

**Оценка финансирования,  
образования, управления  
и политического  
контекста для  
стратегического  
планирования  
кадровых ресурсов  
здравоохранения**



**Всемирная  
организация здравоохранения**

**Оценка финансирования,  
образования, управления и  
политического контекста для  
стратегического планирования  
кадровых ресурсов  
здравоохранения**

Thomas Bossert   Till Bärnighausen   Diana Bowser  
Andrew Mitchell   Gülin Gedik



Всемирная  
организация здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health / Thomas Bossert [... et al.].

1. Health manpower- economics. 2. Health personnel - education. 3. Health manpower - organization and administration. 4. Public policy. 5. Strategic planning. 6. Decision making. 7. Motivation. I. World Health Organization. II. Bossert, Thomas.

ISBN 978 92 4 454731 1

(NLM classification: W 76)

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. 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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Перевод и издание русской версии данного документа было обеспечено Европейским региональным офисом Всемирной организации здравоохранения в Копенгагене.

Printed in France.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>АКРОНИМЫ И АББРЕВИАТУРЫ .....</b>	<b>4</b>
<b>Предисловие .....</b>	<b>5</b>
<b>Введение .....</b>	<b>7</b>
Содержание инструмента	7
Временные рамки применения инструмента	9
Анализ	9
<b>Часть 1 Состояние кадровых ресурсов здравоохранения .....</b>	<b>13</b>
Уровень плотности кадровых ресурсов здравоохранения	13
Распределение кадровых ресурсов здравоохранения	14
Показатели деятельности кадровых ресурсов здравоохранения	16
Сквозные проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения	17
<b>Часть 2 Политические рычаги, воздействующие на кадровые ресурсы здравоохранения .....</b>	<b>21</b>
Финансирование	21
Образование	28
Управление	36
Формирование политики в области кадровых ресурсов здравоохранения	45
<b>Часть 3 Разработка политики в области кадровых ресурсов здравоохранения .....</b>	<b>53</b>
Оценка состояния кадровых ресурсов здравоохранения на данный момент	53
Разработка критериев для определения приоритетных проблем в области кадровых ресурсов здравоохранения	54
Выбор политики для улучшения состояния кадровых ресурсов здравоохранения	56
Последовательность осуществления политики	56
Разработка политической стратегии, направленной на увеличение поддержки политики в области кадровых ресурсов здравоохранения	57
Заключение	57
<b>Приложение 1. Состояние кадровых ресурсов здравоохранения .....</b>	<b>59</b>
<b>Приложение 2. Рычаги финансовой политики, воздействующие на кадровые ресурсы здравоохранения .....</b>	<b>63</b>
<b>Приложение 3. Рычаги образовательной политики, воздействующие на кадровые ресурсы здравоохранения .....</b>	<b>69</b>
<b>Приложение 4. Рычаги политики управления, затрагивающие кадровые ресурсы здравоохранения .....</b>	<b>75</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ.....</b>	<b>79</b>

# АКРОНИМЫ И АББРЕВИАТУРЫ

<b>ВВП</b>	Валовой внутренний продукт
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВФМО</b>	Всемирная Федерация Медицинского Образования
<b>КРЗ</b>	Кадровые ресурсы здравоохранения
<b>МОТ</b>	Международная организация труда
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>ОЭСР</b>	Организация экономического сотрудничества и развития
<b>ПАОЗ</b>	Панамериканская организация здравоохранения
<b>ППС</b>	Паритет покупательной способности
<b>ПРООН</b>	Программа развития Организации Объединенных Наций
<b>РКР</b>	Развитие кадровых ресурсов
<b>СМИ</b>	Средства массовой информации
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>УКР</b>	Управление кадровыми ресурсами
<b>ЦТР</b>	Цели тысячелетия в области развития
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд Организации Объединенных Наций
<b>DFID</b>	Министерство международного развития Великобритании
<b>USAID</b>	Агентство международного развития США

# ПРЕДИСЛОВИЕ

По определению «Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2006», цель кадровой политики в решении проблем здравоохранения - *подготовить нужных работников нужной квалификации, поставить их в нужное место и дать нужное задание!* – и при этом сохранить гибкость в целях реагирования на кризисные ситуации, решать существующие проблемы и предвосхищать будущие события. Шаблонный подход в этом случае работать не будет, поскольку эффективные стратегии в области кадровых ресурсов должны соответствовать уникальным условиям и особенностям ситуации каждой конкретной страны. Основные причины большинства проблем в области кадровых ресурсов в странах связаны именно с изменением условий и необходимостью в анализе и оценке ситуации для выбора оптимальных решений и определения политики, направленной на улучшение состояния кадровых ресурсов в здравоохранении.

Не существует простого способа анализа ситуации, установления приоритетов, выбора решений и определения последовательности внедрения политики в области кадровых ресурсов здравоохранения. Необходимо принимать во внимание множество факторов, в том числе доступность и достоверность информации, наличие адекватных систем и инструментов управления кадровыми ресурсами, а также участие и поддержка в процессе со стороны ключевых политических сил.

Важной задачей Всемирной организации здравоохранения является разработка и обеспечение стран техническими инструментами и руководящими принципами, а также содействие процессам, направленным на развитие систем здравоохранения, способных обеспечить всеобщий охват и проведение эффективных мероприятий общественного здравоохранения. В качестве одного из примеров таких инструментов мы представляем данное руководство, созданное в сотрудничестве с Международной программой по системам здравоохранения Гарвардской школы общественного здравоохранения.

Руководство предназначено для оценки ситуации в области кадровых ресурсов здравоохранения и может использоваться для планирования и разработки стратегий. Предлагаемая методология опирается на уже существующие в практике методики и приемы и учитывает контекст меняющихся условий и вызовы 21-го века. В ней собран накопленный опыт в решении вопросов политики, стратегии и планирования в области кадровых ресурсов здравоохранения. Руководство может служить средством для анализа текущей ситуации и оценки изменений в политике, а также в качестве ресурса для обновления знаний и обеспечения более глубокого понимания контекста, связанного с кадровыми ресурсами здравоохранения.

До публикации и широкого распространения инструмент был опробован в ряде стран. Первое издание руководства вышло в свет на английском языке в середине прошлого года и вызвало большой интерес в странах. Для обеспечения большей доступности и практического использования инструмента в русскоговорящих странах, представляем переводное издание руководства на русский язык, подготовленное при сотрудничестве Европейского регионального бюро ВОЗ в Копенгагене и Отдела кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ в Женеве.

На различных стадиях апробации авторы получили дополнения и замечания и благодарят James Buchan, Gilles Dussault, Norbert Dreesch, Peter Hornby, Mary O’Neil и Uta Lehman за редактирование и комментарии.

Д-р Mario R. Dal Poz  
Координатор  
Отдел кадровых ресурсов здравоохранения  
Группа по системам и службам здравоохранения  
Всемирная организация здравоохранения  
Женева

Д-р Галина Перфильева  
Региональный советник  
Кадровые ресурсы здравоохранения  
Отдел поддержки систем здравоохранения  
Европейское Региональное бюро ВОЗ  
Копенгаген



# ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все чаще подчеркивается важность эффективной кадровой политики для улучшения показателей деятельности систем здравоохранения (Martinez & Martineau, 1998; Joint Learning Initiative, 2004, WHR 2006). Однако при стратегическом планировании и разработке политики в области кадровых ресурсов здравоохранения возникают две проблемы. Во-первых, планирование кадровых ресурсов исторически не являлось приоритетом политики министерств здравоохранения развивающихся стран. Видимо, движение в этом направлении будет происходить медленными темпами, и потребуется значительно больше убедительных доказательств для того, чтобы министерства здравоохранения изменили свои приоритеты. Во-вторых, если такое планирование и имело место, в целом оно было сосредоточено либо на затратах и конечных результатах, либо на кадровых потребностях конкретных программ в области здравоохранения. Поэтому считалось, что наиболее важными категориями является получение образования до начала оказания услуг и соотношение работников здравоохранения и целевых популяций. Хотя образование и показатели распределения рабочей силы важны, они составляют лишь два компонента значительно большего числа вопросов, решение которых влияет на политику в области кадровых ресурсов здравоохранения. При более широком рассмотрении сюда можно включить финансирование и оплату труда, образовательную среду в целом, управление кадровыми ресурсами здравоохранения, условия работы и политическую ситуацию. Следовательно, более всесторонний подход к планированию политики в области кадровых ресурсов вполне обоснован.

Этот документ содержит метод оценки финансовых, образовательных и управленческих систем, а также политического контекста, крайне важных для стратегического планирования и разработки политики в области кадровых ресурсов здравоохранения. Этот инструмент был создан как основанный на фактических данных “диагностический ключ” для информирования разработчиков политики в странах с низким и средним уровнем доходов по вопросам, относящимся к кадровым ресурсам здравоохранения. Он делает это в три этапа:

- оценивает существующее состояние медицинских кадров и потенциал, необходимый для осуществления политики в области кадровых ресурсов здравоохранения, с особым вниманием к четырем аспектам – финансы, образование, управление и разработка политики;
- определяет приоритетные потребности и действия на основе существующего состояния кадровых ресурсов здравоохранения;
- демонстрирует, как последовательно осуществлять политику и разрабатывать план приоритетных действий в области кадровых ресурсов здравоохранения.

Этот инструмент не предназначен для оценки соответствия профессиональной структуры рабочей силы или технического качества учебного плана базового образования. Этим темам посвящены несколько других инструментов оценки<sup>1</sup>. Скорее, он нацелен на определение – а затем на предоставление на основе проведенного анализа рекомендаций по совершенствованию – способности системы повысить эффективность кадровых ресурсов.

Инструмент разработан как исходный диагностический метод для использования в процессе разработки национального стратегического плана по кадровым ресурсам здравоохранения. Он помогает провести быструю первоначальную оценку и составить предварительный стратегический план, который должен являться частью долгосрочного и устойчивого процесса планирования кадровых ресурсов.

## СОДЕРЖАНИЕ ИНСТРУМЕНТА

Инструмент представляет собой общую модель оценки системных детерминантов эффективных кадровых ресурсов здравоохранения. Эти детерминанты, в свою очередь, должны анализироваться в контексте более широких целей, стоящих перед системой здравоохранения. Конечная цель любого вмешательства в области здравоохранения – улучшение здоровья населения. Однако в последнее время стало ясно, что, кроме этого, мероприятия в области здравоохранения должны быть сосредоточены на снижении финансовых рисков, обусловленных нездоровьем, особенно для бедных слоев населения, и что эти мероприятия должны чутко реагировать на требования со стороны заинтересованных сторон, пациентов и широкой общественности (ВОЗ, 2000). Признается, что для достижения этих конечных целей необходимо стремиться к решению промежуточных задач системы здравоохранения, направленных на повышение справедливости, качества, эффективности, доступности и устойчивости<sup>2</sup>. В представленной здесь модели внимание направлено на определение вклада компонентов системы здравоохранения, относящихся к кадровым ресурсам, в достижение этих конечных и промежуточных целей.

<sup>1</sup> Хотя соответствие и техническое качество учебных программ по подготовке врачей, медсестер, персонала первичного звена и других работников здравоохранения имеют большое значение, при рассмотрении подобных вопросов этот инструмент опирается на исследования и мнения экспертов из других областей знаний. См., например, Hornby & Forte (2000).

<sup>2</sup> Эта модель опирается на исследование Roberts (2004) по оценке деятельности системы здравоохранения в связи с кадровыми ресурсами. Она согласуется с той моделью, которая принята и описана ВОЗ (2000).



