровья населения, и отражающей приобретенные или используемые ими навыки. Однако источники данных, «питающие» подобные системы, обычно фрагментированы и недостаточно полные, что может приводить к систематическим ошибкам в любых оценках, полученных с их помощью. К сожалению, методики измерения динамики трудовых ресурсов здравоохранения все еще значительно отстают от потребностей в информации и фактических данных.

Как показано в главе 3 данного Руководства, в принципе, из некоторых потенциальных источников информации, в том числе переписей и обследований населения, административных отчетов и качественных исследований, можно получить данные, необходимые для анализа КРЗ. Использование комбинации различных источников может обеспечить более высокое качество количественного анализа характеристик трудовых ресурсов здравоохранения и дать значительно более полную картину (1). Рекомендуется сопоставлять данные из различных источников, а не полагаться на один источник информации. Зависимость от одного источника повышает риск принятия решения на основе неполных или искаженных статистических данных (2).

Для оценки и согласования возможных расхождений в охвате, классификации и предоставлении информации можно использовать стратегию триангуляции (перекрестное изучение и синтез данных по одной центральной теме, полученных из разных источников, с применением различных методик). Подобный подход может быть эффективным для

оказания поддержки при принятии решений в отношении политики и программ, когда имеется несколько источников данных (как это часто бывает при анализе КРЗ). Если цель отдельных исследований - получение максимально точных научных данных путем обеспечения внутренней валидности, цель триангуляции - принять наилучшее решение в области общественного здравоохранения, основываясь на имеющейся информации. Триангуляция обеспечивает оптимальное использование уже существующих источников данных, что позволяет быстро оценить ситуацию и облегчает своевременное принятие обоснованных решений.

В этой главе представлены три случая использования триангуляции для анализа данных по КРЗ, проиллюстрированные разными примерами ее практического применения в некоторых странах с низким и средним уровнем доходов. Обсуждаются характеристики данных и методологических подходов к триангуляции. Цели использования примеров из Мексики, Индии и Замбии состоят в следующем: обзор возможностей извлечения соответствующих данных, необходимых для оценки специфических индикаторов по КРЗ, полученных из различных информационных источников; исследование того, как можно использовать триангуляцию для проверки достоверности имеющейся информации; изучение, каким образом можно получить новую информацию, используя триангуляцию данных, полученных из разных источников.

11.2 Выявление потенциальных источников информации и их использование для оценки индикаторов присутствия на рынке труда здравоохранения в Мексике

Трудовые ресурсы здравоохранения представляет собой разнородную группу, а работники здравоохранения выполняют очень разные функции в зависимости от их статуса на рынке труда. Измерение динамики трудовых ресурсов здравоохранения может быть сложным, но при этом существуют практические возможности для получения точных количественных оценок при использовании стандартных статистических источников. В отличие от населения в целом, кадры здравоохранения – это, как правило, группа высококвалифицированных работников, уровень и область

образования которых обычно тесно связаны с характером их работы. Разработка обоснованной политики в области КРЗ требует постоянной оценки любого возможного дисбаланса между формальным образованием, полученным работниками здравоохранения, и их текущим статусом занятости и трудовой деятельностью (3).

В Мексике для оценки численности медицинских работников и их рабочей ситуации можно использовать различные источники данных. К ним относится перепись населения и жилого фонда (*Censo General de Población y Vivienda*), а также национальное обследование по вопросам занятости (*Encuesta Nacional de Empleo*). Переписи проводятся Центральным статистическим управлением каждые 10 лет (4). В переписи 2000 г. затрагивался ряд вопросов, относящихся к образованию и трудовой деятельности (таблица 11.1). Кроме того, для сбора информации в период между переписями проводятся промежуточные обследования в репрезентативной выборке населения. Однако последнее промежуточное обследование (2005 г.) не включало вопросов, касающихся области образования или трудовой деятельности, и, следовательно, необходимая информация для анализа кадров здравоохранения не была получена. Хотя при предыдущем промежуточном обследовании (1995 г.) были собраны некоторые важные сведения, определенные различия в формулировках вопросов по сравнению с вопросами, использованными в переписи, затруднили сопоставимость измерений некоторых показателей по этим двум источникам. Важным ограничением была невозможность отследить области образования в динамике по времени.

Как и во многих странах, обследования трудовых ресурсов проводятся в Мексике регулярно, давая хорошую возможность обновлять данные о статусе занятости кадров здравоохранения (5). Обследование по вопросам занятости в Мексике проводится ежеквартально, начиная с 1988 г., предоставляя информацию по социально-демографическим характеристикам населения (включая уровень и область образования), трудовой деятельности (участие, статус занятости, род занятий, производственный сектор) и условиям работы (доходы, льготы, отработанные часы).

Наличие вопросов об образовании и трудовой деятельности в переписях и обследованиях занятости позволяют, используя оба эти источника, провести оценку численности врачей, медсестер и других медицинских специалистов по всей стране и их статуса занятости. Для тех, кто в настоящее время работает, можно оценить, каким видом деятельности они занимаются, и соответствует ли этот вид деятельности той области, в которой они получили образование. Наличие подобных данных также дает возможность оценить численность тех, кто получил образование в области здравоохранения, но формально не относится к активной рабочей силе (например, лица, осуществляющие помощь на дому, вышедшие на пенсию или не работающие по состоянию здоровья).

Подобная информация является ценной для измерения нерационального использования квалифицированных КРЗ, которые, несмотря на отвечающий критериям участия в рабочей силе возраст, находятся в неадекватной рабочей ситуации, так как не работают или выполняют работу, не соответствующую их образованию и подготовке (6). С позиции укрепления

Таблица 11.1 Вопросы, относящиеся к образованию и трудовой деятельности, включенные в национальную перепись населения и в проводимые между переписями промежуточные обследования, Мексика, 1995–2005 гг.

Источник Индикатор	Обследование населения и жилого фонда, 1995 г.	XII Перепись населения и жилого фонда, 2000 г.	Обследование населения и жилого фонда, 2005 г.
Уровень образования	Наивысший уровень полученного респондентом формального образования. Выбор из девяти вариантов ответов.	Наивысший уровень полученного респондентом формального образования. Выбор из восьми вариантов ответов.	Наивысший уровень полученного респондентом формального образования. Выбор из десяти вариантов ответов.
Область образования	н/д	Название курса обучения (для респондентов с более высокими уровнями образования). Открытый вопрос.	н/д
Трудовая деятельность	Трудовая активность в течение предыдущей недели. Выбор из девяти вариантов ответов.	Трудовая активность в течение предыдущей недели. Выбор из восьми вариантов ответов.	н/д
Род занятий	Вид деятельности или название должности. Открытый вопрос.	Вид деятельности или название должности. Открытый вопрос.	н/д
	Характер трудовой деятельности или обязанностей. Открытый вопрос.	Характер трудовой деятельности или обязанностей. Открытый вопрос.	н/д
Отрасль экономической деятельности	Тип места работы. Выбор из восьми вариантов ответов.	Тип места работы. Открытый вопрос.	н/д
	Основная экономическая активность по месту работы. Открытый вопрос.	Основная экономическая активность по месту работы. Открытый вопрос.	н/д

н/д - Нет данных (Сбор данных не производился)

Источник: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (4).

систем здравоохранения отказ квалифицированных лиц использовать на практике специальные навыки, полученные ими при получении образования, означает нерациональное использование общественных, государственных или частных инвестиций, так как они не приносят пользы ни населению, ни самим работникам. Те, кто получил подготовку в области здравоохранения, но не входят в состав КРЗ в силу различных причин (недостаточная поглощающая способность рынка, личная мотивация), делятся на категории:

- Неполностью занятые: лица, которые завершили свое формальное образование, занятые в настоящий момент, но осуществляющие деятельность, не соответствующую их подготовке. К ним относятся специалисты в области здравоохранения, работающие вне сектора, предоставляющего медицинские услуги, что означает несоответствие их деятельности полученным профессиональным навыкам. Эта концепция согласуется с определением неполной занятости, предложенным Международной организацией труда и относящимся к лицам, чья «занятость является недостаточной относительно установленных нормативов, или альтернативной с учетом [их] профессиональных навыков» (7).¹
- Безработные: лица, которые оказывают активное давление на рынок труда в поисках работы или в ожидании решения о приеме на работу (в рассматриваемый период времени, например, в течение недели, предшествующей сбору данных). Определение может также распространяться на тех, кто занят поисками работы вне формального сектора экономики.
- Неактивные, но отвечающие критериям найма: лица, которые в настоящий момент времени не ищут работу, но которые могли бы работать в соответствии со своими навыками, возрастом и способностями. Сюда относятся также и те, кто решил уйти с рынка труда по личному желанию (на короткий или продолжительный период времени), в том числе занимающиеся домашним трудом.
- Неактивные, не отвечающие критериям найма: лица, которые неспособны или не могут работать, например в связи с пенсионным возрастом, учебой, инвалидностью или по другим причинам.

В таблице 11.2 представлены некоторые данные, полученные из двух различных источников и касающиеся показателей нерационального использования трудовых ресурсов здравоохранения в Мексике (8). Используются микроданные (данные, собранные от индивидуальных респондентов), полученные при последней переписи населения и одного раунда национального обследования по проблемам занятости, проведенного в тот же период времени (третий квартал 2000 г.). Показатели, относящиеся к врачам и сестринским кадрам, рассчитывались с использованием одинаковых определений для данных из обоих источников. Несмотря

на применение сходной методологии, обнаружены важные различия в общей численности врачей (по результатам обследования на 20% выше, чем по результатам переписи), но показатели по трудовым ресурсам (выраженные в процентах), в целом были сходны для обоих источников данных.

В отличие от врачей, оценки общей численности медсестер ниже по данным обследований, чем по данным переписи (на 7%), а индикаторы участия в рынке труда характеризуются более выраженной асимметрией. Например разница в показателях занятости медсестер между источниками данных составляет 9 процентных пунктов, а в показателях неполной занятости и безработицы – приблизительно по 6 процентных пунктов каждый.

Возможно, что в основе наблюдаемых расхождений в расчетных показателях трудовой деятельности среди работников здравоохранения, полученных по данным двух различных источников в Мексике, могут лежать различия в выборке, подготовке переписчиков и наблюдателей, кодировании сообщаемых респондентами профессий, операциях по вводу и обработке данных или другие методологические проблемы.

Из этого примера также ясно, что стандартные источники статистических данных могут быть полезным инструментом для анализа КРЗ во многих странах. В условиях Мексики, имеющиеся данные позволяют количественно оценить качественную по своей сути концепцию нерационального использования трудовых ресурсов здравоохранения, что, в свою очередь, способствует повышению информированности о масштабе проблем в области КРЗ среди лиц, принимающих решения, и разработке руководящих стратегических рекомендаций (6). Несмотря на выявленные препятствия на пути доступа определенных сегментов населения к квалифицированным медицинским работникам, данные показывают, что при этом в масштабах страны существует огромное число обученных поставщиков услуг здравоохранения, которые не работают в этой области. Хотя проведенный анализ ограничивался данными о врачах и медсестрах, несомненно, что его результаты могут распространяться на другие группы медицинских и технических работников, а в конечном итоге и на другие страны, в которых вопросы в подобных источниках данных сформулированы аналогично.

Оценка данных и возможная корректировка для восполнения их недостатка и неточностей являются решающим условием валидности источников информации, используемых для поддержки политики и планирования. Представленная здесь перекрестная проверка данных информативна, но не позволяет дать формальную оценку представленным числовым показателям или скорректировать их. Возможно, повторение этих действий в ряде последовательных переписей или во множестве стран приведет к повышению достоверности оценок и улучшению процедур оценки. Возможности анализа тенденций во времени в условиях Мексики были ограничены из-за различий в инструментах сбора данных при проведении переписей и промежуточных обследований, что, в свою очередь, ограничивало возможность расчета соответствующих показателей на основе последних. Странам рекомендуется собирать и публиковать информацию, используя все источники, даже если на первый взгляд может

¹ Альтернативой подхода к оценке неполной занятости относительно квалификации является оценка исходя из критерия времени, как, например, в случае, когда медицинские специалисты, работающие в службах здравоохранения, заняты меньше порога установленного рабочего времени (например меньше того, что считается в стране полным рабочим днем).