Мы определяем простую, идеализированную причинно-следственную цепочку, которая, исходя из промежуточных целей, характеризует *состояние людских ресурсов* – их численность и тип, распределение и показатели деятельности - как результат действия таких *сквозных факторов*, как миграция, привлекательность профессии, мотивация работника, которые, в свою очередь, могут быть результатом использования *политических рычагов* для изменений в финансировании, образовании, системах управления, а также самого процесса изменения политики (см. рис. 1).

В этом инструменте представлены индикаторы для определения текущего состояния людских ресурсов, сквозных проблем и таких политических рычагов, как финансирование, образование и управление. Эти индикаторы являются средством *выявления проблем*, которые могут быть решены путем стратегического планирования людских ресурсов; они также *дают исходные ориентиры* для оценки прогресса в области улучшения систем здравоохранения.

Обоснованием инструмента является обзор наилучших и наиболее современных доказательств взаимосвязи между изменениями в индикаторах, касающихся различных политических рычагов, и их влиянием на описанные выше элементы причинно-следственной цепочки. Следует признать, что такой основанный на *фактических данных подход* ограничен относительно небольшим числом хорошо продуманных исследований этих причинно-следственных связей. Имеющиеся на сегодня доказательства представлены в приложениях. Предлагается использовать эти данные в качестве аргумента для поддержки политических рекомендаций, которые должны быть разработаны в результате проведения анализа, описанного в части 3.

На рисунке 1 представлена графическая блок-схема такой идеализированной причинно-следственной цепи и пример для иллюстрации ее использования в конкретном случае. Например, слабые возможности системы образования по подготовке высококвалифицированных медицинских работников могут снизить привлекательность связанных с медициной профессий по сравнению с различными видами деятельности в других секторах. Эти факторы могут привести к нехватке кадров для работы в системе здравоохранения. Недостаточная численность работников здравоохранения может затем снижать качество обслуживания или охват услугами и, в конечном счете, отрицательно сказываться на состоянии здоровья населения.

Не все сквозные проблемы (например, проблема преждевременной смерти) связаны со специфическими факторами, относящимися к финансированию, образованию, управлению или политике. В других случаях более чем один из этих факторов может влиять на конкретную сквозную проблему (например, на миграцию могут одновременно влиять все четыре фактора). Следовательно, назначение предложенной модели (рис. 1) - обеспечить понимание того, как каждый из политических рычагов может влиять на различные факторы, важные для деятельности систем здравоохранения.

**Рис. 1.** Инструмент стратегического планирования: концептуальная структура для оценки кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ)

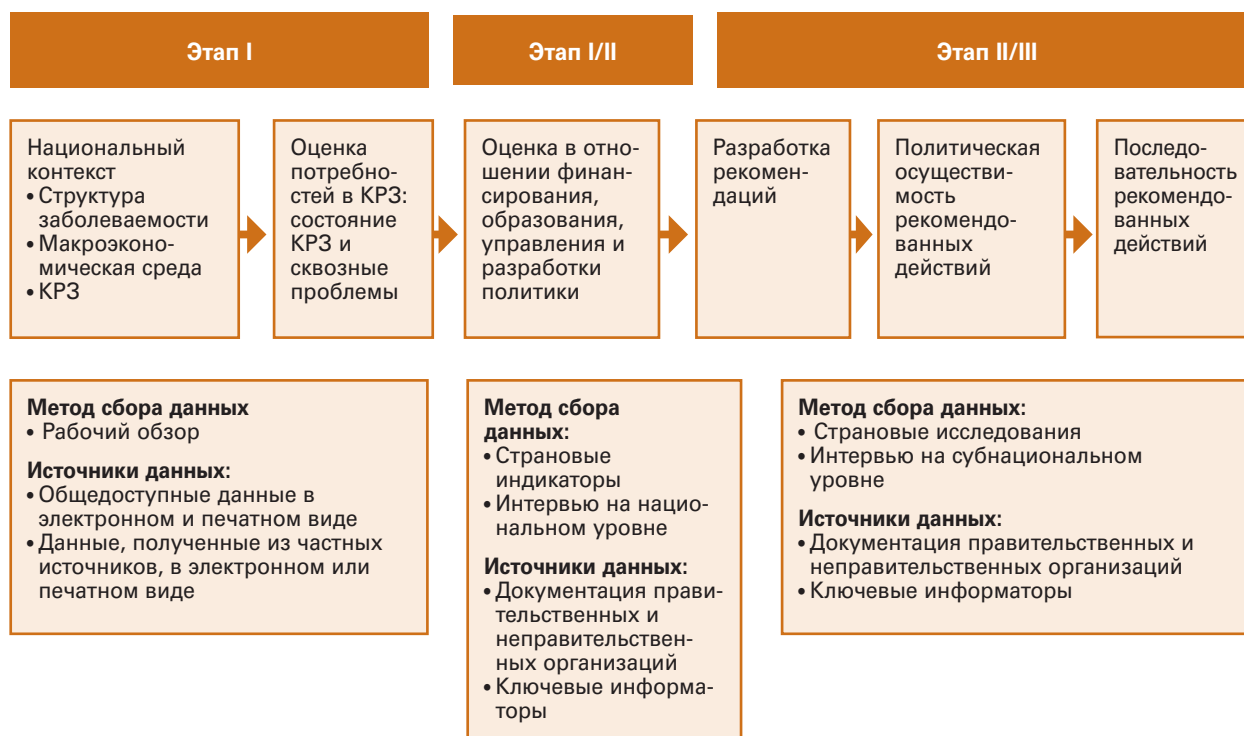
Политические рычаги →	Сквозные проблемы →	Состояние КРЗ →	Цели системы здравоохранения →	Цели в отношении здоровья
Финансирование	Привлекательность профессии	<b>Уровень плотности КРЗ</b> (сколько?) • категория КРЗ	Качество  Эффективность  Справедливость/ доступность  Устойчивость	Состояние здоровья  Достаточное финансирование  Отзывчивость
Образование	Миграция	<b>Распределение КРЗ</b> (где? кто?) • Профессиональная структура внутри категории • Географическая локализация • Сектор • Гендер		
Управление	Эпидемия ВИЧ/СПИДа	<b>Деятельность КРЗ</b> (что они делают? как они это делают?) • Качество (клинические и сервисные услуги) • Эффективность		
Разработка политики	Совместительство			
	Прогулы и фиктивные работники			
	Мотивация			
<i>Пример: Образование</i>				
Малое число выпускников средней/высшей школы, результатом чего является...	Ограниченное число абитуриентов, стремящихся получить медицинское образование, результатом чего является...	Недостаточная численность КРЗ, результатом чего является...	Ухудшение качества/справедливости, результатом чего является...	Неудовлетворительное состояние здоровья населения

## ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТА

Использование инструмента требует определенного подготовительного периода для сбора информации и подготовки команды, которая будет осуществлять анализ данных и стратегическое планирование. Вполне вероятно, что потребуется несколько месяцев для введения национальной команды аналитиков в курс дела и обучения ее участников основным методам и технике сбора данных. Если ресурсы и время официальных должностных лиц ограничены, возможно, понадобится привлечение международных консультантов для организации начального обучения и оказания содействия в проведении анализа, а также подготовке докладов и семинаров для распространения информации. Хотя инструмент разработан таким образом, чтобы свести к минимуму необходимость международной поддержки, важно удостовериться в том, что имеется потенциал для проведения полного и подробного обзора ключевых индикаторов, учитывая имеющиеся типы данных и короткий период, отведенный для первоначальной оценки. Мы предполагаем, что за внедрением этого инструмента последует более подробная оценка потребностей и возможностей как часть долгосрочного и устойчивого планирования кадровых ресурсов здравоохранения.

На рис. 2 представлена схема организации и временные рамки использования инструмента. На этапе I проводится рабочий обзор информации для сбора данных о состоянии кадров здравоохранения в стране, а также сопутствующих факторов, которые могут, в конечном итоге, ограничивать проведение в жизнь политики в области кадровых ресурсов здравоохранения (например, структура заболеваемости, макроэкономические условия). На этапах I и II проведение рабочего обзора и консультаций на национальном уровне позволят дать оценку кадровых ресурсов здравоохранения с позиции использования различных политических рычагов. Выбор данных, которые необходимо собрать в отношении политических рычагов, будет зависеть частично от существующих условий и от того, какие данные для оценки потребностей системы уже собраны. На этапах II и III страновые консультации, проводимые как на национальном, так и субнациональном уровне, позволят собрать более обширные данные и наметить приоритетные направления деятельности. Этап III будет также включать определение приоритетных действий и их предполагаемой последовательности.

**Рис. 2.** Временные рамки для проведения оценки кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ)



## АНАЛИЗ

В следующих разделах более детально описан каждый компонент трех этапов. В каждом из компонентов для проведения оценки различных элементов, относящихся к кадровым ресурсам здравоохранения, предлагается *меню диагностических индикаторов*. Эти индикаторы отобраны на основе трех критериев: теоретическая или эмпирическая связь с кадровыми ресурсами здравоохранения; адаптируемость индикаторов из предыдущих инструментов, касающихся людских ресурсов; и реальные условия для сбора данных. Очевидно, что целесообразность или осуществимость сбора данных по различным индикаторам будет отличаться от страны к стране. С учетом этого факта в основную часть текста включены *основные индикаторы*, которые являются наиболее

---

актуальными, их доступность наиболее вероятна, или приблизительную оценку которых с наибольшей вероятностью можно провести. Приложения содержат другие индикаторы (*дополнительные индикаторы*) в дополнение к основным или ключевым индикаторам. Основные индикаторы необходимы для разработки продуманного стратегического плана. Если данные по основным индикаторам недоступны, оценка должна производиться на основе выводов, сделанных национальными и международными экспертами. Дополнительные индикаторы следует использовать в тех случаях, когда они доступны, для проведения более точной оценки – в частности для оценки качества и управления. В конечном счете, целью должна стать триангуляция полученных данных в соответствии со специфическим контекстом конкретной страны. Всякий раз, когда это необходимо, и в той мере, в какой это возможно, индикаторы, предложенные в этом инструментарии, могут быть заменены альтернативными с тем, чтобы обеспечить наилучшую оценку ситуации с кадровыми ресурсами здравоохранения в рассматриваемой стране.

## Состояние кадровых ресурсов здравоохранения

В Части 1 рассматривается общая оценка потребностей в кадрах здравоохранения. Она служит отправной точкой оценки политических рычагов (которые обсуждаются в Части 2): финансирования, образования, управления и разработки политики. При общей оценке потребностей в первую очередь рассматривается состояние кадровых ресурсов здравоохранения – то есть *уровень плотности* работников здравоохранения (адекватная численность людских ресурсов), *распределение* и *эффективность деятельности*, а также сквозные проблемы, которые могут влиять на состояние кадровых ресурсов здравоохранения.

Потребность в работниках здравоохранения определяется как *разрыв между текущим состоянием* кадровых ресурсов здравоохранения (или прогнозируемым состоянием, если существующие условия не будут изменяться) и *желаемым состоянием* кадровых ресурсов здравоохранения по каждой категории работников. На этом этапе при оценке потребностей в работниках здравоохранения не учитывается ограниченность ресурсов (например, возможностей для обучения или финансирования кадровых ресурсов здравоохранения). В данном случае сравнение текущего состояния кадров здравоохранения с идеальным или хотя бы относительно стандартной точки отсчета позволяет разработать *план первоочередных действий* в области развития кадровых ресурсов здравоохранения. В окончательном плане действий учитываются как результаты оценки, так и ограниченность ресурсов в конкретной стране.

Путем оценки потребностей в работниках здравоохранения составляется перечень *количественных целевых показателей*, которые затем помогают сосредоточить внимание на политических рычагах и информировать об их использовании. При общей нехватке медсестер, например, можно сфокусировать оценку воздействия политических рычагов на такой конкретной проблеме, как численность будущих медсестер или политика в отношении миграции. При этом избыток медсестер в сочетании с плохим распределением может потребовать особого внимания к другому вопросу, например, к повышению потенциала в области управления для комплектации учреждений персоналом соответствующей квалификации. Таким образом, основанный на целевых показателях анализ потребностей предоставляет объективные средства для оценки текущей ситуации с кадровыми ресурсами здравоохранения в стране. Он позволяет проводить сравнение с целевыми показателями, как из других стран, так и в одной стране, в различные периоды времени. Как и на всех этапах сбора информации в этом инструменте, на ранней стадии процесса важно оценить *качество и надежность имеющихся данных* о текущем состоянии кадровых ресурсов здравоохранения и эпидемиологическом профиле. Факты, подтверждающие плохое качество данных, должны быть приняты к сведению, и схемы проведения оценки объяснены.

Данный инструмент предполагает, что с помощью других существующих инструментов установлены целевые показатели по количеству и типу медицинских и парамедицинских специалистов, необходимых для достижения целей в отношении состояния здоровья населения и удовлетворенности пациентов. Информация, необходимая для оценки потребностей, будет отличаться в зависимости от использованного метода прогнозирования. В идеале, оценка потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения должна основываться на потребностях страны в медицинской помощи с учетом ее эпидемиологического профиля и прогнозов относительно того, что ей потребуется для будущего развития, и опирающихся на то, по какому пути идет страна сегодня. С другой стороны, при оценке потребностей в кадрах здравоохранения, возможно, придется полагаться на косвенные критерии. Показатели удовлетворенного или неудовлетворенного спроса на медицинскую помощь – такие, как продолжительность времени ожидания определенных услуг или уровни использования услуг в различных регионах страны – являются примерами таких критериев. Кроме того, показатели существующих или прогнозируемых потребностей в медицинской помощи или спроса на нее будет необходимо перевести в текущую или будущую идеальную плотность работников здравоохранения с разбивкой по категориям. Такой анализ может потребовать переработки большого количества данных, включающих не только информацию о существующей плотности медицинских работников, но и о текущих и прогнозируемых уровнях убыли персонала или поступлении на работу, показателях производительности труда, часов работы в неделю в среднем с разбивкой по категориям.

Метод планирования, использующийся для оценки потребности в людских ресурсах, обычно содержит *два основных компонента*: (а) определение *надлежащего количества и типов* медицинских услуг, которые должны быть предложены; и (б) определение *сроков*, в которые медицинские вмешательства должны быть осуществлены. Наиболее распространенные методы включали в себя: подход на основе потребностей, при котором потребности в кадровых ресурсах здравоохранения или в услугах оцениваются на основе тенденций в показателях смертности, заболеваемости и разрыва в состоянии здоровья между различными группами населения; оценку на основании спроса, когда в показатели современного использования служб включают ожидаемые демографические тенденции; определение желаемых соотношений «работники здравоохранения – население»; и установление целевых показателей по предоставлению услуг, а затем их преобразование в показатели потребностей в медицинских работниках. Совсем недавно появились методы, в которых за основу оценки потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения берется сочетание элементов четырех подходов (например, подхода, использующего измерение потребностей в помощи, целевых показателей предоставления услуг, времени и производительности), и подход с использованием скорректированных целевых сервисных показателей, включающий такие данные, как потребности в программах обучения и навыки, необходимые для выполнения различных задач, связанных с Целями тысячелетия в области развития.

Хотя в любой стране определение потребностей в работниках здравоохранения является основным структурным элементом политики в области кадровых ресурсов здравоохранения, демонстрация этого процесса выходит за рамки данного инструмента. Для дальнейшего анализа методов планирования рабочей силы и подходов, связанных с кадровыми ресурсами здравоохранения, а также для всестороннего обзора и ссылок на соответствующие инструменты, см. Joint Learning Initiative (2004) и Dreesch et al. (2005).

Если время и ресурсы или имеющаяся информация не позволяют дать полную оценку потребностей в работниках здравоохранения, сравнение существующей плотности медицинских работников с внешними стандартами (например, для географического региона) может стать первым шагом на пути оценки потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения. К примерам внешних стандартов относятся:

- плотность работников здравоохранения (например, один врач на 5000 населения)
- соотношение работников различных специальностей (например, две медсестры на одного врача)
- соотношение работник – ресурсы (например, одна медсестра, работающая на полную ставку, на десять коек)
- соотношение работник – программа (например, два медико-санитарных работника в общине на программу центра здоровья) (Hall, 2001).

Эти критерии, однако, не являются идеальными, поскольку они основаны на предположении о том, что величина знаменателя (население, другие специалисты, учреждения) уже отражает потребности в медицинской помощи. Во многих странах потребности в медицинской помощи носят сложный характер, и обеспечение медицинскими учреждениями и людскими ресурсами может не решать существующие проблемы в области здравоохранения.

## **Политические рычаги, которые могут воздействовать на состояние кадровых ресурсов здравоохранения**

Ситуация с кадровыми ресурсами здравоохранения в стране может быть улучшена разными путями – от «производства» большего числа подготовленных работников, владеющих набором конкретных навыков, до внедрения методов управления эффективностью. Часть 2 посвящена четырем основным политическим рычагам в отношении кадровых ресурсов здравоохранения: финансированию, образованию, управлению и разработке политики. Если взять за основу имеющиеся данные, то гипотетически каждый из этих политических рычагов по-разному влияет на ситуацию с медицинскими кадрами – и, следовательно, на эффективность деятельности сектора здравоохранения.

В части 2 этого инструмента кроме связи между каждым из политических рычагов и уровнями плотности, распределением и деятельностью работников здравоохранения описаны сквозные проблемы, влияющие на то, что мы называем *состоянием кадровых ресурсов здравоохранения*. Здесь полезно было бы сделать несколько замечаний по поводу методов. Для каждого из политических рычагов мы предоставляем обширный набор количественных индикаторов, которые использовались в предыдущих исследованиях или оценках, задокументированных в литературе или разработанных для этого инструмента на теоретической основе. Доказательства, которые обосновывают использование этих индикаторов, представлены в приложениях. Везде, где возможно, количественные индикаторы сопровождаются целевыми ориентирами. Как будет показано далее, существует множество индикаторов, для которых нет ни научных, ни экспериментальных данных, позволяющих дать приемлемый ориентир. Целесообразно было бы приступить к разработке данных и исследованиям, чтобы предоставить ориентиры для этих индикаторов, особенно для основных индикаторов. Поскольку не ожидается, что каждый из индикаторов будет применим или полезен во всех контекстах, для выбора наиболее подходящих из предлагаемых индикаторов и целевых ориентиров необходимо знание положения дел в стране. Некоторые из необходимых знаний можно будет получить из интервью с ключевыми информаторами – опытными местными должностными лицами, занимающимися вопросами кадровых ресурсов здравоохранения, а также с эксперта-

---

ми по финансированию, управлению и образованию в области здравоохранения. В других случаях для получения информации потребуется проведение оперативных обследований, использование фокусных групп или взаимодействие с международными и национальными экспертами. Ожидается, что наличие и качество данных будет в значительной степени определять окончательный выбор индикаторов.

Хотя количественные индикаторы, в конечном счете, способствуют определению целевых параметров, качественная оценка ситуации с кадрами здравоохранения необходима как дополнение и обеспечение условий для формулирования выводов. Например, чрезмерные уровни ротации кадров среди районных руководителей могут отрицательно сказываться на деятельности систем здравоохранения. Без качественной оценки того, как очень высокие (или очень низкие) уровни ротации воспринимаются персоналом, было бы трудно узнать, указывают ли темпы ротации на имеющиеся проблемы в управлении текучестью (или удержанием) кадров. Поэтому качественные оценки являются такой же неотъемлемой частью этого инструмента, как и количественные индикаторы.

Для обоих классов индикаторов – количественных или качественных – необходимо соблюдать осторожность в отношении выводов без тщательной оценки ситуации под всеми возможными углами зрения. Например, доля бюджета здравоохранения, выделяемая на людские ресурсы, может быть хорошим индикатором адекватности расходов на эти цели относительно других затрат сектора здравоохранения.<sup>3</sup> Однако без знания *абсолютного* уровня бюджетных расходов на здравоохранение – и, соответственно, расходов на кадровые ресурсы здравоохранения – невозможно узнать, являются ли текущие расходы сектора здравоохранения адекватными для повышения потенциала путем реализации рекомендованных мер. Точно также, хотя низкий показатель обладающих необходимой подготовкой абитуриентов медицинских вузов может указывать на недостаток образовательного потенциала средней школы, это может также свидетельствовать либо об ограниченном числе мест в училищах по подготовке медсестер или в медицинских колледжах, либо отражать недостаточную привлекательность карьеры в какой-либо медицинской специальности для будущих студентов. Что же касается управления, дефицит основных лекарственных средств может дать представление о том, как функционирует система и каковы условия труда работников здравоохранения. Однако многие другие аспекты, которые в меньшей степени поддаются количественной оценке, также определяют функционирование или условия труда (например, качество связи между различными уровнями системы), поэтому один индикатор управления снабжением будет ограниченным косвенным критерием. Что касается политической оценки, которая особенно зависит от контекста, то она требует от исследователя использования компетентных источников информации на местном уровне для определения позиции и полномочий «игроков».

Этот инструмент разработан таким образом, чтобы произвести «триангуляцию» информации и дать возможность команде, проводящей оценку, применить всесторонний подход к стратегическому планированию и разработке политики для совершенствования кадровых ресурсов здравоохранения и, следовательно, возможностей системы здравоохранения. Поэтому предоставленный набор индикаторов необходимо использовать с учетом такого подхода и адаптировать к проблемам конкретной страны, если это будет полезным для понимания результатов усилий на медицинском рынке труда, состояния кадровых ресурсов здравоохранения и факторов, влияющих на деятельность медицинских работников.

## Разработка политики в отношении кадровых ресурсов здравоохранения

В части 3 этого инструмента определены стратегии и решения, а также последовательность действий, вытекающие из рассмотрения четырех политических рычагов воздействия на кадровые ресурсы здравоохранения: финансирование, образование, управление и формирование политики. В части 3 представлены общие руководящие принципы для пересмотра нынешнего состояния кадров относительно целевых ориентиров, определения приоритетных проблемных областей, выбора технически и политически реализуемых стратегий и разработки последовательного руководства для осуществления политики. Мы рекомендуем использовать материалы и доказательства, представленные в частях 1 и 2, а также в приложениях, как основу для действий, описанных в части 3.

Приложения предназначены для предоставления более подробных данных по индикаторам, описанным в основном тексте. Мы приводим эти фактические данные для того, чтобы аналитики кадровых ресурсов здравоохранения смогли использовать в своих оценках более подробные данные и давать более убедительные объяснения значимости тех или иных индикаторов во время представления результатов оценки разработчикам политики.