Таблица 11.2 Имеющиеся в наличии врачебные и сестринские трудовые ресурсы и их распределение в зависимости от статуса занятости, по данным переписи и обследования, Мексика, 2000 г.

Источник данных Индикатор	Перепись		Обследование по проблемам занятости	
	Число	%	Число	%
Врачи				
Работающие	142 923	70	189 930	74
Неполностью занятые	26 733	13	28 457	11
Безработные	10 892	5	7 036	3
Занимающиеся домашним трудом	7 895	4	14 556	6
Недоступные для найма (не могут работать)	16 335	8	17 509	7
Всего	204 778	100	257 488	100
Медсестры				
Работающие	57 834	55	62 406	64
Неполностью занятые	16 128	15	7 666	8
Безработные	7 143	7	1 254	1
Занимающиеся домашним трудом	16 971	16	19 530	20
Недоступные для найма (не могут работать)	6 659	6	7 124	7
Всего	104 735	100	97 980	100

Примечание: Неполная занятость относится также к тем, кто получил образование университетского уровня в области медицины или сестринского дела, но выполняет работу, не соответствующую полученному образованию. К недоступным для найма относятся лица, вышедшие на пенсию, учащиеся или имеющие инвалидность, не позволяющую работать. Сумма процентов может не равняться 100% из-за округления.

Источник: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (8).

показаться, что эта информация сомнительного качества. Это может обеспечить возможности для разработки методов оценки и корректировки подобных данных, которые в противном случае были бы упущены, а также позволить извлечь уроки из полученного опыта.

11.3 Использование нескольких источников информации для получения наилучших оценок трудовых ресурсов здравоохранения Индии

В большинстве стран с низким и средним уровнем доходов качество оценок КРЗ, которые предлагают министерства здравоохранения и смежные организации, нуждается в улучшении в отношении полноты, надежности и актуальности. Качество обычной информации о национальных трудовых ресурсах здравоохранения в Индии имеет ряд недостатков. В отчетах, которые предоставляют профессиональные

регулирующие органы индийских штатов и на основе которых формируется официальная статистика о работниках здравоохранения, как правило, даются неточные данные. Это происходит из-за отсутствия корректировки в связи с убылью рабочей силы здравоохранения в результате смерти, миграции или выхода работников на пенсию или вследствие двойного подсчета работников здравоохранения, зарегистрированных больше чем в одном штате. Более того, не все штаты используют сходную процедуру регистрации, из-за чего возникает вопрос о сопоставимости данных; например в соответствии с требованиями Медицинского совета Дели, практикующие врачи должны проходить перерегистрацию каждые пять лет, хотя в других штатах такого правила не существует. Наконец, некоторые категории работников здравоохранения (например лица, работающие в области биомедицинских исследований, физиотерапевты и лаборанты-технологи) не отражены в официальной статистике, что затрудняет оценку общей численности и состава кадров здравоохранения (9, 10).

Как обсуждалось выше, в большинстве стран имеются

различные источники, которые можно использовать для получения полезной информации о состоянии КРЗ. В ходе этого анализа проведена перекрестная проверка оценок численности работников здравоохранения, полученных как из официальных источников, так и из стандартных источников популяционных статистических данных:

- Официальные статистические данные о количестве зарегистрированных врачей и медсестер были получены от медицинского и сестринского советов Индии (в основу положены данные отчетов аналогичных организаций в штатах, охватывающих как государственный, так и частный сектор); другие статистические данные по КРЗ получены из различных отчетов министерства здравоохранения (11–13).
- Подсчет рабочей силы здравоохранения с разбивкой по различным специальностям был сделан на основе данных переписи, проведенной в Индии в 2001 г., когда была собрана информация о статусе занятости (по самооценке респондентов) всех лиц, проживающих в стране (14). Для данного анализа используются выборочные микроданные переписи, охватывающие 20% сельских и 50% городских расчетных блоков во всех районах; размер выборки составлял около 300 миллионов, и было произведено взвешивание, чтобы она была репрезентативной для населения в целом.
- Также при проведении Национальной организацией по выборочным обследованиям пятилетнего обследования занятости и безработицы (раунд 2004–2005 гг.) (15) были получены оценки кадров здравоохранения с разбивкой по разным специальностям. В национальном репрезентативном обследовании домашних хозяйств регистрировалась основная экономическая деятельность работающих лиц (по сообщениям самих респондентов).

Определенная корректировка была проведена для того, чтобы иметь возможность сравнивать оценки, полученные при обследовании занятости и при переписи, хотя оценки, полученные при переписи, были зарегистрированы в марте 2001 г., а обследование проводилось между июлем 2004 и июнем 2005 г. Исходя из предположения, что рост численности кадров здравоохранения соответствует росту общей численности населения, для отражения демографического роста между 2001 и 2005 гг. оценки по данным переписи были повышены на 8%.

Работники здравоохранения были выявлены в процессе переписи и выборочного обследования занятости с использованием Национальной классификации занятий (16). При переписи использовалась последняя версия классификации 2004 г. (известная также под названием НКЗ-04), а при обследовании – коды более ранней классификации (НКЗ-68). В оценках, представленных здесь, коды НКЗ-68 были преобразованы в коды НКЗ-04 с незначительной потерей информации. В дальнейшем, для улучшения сопоставимости между этими двумя источниками некоторые категории работников здравоохранения были либо разбиты на несколько категорий, либо объединены в одну категорию. Например медсестры и акушерки были объединены в одну категорию, так как часто они выполняют сходные функции. В ограниченном числе случаев, когда информация о роде

занятий отсутствовала, некоторые лица были отнесены к работникам здравоохранения на основе сведений об области их экономической активности или образования.

Окончательный перечень категорий работников здравоохранения, по которым производилась оценка, включал терапевтов и хирургов (врачи аллопаты), сестринский и акушерский персонал, стоматологов, фармацевтов, практиков AYUSH (аюрведа, йога, юнани, сиддха, гомеопатия) и других видов традиционной медицины, а также представителей других профессий (диетологи, оптики, ассистенты стоматологов, физиотерапевты, фельдшеры и лаборанты, другой персонал больниц).

На рисунке 11.1 показано, что официальные оценки Министерства здравоохранения в основном выше, чем оценки, полученные по данным переписи и обследований, и (что важно) два последних источника в большей степени согласуются между собой. Наибольшее сходство между оценками по данным всех трех источников наблюдалось в отношении врачей и стоматологов. В целом, оценки, полученные по данным переписи и обследования занятости, свидетельствуют о том, что в Индии имеется около 2,1 миллиона работников здравоохранения, что в пересчете на обеспеченность кадрами составляет приблизительно 20 работников здравоохранения на 10 000 населения. Сравнительные статистические данные по общему числу работников здравоохранения из административных источников отсутствовали. Кроме того, из этих оценок исключены приблизительно 1,5 миллиона общинных работников здравоохранения, для которых коды профессий и занятий не были включены в имеющуюся классификацию (хотя не исключено, что некоторые из этих работников приравниваются к сестринскому и акушерскому персоналу).

При последующем анализе данных переписи и обследования выявлены существенные различия в обеспеченности работниками здравоохранения (все специальности в совокупности) в штатах Индии (рис. 11.2). В большинстве штатов оценки, полученные при переписи, были выше по сравнению с оценками, полученными при обследовании занятости. В последнем случае небольшой размер выборки не позволяет дать качественную дезагрегированную оценку на уровне штата.

Оценка трудовых ресурсов здравоохранения по данным переписи и обследований занятости имеет ряд преимуществ. Она основана на численности населения, и это позволяет избежать двойного подсчета, охватить широкий спектр медицинских профессий, быть доступной для всех районов страны и иметь меньше проблем в отношении сопоставимости, поскольку в ее основе лежат стандартные кодировки профессий. Но при этом для этих информационных источников характерен ряд ограничений. В частности, они не могут обеспечить проведение оценки кадров здравоохранения на постоянной основе, поскольку обследования занятости в Индии повторяются только один раз в пять лет, а перепись проводится один раз в 10 лет.

В целом, перепись является наилучшим из имеющихся источников данных для оценки трудовых ресурсов здравоохранения. Большой размер выборки использованных здесь микроданных (охватывает каждый район страны, а в

Рисунок 11.1 Обеспеченность работниками здравоохранения, по специальностям и в соответствии с источником данных, Индия, 2005 г.



Источники: Indian Nursing Council (11), Medical Council of India (12), Central Bureau of Health Intelligence (13), Census of India 2001 (14), National Sample Survey Organization 2004–2005 (15).

пределах района городские и сельские пункты) позволяет дать надежные оценки по отдельным категориям работников здравоохранения и по штатам. На примере Индии показано, что оценки, полученные при переписи населения, хорошо согласуются с оценками, полученными в обследованиях (совокупные данные), указывая на высокий уровень их надежности.

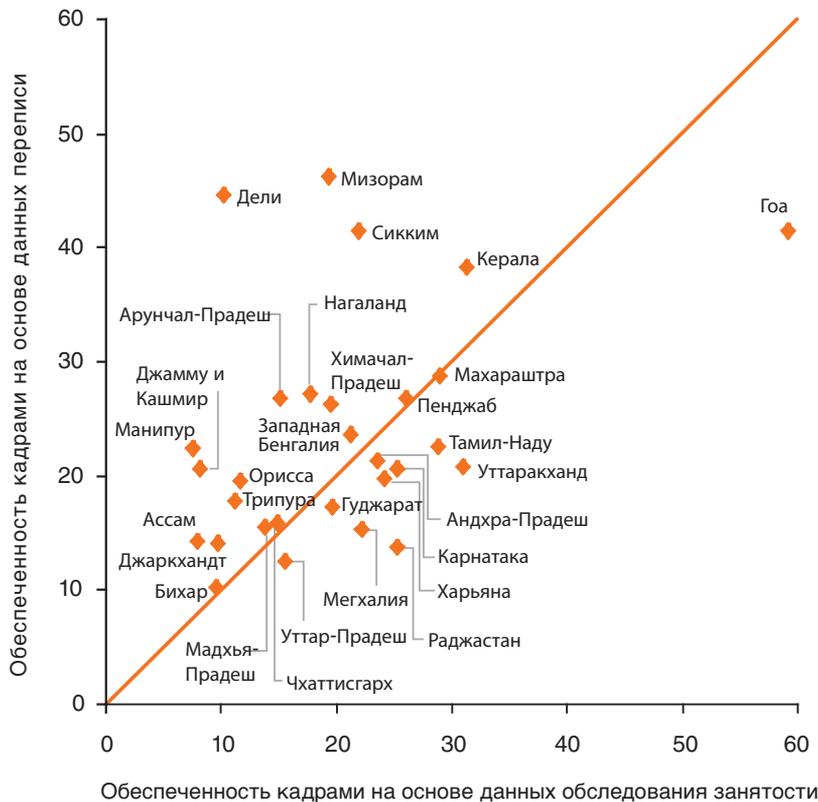
11.4 Триангуляция данных из двух источников для мониторинга отсутствия работников здравоохранения на рабочем месте и фиктивных работников в Замбии

Во многих развивающихся странах абсентеизм усугубляет проблему неэффективности и несправедливости на рынках труда здравоохранения. Как и в отношении других характеристик кризиса трудовых ресурсов здравоохранения, необходимы достоверные данные и информация для того, чтобы правительства и соответствующие партнеры были способны решать и контролировать проблему. Оценка учреждений здравоохранения, которая часто не используется в достаточной мере, является идеальным механизмом получения и распространения информации и фактических данных о различных формах невыхода на работу. Измерение этого индикатора динамики рынка труда требует сбора совсем небольшого количества дополнительных данных и последующей триангуляции новых данных, собранных на уровне учреждения, с информацией из обычных административных реестров (17).

Отсутствие работников здравоохранения на рабочем месте может принимать разные формы. Необходимо различать: (i) невыход на работу зарегистрированных в учреждении работников здравоохранения, обычно присутствующих на работе, но отсутствующих в данный момент времени (далее именуемые как “не вышедшие на работу”); и (ii) работники здравоохранения, вообще не являющиеся частью трудовых ресурсов и не обнаруженные в штатном расписании учреждения, но, тем не менее, перечисленные в официальных платежных ведомостях (далее именуемые как “фиктивные работники”). В первом случае это может быть запланированное отсутствие в связи с официальными обязанностями или по личным причинам (например не присутствуют в данный момент, так как работают неполный рабочий день, находятся на обучении или на совещании, в командировке, в очередном или декретном отпуске), отсутствие вне графика (например по болезни или в связи с другими чрезвычайными обстоятельствами), из-за совместительства (в настоящий момент работают в другом месте), либо по несанкционированным или необъяснимым причинам. Во втором случае это работники, вышедшие из кадрового состава учреждения (но не исключенные из платежной ведомости) по причине смерти, длительной болезни или даже в результате мошенничества. В некоторых случаях фиктивные работники являются отражением существующей среди медицинского персонала стратегии по компенсации недостаточного вознаграждения или неудовлетворительных условий труда.

Основным требованием к получению достоверной информации о невыходах на работу и фиктивных работников является сбор первичных данных при обследовании учреждения;

Рисунок 11.2 Обеспеченность работниками здравоохранения (на 10 000 населения) по данным переписи по сравнению с данными обследования, по штатам, Индия, 2005 г.



Источники: Census of India 2001 (14), National Sample Survey Organization 2004–2205 (15).

это в частности относится к медицинским работникам, зарегистрированным в этом учреждении (например в соответствии со списками сотрудников); тем, кто должен находиться на работе в момент сбора данных (в соответствии с графиком работы); и тем, кто действительно присутствует на работе в момент сбора данных (физический подсчет присутствующих). Также требуются актуальные данные из административных источников по медицинским работникам, занесенным в платежные ведомости (государственных или частных учреждений). Соответствующие показатели рассчитываются следующим образом:

- отсутствующие на работе = работники здравоохранения, зарегистрированные в рабочем графике, за вычетом тех, которые физически подсчитаны;
- фиктивные работники = число работников здравоохранения, перечисленных в централизованных платежных ведомостях, за вычетом тех, которые зарегистрированы на уровне учреждения.

Для получения базовой информации по невыходам на работу и фиктивным работникам минимальные требования для всех трех компонентов данных о работниках на уровне учреждения (штатное расписание, графики работы, физический подсчет) следующие: фамилия, должность, уникальный идентификационный номер и источник зарплаты. Без знания фамилии и должности невозможно

идентифицировать отсутствующих на работе. Без знания идентификационного номера невозможно предотвратить двойной подсчет тех, кто работает более чем в одном учреждении. Источник заработной платы – важный параметр для триангуляции данных, полученных в учреждении, и данных административной платежной ведомости; это необходимо для оценки распространенности фиктивных работников в системе здравоохранения. На уровне учреждения также необходима информация о том, кому оно принадлежит или кем управляется.

При подсчете, проводимом в учреждениях здравоохранения Замбии, получены данные о работниках здравоохранения, которые должны были находиться на работе на момент инспекционного посещения учреждения (то есть внесенные в график), и работниках, которые действительно присутствовали на работе (при физическом подсчете); в результате была получена картина невыходов на работу на данный момент времени (см. также наглядный пример из Кении в главе 7). Результаты оценки доли фиктивных работников в учреждениях здравоохранения Замбии представлены на рисунке 11.4.

Несмотря на попытки скорректировать данные, полученные на уровне учреждения, с данными платежной ведомости для увеличения сопоставимости, пробелы в информации, касающиеся источников зарплаты работников здравоохранения, которые невозможно игнорировать, могут ставить под сомнение точность измерения (17). Расчет

индикаторов по фиктивным работникам требует триангуляции данных об источниках зарплаты работников здравоохранения – а не данных о секторе занятости – и данных платежных ведомостей. Хотя в Замбии подавляющее большинство работников здравоохранения, работающих в учреждениях государственного сектора, получают зарплату от государства (допущение, сделанное в ходе анализа), подобная ситуация наблюдается не везде.

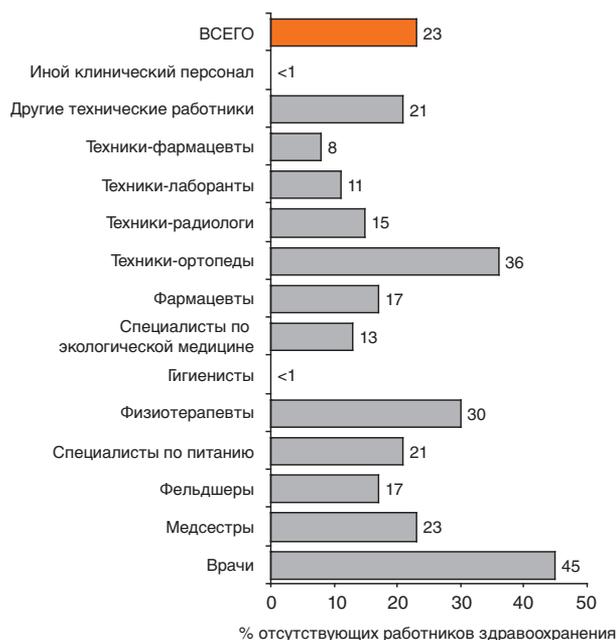
Получение полезной информации об отсутствии на службе работников здравоохранения (в данный момент времени) и о фиктивных работниках возможно лишь при условии, если исходные данные не только качественно собраны и триангулированы (с использованием хорошо разработанных инструментов и методов анализа), но, кроме того, точно отражают каждодневный сценарий на местах. Для того чтобы свести к минимуму возможные искажения, важно учитывать ряд моментов, в частности, время сбора данных на уровне учреждения. Картина отсутствия на работе может варьировать в зависимости от того, происходит сбор данных в начале или в конце рабочего дня, так как уровень отсутствия на службе часто выше в послеобеденное время. Предупреждение менеджеров о предстоящем сборе данных в некоторых случаях также может приводить к искажению существующей картины. Возможно, руководство учреждения захочет либо обеспечить присутствие персонала (поскольку высокие показатели невыходов на работу могут свидетельствовать о низком качестве управления), либо, наоборот, разоблачить отсутствующих, чтобы потом использовать этот факт в качестве доказательства в поддержку планирования кадровых ресурсов и переговоров с работниками.

Неясно, каким сочетанием причин отсутствия работников, наблюдаемого в конкретный момент времени, можно объяснить результаты, полученные при триангуляции данных в Замбии. Метод позволил сравнить число присутствующих работников и число работников, занесенных в штатное расписание или в платежную ведомость на день обследования. Однако при оценке учреждения не собиралась подробная информация, которая помогла бы лучше понять динамику невыходов на работу (например, продолжительность отсутствия на работе) или лежащие в их основе причины (например запланированное отсутствие по сравнению с незапланированным). Совершенствование обычных информационных систем управления КРЗ, в том числе ежедневное обновление данных о графике работы персонала на уровне учреждения, обеспечило бы постоянную основу для более глубокого понимания поведения персонала и эффективности его работы.

11.5 Резюме и выводы

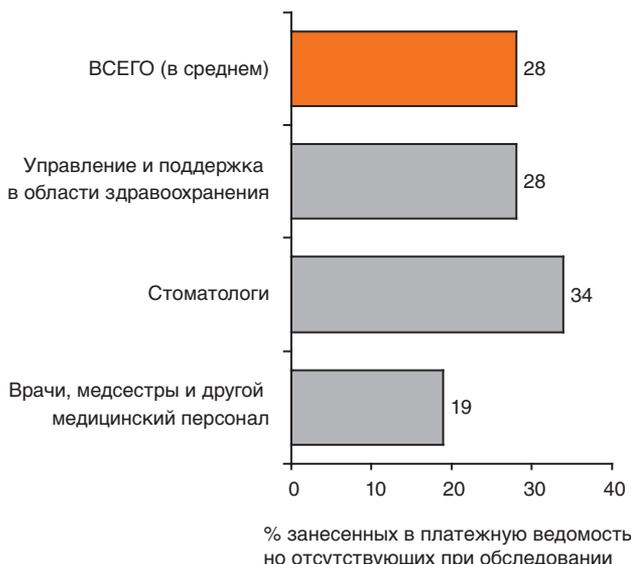
В этой главе представлены отдельные примеры методов триангуляции (перекрестного исследования нескольких информационных источников) для углубленного анализа состояния КРЗ. Триангуляция является рентабельной стратегией при исследовании одной проблемы с использованием разных баз данных. Использование одного источника данных или метода для мониторинга и оценки стратегий и программ в области трудовых ресурсов здравоохранения редко бывает достаточным. Сформулированы концепции

Рисунок 11.3 Процент работников здравоохранения, работающих в учреждении, занесенных в реестр дежурств, но отсутствовавших в день проведения оценки, по специальностям, Замбия, 2006 г.



Источник: Herbst и Gijbrecchts (17).

Рисунок 11.4 Процент работников здравоохранения, занесенных в платежную ведомость министерства здравоохранения, но не зарегистрированных на уровне учреждения, Замбия, 2006 г.



Источник: Herbst и Gijbrecchts (17).

для поддержки усилий, направленных на синхронизацию статистических данных, полученных из разных источников и для разных компонентов (18). При использовании различных типов данных, методов и подходов зачастую получают несколько разные результаты. Изучение этих несоответствий может быть важным средством для лучшего понимания многогранной и сложной природы динамики рынка труда в сфере здравоохранения. Там, где триангуляция данных даст аналогичные или сходные результаты, больше доверия будут вызывать предварительные выводы.

Кроме того, этот метод может помочь сформулировать рекомендации по расширению деятельности в области оценки в будущем. В этой главе выделены сильные и слабые стороны использования определенных комбинаций данных, полученных при проведении переписей населения, обследований занятости, обследований учреждений, а также данных, содержащихся в стандартных регистрационных административных документах, для анализа КРЗ. Наличие стратегической повестки дня по сбору, обработке, анализу и использованию данных, включая общую (и более подробную) классификацию занятий, уникальные идентификаторы для практикующих работников здравоохранения, текущие обновления административных реестров для учета отсутствия на службе и убыли работников, постоянство дизайна разработанных в разное время инструментов по сбору данных и систематическое распространение полученных результатов, открывает новые возможности для анализа КРЗ, обеспечивающего предоставление своевременных рекомендаций для принятия решений, основанных на фактических данных.