В приложениях также даны дополнительные (вторичные) индикаторы и целевые ориентиры для них. Дополнительные индикаторы, как правило, основаны на исследованиях, которые проводятся в странах с высоким уровнем доходов, и вряд ли они будут доступны в странах с низким и средним уровнями доходов. Если их использование возможно, они будут полезны для проведения более совершенного анализа каждого из политических рычагов.

<sup>3</sup> Важно включение статьи бюджета на подготовку медицинских специалистов, которая часто не покрывается министерством здравоохранения, и средства должны изыскиваться в бюджетах министерства образования или других государственных агентств. Если возможно, также необходимо сделать некоторые оценки расходов частного сектора или неправительственных организаций. Национальные счета здравоохранения могут обеспечить приблизительные справочные данные для этих оценок.

Четко сформулированная и хорошо продуманная политика в области кадровых ресурсов здравоохранения представляет собой важный механизм, с помощью которого государства могут улучшить показатели деятельности системы здравоохранения. Политика может повлиять на текущее состояние кадровых ресурсов здравоохранения по трем основным параметрам:

- уровень плотности (число работников здравоохранения различных профессиональных, административных и вспомогательных категорий);
- распределение и состав (распределение людских ресурсов внутри *страны* по географическим регионам, квалификационным категориям, личным или институциональным характеристикам и распределению внутри *организации* по набору навыков или категориям);
- производительность (что делают работники здравоохранения и как они это делают).

В следующем разделе эти параметры рассматриваются подробно. В нем представлены категории и индикаторы, а также кратко объяснены последствия для политики со стороны полученных данных об уровнях плотности, распределении и показателях деятельности в странах, использующих такую методику оценки. В таблицах даны оценочные индикаторы, имеющиеся целевые ориентиры, ссылки на доказательства для индикаторов и комментарии относительно индикаторов, а также потенциальные источники данных для этих индикаторов с целью оказания помощи в сборе данных группе, проводящей оценку.

## УРОВЕНЬ ПЛОТНОСТИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Первая задача, стоящая перед группой, проводящей оценку – определение численности работников здравоохранения конкретных профессиональных категорий относительно численности населения, которое они обслуживают. Эти *уровни плотности* являются исходной точкой для всех оценок кадровых ресурсов в любой стране. Как правило, эти данные существуют, хотя часто они являются приблизительными, поскольку регистрация практикующих работников здравоохранения, как правило, не проводится своевременно или в полной мере.

Однако установить ориентир для «адекватного» уровня плотности удается нечасто. В последнее время была сделана попытка установить международные минимальные стандарты по некоторым медицинским категориям. Например, в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006» предлагается минимально необходимое соотношение - 2,3 работника здравоохранения на 1000 человек для «достижения надлежащего охвата некоторыми важнейшими мероприятиями в области здравоохранения и основными медицинскими услугами, связанными с достижением ЦРТ» (ВОЗ, 2006). Хотя эмпирические связи между уровнями плотности работников здравоохранения и производительностью системы здравоохранения не всегда хорошо документированы, представляется очевидным, что во многих развивающихся странах уровень укомплектованности профессионалами недостаточно соответствует потребностям обслуживаемого населения (см. Приложение 1 для дальнейшего обсуждения доказательной базы).

Кроме предложенных стандартов для врачей и, в некоторых случаях, для медсестер, в международных источниках, посвященных этой теме, содержится мало указаний относительно «других работников здравоохранения» – стоматологов, фармацевтов и т. д., а также относительно административного и другого вспомогательного персонала. В идеале следует разбить эти категории на многочисленные медицинские и парамедицинские профессии, включая общинных работников здравоохранения, администраторов и другой вспомогательный персонал. В некоторых странах может иметься достаточно информации для разработки такой детальной оценки, однако нет достаточного объема сравнительных данных для определения ключевых контрольных индикаторов и взаимоотношений между ними для целей этого инструмента оценки.

В приведенной ниже таблице представлены три индикатора с имеющимися на сегодняшний день ориентирами для двух из них, что должно создавать основу для оценки уровня плотности различных медицинских кадров. Команда, проводящая оценку, может разбить категорию «другие» на конкретные категории работников (включая административный персонал), если национальные данные позволяют это сделать, хотя общих ориентиров по этим категориям нет.

**Таблица 1.** Состояние кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы уровня плотности КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир(ы)	Источник
<b>Статус КРЗ</b> • Уровень КРЗ	Количество врачей на 10 000 населения	1,0–2,0	<i>Ориентир:</i> • 1.0 World Bank (1993)	1.0: минимальный пакет вмешательств в клинической области и в области общественного здравоохранения 2.0: стратегия «Здоровье для всех»	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Уровень КРЗ	Количество медсестер на 10 000 населения	2,0–4,0	<i>Ориентир:</i> • 1,0 World Bank (1993)		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Уровень КРЗ	Количество КРЗ других категорий (например, стоматологов) на 10 000 населения	2,0–4,0	<i>Ориентир:</i> • нет международных ориентиров	Другие категории включают следующие (но не ограничиваются ими): акушерки, помощники врача, работники первичного звена, врачи-специалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Средние уровни плотности могут маскировать значительные различия в распределении людских ресурсов по географической локализации, навыкам, полу и секторам. Эти различия в распределении могут быть одним из наиболее важных препятствий для достижения общих целей по улучшению состояния здоровья населения, удовлетворенности граждан и устойчивой финансовой защите. Географический дисбаланс обычно означает сосредоточение медицинских кадров в городах и, следовательно, их недостаток в сельских районах. В целом, в международной литературе постулируется цель, заключающаяся в достижении более справедливого географического распределения, хотя немногие страны способны достичь этого целевого ориентира. Существует ряд политических мер по преодолению такого дисбаланса с помощью стимулов и нормативных положений, использование которых давало лишь незначительный эффект.

Дисбаланс навыков, например, количество медсестер по отношению к количеству врачей или неквалифицированных кадров по отношению к квалифицированным, может также отражаться на доступности и качестве услуг. Однако при сравнительном анализе этих показателей не выявлено постоянство их характера в разных странах и нет четкого обоснования целевых ориентиров для различных соотношений. Вероятно, для разработки страновых ориентиров необходима более подробная оценка задач и навыков для различных категорий наряду с экономическим анализом затрат относительно эффективности сочетания различных наборов навыков.

Гендерное распределение, выражающееся в преобладании женщин или мужчин в определенных медицинских профессиях (например, врачи – преимущественно мужчины, а медсестры и персонал более низкого уровня – женщины), может иметь определенное обоснование для некоторых категорий там, где женщины-пациентки чувствуют себя более комфортно со специалистами-женщинами. В целом, однако, в последних литературных источниках поддерживается достижение большей справедливости в отношении этого индикатора.

Секторальные различия можно оценить путем определения соотношения работников здравоохранения в частном и государственном секторах. Хотя нет рекомендаций относительно этого соотношения, оно может быть важным при определении вариантов политики по обеспечению доступа к услугам бедных слоев населения, регулирования качества услуг и определения политики предоставления субсидий.

Считается, что дисбаланс в распределении вызывает ряд негативных последствий, включая: «утечку мозгов» из государственных сельских в частные городские медицинские центры; недостаточное внимание к специфическим, гендерно-обусловленным проблемам здоровья и характеру использования служб; более низкое качество услуг и более низкий уровень производительности служб; более длительное время ожидания и уменьше-

ние числа доступных койко-мест в стационаре; и проведение некоторых вмешательств менее квалифицированным персоналом (Zurn et al., 2002; Gupta et al., 2003; Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003).

В таблице представлены целевые индикаторы, ссылки и возможные источники данных для оценки распределения работников здравоохранения.

**Таблица 2.** Состояние кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы распределения КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Статус КРЗ</b> • Географическое распределение КРЗ	Отношение самой высокой плотности врачей к самой низкой, по регионам	1,0	<i>Ориентир:</i> • 1,0: на основе принципа справедливости		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Географическое распределение КРЗ	Отношение самой высокой плотности медсестер к самой низкой, по регионам	1,0	<i>Ориентир:</i> • 1,0: на основе принципа справедливости		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Географическое распределение КРЗ	Отношение самой высокой плотности других КРЗ к самой низкой, по регионам	1,0	<i>Ориентир:</i> • 1,0: на основе принципа справедливости	Другие категории включают следующие (но не ограничиваются ими): акушерки, помощники врача, работники первичного звена, врачи-специалисты, фармацевты	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Гендерное распределение КРЗ	Соотношение мужчины: женщины, по категориям КРЗ	Нет		Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, помощники врача, работники первичного звена, врачи-специалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Распределение КРЗ по навыкам	Соотношение медсестры: врачи	2,0	<i>Ориентир:</i> • 2,0: World Bank (1994a)		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Распределение КРЗ по навыкам	Соотношение неквалифицированные КРЗ: квалифицированные КРЗ	Нет			Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Распределение КРЗ по навыкам	Соотношение государственные: частные поставщики услуг, по категориям КРЗ	Нет		Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, помощники врача, работники первичного звена, врачи-специалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения



## ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Показатели деятельности кадровых ресурсов здравоохранения складываются из *эффективности* работы персонала и *качества* предоставляемых услуг. Эффективность кадров здравоохранения может быть проанализирована как *финансовая эффективность* (например, число занятых работников здравоохранения на затраченный доллар) и *производительности* (например, число оказываемых услуг на человеко-час). Обе оценки имеют большое значение для деятельности систем здравоохранения с точки зрения оптимального использования ограниченных ресурсов и сдерживания расходов на медицинских работников. Простые совокупные индикаторы, однако, могут маскировать воздействие других производственных факторов (материалов, оборудования), а также взаимосвязь между количественными и качественными результатами.

Качество медицинской помощи можно разделить на две подкатегории: *клиническое качество* (измеряется объективно на основе результатов клинической работы); и *удовлетворенность пациентов* (качество измеряется субъективно, как оно воспринимается пациентами). Клиническое качество имеет решающее значение для улучшения конечных результатов в отношении здоровья, в то время как удовлетворенность пациентов сама по себе важная цель системы здравоохранения и, в конечном счете, также может влиять на состояние здоровья населения. Хотя во многих странах систематическая оценка качества услуг зачастую не проводится, здесь мы определяем некоторые базовые индикаторы, указывающие на общий уровень качества для различных уровней помощи. Охват вакцинацией и некоторые показатели использования служб (например, использование первичной медико-санитарной помощи) может указывать на качество помощи в целом. Показатели уровня дефицита можно использовать для общей оценки качества материально-технического снабжения, а уровень внутрибольничных инфекций часто является показателем качества обслуживания в стационаре в целом.

В таблице ниже приводятся некоторые примеры индикаторов и целевых ориентиров, а также источники данных для оценки показателей деятельности работников здравоохранения.

**Таблица 3.** Состояние кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы эффективности деятельности КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (эффективность)	Годовой бюджет на КРЗ/общий годовой бюджет на здравоохранение	Нет	<i>Индикатор:</i> • Hornby & Forte (2000)		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (эффективность)	Количество КРЗ по категориям/годовой бюджет на КРЗ определенной категории	Нет	<i>Индикатор:</i> • Нет конкретного источника		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (эффективность)	Общие расходы на КРЗ на душу населения	Нет	<i>Индикатор:</i> • Нет конкретного источника		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (эффективность)	Средний годовой доход, по категориям КРЗ	Нет	<i>Индикатор:</i> • Hornby & Forte (2000)		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (продуктивность)	Средняя продолжительность пребывания в стационаре	Нет	<i>Индикатор:</i> • Нет конкретного источника		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (продуктивность/качество)	Среднее число вакцинаций в день на число медицинских работников	Нет	<i>Индикатор:</i> • Hall (2001)	Мера способности персонала достичь целевых показателей продуктивности	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (продуктивность/качество)	Число посещений для получения первичной медико-санитарной помощи/общая численность персонала	Нет	<i>Индикатор:</i> • Hornby & Forte (2000)	Мера способности персонала достичь целевых показателей продуктивности	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (качество)	Дефицит основных лекарственных средств	0%	<i>Индикатор:</i> • DELIVER/John Snow (2002) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • 0%: идеальная ситуация	Индикатор качества материально-технического снабжения на системном уровне (перекрестные ссылки в разделе “Управление”)	Можно оценить, используя обзор документов (например, по исследованиям в области фармацевтического менеджмента) или интервью с ключевыми информаторами
<b>Статус КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (качество)	Число внутрибольничных инфекций / число госпитализированных пациентов	0	<i>Индикатор:</i> • Hornby & Forte (2000) <i>Ориентир:</i> • 0: идеальная ситуация		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения

## СКВОЗНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Помимо основных индикаторов состояния кадровых ресурсов здравоохранения – уровня плотности, распределения и общих показателей деятельности – мы выявили ряд сквозных проблем, которые, в свою очередь, влияют на плотность, распределение и производительность трудовых ресурсов. Эти проблемы заключаются не в самих системах финансирования, образования и управления, а, скорее, требуют решения путем изменения стратегии работы этих систем. Их можно рассматривать как *промежуточные* причины изменений и состояния уровня плотности, распределения и показателей деятельности рабочей силы, на которые будут влиять такие политических рычаги, как финансирование, образование и управление, представленные в нашей схеме на рис. 1.

Сквозные проблемы были выявлены в большинстве литературных источников, посвященных современному «кризису» людских ресурсов (Joint Learning Initiative, 2004; ВОЗ, 2006). К ним относились: привлекательность медицинских профессий для выпускников общеобразовательных школ, миграция квалифицированного персонала в более благополучные страны, угроза здоровью работников здравоохранения в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа, совместительство, прогулы и фиктивные работники, а также низкая мотивация. Основные индикаторы для “диагностики” этих проблем сгруппированы в таблице в конце этого раздела.

---

## Привлекательность медицинских профессий для выпускников общеобразовательных школ

Спрос на профессиональное образование в области здравоохранения важен для определения уровня плотности, распределения и, в конечном счете, эффективности деятельности работников здравоохранения. Без желающих поступать в медицинские, сестринские и другие профессиональные учебные заведения медицинского профиля не будет создаваться достаточный приток, необходимый для улучшения указанных индикаторов состояния рабочей силы здравоохранения. Также важно признать, что для хорошо подготовленных и мотивированных выпускников общеобразовательных школ и колледжей медицинские профессии конкурируют с другими профессиями и, следовательно, качество рабочей силы здравоохранения будет зависеть от результатов этого соперничества. Выбор студентом профессионального образования можно рассматривать как инвестиционное решение, в котором расходы на образование сопоставляются с ожидаемыми доходами. В дополнение к ожидаемым финансовым выгодам от выбора образования в области медицины, нематериальные факторы до определенной степени могут играть роль при принятии решения будущими студентами. Эти факторы могут включать предполагаемые условия труда, гарантии занятости и продвижения по карьерной лестнице, статус профессии и такие стимулы личной мотивации, как стремление к участию в укреплении и охране здоровья. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что на принятие решения влияют как материальные, так и нематериальные преимущества (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 1).

## Миграция

Эмиграция медицинского персонала в другие страны весьма ощутима, что создает существенные проблемы для стран с низким и средним уровнем доходов. Хотя свободная циркуляция врачей, медсестер и другого медицинского персонала может способствовать обмену информацией и приобретению знаний, страны с низким уровнем доходов оказываются наиболее уязвимыми к утечке мозгов – потере своих наиболее квалифицированных работников. Отъезд высококвалифицированных работников здравоохранения может неблагоприятно сказываться на качестве медицинской помощи в системах здравоохранения стран исхода, а истощение кадровых ресурсов может ставить под угрозу будущие макроэкономические перспективы. Хотя характер миграции (например, временный или постоянный) играет большую роль в ее возможном влиянии, эмиграция часто имеет больше негативных, чем позитивных последствий для стран, уже испытывающих дефицит основного медицинского персонала (Forsier et al., 2004). Эмпирические данные свидетельствуют о том, что миграционные потоки являются значительными, и эмиграция из развивающихся стран может повлечь за собой отрицательные последствия для уровня медицинской рабочей силы и эффективности систем здравоохранения (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 1).

## Угроза здоровью работников здравоохранения, связанная с эпидемией ВИЧ/СПИДа

Повышенные уровни смертности среди медицинского персонала, в частности, связанные с эпидемией ВИЧ/СПИДа, могут вызывать значительную потерю человеческого капитала и финансовых ресурсов из-за необходимости замены умерших работников. Хотя доказательная база по этому вопросу ограничена (см. Приложение 1), уроки можно извлечь из данных по другим общественным секторам. В секторе образования, например, требующаяся замена специалистов, которые умирают от ВИЧ/СПИДа, превышает потенциал стран (Cohen, 2002). Подобно этому, системы здравоохранения, в частности в Африке, сталкиваются с заболеваемостью и потерей большого числа подготовленных медицинских работников (Tawfik, 2006). Кроме того, потенциальная угроза для здоровья медицинских работников, которые имеют дело с инфицированными пациентами (из-за недостаточной защиты от уколов иглой и т. д.), может влиять на выбор этой профессии или ее сохранении, или эмиграции в страны с более низким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

## Совместительство

Совместительство в секторе здравоохранения – одновременное предоставление услуг государственными служащими за пределами своей должности в государственном секторе – может приводить к ряду проблем в отношении эффективности и качества оказания помощи. С одной стороны, совместительство может снижать продуктивность на более низкооплачиваемых местах работы (часто в государственном секторе) или даже приводить к переутомлению работника и наносить ущерб производительности на обеих работах. С другой стороны, совместительство может приводить к недопустимому использованию общественных ресурсов с целью личной выгоды или ненужному направлению пациентов из государственного сектора в частный (Ferrinho & Lerberghe, 2000; Ensor & Duran-Moreno, 2002; Bergman & Cuizon, 2004). Хотя взаимоотношения между совместительством и показателями деятельности системы еще не слишком хорошо поняты (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 1), распространенность этого явления достаточно широка, чтобы уделить ему внимание в этом инструменте.

## Прогулы и фиктивные работники

Прогулы и наличие фиктивных работников в государственном секторе (персонал занимает должности, существующие на бумаге, но не на практике, что приводит к неоправданному получению заработной платы «мертвыми душами») может отрицательно влиять на работу системы здравоохранения, снижая эффективность (то есть производительность работников здравоохранения в расчете на потраченный доллар и способность государства повышать общий уровень зарплаты), доступность (то есть количество часов в неделю, которое поставщики медицинских услуг уделяют лечению пациентов), и качество помощи – клиническое и воспринимаемое пациентом (Chaudhury & Hammer, 2003; Huddart & Picazo, 2003). Известно, что прогулы и фиктивные работники – значительная проблема во многих контекстах, однако необходимы дополнительные исследования для определения связи между этим феноменом и показателями деятельности систем здравоохранения (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 1).

## Мотивация

Учитывая, что сектор здравоохранения является трудоемким по своей природе, мотивация работников здравоохранения, наряду с их способностью выполнять свои задачи, играет ключевую роль в определении показателей деятельности системы. Мотивацию работника здравоохранения можно определить как готовность «прилагать и поддерживать усилия по достижению организационных целей» (Franco et al., 2002) путем воздействия на “вложение персональных ресурсов работников в достижение этих целей”. Мотивация, в свою очередь, влияет на эффективность и продуктивность. Удовлетворенность работой может быть основным связующим звеном между мотивацией и показателями организационной деятельности. Специфические трудности в исследовании мотивации до сих пор ограничивали доказательную базу связи мотивации с показателями деятельности системы (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 1).

**Таблица 4.** Сквозные проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Сквозные проблемы</b> • Привлекательность профессии	Число абитуриентов на место обучения, с разбивкой по категориям КРЗ	Нет	Нет	Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врачей, работники первичного звена, врачиспециалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Сквозные проблемы</b> • Привлекательность профессии	Оценка качества абитуриентов	Нет	Нет	Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врачей, работники первичного звена, врачиспециалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Миграция	Годовая чистая внутренняя миграция в %, с разбивкой по категориям КРЗ	Нет	Нет	Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врачей, работники первичного звена, врачиспециалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные базы данных, результаты исследования рынка труда или других специальных исследований; национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Сквозные проблемы</b> • Миграция	Годовая чистая эмиграция в %, с разбивкой по категориям КРЗ	Нет	Нет	Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врачей, работники первичного звена, врачи-специалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя международные базы данных, результаты исследования рынка труда или других специальных исследований; национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Преждевременная смертность	Средний показатель смертности от ВИЧ/СПИДа, с разбивкой по категориям КРЗ	Нет	Нет	Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врачей, работники первичного звена, врачиспециалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Совместительство	Доля врачей, имеющих больше одной работы в области оказания медико-санитарной помощи	Нет	Нет		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Совместительство	Доля КРЗ других категорий, имеющих больше одной работы в области оказания медико-санитарной помощи	Нет	Нет	Категории включают следующие (но не ограничиваются ими): врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врачей, работники первичного звена, врачиспециалисты, фармацевты, администраторы и другой вспомогательный персонал	Можно оценить, используя международные базы данных, национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Прогоулы и фиктивные работники	Коэффициент невыхода КРЗ на работу (совокупный)	Нет	Нет		Можно оценить, используя результаты национальных исследований, национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Прогоулы и фиктивные работники	Среднее количество рабочих часов в неделю, с разбивкой по категориям КРЗ	Нет	Нет		Можно оценить, используя результаты предыдущих национальных исследований, национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Сквозные проблемы</b> • Мотивация	Качественный индикатор: представление о том, до какой степени мотивация является проблемой	Нет	Нет		Можно оценить, используя результаты предыдущих национальных исследований, интервью с ключевыми информаторами или другие методы оценки

**ФИНАНСИРОВАНИЕ**

К одному из наиболее важных факторов, влияющих на сквозные проблемы и состояние кадровых ресурсов здравоохранения, относятся финансовые средства, имеющиеся в наличии для оплаты труда и для покрытия других важных, не связанных с зарплатой затрат, необходимых для эффективной работы системы здравоохранения. В этом разделе вводятся индикаторы для оценки адекватности объемов финансирования оплаты труда, соотношение между затратами на оплату труда и другими, не связанными с зарплатой затратами, а также общего уровня национальных экономических ресурсов, выделяемых на эти расходы.

Оплата труда кадровых ресурсов, как правило, является наиболее важным показателем, определяющим текущие расходы на здравоохранение.<sup>1</sup> Относительно других медицинских расходов, таких, как расходы на лекарства и прочие материалы, оплата труда отдельных поставщиков услуг обычно поглощает значительную часть всех расходов сектора здравоохранения. Saltman & Von Otter (1995) подсчитали, что общий объем оплаты труда в большинстве стран составляет от 65% до 80% текущих расходов на здравоохранение.<sup>2</sup> Эта доля может быть особенно высока в системах здравоохранения тех стран, где значительная часть услуг предоставляется на первичном и общинном уровнях, поскольку стоимость лекарств и других необходимых материалов на этих уровнях обслуживания, как правило, низкая (Pong et al., 1995).