Библиография

1. Galin P. Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud. In: Dal Poz M, Galin P, Novick M, Varella T, eds. *Relaciones laborales en el sector salud*. Quito, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
2. AbouZahr C, Adjei S, Kanchanachitra C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *Lancet*, 2007, 369:1039–1046.
3. Nigenda G, Ruiz JA, Rosales Y, Bejarano R. University-trained nurses in Mexico: an assessment of educational attrition and labor wastage. *Salud Pública de México*, 2006, 48(1):22–29 (http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100005&lng=en&nrm=iso, accessed 25 January 2009).
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (<http://www.inegi.gob.mx>, accessed 25 January 2009).
5. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 15 January 2009).
6. Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Human Resources for Health*, 2005, 3:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/3>, accessed 26 January 2009).
7. Hussmanns R, Mehran F, Verma V. *Surveys of economically active population, employment, unemployment and underemployment: an ILO manual on concepts and methods*. Geneva, International Labour Office, 1990.
8. *XII Population and Household Census and National Survey on Employment*. Mexico, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000.
9. *Financing and delivery of health care services in India*. Background paper of the National Commission on Macroeconomics and Health. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2005 (http://www.who.int/macrohealth/action/national_reports/en/index.html, accessed 27 January 2009).
10. *Not enough here ... too many there: health workforce in India*. New Delhi, World Health Organization Country Office for India, 2007 (http://www.whoindia.org/EN/Section2/Section404_1264.htm, accessed 27 January 2009).
11. Indian Nursing Council (<http://www.indiannursingcouncil.org>, accessed 27 January 2009).
12. Medical Council of India (<http://www.mciindia.org>, accessed 27 January 2009).
13. *Medical health and nursing manpower statistics 2005*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, Central Bureau of Health Intelligence (<http://cbhidghs.nic.in/index3.asp?sslid=929&subsublinkid=828>, accessed 27 January 2009).
14. *Census of India 2001*. Office of the Registrar General and Census Commissioner of India (<http://www.censusindia.net>, accessed 27 January 2009).
15. Government of India, Ministry of Statistics and Programme Implementation, National Sample Survey Organisation (http://mospi.nic.in/mospi_about_nssso.htm, accessed 27 January 2009).
16. *National Classification of Occupations 2004*. Government of India, Ministry of Labour, 2004 (<http://dget.nic.in/nco>, accessed 27 January 2009).
17. Herbst CH, Gijbrecchts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Zambia: analysis of the Health Facility Census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
18. Hoffmann E. Developing labour account estimates: issues and approaches. In: *Household accounting: experiences in concepts and compilation*. Studies in Methods, Series F, No. 75. New York, United Nations Statistics Division, 2000.

Часть IV:
РАСПРОСТРАНЕНИЕ
И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ДАННЫХ





12

Использование информации и фактических данных для разработки политики и на практике: стратегии и механизмы

GÜLIN GEDIK, ULYSSES PANISSET, MARIO R DAL POZ, FELIX RIGOLI

12.1 Введение

В быстро меняющемся мире проблема огромного дефицита кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), стоящая на повестке дня и требующая решения, вызвала растущий интерес и беспокойство на глобальном, региональном и национальном уровнях. Для быстрых, эффективных и результативных действий по решению этой проблемы разработчики политики и лица, ответственные за принятие решений, нуждаются в обновленной, легкодоступной информации и убедительных фактических данных.

Основная трудность, с которой сталкиваются ответственные лица, рассматривая проблему КРЗ, заключается в комплексном многообразии ключевых вопросов и в необходимости решать их одновременно и в срочном порядке. Это касается дисбаланса в распределении и подготовке работников здравоохранения на глобальном и национальном уровнях; постоянного роста международной миграции; социально-политических ограничений деятельности государственного сектора (включая замораживание найма в государственном секторе в связи с программами структурных реформ); потребности в расширении масштаба приоритетных вмешательств в области здравоохранения; влияния ВИЧ/СПИДа на кадры здравоохранения; мотивации и удержания работников. Многие из этих проблем имеют долгосрочный характер с суммарным воздействием на нехватку и дисбаланс кадров. Проявляющаяся в результате этой проблемы с людскими ресурсами могут выражаться по-разному: это могут быть перебои в работе (например во время забастовок) из-за низкого морального духа работников здравоохранения или даже закрытие больниц из-за неспособности выполнить минимальные нормы по комплектации персоналом. Возможные решения могут быть найдены только путем исследования корней этих проблем, хотя они на первый взгляд могут и не быть очевидными.

Страны прилагают усилия по разработке стратегий в отношении КРЗ и планов внедрения в условиях реформ сектора здравоохранения с различной степенью успеха. В целом, стратегии могут разрабатываться и внедряться при различных исходных компонентах и факторах, таких как политические и финансовые ограничения, негласные знания и профессиональный опыт. Без надежных и проверенных данных было сложно разрабатывать основанные на фактических данных стратегии, то есть стратегии, в которых для формулирования, реализации, мониторинга и оценки

стратегических действий использовались бы индикаторы и результаты исследований в области здравоохранения. Кроме того, стратегии в области глобальных и региональных инициатив и стратегий по укреплению систем здравоохранения в странах (подобные тем, которые описаны в главе 1) требуют надежных механизмов мониторинга и оценки для определения уровня прогресса или отставания стран. Для принятия хорошо информированных решений в отношении КРЗ ответственным лицам и другим заинтересованным сторонам (включая частный сектор и гражданское общество) требуются самые надежные из имеющихся фактических данных о том, какие меры эффективны или представляются перспективными.

Крайне сложная задача расширения масштаба и улучшения качества деятельности КРЗ и предоставления услуг здравоохранения в сравнительно короткий промежуток времени, а также интеграции и координации принятия решений, касающихся систем здравоохранения, с другими секторами правительства и общества, требуют нового мышления и новых путей разработки политики. В последние десять лет проведено несколько исследований, которые были попыткой решить проблему сокращения разрыва между тем, что известно об эффективных вмешательствах систем здравоохранения, и фактическими данными, использованными для принятия решений. Вопрос о том, как сделать доступными обобщенные фактические данные и адаптировать их для применения в местном контексте, является общей проблемой во всех странах, находящихся на разных уровнях социального и экономического развития, и должен решаться путем международного сотрудничества (1).

Высокопоставленные политические деятели в странах с низким и средним уровнем доходов подчеркивают, что доступ к информации и фактическим данным высокого качества, которые являются своевременными и актуальными, имеет для них важнейшее значение, так как влияет на способность принимать основанные на доказательствах решения. Естественно, что хотя фактические данные необходимы, сами по себе они недостаточны, если учесть, что на вмешательства в области здравоохранения влияет широкий спектр контекстуальных, политических, культурных и социологических факторов, которые формируют процесс принятия решений (2). Существует выраженный разрыв в наших знаниях, необходимых для понимания механизмов, структур и факторов, с которыми сталкиваются лица, принимающие решения. Чтобы преодолеть этот разрыв, требуется определить, в чем заключаются “затрудняющие”

и «облегчающие» факторы в каждом контексте. Для этого необходимо повысить качество исследований того, как основанная на фактических данных политика может интегрировать контекст, ценности и стратегии в целях улучшения здоровья населения (3).

Дебаты, касающиеся использования фактических данных в общественном здравоохранении, часто сосредотачивались на «узконаправленном использовании результатов исследований в программном, а не стратегическом контексте» и не принимали во внимание потенциал по реализации стратегий (4). Способность учитывать политические факторы и действовать в соответствии с фактическими данными является основой практического применения основанной на доказательствах политики, но отсутствует в большинстве сегодняшних инициатив. Активное участие разработчиков политики и других заинтересованных сторон в выявлении проблем и систематизации фактических данных имеет большое значение, но наблюдается очень редко (5). Требуется более интегрированный политический процесс, когда определение повестки дня, формулировка, реализация стратегии и ответ на нее тесно связаны между собой; это необходимо для гарантии того, что самые надежные научные доказательства эффективно используются в различных контекстах (6).

В предыдущих главах этого Руководства освещались следующие вопросы: мониторинг чего необходимо проводить, информация какого типа требуется, какие источники данных и информации можно использовать, а также как собирать и обрабатывать данные. В этой главе рассматривается, как информация и результаты исследований могут сравниваться, распространяться, использоваться совместно и, в конечном счете, облегчать политический диалог и реализацию стратегий. В следующих разделах критически оцениваются различные существующие инициативы по разработке эффективных механизмов получения и распространения фактических данных о кадрах здравоохранения на субнациональном, национальном, региональном и международном уровнях, а также рассматривается, как улучшить использование научных доказательств, формулируя политику, проводя ее мониторинг и оценивая реализацию.

12.2 Стратегии по внедрению фактических данных в политику и практику

Термин «передача знаний» (или различные формулировки, в том числе: «создание потенциала знаний», «управление знаниями» и «установление связи и обмен знаниями», которые, в сущности, определяют одну и ту же концепцию) все чаще используется для описания ряда действий, которые предпринимаются с целью получения знаний для удовлетворения потребностей пользователей; распространения этих знаний; создания у лиц, принимающих решения, потенциала по их восприятию и адаптации; а также отслеживания их применения в конкретном контексте (7). В области здравоохранения это было описано как динамический и повторяющийся процесс, включающий синтез, распространение, обмен и этически обоснованное

применение знаний, для предоставления более эффективных услуг и продуктов здравоохранения, укрепления систем здравоохранения и улучшения здоровья населения (8).

Традиционно существующее разобщение между исследователями, разработчиками политики, лицами и организациями, финансирующими исследования, руководителями программ, работниками здравоохранения и пользователями услуг здравоохранения определялось как одна из основных преград на пути эффективной передачи информации и использования исследований в процессе принятия решений. Одним из фундаментальных факторов, определенных в подходах, в которых признается многогранность разработки политики и действий в рамках системы здравоохранения, является необходимость усовершенствования взаимодействия между различными заинтересованными сторонами в процессе принятия решений (9). Крайне важно разрабатывать выполнимые стратегии, которые могут внедряться в соответствии с конкретными условиями. Подобная ориентированная на заинтересованные стороны модель была названа «интерактивной моделью» (4). Она представляет собой непрерывный процесс, заключающийся в том, чтобы «принимать, адаптировать и действовать» на основании знаний, используя исследования для информирования стратегий и одновременно проводя взвешенную политику, зависящую от различных интересов, мотиваций и ценностей.

Систематический обзор исследований, в которых оценивается, как воспринимают разработчики политики использование доказательств, выявил следующие облегчающие факторы: (i) регулярные двусторонние личные контакты между исследователями и разработчиками политики; (ii) оценка исследования как своевременного, актуального и качественного; (iii) представление результатов исследований, включая краткие обзоры, с четкими рекомендациями для политики. Наиболее частыми затрудняющими факторами являются: отсутствие взаимодействия, своевременности, актуальности и надежности; отсутствие передачи фактических данных пользователям; взаимное недоверие между исследователями и разработчиками политики (10).

Необходимы исследования по активному продвижению облегчающих факторов и преодолению препятствий, используя инновационные методы, принимающие во внимание комплексную природу процесса разработки политики. Создание благоприятной, интерактивной и способствующей среды с участием различных заинтересованных сторон имеет важнейшее значение (1, 11, 12). Три основные стратегии были предложены для стимулирования использования информации и фактических данных при разработке политики и принятии решений:

- стратегия по стимулированию «нажима» со стороны исследователя, цель которого распространение данных среди широкой аудитории (включая распространение полученных выводов) путем составления сжатых аналитических обзоров и синтеза существующих фактических данных;
- стратегия по стимулированию «притягивания» со стороны разработчиков политики с акцентом на нуждах потребителей, что создает потребность в результатах

исследований, включая создание потенциала по заказу исследований и разработке механизмов быстрого реагирования для разработчиков политики;

- стратегия по стимулированию связей и обмена (или построения и поддержания отношений для обмена знаниями и идеями), включая совместные механизмы по определению приоритетов стратегий в области здравоохранения и кадровых ресурсов здравоохранения, а также форумы и семинары по обмену информацией между исследователями, разработчиками политики и гражданским обществом по вопросам накопленных фактических данных и их приложения к конкретным стратегиям (7, 13).