В свою очередь, *уровень оплаты труда* – как и уровень таких, не связанных с ней расходов, как расходы на лекарства и другие материалы, которые, как правило, изменяются в прямой зависимости от уровня плотности медицинских работников – относится к числу наиболее важных детерминантов эффективности системы здравоохранения, влияющих на уровень плотности, распределение и результаты деятельности медицинских работников в стране (Diallo et al., 2003). Важно также признать, что по мере того, как доля текущих средств, выделяемых на персонал, растет, объем имеющихся ресурсов на другие важнейшие расходы, например, на лекарственные препараты и материалы, может значительно снижаться, что негативно влияет на качество услуг и ухудшает условия труда. С другой стороны, увеличение расходов на кадровые ресурсы здравоохранения будет влиять на способность системы к достижению более высоких результатов по промежуточным целям: эффективности и устойчивости системы здравоохранения, а также финансовой защиты ее пользователей. Увеличение расходов на медико-санитарный персонал приведет к увеличению общего объема расходов на здравоохранение, что, возможно, отрицательно скажется на эффективности системы здравоохранения и, в результате, на ее способности предоставлять финансовую защиту гражданам. Следовательно, необходимо определять уровень оплаты труда и не связанных с ней расходов на медико-санитарный персонал, уравнивая цели достижения финансовой эффективности системы здравоохранения в целом с требованиями оптимизации уровня плотности, распределения и эффективности деятельности работников здравоохранения.<sup>3</sup>

Хотя финансовый анализ кадровых ресурсов здравоохранения часто ограничивается оценкой уровня оплаты труда или фонда заработной платы, аналитики также должны быть готовы к проведению анализа целесообразности *отдельных, не связанных с оплатой труда расходов* для достижения целей в отношении кадровых ресурсов здравоохранения. Учитывая большое количество потенциально значимых, не связанных с оплатой труда расходов на кадровые ресурсы здравоохранения, подобная выборка позволит аналитикам, не снижая темпа проведения анализа, выявить те важные финансовые рычаги, которые могут быть более эффективными для достижения целей в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, чем просто изменения в оплате труда. С этой целью во второй части настоящего модуля представлен перечень тех не относящихся к оплате труда расходов, которые могут повлиять на уровень плотности, распределение или показатели деятельности кадровых ресурсов здравоохранения страны. Отдельные выбранные статьи расходов могут быть проанализированы, следуя той же логике, что и при анализе уровней оплаты труда.

<sup>1</sup> Мы используем термин «оплата труда», чтобы охватить все источники дохода кадровых ресурсов здравоохранения (зарплаты, премии, гонорары и т.д.), по которым имеются данные. Некоторые экономисты используют для этой концепции термин «фонд заработной платы».

<sup>2</sup> По оценкам Huddart & Picazo (2003), в Африке от 50% до 70% текущих расходов на здравоохранение связаны с кадровыми ресурсами.

<sup>3</sup> Более детальное обсуждение двух специфических финансовых потребностей для кадровых ресурсов здравоохранения можно найти в разделах о финансировании образования и подготовки, а также о финансовых стимулах как инструментах управления.

---

Если установлено, что затраты (оплата труда и не связанные с ней расходы) на работников здравоохранения должны быть увеличены, необходимо также оценить, существует ли возможность (и каким образом) финансировать подобное увеличение, учитывая имеющиеся в стране макроэкономические ограничения. В третьем разделе данного модуля представлена схема проведения быстрого анализа возможностей страны по финансированию увеличения расходов на кадровые ресурсы здравоохранения.

## **Уровни оплаты труда медико-санитарного персонала**

Существующие в стране уровни оплаты труда медико-санитарного персонала можно проанализировать, ответив на следующие вопросы:

- Достаточно ли высок уровень оплаты труда для того, чтобы достигнуть целей в отношении здоровья?
- Обеспечивает ли уровень оплаты труда надлежащее качество услуг? Или, если использовать экономические термины: является ли уровень оплаты труда операционно (или технически) эффективным?
- Является ли уровень оплаты труда адекватным по сравнению с другими статьями расходов? Или, если использовать экономические термины: является ли существующее распределение ресурсов эффективным?

В первой части этого раздела представлены диагностические индикаторы для ответа на первый вопрос в отношении состояния, уровня плотности, распределения и показателей деятельности кадровых ресурсов здравоохранения в стране. Во второй части представлена диагностическая схема для ответа на второй и третий вопросы.

### *Уровень оплаты труда как детерминанта уровня плотности, распределения и эффективности деятельности работников здравоохранения*

Оплата труда является важной детерминантой уровня плотности, распределения и эффективности работников здравоохранения. Низкая оплата труда может стать причиной нежелания работать по определенным медицинским специальностям, препятствовать привлечению медицинских работников в сельские районы и приводить к низкой мотивации для повышения эффективности и улучшения качества работы. Она также влияет на некоторые сквозные проблемы, в частности, на проблемы совместительства и миграции в страны с намного более высокими уровнями оплаты труда

Чтобы оценить воздействие уровня оплаты труда, обычно полезно провести сравнение с зарплатой в схожих профессиях, учитывая разницу между оплатой труда в частном и государственном секторе и принимая во внимание представления самих медицинских работников о соразмерности уровня оплаты их труда.

Повышение заработной платы или стремление к этому с целью создания стимулов для повышения показателей деятельности или для работы в районах, где наблюдается нехватка персонала – это стратегии, которые зачастую могут повысить вероятность достижения целей, стоящих перед системой здравоохранения. Важно, однако, разработать такие механизмы выплат, которые будут повышать эффективность, одновременно влияя на мотивацию работников и их профессиональную удовлетворенность. Увеличение оплаты труда, при котором не обеспечиваются стимулы и мотивация для улучшения качества обслуживания, может решить проблемы удержания кадров в ущерб достижению других целей (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 2).

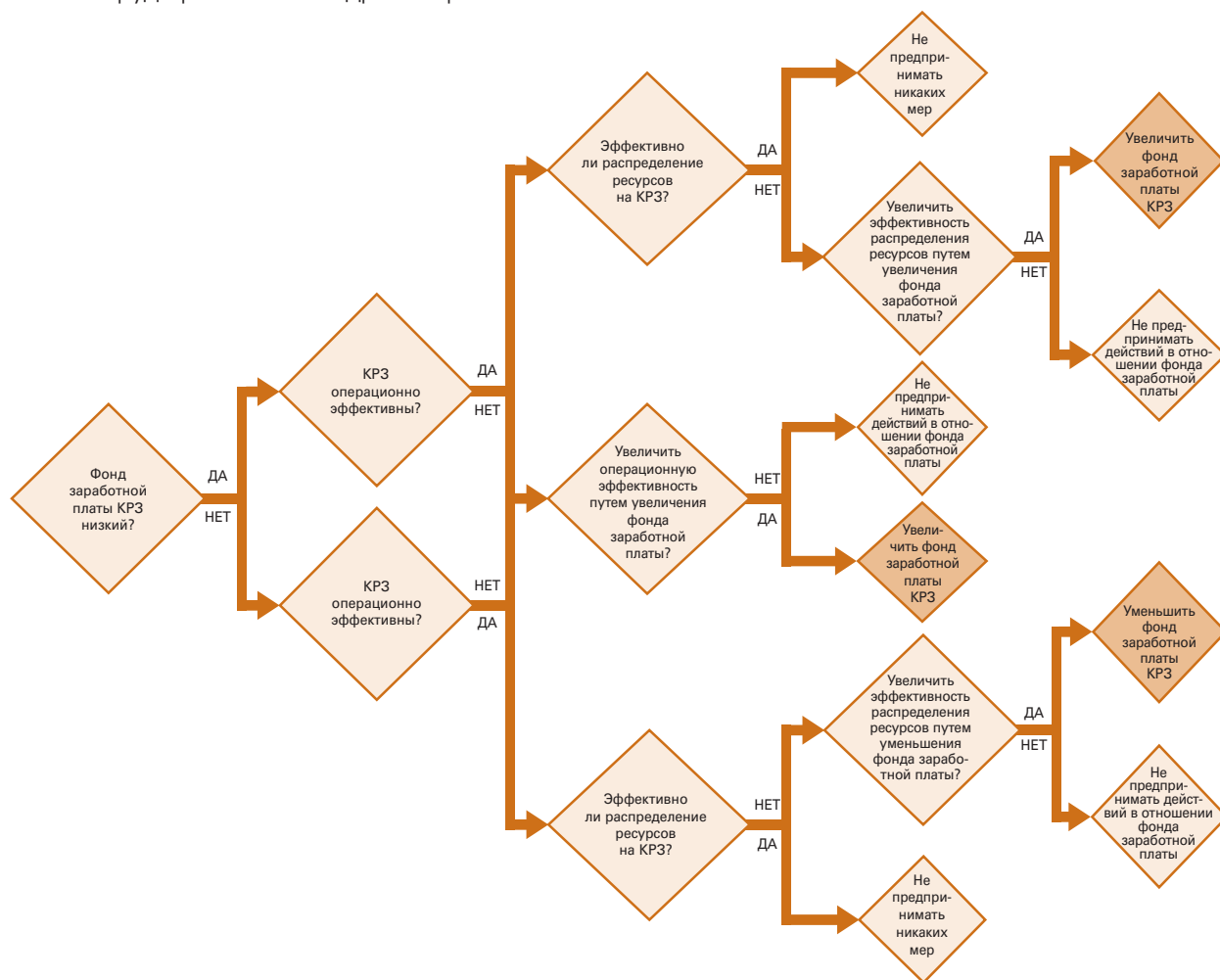
Не существует четких целевых ориентиров для определения оптимального уровня расходов на оплату труда для страны, однако расходы на заработную плату на душу населения часто приводятся среди национальных показателей, касающихся человеческих ресурсов. Для проведения быстрой оценки того, являются ли затраты на оплату труда работников здравоохранения чрезмерными или недостаточными, сумму этих расходов на душу населения можно сравнить с суммой, потраченной на кадровые ресурсы здравоохранения в других странах со сходным бременем болезней и сходным уровнем экономического развития.

### *Эффективность распределения ресурсов и операционная эффективность*

При оценке финансирования кадровых ресурсов здравоохранения необходимо определить, эффективно ли используются финансовые средства. На этот важный вопрос не так просто ответить; он состоит, по крайней мере, из двух частей: (а) приводит ли оплата труда к наиболее высокому при таком объеме финансирования уровню предоставляемых услуг (операционная эффективность), и (б) правильно ли финансировать именно оплату труда для достижения целей в отношении здоровья (эффективность распределения ресурсов).

Дерево решений на рис. 3 служит основой для проведения оценки как эффективности распределения ресурсов, так и операционной эффективности в отношении уровней оплаты труда работников здравоохранения. Хотя в идеале при определении эффективности уровней оплаты труда работников здравоохранения следовало бы использовать специальные исследования в области производительности труда медико-санитарного персонала, такие исследования редко доступны в странах с низким и средним уровнем доходов на душу населения. В данном инструменте для определения эффективности расходов на оплату труда, вероятно, следует использовать более общие индикаторы.

**Рис. 3.** Эффективность распределения ресурсов и операционная эффективность в отношении оплаты труда работников здравоохранения



Существуют две возможные причины операционной неэффективности уровней оплаты труда работников здравоохранения. Во-первых, уровень заработной платы может быть слишком высоким. Иными словами, тех же результатов в отношении здоровья можно достигнуть, если бы медицинские работники в данной стране зарабатывали меньше. Так ли это, можно выяснить, сравнивая, к примеру, оплату труда работников здравоохранения в сопоставимых странах или сопоставляя заработную плату работников здравоохранения с заработной платой представителей других профессий в стране, где проводится анализ, для которых требуется сходный уровень образования, или же, что проще, изучая взаимосвязь между средней заработной платой работников здравоохранения и валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения. Во-вторых, если оплата труда находится на минимальном уровне, который требуется для набора определенного числа медицинских работников, уровень оплаты труда будет операционно неэффективным в том случае, если работники здравоохранения не достигают максимального уровня продуктивности в отношении целей в области здоровья. Так ли это, можно судить, например, сравнивая уровень достижения промежуточных результатов в отношении здоровья в различных регионах страны в зависимости от уровня плотности в них работников здравоохранения (в идеале, отслеживая и другие важные факторы, которые могут повлиять на результаты в отношении здоровья).<sup>4</sup> Например, если в различных регионах страны достижение такой цели общественного здравоохранения, как охват детей иммунизацией, находится в обратной зависимости от плотности медицинского персонала (с учетом уровня образования в регионе, доходов, среднего расстояния до медицинского учреждения, а также затрат на здравоохранение, которые на связаны с затратами на медицинских работников), вполне вероятно, что деятельность медицинских работников в регионе с низким уровнем охвата детей вакцинацией является операционно неэффективной относительно цели – обеспечить всеобщий охват детей вакцинацией. Это можно измерить косвенным путем, оценивая уровень плотности медицинских работников (в качестве косвенного показателя, представляющего уровень оплаты их труда) относительно заболеваемости (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 2).

Если уровень заработной платы работников здравоохранения является операционно эффективным, высокий уровень заработной платы может быть результатом неэффективного распределения ресурсов. Например, если

<sup>4</sup> Если продуктивность работников здравоохранения зависит от уровня оплаты труда, минимальный уровень заработной платы, необходимый для найма работника здравоохранения, может отличаться от оптимального.



слишком много средств тратится на работников здравоохранения по сравнению с другими затратами на здравоохранение или слишком много средств направляется на одну категорию медицинских работников по сравнению с другими. Примерами индикаторов, которые могут указывать на неэффективность распределения ресурсов в отношении уровней оплаты труда работников здравоохранения, являются: соотношение врачей и медсестер или отношение количества общинных медико-санитарных работников к количеству общинных медицинских учреждений.

Оценка того, является ли распределение ресурсов в отношении кадров здравоохранения эффективным, включает в себя различные факторы, такие, как баланс между различными категориями (например, соотношение между врачами-специалистами, врачами общей практики и медсестрами), о чем говорилось выше в связи с обсуждением эффективности деятельности кадровых ресурсов здравоохранения. Для проведения быстрой оценки будут использоваться более общие экономические показатели эффективности распределения финансовых ресурсов. В данном разделе уровень расходов на кадровые ресурсы здравоохранения по отношению к общему объему расходов на здравоохранение может быть принят в качестве общего индикатора эффективности распределения ресурсов, поскольку при увеличении расходов на заработную плату наблюдается тенденция к вытеснению расходов, не связанных с оплатой труда, необходимых для эффективной деятельности работников здравоохранения. Другими индикаторами эффективности распределения ресурсов являются: доля ВВП, направляемая на здравоохранение, затраты на здравоохранение на душу населения. Эти индикаторы свидетельствуют о распределении общих экономических ресурсов на охрану здоровья и устанавливают рамки, внутри которых определяются расходы на оплату труда работников здравоохранения.

Используя рис. 3, можно определить вероятность того, будет ли уровень оплаты труда в стране слишком высоким или слишком низким, используя оценку операционной эффективности и эффективности распределения ресурсов в отношении расходов на заработную плату. Аналогичным образом можно оценить целесообразность каких-либо других статей расходов, имеющих отношение к кадровым ресурсам здравоохранения (см., например, следующий раздел, касающийся расходов, не связанных с заработной платой). При перемещении слева направо по дереву принятия решений в каждом узле принятия решений можно дать альтернативные ответы (эффективно или неэффективно) на основании ориентиров различных категорий:

- *Сравнение по эталону с другими странами.* Уровни оплаты труда в странах, которые достигли своих целей в отношении состояния кадровых ресурсов здравоохранения, могут служить критериями для проведения сравнения с целью определения оптимальных уровней заработной платы. Сравнение между странами будет тем более показательным, чем более схожими по ряду аспектов будут сравниваемые страны, включая культуру, тип системы здравоохранения, потребности в области охраны здоровья, а также по таким социально-экономическим показателям, как ВВП, уровень бедности и образование. Кроме того, преимущество сравнения с другими странами заключается в том, что это относительно быстрый метод оценки уровней финансирования кадровых ресурсов здравоохранения в стране, поскольку Национальные счета здравоохранения и другие источники информации по различным видам затрат на здравоохранение обычно доступны для изучения. Для обеспечения более корректного сравнения между странами уровни заработной платы необходимо скорректировать относительно паритета покупательной способности (ППС).
- *Сравнение по эталону с другими временными периодами.* Если в стране имеются полученные в разное время данные по некоторым описанным выше индикаторам, уровни оплаты труда (скорректированные с учетом инфляции и, возможно, с заработной платой в других профессиях в это же время) могут использоваться в качестве целевых ориентиров для любых областей деятельности системы здравоохранения.
- *Сравнение по эталону с другими профессиями.* Оплата труда в профессиях, в которых достигнуты желаемые уровни плотности и качества работников, чистой эмиграции, частоты изменения места работы и удовлетворенности работой, может служить целевым ориентиром для оценки зарплат кадров здравоохранения. Поскольку уровни производительности в различных профессиях сравнить трудно, а возможности для совместительства также неодинаковы, сравнения между профессиями по этим двум показателям вряд ли будут корректными.
- *Сравнение по эталону с политической целью.* Если в стране установлена политическая цель в отношении определенного индикатора, значение этого индикатора должно быть оценено по сравнению с целевым, чтобы обеспечить выполнение рекомендаций, полученных в результате сравнения.

Дерево принятия решений в отношении оплаты труда позволяет определить, является ли уровень оплаты труда работников здравоохранения:

- слишком высоким, что ведет к решению снизить общий уровень оплаты труда;
- слишком низким, что ведет к решению повысить уровень оплаты труда;
- адекватным, что ведет к решению не предпринимать каких-либо действий в отношении уровней оплаты труда.

Основные диагностические индикаторы, которые используются при оценке финансирования кадровых ресурсов здравоохранения, приводятся в таблице ниже.

Таблица 5. Финансирование кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Финансирование</b> • Уровень оплаты труда	Средний уровень оплаты труда КРЗ, по категориям КРЗ	Нет	Нет	Типы сравнений: • Между профессиями • Между странами • Сравнение по отношению со стоимостью жизни в регионе Дополнительная информация: • Мнение КРЗ об уровне оплаты их труда • Мнение КРЗ об уровнях оплаты труда в других странах или профессиях	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Финансирование</b> • Привлекательность профессий КРЗ: уровень оплаты труда	Соотношение уровней оплаты труда КРЗ и представителей сравнимых профессий (например, адвокатов, учителей)	Нет	Нет	Дополнительная информация: • Причины, которыми недавние выпускники средней и старшей школы объясняют то, почему они не выбрали профессию КРЗ в качестве карьеры	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных
<b>Финансирование</b> • Географическое распределение: уровень оплаты труда	Соотношение средней заработной платы в сельских и в городских районах, по категориям КРЗ	Нет	Нет	Типы сравнений: • Между профессиями • Между странами Дополнительная информация: • Причины, по которым КРЗ выбирают или не выбирают работу в сельских районах по категориям КРЗ	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных
<b>Финансирование</b> • Гендерное распределение: уровень оплаты труда	Соотношение средней заработной платы мужчин и женщин - КРЗ	1	<i>Ориентир:</i> на основе принципа справедливости	Типы сравнения: • Между странами • Установленная политическая цель	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных
<b>Финансирование</b> • Эффективность распределения ресурсов и возможности для финансирования КРЗ	Уровень оплаты труда как доля общих текущих государственных расходов	65%–80% 50%–70% (Африка)	<i>Ориентир:</i> • 65%–80% (Saltman & Von Otter, 1995) • 50%–70% (Huddart & Picazo, 2003)		Можно оценить, используя Национальные счета здравоохранения или документы министерства здравоохранения
<b>Финансирование</b> • Эффективность распределения ресурсов и возможности для финансирования КРЗ	Общие расходы на здравоохранение как доля ВВП	6,6%–13,9% (ОЭСР) 4%–7,8% (Африка)	<i>Ориентир:</i> • 6,6%–13,9% (Huber & Orosz, 2003) • 4%–7,8% (Bossert et al., 2004)		Можно оценить, используя доступные международные базы данных, научные публикации, национальные базы данных или документы министерства здравоохранения

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Финансирование</b> • Эффективность распределения ресурсов и возможности для финансирования КРЗ	Общие расходы на здравоохранение на душу населения в \$ ППС	1500 - 4880 (ОЭСР) 112 (среднее по восточной и южной Африке)	<i>Ориентир:</i> • 1500 - 4880 (Huber & Orosz, 2003) • 112 (Bosser et al., 2004; Nandakumar et al., 2004)		Можно оценить, используя доступные международные базы данных, научные публикации, национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Финансирование</b> • Операционная эффективность	Уровни зарплаты КРЗ по сравнению с ВВП на душу населения	1,2 (медсестра США) 3 - 13 (врач США) 5 - 24 (диапазон для стран Африки к югу от Сахары)	<i>Ориентир:</i> • 5-24 (World Bank, 2004)		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения
<b>Финансирование</b> • Операционная эффективность	Результаты в отношении здоровья по отношению к плотности КРЗ (например, смертность от малярии, уровень младенческой смертности, уровень материнской смертности)	Нет	Нет	Сравнение Anand & Barnighausen (2004)	Можно оценить, используя национальные базы данных, документы министерства здравоохранения и научные публикации

### Расходы, не относящиеся к оплате труда

Очевидно, что уровень заработной платы не является единственным фактором, определяющим уровень плотности, распределение и эффективность кадровых ресурсов здравоохранения. На привлекательность медицинской профессии или удовлетворенность тех работников здравоохранения, которые работают в стране в настоящее время, влияют и другие факторы. К ним относятся такие расходы, как страховка, пособия, пенсии, возможности для повышения квалификации на рабочем месте или для продолжения образования. На рис. 4 представлен ряд не относящихся к заработной плате расходов, актуальных для работников здравоохранения. Приложение 2 содержит более подробный анализ доказательной базы по этой теме.

Схему, которая использовалась при анализе адекватности существующего уровня заработной платы кадровых ресурсов здравоохранения, можно также применить к любой статье расходов, не относящихся к зарплате.