Разработка стратегий и принятие решений требуют результатов исследований, которые направлены на решение проблем и отвечают потребностям в отношении специфических вопросов политики. Таким образом, определение центрального вопроса, которому посвящено исследование, основываясь на проблеме, поднятой лицом, отвечающим за принятие решений (“притягивание”) способствует установлению связи между исследованиями и политикой. Спонсоры и организации, финансирующие исследования в области здравоохранения, все в большей степени осознают, что их обращения за предложениями по проведению исследований “хитросплетений”, наблюдающихся в системах здравоохранения, должны основываться на потребностях разработчиков политики и лиц, отвечающих за принятие решений, а не на более традиционной зависимости исследовательских проектов от интересов исследователя. Обеспечение постоянного взаимодействия между исследователями и политиками зарекомендовало себя как фактор положительных изменений в поддержке процесса принятия решений, основанных на фактических данных (14).

Кроме необходимости прямого взаимодействия с разработчиками политики, исследования в области КРЗ также требуют междисциплинарного подхода для того, чтобы охватить многочисленные аспекты, связанные с людскими ресурсами в системах здравоохранения. Для этого требуется решение сложных задач по разработке инновационных методологий и осуществления коммуникаций, чтобы интегрировать механизмы, которые привнесли бы в исследования КРЗ опыт и знания, накопленные в области финансов, права и регулирования, управления системами здравоохранения, поведенческих наук и в других ключевых областях, для обеспечения лучшего понимания динамики КРЗ.

В дополнение к этому для исследований в области КРЗ характерно то, что в основном они относились к развитым странам (15). Согласно оценкам, только 5% опубликованных статей, посвященных исследованиям в области политики и систем здравоохранения, посвящены странам с низким и средним уровнем доходов (16). Исследователи, изучающие вопросы, связанные с КРЗ в странах с низким и средним уровнем доходов, часто сталкиваются со сложностями, связанными с наличием и доступностью надежных (качественных и количественных) данных и определения актуальных индикаторов деятельности, необходимых в качестве исходного материала, на базе которого будет формироваться план исследования (17).

Вопрос специфичности условий в разных странах и в пределах стран также представляет значительную сложность. Люди, работающие в области укрепления системы здравоохранения в конкретном месте, занимаются этим в весьма специфических политических, социально-экономических и культурных условиях. В частности, в вопросах политики, касающихся КРЗ, в которых финансовые, политические, правовые и культурные факторы имеют огромное значение, исключительно трудно делать обобщенные выводы на основе исследования, проведенного в одной стране, в рамках специфического контекста и в определенный момент времени. Более того, характеристики субнационального или местного уровня могут существенно различаться внутри одной страны, особенно в условиях децентрализации системы здравоохранения. Другими словами, одного решения на всех определенно не существует, поэтому требуется разработка механизмов для адаптации фактических данных, полученных в исследованиях, к различным контекстам.

Так как вмешательства в рамках системы здравоохранения являются социальными экспериментами, оказывающими воздействие на значительную часть населения, люди, которых затрагивает проводимая политика, неизбежно являются ключевой заинтересованной стороной (18–20). Исследователи и разработчики политики должны не только знать и понимать ограничения и имеющиеся возможности сторон, вовлеченных в процесс, но и создавать рабочую атмосферу, ориентированную на участников процесса (21). Интерактивные подходы, которые создают и укрепляют обучающую среду при постоянном обмене идеями и опытом (или их объединении) между различными заинтересованными сторонами, имеют решающее значение для стимулирования эффективного использования фактических данных, полученных в результате исследований (22). Сначала процесс может направляться лицами, принимающими решения, и другими пользователями (например работниками здравоохранения), а исследователи играть роль ресурсов (23). Одновременно это может способствовать реализации политики, так как комментарии, полученные от различных пользователей, расширят возможности по определению факторов, способствующих реализации (рис. 12.1) (24).

Таким образом, очень важно определить, продвигать, обеспечивать и укреплять эффективные механизмы для поддержки разработки, внедрения, мониторинга и оценки стратегий в отношении КРЗ. Механизмы должны гарантировать не только сбор данных или получение доказательств, но также их распространение и применение для принятия решений в области политики и управления. Жизнеспособные стратегии в отношении КРЗ могут быть разработаны, обеспечены поддержкой и реализованы, если они основаны на информации и фактических данных, принципах и ценностях и отвечают интересам различных заинтересованных сторон. Следовательно, при любом политическом диалоге необходимо использовать механизмы, которые гарантируют, что участие заинтересованных сторон принимается во внимание, но при этом учитывается входящий поток информации. Существует риск, что стратегии, касающиеся кадров здравоохранения, которые формулируются только в результате консенсуса заинтересованных сторон, могут направляться интересами конкретных групп (например если врачи разрабатывают политику для медицинских

работников); с другой стороны, стратегии, которые разработаны за закрытыми дверями кабинета правительства, основанные только на принципах и ценностях, рискуют быть нереалистичными или догматичными (например принуждение врачей к работе в регионах с недостатком ресурсов и служб, не рассматривая, какие использовать стимулы для обеспечения качества их работы и их удержания). Информационные потоки могут сбалансировать эти отличающиеся друг от друга ограниченные точки зрения.

С этой целью можно использовать ряд различных, но взаимодополняющих подходов:

- укрепление информационных систем по кадрам здравоохранения для обеспечения данными, необходимыми для мониторинга и оценки стратегий и программ по КРЗ;
- создание исследовательского потенциала с целью получения и распространения информации и фактических данных для формулирования различных вариантов стратегий среди лиц, принимающих решения, и других заинтересованных сторон;
- содействие созданию платформ по передаче знаний для обмена информацией и фактическими данными между ключевыми заинтересованными сторонами;
- создание и укрепление механизмов и процессов сотрудничества (например обсерваторий по кадрам здравоохранения) с целью интеграции информации и фактических данных (включая данные анализа наилучших видов практики) в разработку и реализацию политики.

Другие главы этого Руководства в большей степени были сфокусированы на первых двух подходах; далее в этой главе будут обсуждаться примеры, иллюстрирующие два последних подхода. В частности, платформы по передаче знаний (например дискуссионные форумы или виртуальные сети) являются ценной основой для постоянного взаимодействия между исследователями и разработчиками политики и помогают трансформировать научные доказательства в политику и практику (25). Пример успешной платформы по передаче знаний для систем здравоохранения и стратегий, в основном для стран с низким и средним уровнем доходов, показан на вставке 12.1 (26–28).

Рисунок 12.1 Основа политики в области КРЗ



Источник: Адаптировано из Muir Gray (24).

Кроме того, обсерватории по кадрам здравоохранения предлагают возможности для облегчения планирования, мониторинга и оценки реализации политики по КРЗ путем содействия развитию механизмов своевременного доступа к актуальным данным и информации, а также их использованию. Следующий раздел посвящен этому подходу; в нем представлены региональные и национальные примеры.

12.3 Механизм поддержки выполнения повестки дня в отношении КРЗ: обсерватории по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения

Обсерватории по вопросам кадровых ресурсов все чаще рассматриваются как потенциально ценный механизм для улучшения базы знаний и информации в отношении КРЗ и для содействия разработке и мониторингу политики. Хотя они развивались различными путями и в разных контекстах, у них имеется один общий признак: инициатива по организации сети сотрудничества между странами и партнерами для обеспечения и обмена информацией и знаниями, необходимыми для совершенствования решений в области политики, касающейся людских ресурсов.

12.3.1 Создание и вклад обсерваторий сектора здравоохранения

С 1970 г. различные типы совместных механизмов, названных “обсерватория” (или как-то иначе) и предназначенных для решения различных вопросов общественного здравоохранения, были созданы в странах, находящихся на разных уровнях социального и экономического развития. Среди них были обсерватории, которые помогали принятию решений в области политики здравоохранения и социальной помощи на местном уровне во Франции, предоставляя ценную информацию, и обсерватории общественного здравоохранения Соединенного Королевства, которые, как считалось, открыли новую страницу в предоставлении оперативной информации по вопросам здравоохранения, предоставляя не только сведения, но и характеристики контекста и точку зрения (29).

На региональном уровне в конце 1990-х гг. широкомасштабные реформы в области здравоохранения и растущее признание необходимости улучшения мониторинга привели к созданию обсерваторий по системам здравоохранения и людским ресурсам, в частности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (30) и Обсерватории по реформам в секторе здравоохранения (для стран Латинской Америки и Карибского бассейна) (31).

В начале создания Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения она была представлена как новое партнерство, цель которого должна была состоять в преодолении разрыва между академическими кругами и разработчиками политики. Обоснование было дано одним из директоров обсерватории:

Существует информация о том, какие реформы работают и где они работают. Но эту информацию непросто получить и интерпретировать. Информация в основном содержится в академических журналах,

Вставка 12.1 Информационная сеть по разработке политики на основе научных данных EVIPNet

В ответ на призыв “создать или укрепить механизмы для передачи знаний в целях поддержки систем общественного здравоохранения и предоставления медицинской помощи, основанных на фактических данных, а также основанной на фактических данных политики в области здравоохранения” Всемирная организация здравоохранения в 2005 г. ввела в действие Информационную сеть по разработке политики на основе научных данных (EVIPNet) (26).

EVIPNet предназначена для интеграции двух облегчающих факторов в процесс разработки политики на основе научных данных: использование примеров наилучшей практики по стимулированию взаимодействия между заинтересованными сторонами для получения и использования научных данных и способность реализовывать исследования в местном контексте (27). Акцентируя внимание на странах с низким и средним уровнем доходов, EVIPNet стимулирует партнерства на уровне стран между разработчиками политики, исследователями и гражданским обществом для того, чтобы облегчить как разработку политики, так и ее реализацию путем использования наилучших из доступных научных данных.

EVIPNet состоит из связанных между собой (но автономных) сетей, которые объединяют национальные команды и координируются на региональном и глобальном уровнях. Африка, Азия и Америка имеют региональные сети, которые в совокупности действуют примерно в 25 странах. На региональном уровне поддержку EVIPNet оказывают региональные бюро и небольшие секретариаты, отвечающие за продвижение региональной координации. Глобальная координационная группа облегчает обмен между регионами и оказывает поддержку деятельности на международном уровне. Работа направляется группой международных экспертов в области трансформации научных данных в политику; эта группа осуществляет стратегическое руководство, организует технический анализ предложений EVIPNet, разрабатывает инновационные методологии и предоставляет прямую техническую поддержку страновым командам, когда это необходимо. Приоритетом проекта является определение примеров наилучшей практики в области развития потенциала как разработчиков политики, так и исследователей, для работы с научными каналами, направленной на трансформацию научных данных в политику, при одновременном вовлечении граждан и групп, занимающихся адвокацией, для обеспечения поддержки потребности в научно обоснованной политике здравоохранения.

С начала своей деятельности EVIPNet работала в сотрудничестве с Региональной инициативой по политике здравоохранения Сообщества восточноафриканских стран, являющейся институциональным механизмом, миссия которого состоит в получении, объединении, оформлении и распространении научных данных, необходимых для политики и практики здравоохранения и для стимулирования актуальных для политики программ исследований, направленных на достижение справедливости в отношении здоровья (28). Подобные инициативы появляются и в других странах. Они направлены на оказание поддержки правительствам в использовании результатов исследований для принятия решений в рамках политики здравоохранения, хотя конкретный масштаб деятельности, природа совместных усилий и методы оценки исследований уникальны для каждого контекста. Например страновые команды могут организовывать семинары по созданию технического потенциала; некоторые из них стимулируют включение журналистов в качестве наблюдателей и защитников интересов. Таким образом, EVIPNet внесла вклад в создание благоприятной политической среды для разработки научно обоснованной политики.

Недавно страновые команды начали выпускать краткие стратегические отчеты, основанные на систематическом анализе исследований, предоставляя варианты стратегий, которые включают вопросы руководства, реализации и финансовых механизмов, адаптированные к условиям конкретной страны или контексту района, а также к реальности имеющихся в наличии ресурсов. Например в феврале 2008 г. страновые команды EVIPNet –Африка опубликовали краткие стратегические отчеты, которые были посвящены насущным проблемам политики, связанным с предоставлением услуг по лечению малярии в их странах.

а большая часть ее не опубликована. В обсерватории имеются знания и опыт по сопоставлению информации, ее анализу, структурированию и предоставлению четко сформулированных выводов тем, кто отвечает за разработку и внедрение политики в области здравоохранения.

Источник: Figueras (32)

В Американском регионе в 1999 г. была запущена инициатива, собравшая 23 страны под эгидой общей сети обсерватории по КРЗ; активизировала этот процесс Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) по мониторингу текущих реформ сектора здравоохранения и их воздействия на кадры здравоохранения. В результате было создано сообщество профессионалов, занимающихся вопросами

политики в отношении кадров здравоохранения. Региональной обсерватории было дано определение «совместной инициативы стран региона, целью которой является предоставление информации и знаний для совершенствования решений политики в области кадровых ресурсов, а также для внесения вклада в развитие кадровых ресурсов в рамках сектора здравоохранения на основе обмена опытом между странами» (33). Следовательно, цель обсерваторий не просто распространять информацию, но быть инициативными и активными участниками разработки политики. Например регулярные (проводящиеся раз в два года) региональные встречи предоставляют площадку для дискуссий, обмена информацией и стратегического планирования.

Недавно при растущем глобальном внимании и мобилизации ресурсов в связи с кризисом кадров здравоохранения в Африке, как часть программы действий была образована Африканская обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения (34). Ее секретариат располагается во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а ее миссия – «оказывать поддержку деятельности по решению насущных проблем КРЗ путем стимулирования, создания и обеспечения прочной базы знаний для предоставления информации по КРЗ на всех уровнях: субнациональном, национальном, межстрановом и региональном (35) (вставка 12.2).

Также при поддержке ВОЗ существующая региональная обсерватория по системам здравоохранения выросла до Обсерватории по системам здравоохранения региона Восточного Средиземноморья, цель которой – «содействовать государствам-членам в использовании активного подхода и обмене наиболее инновационными методами для решения насущных проблем, связанных с КРЗ» (36). Ее общественный вклад включает создание обновленных профилей по состоянию КРЗ внутри стран и между ними, анализ взаимосвязей между значимыми детерминантами трудовых ресурсов здравоохранения, а также привязка политики и практики к национальным и региональным промежуточным критериям и целевым показателям.

Хотя функции этих различных обсерваторий и силы, повлиявшие на их образование, несколько отличаются, каждая из них работает над устранением разрыва между научными данными и политикой в зависимости от конкретного контекста и потребностей. Общая цель может быть кратко изложена следующим образом: предоставить информацию и знания, необходимые для улучшения решений, планирования и реализации политики в области развития трудовых ресурсов; проводить обмен опытом стран в развитии кадровых ресурсов; способствовать диалогу в области политики. Недавний значительный вклад региональных обсерваторий по КРЗ включал:

- создание и распространение баз данных, содержащих сопоставимую между странами статистическую информацию по различным количественным индикаторам для трудовых ресурсов здравоохранения; например поддерживается открытый интерфейс для *Африканского атласа трудовых ресурсов здравоохранения* на веб-сайте региональной обсерватории (37);

- создание региональных и страновых профилей в отношении ситуации и тенденций в области КРЗ для обзорного анализа и сравнения с эталонными значениями;
- проведение межстрановых и национальных исследований по конкретным, актуальным для разработки политики вопросам, связанным с кадрами здравоохранения, например совместные действия в региональных обсерваториях по оценке потенциала отделов по КРЗ национальных министерств здравоохранения (в Африканском, Американском и Восточно-Средиземноморском регионах ВОЗ) и для проведения систематического обзора управленческих кадровых ресурсов здравоохранения (в Африканском и Восточно-Средиземноморском регионах).

12.3.2 Национальные обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения

Если региональные обсерватории могут играть важнейшую роль в организации и координации, основная задача национальных обсерваторий по КРЗ - достижение желаемых целей, описанных выше. Они функционируют для обеспечения синергии усилий и консолидации ресурсов на уровне страны, внося свой вклад в согласование плана действий заинтересованными сторонами для обеспечения потребностей стран.

Национальные обсерватории включают сети всех партнеров, работающих в области развития кадров здравоохранения в стране. Текущие обязанности участников сети часто состоят в мониторинге и документировании политики и стратегий в области КРЗ. Хотя каждый участник может выполнять свою собственную роль, задачи решаются согласованно, а обмен результатами работы проводится систематически. Сети обсерваторий обычно включают представителей различных уровней: правительство (министерство здравоохранения, министерство образования, комиссия по вопросам государственной службы, национальное статистическое бюро); академические образовательные учреждения; профессиональные регулирующие органы в области здравоохранения; профсоюзы и ассоциации работников здравоохранения; крупнейшие частные и неправительственные организации, предоставляющие услуги здравоохранения; гражданское общество (например группы потребителей услуг и клиентов служб здравоохранения); партнеры в области развития.

Национальные обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения могут играть роль механизмов по содействию сотрудничеству между заинтересованными сторонами и укреплению их роли и вклада в развитие КРЗ. Однако так же, как и региональные обсерватории, которые развиваются различными путями, национальные обсерватории могут иметь различные приоритеты, структуры, членство и направления работы, зависящие от контекста и интересов стран. В таблице 12.1 предоставлен наглядный пример потенциальных заинтересованных сторон и их роли в контексте национальной обсерватории Судана (38).

В то же время, у действующих национальных обсерваторий по КРЗ могут быть определены некоторые общие принципы и характеристики:

Вставка 12.2 Африканская обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения

Образование Африканской обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения было одной из недавних инициатив по проведению мониторинга и решению проблемы кризиса КРЗ в Африке, где наблюдается критическая нехватка и дисбаланс персонала здравоохранения (34).

Обсерватория началась с небольшого секретариата, который размещался в Африканском региональном бюро ВОЗ. Его деятельность была направлена на улучшение данных, информации и доказательств по КРЗ в Регионе. Основные задачи и функции включают распространение информации, оказание поддержки сетям по обмену опытом, межстрановые исследования для внесения вклада в национальные процессы по разработке политики и поддержку дополнительной деятельности на национальном уровне.

Работа регионального секретариата направляется координационной группой, состоящей из представителей ключевых партнеров обсерватории, включая региональные экономические сообщества Африканского союза, Новое партнерство для развития Африки, академические и образовательные учреждения, международные организации (ВОЗ, Всемирный банк, Европейская комиссия) и двусторонние агентства (например Агентство США по международному развитию).

Ключевым приоритетом региональной обсерватории является поддержка создания и укрепление национальных обсерваторий по КРЗ. Первой на национальном уровне была запущена Обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения Эфиопии, за ней последовали обсерватории в Гане и Объединенной республике Танзании. В ряде стран обсерватории находятся в процессе организации, часто при дополнительной поддержке таких субрегиональных структур, как Сообщество здравоохранения Восточной, Центральной и Южной Африки или Западноафриканской организации здравоохранения. Национальные обсерватории трудовых ресурсов здравоохранения работают, чтобы объединить заинтересованные стороны для диалога в области политики по вопросам КРЗ на уровне стран.

- они используют существующие структуры и механизмы, например национальные межсекторальные и партнерские рабочие группы, что позволяет избежать дублирования усилий и создания параллельных структур;
- гибкость организации позволяет функционировать в разнообразных социально-политических контекстах (хотя существующие на практике модели организации в странах различны и зависят от существующей там институциональной организации и руководства);
- координация функций осуществляется либо небольшим секретариатом, либо координатором;
- активное участие министерства здравоохранения, особенно выполнение им лидирующей роли, имеет важнейшее значение;
- обсерватории могут внести вклад в укрепление потенциала и наделение полномочиями отделов по КРЗ министерств здравоохранения и других заинтересованных сторон.

В соответствии с этими принципами, на вставках 12.3, 12.4 и 12.5 представлены примеры различных операционных моделей для обсерваторий по КРЗ (39–42). Стимулирование совместных действий и общих разработок среди участвующих заинтересованных сторон может способствовать продолжению адвокации в пользу обсерваторий и приверженности их существованию, а, следовательно, их устойчивому развитию и жизнеспособности. Без ответа остается вопрос о том, следует ли интегрировать национальную обсерваторию в отдел по КРЗ министерства здравоохранения (как в Бразилии) или она должна оставаться автономной межинституциональной группой, которая получает

рекомендации от национальных властей. У обоих вариантов есть как свои преимущества, так и риски: в первом случае, близость к проводящим политику директивным органам может препятствовать широкому участию заинтересованных сторон; во втором – полученная информация может быть неактуальной для политики и планирования.

В целом, опыт, полученный в различных контекстах, показал, что обсерватории по КРЗ могут быть эффективным механизмом для улучшения потоков информации и знаний в поддержку основанного на фактических данных принятия решений по преодолению насущных проблем, связанных с трудовыми ресурсами здравоохранения в странах. В качестве иллюстрации, в таблице 12.2 предлагается обзор выборки исследований, проведенных в рамках сети обсерватории Бразилии, и их роли в формировании национальной политики в отношении КРЗ.

12.4 Возможности и направления развития

Разработка и устойчивое развитие долгосрочных, всеобъемлющих стратегий и планов в отношении КРЗ являются общей проблемой для всех стран. Это необходимо для гарантии того, что трудовые ресурсы здравоохранения подготовлены для выполнения существующих и будущих задач систем здравоохранения и удовлетворения потребностей населения в отношении здоровья, обеспечивая справедливость и качество предоставления услуг. Во многих странах это требует укрепления институционального

потенциала по определению надлежащих стратегий и их периодического пересмотра, что, в свою очередь, зависит от тесного сотрудничества между широким спектром заинтересованных сторон в рамках политического диалога, начиная с его самых первых этапов. Необходимо, чтобы в этом процессе кроме министерства здравоохранения принимали участие и другие сектора: финансовый департамент, комиссия по вопросам государственной службы, образовательные учреждения, профессиональные регулирующие организации и ассоциации в области здравоохранения, руководители программ (в государственном, частично контролируемом государством и частном секторах), партнеры в области развития и группы пользователей услуг здравоохранения. Для достижения баланса различных точек зрения и понимания того, что каждая страна имеет насущные специфические проблемы и условия для развития кадров здравоохранения, необходимо определить общую концепцию, на которой можно сконцентрировать общие усилия. Исходя из этого, в данной главе исследовались различные стратегии и механизмы по обеспечению политики и стратегий в отношении КРЗ научной информацией и данными.

Устойчивое предоставление своевременных, актуальных и надежных данных, информации и доказательств по совершенствованию стратегий в отношении КРЗ, требует механизмов, способствующих их распространению, доступности и использованию в процессе разработки политики. Различные платформы по передаче знаний (например EVIPNet) и механизмы сотрудничества (обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения) могут дать возможность учреждениям здравоохранения на национальном и глобальном уровнях извлечь пользу из последних инновационных и надежных инструментов по поддержке принятия решений. Их ценность заключается в предоставлении трибуны, позволяющей обмениваться информацией и опытом и стимулировать сотрудничество на национальном, региональном и международном уровнях.

В частности, обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения могут быть качественными механизмами для упрощения процессов управления и переговоров в рамках сотрудничающих партнерств. Они могут внести вклад в укрепление рабочих отношений и развитие общей повестки дня среди заинтересованных сторон. Их информационные продукты помогают обеспечить более широкую аудиторию новыми фактическими данными по ситуации с трудовыми ресурсами здравоохранения, часто представленными в стандартизированной форме, чтобы способствовать лучшему пониманию и диалогу для проведения сравнений и сопоставительного анализа. Видимо, самое важное, что они могут эффективно поднять уровень приоритетности вопросов, связанных с КРЗ, в повестке дня развития здравоохранения. Например считается, что благодаря использованию своих рабочих групп и усилиям по мобилизации обсерватории по кадровым ресурсам здравоохранения Американского континента играли центральную роль в определении повестки дня по осуществлению долгосрочных, спланированных и координированных усилий по развитию КРЗ на национальном, региональном и субрегиональном уровнях (43).

Определен ряд важнейших факторов, как добиться успеха в продвижении вперед с помощью обсерваторий по трудовым

ресурсам здравоохранения и повышении их пользы (44). К ним относятся:

- отставание вопросов КРЗ в стране (включая политическую приверженность и лидерство высокого уровня);
- вовлечение всех ключевых заинтересованных сторон в совместное планирование и содействие в осуществлении совместных действий;
- обеспечение эффективной координации;
- повышение осведомленности и потенциала в отношении вопросов, связанных с КРЗ;
- разработка подходов на основе различного опыта;
- гармонизация стандартов, определений и индикаторов для определения структуры и анализа КРЗ;
- поддержка сетей исследователей КРЗ;
- институционализация координационных механизмов (мандат и легитимность)
- создание коммуникационного механизма для отслеживания имеющейся информации для общественного использования (например веб-сайт)
- мобилизация ресурсов (технических и финансовых).

Таким образом, обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения и другие платформы по передаче знаний представляют собой динамические и развивающиеся сети, которые только выигрывают от растущего числа участвующих в них стран и учреждений. Обеспечение исходной готовности к участию часто представляет проблему в организации подобных механизмов, но поддержание интереса и приверженности (часто в ситуации политических изменений и смещения приоритетов организаций-доноров) является еще одним важнейшим вопросом. Это требует регулярного распространения результатов, которые доказали свою ценность, активного обмена и распространения информации и знаний, а также постоянной адвокационной деятельности. Последняя должна опираться на прочную, действенную коммуникационную стратегию, направленную на разработчиков политики, руководителей, исследователей и другие соответствующие заинтересованные стороны для отстаивания идеи признания работников здравоохранения фундаментом систем здравоохранения и реализации эффективных стратегий, напрямую воздействующих на связанные с КРЗ узкие места, препятствия и дефицит финансирования на всех уровнях.

Таблица 12.1 Основные заинтересованные стороны и их роль в поддержке Национальной обсерватории Судана по КРЗ

Заинтересованная сторона	Сегодняшняя роль	Потенциальная роль
Федеральное министерство здравоохранения	<p>Годовые отчеты по статистике здравоохранения</p> <p>Административные учетные документы департамента КРЗ министерства здравоохранения</p> <p>Обзор и обследования кадров здравоохранения</p>	<p>Усовершенствование охвата и качества официальных статистических отчетов</p> <p>Периодические отчеты департамента КРЗ</p> <p>Ведение централизованной базы данных по работникам здравоохранения</p>
Министерство высшего образования	<p>Годовой отчет по медицинским школам (персонал и студенты)</p>	<p>Включение других учреждений по подготовке работников здравоохранения</p> <p>Улучшение охвата и качества официальных статистических отчетов</p> <p>Стратегии в области подготовки и образования кадров здравоохранения</p>
Министерство труда	<p>Нет выраженной роли</p>	<p>Учетные документы и отчеты, касающиеся рабочих мест, относящихся в здравоохранению</p> <p>Реестры стипендий для персонала здравоохранения</p> <p>Динамика рынка труда</p>
Медицинский совет Судана	<p>Реестр врачей, врачей-стоматологов и фармацевтов</p>	<p>Периодическое обновление реестра (возобновление или подтверждение лицензии)</p> <p>Нарращивание потенциала</p>
Совет смежных медицинских профессий	<p>Реестр медсестер и парамедицинского персонала</p>	<p>Периодическое обновление реестра (возобновление или подтверждение лицензии)</p> <p>Нарращивание потенциала</p>
Совет медицинской специализации Судана	<p>Реестры зарегистрированных врачей, записанных на специализированный тренинг</p>	<p>Годовой отчет о поступлении и окончании курса</p>
Профсоюз медицинских и социальных профессий Судана	<p>Пока роли ни играют</p>	<p>Учетные документы по членству (регулярно обновляемые)</p>
Профсоюз врачей Судана	<p>Пока роли ни играют</p>	<p>Учетные документы по членству</p> <p>Реестры врачей, работающих за рубежом</p> <p>Нарращивание потенциала</p> <p>Ведение переговоров</p>
Военно-медицинская служба	<p>Нет выраженной роли</p>	<p>Реестры и отчеты по работникам здравоохранения, связанным с вооруженными силами</p>
Департамент медицинских услуг полиции	<p>Нет выраженной роли</p>	<p>Реестры и отчеты по работникам здравоохранения, связанным с полицией</p>
Секретариат для суданцев, работающих за рубежом	<p>Реестры некоторых категорий суданских работников здравоохранения-мигрантов</p>	<p>Учет всех категорий работников здравоохранения-мигрантов</p> <p>Годовой аналитический отчет по работникам здравоохранения за рубежом</p>
Фонд медицинского страхования	<p>Нет выраженной роли</p>	<p>Реестры работников здравоохранения, связанных с Национальным фондом медицинского страхования</p> <p>Годовой отчет по характеристикам работников здравоохранения</p> <p>Качество деятельности</p>

Заинтересованная сторона	Сегодняшняя роль	Потенциальная роль
Национальный информационный центр	Пока роли не играет	Упрощение доступа к данным и информации для различных правительственных агентств Поддержка анализа и других технических аспектов сбора и использования данных
Министерство здравоохранения/ Правительство Южного Судана	Реестры работников здравоохранения южного региона страны	Полные реестры всех работников здравоохранения Годовой отчет по характеристикам работников здравоохранения Стратегии развития трудовых ресурсов здравоохранения Содействие диалогу Координация
Страновой офис ВОЗ в Судане	Техническая поддержка Федерального министерства здравоохранения	Поддержка проведения оценки трудовых ресурсов здравоохранения Поддержка и техническая помощь в области информационных и коммуникационных технологий Региональные связи и обмен опытом

а. Оценивалась в начале 2007 г.

Источник: Badr (38).

Вставка 12.3 Обсерватория по кадровым ресурсам здравоохранения Бразилии

В Бразилии Национальная обсерватория по кадровым ресурсам здравоохранения (Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil) состоит из сети, объединяющей около десятка рабочих станций, которые были постепенно созданы в университетах и департаментах здравоохранения штатов. Работой руководит секретариат, который располагается в Федеральном министерстве здравоохранения и работает в партнерстве со страновым бюро ВОЗ в Бразилии, предоставляющим финансовую и техническую поддержку.

Деятельность рабочих станций сконцентрирована на следующих направлениях:

- исследовательская работа по КРЗ, ориентированная на конкретные темы и запросы, представленные министерством здравоохранения;
- обмен и распространение результатов подобных исследований на благо общества через различные каналы, в значительной степени через веб-портал обсерватории (39);
- совместная деятельность и разработки, включая регулярные встречи и выпуск информационных бюллетеней;
- упрощение вхождения в сеть новых членов;
- сотрудничество с другими центрами в Бразилии и в других странах Латинской Америки и Карибского региона для продвижения программы действий в области исследований КРЗ.

За эти годы рабочие станции составили ряд тематических исследовательских отчетов, некоторые из которых были объединены в серии книг. Сеть также разработала различные методы и инструменты, опубликованные на общедоступном сайте для практикующих специалистов в области КРЗ (например, методологии для заключения контрактов с работниками общественного здравоохранения, компьютерная программа для анализа рынка труда в области услуг здравоохранения и базы данных учебных заведений, готовящих работников здравоохранения).

Вставка 12.4 Обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения Ганы

Обсерватория по трудовым ресурсам здравоохранения Ганы начала действовать в 2005 г. как техническая команда в области КРЗ. При поддержке ключевых заинтересованных сторон, вовлеченных в планирование, мониторинг и подготовку трудовых ресурсов здравоохранения, а также управление ими, техническая команда разработала пятилетний план для направления политики и стратегий по развитию КРЗ в стране (40). Команда затем была расширена и трансформирована в обсерваторию. Привлекая множество других национальных и международных партнеров, она была организована как часть более крупной региональной Африканской обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения (см. вставку 12.2). Обсерватория Ганы и ее официальный веб-сайт были открыты заместителем министра здравоохранения в декабре 2007 г. (41).

Обсерватория Ганы состоит из консультативного органа, технического комитета и секретариата, в который входят представители министерства здравоохранения и других министерств и правительственных агентств, университетов и других заинтересованных организаций. Ее задачи состоят в следующем:

- укреплять потенциал министерства здравоохранения и его агентств в области руководства и регулирования;
- поддерживать и стимулировать разработку политики в отношении КРЗ на основе научных данных;
- укреплять базу знаний и использовать данные и информацию при разработке политики и принятии решений в отношении КРЗ;
- расширять потенциал по оценке и мониторингу ситуации и тенденций в отношении людских ресурсов в секторе здравоохранения;
- предоставить платформу и сеть для обмена опытом среди поставщиков и пользователей данных.

С момента своего образования обсерватория организовала ряд мероприятий (в том числе круглый стол-конференцию в июне 2008 г.), целью которых было инициировать действия на основе пятилетнего стратегического плана, а также выявить пробелы в существующем документе. Обсерватория будет служить механизмом для реализации решений, согласованных во время первой и всех последующих конференций.

Источник: Предоставлено заместителем директора Отдела по развитию кадровых ресурсов здравоохранения James Antwi, Министерство здравоохранения, Гана.

Таблица 12.2 Влияние некоторых достижений Бразильской обсерватории по кадровым ресурсам здравоохранения, относящихся к процессам в области политики

Принятые решения в области политики	Обследование или анализ трудовых ресурсов
Стимулы для работников здравоохранения в сельских районах	Профиль имеющихся КРЗ и их распределение: краткий обзор и когортные исследования
Создание совместной рабочей группы высокого уровня с министерством здравоохранения и министерством образования	Тенденции в образовании и подготовке для специальностей здравоохранения (распространение, структура)
Дистанционные программы	Оценка управленческих навыков районных (муниципальных) команд, работающих в области здравоохранения
Политический диалог и правительственное предложение для разработки регулирующих норм (постановлений/законов)	Контрактные соглашения национальной системы здравоохранения в государственном секторе (на федеральном уровне и уровне штатов)
Расширение программ образования и подготовки для выбранных специальностей здравоохранения (включая программы по сестринскому делу и ряд программ по медицинской специализации)	Анализ профессионального состава кадровых ресурсов с особым вниманием к некоторым выбранным медицинским специальностям (например состав бригад, работающих в области стоматологии, включая врачей-стоматологов, ассистентов стоматологов и специалистов по гигиене полости рта)
Постоянно действующий круглый стол для проведения переговоров Регулирование новых медицинских профессий	Профессиональная деятельность и интересы (например конфликты в отношении разделения ответственности)

Вставка 12.5 Андская наблюдательная сеть по трудовым ресурсам здравоохранения

Андская наблюдательная сеть по кадровым ресурсам здравоохранения (Rede ObservaRH Edmundo Granda)^a была создана под эгидой Обсерваторий по кадровым ресурсам здравоохранения американского континента и при поддержке соглашения по техническому сотрудничеству между ПАОЗ и правительством Бразилии. Сеть объединяет партнеров из национальных обсерваторий по КРЗ из шести стран: Боливии, Венесуэлы, Колумбии, Перу, Чили и Эквадора. Ее функция – поддерживать действия входящих в сеть национальных команд на местном уровне, осуществляя специфические действия, зависящие от внутреннего потенциала каждой страны (42).

Что представляет собой Андская наблюдательная сеть по кадровым ресурсам здравоохранения?

Наблюдательная сеть – это совместный механизм, объединяющий страны Андского субрегиона. Ее назначение – обмен и совместное генерирование обновленной информации, опыта и знаний, предназначенных для принятия решений, связанных с развитием людских ресурсов здравоохранения в качестве стратегического фактора развития национальных систем здравоохранения.

Каковы ее задачи?

Задачи наблюдательной сети включают:

- распространение стратегической информации, которая отражает обстановку, достижения и процессы, связанные с КРЗ в странах Андского региона;
- создание пространства для коммуникаций между заинтересованными в вопросах КРЗ сторонами стран-участниц;
- представление различных точек зрения, касающихся анализа насущных проблем КРЗ, разными заинтересованными участниками процесса, включая университеты, исследовательские и правительственные учреждения, представительские организации (школы, профсоюзы), поставщиков услуг здравоохранения и пользователей медицинских услуг;
- предоставление своевременной и актуальной информации в отношении КРЗ для разработчиков политики;
- отслеживание выполнения обязательств по достижению региональных целей в области развития КРЗ.

Что входит в сферу ее охвата?

- исследования и систематизированный опыт по вопросам, связанным с КРЗ;
- официальные данные и статистика по людским ресурсам в секторе здравоохранения;
- связи между участниками рабочих станций Андской наблюдательной сети, Бразильской наблюдательной сети и региональной сети американского континента, которая базируется в ПАОЗ.

Как она работает?

Андская наблюдательная обсерватория по кадровым ресурсам здравоохранения:

- имеет многоцентровой характер, когда каждая страна несет ответственность за национальное содержание;
- имеет связь с динамичным субрегиональным центром, находящимся в постоянной связи со странами-участницами;
- обладает установленными механизмами управления информацией на разных уровнях (региональном, страновом и институциональном) для получения, обновления, обработки и обеспечения качества информации по КРЗ;
- предоставляет общую интернет-платформу страновым администраторам для опубликования национальных данных.

а. Участники решили назвать сеть именем Edmundo Granda (1946–2008 гг.), в память об известном эквадорском профессоре за его бесценный вклад в общественное здравоохранение, особенно в области КРЗ.

Источник: Предоставлено советником по кадровым ресурсам здравоохранения Mónica Padilla, Андский субрегион, ПАОЗ.

Библиография

- Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. *Health Affairs*, 2005, 24(1):151–162 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/24/1/151>, accessed 29 January 2009).
- Wallace A, Croucher K, Quilgars D, Baldwin S. Meeting the challenge: developing systematic reviewing in social policy. *Policy Politics*, 2004, 32:445–470.
- Sheldon TA. Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):1–5 (http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl_1/1, accessed 29 January 2009).
- Bowen S, Zwi AB. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7):1–14 (http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0020166-L.pdf, accessed 29 January 2009).
- Lavis J, Davies H, Oxman A et al. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):35–48 (http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl_1/35, accessed 29 January 2009).
- Tomson G, Paphassarang C, Jönsson K et al. Decision-makers and the usefulness of research evidence in policy implementation: a case study from Lao PDR. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(6):1291–1299.
- Tetroe JM, Graham ID, Foy R et al. Health research funding agencies’ support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Quarterly*, 2008, 86(1):125–155.
- About knowledge translation*. Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>, accessed 29 January 2009).
- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994, 9(4):353–370.
- Innvaer S, Vist G, Tommald M, Oxman A. Health policy-makers’ perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, 7(4):239–244.
- Lavis JN, Robertson D, Woodside JM et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 2003, 81(2):221–248.
- Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364(9445):1615–1621.
- What is health policy and systems research and why does it matter?* Briefing Note No. 1. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance%20HPSR%20-%20Briefing%20Note%201.pdf>, accessed 29 January 2009).
- Lavis J, Ross SE, Hurley JE et al. Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Quarterly*, 2002, 80(1):125–154.
- Siddiqi K, Newell J, Robinson M. Getting evidence into practice: what works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17(5):447–453.
- Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf, accessed 29 January 2009).
- Stepping stones to improving the monitoring of vital events*. Geneva, Health Metrics Network, 2007 (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/logbook/en/move/web/index.html>, accessed 29 January 2009).
- Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2):103–114 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/103?ck=nck>, accessed 29 January 2009).
- De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems: linking research, development, systems, and partnerships*. Ottawa, International Development Research Centre and Tanzania Ministry of Health, 2004.
- Regional East African Community Health-Policy Initiative. *REACH-Policy Initiative: prospectus*. Arusha, East African Community, 2005 (http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11551301781REACH_Prospectus.pdf, accessed 29 January 2009).
- Sauerborn R, Nitayarumphong S, Gerhardus A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(12):827–835.
- Lomas J. Connecting research and policy. *ISUMA*, 2000, 1(1):140–144 (http://portals.wi.wur.nl/files/docs/ppme/lomas_e.pdf, accessed 29 January 2009).
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walashe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):21–34.
- Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2001.
- Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(8):620–628 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/06-030312.pdf>, accessed 29 January 2009).
- Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)*. World Health Organization (<http://www.who.int/rpc/evipnet>, accessed 29 January 2009).
- Hamid M, Bustamante-Manaog T, Dung TV et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet*, 2005, 366:1758–1760.
- Van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-

- making: the need for support structures. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(8):608–612 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/05-028308.pdf>, accessed 29 January 2009).
29. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326 (<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/5/324>, accessed 29 January 2009).
 30. European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/observatory>, accessed 29 January 2009).
 31. El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud (<http://www.observatoriorh.org>, accessed 29 January 2009).
 32. Figueras J (as interviewed by Richards T). European observatory will promote better health policy. *British Medical Journal*, 1999, 318(7180):352 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1114839>, accessed 29 January 2009).
 33. Rigoli F, Arteaga O. *The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health*. Report prepared for the Joint Learning Initiative, 2004 (<http://www.observatoriorh.org/eng/pdfs/arteagaObservatoryHR.pdf>, accessed 29 January 2009).
 34. Africa Health Workforce Observatory (<http://www.afro.who.int/hrh-observatory/>, accessed 29 January 2009).
 35. *Africa Health Workforce Observatory: concept and implementation strategy*. Geneva, World Health Organization et al., 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/concept_implementation_strategy.pdf, accessed 29 January 2009).
 36. Eastern Mediterranean Region Observatory on Human Resources for Health (<http://www.emro.who.int/hrh%2Dobs/>, accessed 29 January 2009).
 37. *African atlas of the health workforce*. World Health Organization and Africa Health Workforce Observatory (<http://www.afro.who.int/hrh-observatory/hwinformation/index.html>, accessed 29 January 2009).
 38. Badr EE. *Establishing an observatory on human resources for health in Sudan*. Report prepared for the World Health Organization and Federal Ministry of Health of the Republic of Sudan, 2007 (<http://www.hrhobservatory.sd/Documents/observatory-Badr.pdf>, accessed 29 January 2009).
 39. Rede ObservaRH: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (<http://www.ObservaRH.org.br>, accessed 29 January 2009).
 40. Ministry of Health of the Republic of Ghana. *Human resource policies and strategies for the health sector, 2007–2011*. Accra, Ministry of Health of the Republic of Ghana, Quality Health Partners and World Health Organization, 2007 (http://www.ghanahrhobservatory.org/downloads/hrh_policy_and_plan.pdf, accessed 29 January 2009).
 41. Ghana Health Workforce Observatory (<http://www.ghanahrhobservatory.org>, accessed 29 January 2009).
 42. Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud (bvsde.per.paho.org/oarhs2/index.php, accessed 29 January 2009).
 43. *Toronto Call to Action 2006–2015: towards a decade of human resources in health for the Americas*. Report of the regional meeting of the Observatory of Human Resources in Health, 4–7 October 2005. Pan American Health Organization et al., 2005 (http://www.observatoriorh.org/Toronto/CallAction_eng1.pdf, accessed 29 January 2009).
 44. *Report of the meeting of the Africa Health Workforce Observatory, 26–29 September 2006, Arusha, Tanzania*. Africa Health Workforce Observatory, 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/meetingreports/arusha_meeting_report_09_07.pdf, accessed 29 January 2009).

О публикующих агентствах

Агентство США по международному развитию (USAID) предоставляет поддержку развивающимся странам для обеспечения эффективности, продуктивности и справедливости их систем здравоохранения. Важным компонентом стратегии USAID является укрепление способности работников здравоохранения предоставлять качественную помощь, в частности поддерживая инициативы по развитию кадров и улучшению качества. USAID работает с использованием соглашений о сотрудничестве, контрактов и партнерств с международными организациями и другими донорскими агентствами для реализации и максимального повышения эффективности его деятельности в области здравоохранения на глобальном уровне.

- Дополнительную информацию по программе USAID в области кадровых ресурсов здравоохранения можно найти на сайте: www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/techareas/workers.html

Задача **Всемирного банка** - оказывать поддержку странам-клиентам в работе по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области. Банк сотрудничает с правительствами стран-клиентов в области разработки жизнеспособных проектов на основе надежных принципов политики и качественных стратегий. Принимая за точку отсчета видение развития, существующее в конкретной стране, Банк принимает участие в построении эффективных систем здравоохранения, основной упор в которых делается на людские ресурсы. Обеспечение наличия квалифицированных кадров здравоохранения является частью стратегии Банка по сокращению бедности. Увеличение навыков управления и анализа у лидеров в области здравоохранения также составляет важную цель по укреплению систем здравоохранения.

- Дополнительную информацию по программе "Кадровые ресурсы здравоохранения" Всемирного банка можно найти на сайте: go.worldbank.org/XR4K48D5M0
- Дополнительную информацию по программе "Кадровые ресурсы здравоохранения" Всемирного банка в Африканском регионе можно найти на сайте: www.africahrh.org

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) является лидером в глобальных вопросах здравоохранения, включая формирование повестки дня в области исследований по вопросам здравоохранения и формулировку вариантов политики, основанных на фактических данных. ВОЗ работает с партнерами и странами по планированию стратегий в отношении кадровых ресурсов для укрепления систем здравоохранения и приоритетных вмешательств в области здравоохранения; укреплению базы информации и знаний для поддержки принятия решений в отношении стратегий и программ; разработке инструментов и рекомендаций для наращивания потенциала в решении проблем, связанных с ресурсами здравоохранения между странами и заинтересованными кругами.

- Дополнительную информацию по программе ВОЗ в области кадровых ресурсов здравоохранения можно найти на сайте: <http://www.who.int/hrh/ru/index.html>
- Информацию о деятельности региональных бюро ВОЗ в области КРЗ можно найти на сайте www.who.int/hrh/activities/regional/en/index.html

РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,

адаптированное для применения в странах с
низким и средним уровнем доходов

Помощь квалифицированного медицинского работника может иметь решающее значение для спасения жизни больного. Наша обязанность – гарантировать гражданам, что работники здравоохранения будут к их услугам, везде и всегда, когда они нужны для спасения жизней, и что они будут обладать надлежащими навыками, независимо от того, работают ли они в государственных, частных или некоммерческих учреждениях. Это новое Руководство – очень нужная публикация, так как оно содержит необходимый нам инструментарий для проведения активного мониторинга и управления кадровыми ресурсами. Основные и общие методы, описанные в нем, помогут всем нам повысить доверие граждан к системам здравоохранения и обеспечить, что кадры здравоохранения будут в нужном месте и в нужное время для того, чтобы изменять к лучшему жизнь каждого из нас и общества в целом.

Sally K. Stansfield

Исполнительный секретарь

Сеть измерения показателей здравоохранения



ISBN 978 92 8 9 00267 7



9 789289 002677