**Рис. 4.** Перечень расходов на здравоохранение, не относящихся к оплате труда, актуальных для кадровых ресурсов здравоохранения

Категория	Примеры
<b>Текущие затраты на здравоохранение</b>	
<b>Предметы снабжения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекарственные препараты</li> <li>• Хирургические инструменты</li> </ul>
<b>Меры безопасности на рабочем месте</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургические технологии</li> <li>• Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции</li> <li>• Высококачественные перчатки</li> <li>• Высококачественные иглы и скальпели</li> </ul>
<b>Образование</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Субспециализация</li> <li>• Возможности для продолжения образования</li> </ul>

<b>Льготы и пособия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пенсионное обеспечение</li> <li>• Обеспечение дошкольными учреждениями</li> <li>• Медицинская страховка</li> <li>• Страховка от несчастного случая</li> </ul>
<b>Система психосоциальной поддержки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Психологическое консультирование для работников здравоохранения</li> <li>• Группы поддержки коллег</li> </ul>
<b>Капитальные затраты на здравоохранение</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учреждения</li> <li>• Лабораторное оборудование</li> <li>• Технологии визуализации</li> <li>• Хирургические технологии</li> </ul>

### Макроэкономический контекст

Уровни финансирования кадровых ресурсов здравоохранения ограничиваются, во-первых, ресурсами, выделяемыми на сектор здравоохранения, во-вторых, распределением средств среди медицинских работников в рамках сектора здравоохранения. Оценка ассигнований, выделяемых на сектор здравоохранения, предполагает, во-первых, общую смету расходов на здравоохранение как долю ВВП, которая дает представление об общих расходах, как в государственном, так и в частном секторах. Поскольку политические рычаги, как правило, сосредоточены на расходах на здравоохранение, которые берут на себя государства и доноры, особенно важно оценить как долю национального бюджета, выделяемую на здравоохранение, так и долю расходов страны на здравоохранение, финансируемую донорами. Для кадровых ресурсов здравоохранения наиболее важным является бюджет для покрытия текущих расходов, хотя бюджет капитальных расходов может повлиять на условия труда и возможности получения образования. Национальные счета здравоохранения зачастую являются хорошей основой для анализа такого рода.

Если оценка плотности работников здравоохранения или оценка уровней и эффективности расходов на заработную плату указывают на необходимость увеличения числа медицинских работников, следует провести два исследования. Необходимо оценить, во-первых, сколько будет стоить предлагаемое расширение объема рабочей силы, а, во-вторых, позволят ли макроэкономический контекст и общие расходы на здравоохранение осуществить подобное увеличение расходов на заработную плату.

Известно много способов прогнозирования потребности в финансировании для увеличения численности кадровых ресурсов здравоохранения. Например, приблизительная формула для такого расчета может быть следующей:

$$(\text{исходное число медицинских работников}) \times (\text{процент увеличения}) \times (1 - \text{процент естественной убыли}) \times (\text{средняя заработная плата} + \text{средние, не относящиеся к зарплате текущие расходы на одного работника здравоохранения}),$$

где

исходное число медицинских работников = числу медицинских работников (по категориям) в текущем году, доля увеличения =  $1 + \text{желательное пропорциональное увеличение числа медицинских работников (по категориям) в год}$ , доля убыли = пропорциональному убыванию медицинских работников (по категориям) в год.

В случае, если вышеуказанный анализ покажет, что увеличение расходов на кадровые ресурсы здравоохранения значительно повысит соответствие требованиям уровня плотности, распределения или эффективности медицинских работников страны, необходимо определить, сможет ли страна обеспечить подобное увеличение. Теоретически увеличение расходов на кадровые ресурсы здравоохранения может финансироваться путем использования – отдельно или в комбинации – целого ряда механизмов. Аналитик должен оценить, какие из этих механизмов являются наиболее реальными источниками увеличения расходов, учитывая проблемы, часто связанные с их использованием. На рис. 5 представлен контрольный перечень для проведения подобного анализа.

Если экономика страны растет, увеличение расходов на работников здравоохранения может быть возможным без увеличения доли государственного бюджета, выделяемой в настоящее время на кадровые ресурсы здравоохранения. Однако экономический рост может быть недостаточно высоким, чтобы удовлетворить потребности в дополнительном финансировании, и может не быть устойчивым. При отсутствии экономического роста доля ВВП (или государственного бюджета), которая затрачивается на кадровые ресурсы здравоохранения, очевидно, может быть увеличена. Но это подразумевает наличие одного или нескольких условий из следующих:

- увеличение доли ВВП, выделяемой на финансирование кадровых ресурсов здравоохранения;
- рост доходов;
- сдвиг в сторону здравоохранения в структуре государственных расходов;
- сдвиг в сторону кадровых ресурсов здравоохранения в структуре расходов на общественное здравоохранение.

Возможно, увеличение доли ВВП, выделяемой на финансирование кадровых ресурсов здравоохранения, может быть практически неосуществимо, так как государство (или фонды социального страхования) может не иметь возможности повысить налоги (или размеры страховых взносов). Рост доходов (например, через страховые взносы пациентов), с другой стороны, может увеличить неравенство в доступе к услугам здравоохранения. Перевод расходов из другого сектора в сектор здравоохранения может вызвать противодействие со стороны соответствующих заинтересованных сторон. Сдвиги в структуре расходов внутри самого сектора здравоохранения, например, увеличение финансирования кадровых ресурсов путем уменьшения затрат, не относящихся к заработной плате, рекомендуются только в том случае, если это не приведет к неэффективности в распределении ресурсов. Если доноры признают необходимость увеличения расходов на кадровые ресурсы здравоохранения, они могут выступить в роли источника финансирования. Однако финансирование донорами в долгосрочной перспективе вряд ли будет надежным источником покрытия текущих расходов, так как доноры могут не захотеть выделять средства на заработную плату работников здравоохранения или могут со временем изменить свои цели. Одним словом, анализируя возможные источники финансирования увеличения затрат на кадровые ресурсы здравоохранения, команда, проводящая оценку, по всей вероятности, должна будет сопоставить преимущества такого увеличения и его отрицательные стороны в отношении целого ряда вариантов финансирования.

Если затраты на кадровые ресурсы здравоохранения все же увеличиваются, нужно внимательно отслеживать, приносит ли подобное увеличение ожидаемый эффект (например, увеличение уровня плотности работников здравоохранения). Увеличение расходов без ожидаемого (или любого другого) положительного эффекта приведет к снижению операционной эффективности.

**Рисунок 5.** Контрольный перечень макроэкономических факторов, актуальных для кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ)

Варианты финансирования	Возможные проблемы	Индикаторы
Экономический рост	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экономический рост может отсутствовать</li> <li>• Если экономический рост имеется, он может не быть устойчивым</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Темпы роста ВВП</li> </ul>
Увеличение доли финансирования КРЗ в ВВП	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может либо подразумевать увеличение налоговой базы и страховых взносов, либо уменьшение расходов в других секторах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доля существующих расходов на здравоохранение в ВВП</li> </ul>
Финансирование со стороны доноров	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может быть неустойчивым</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доля 20 крупнейших доноров, которые прямо называют КРЗ одним из приоритетных направлений в своих стратегических планах</li> <li>• Доля 20 крупнейших доноров, которые за последние 2 года опубликовали документ по стратегии в области КРЗ</li> </ul>
Рост доходов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может увеличить неравенство в финансировании здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доля сборов или тарифов в общих расходах на здравоохранение</li> </ul>
Сдвиги в структуре государственных расходов в сторону здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может встретить сопротивление со стороны других министерств или секторов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доля бюджета здравоохранения в общих государственных расходах</li> </ul>
Сдвиги в структуре расходов на общественное здравоохранение в сторону КРЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может не быть эффективными в распределении ресурсов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доля бюджета КРЗ в бюджете общественного здравоохранения</li> </ul>

## ОБРАЗОВАНИЕ

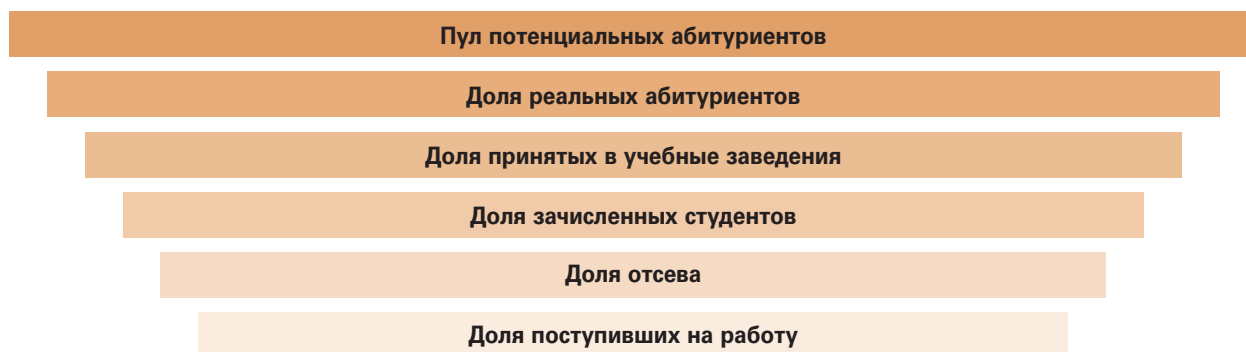
Для решения приоритетных задач в области здравоохранения система медицинского образования страны должна готовить медицинских работников, обладающих необходимой квалификацией. Система образования определяет два основных параметра в отношении кадровых ресурсов: число выпускников с определенным

набором навыков (например, врачей, медсестер, фармацевтов, лаборантов, парамедиков), и качество этих ресурсов (например, их знания и навыки). При оценке роли системы образования для стратегического планирования и формирования политики очень важно разработать индикаторы качества и количества выпускников, получивших образование по медицинским профессиям.

## Количество выпускников

Способность системы образования готовить персонал, обученный в соответствии с требованиями и в необходимом количестве, можно представить в качестве «воронки образования» (рис. 6).

**Рис. 6.** «Воронка образования» для кадровых ресурсов здравоохранения



В этой схеме количество тех, кто заканчивает обучение и приступает к работе, определяется шестью крупными фильтрами, которые могут быть сгруппированы в воронку. На рис. 6 изображена эта «воронка» и ее шесть фильтров: пул потенциальных абитуриентов (то есть количество людей, которые могут подать заявление на обучение по одной из медицинских специальностей); доля реальных абитуриентов (то есть доля людей, которые подают заявление на обучение по одной из медицинских специальностей среди всех людей, которые потенциально могут это сделать); доля принятых (см. выше) в учебные заведения (т.е. доля людей, которые получили предложение обучаться по одной из специальностей, чтобы стать медицинским работником, среди тех, кто подал заявление); доля зачисленных в учебное заведение (т.е. доля тех, кто принял приглашение учебного заведения из тех, кому было предложено там обучаться); доля успеха (на рисунке – доля отсева. Прим. перев.) (т.е. доля закончивших обучение и получивших диплом из тех, кто поступил в учебное заведение); доля поступивших на работу (т.е. доля людей, которые стали частью кадровых ресурсов здравоохранения из тех, кто закончил обучение по медицинской специальности).

Эти показатели могут определяться рядом факторов, находящихся как под контролем органов, осуществляющих планирование, так и вне его. Пул потенциальных абитуриентов и процент реальных абитуриентов могут существенно ограничиваться уровнями и качеством среднего образования в стране. И наоборот, доля принятых в учебное заведение может регулироваться самим заведением (например, через ограничение количества мест в медицинских институтах или на медицинских факультетах), а на показатель бросивших учебу, как доказано, влияет выбор используемых методов обучения. Доказательная база для каждого из этих «фильтров» обсуждается далее в Приложении 3.

## Качество выпускников

Воронка образования определяет уровень плотности кадров здравоохранения в стране, а при стратификации по таким характеристикам, как пол, место рождения, или сектор занятости, может использоваться для оценки влияния образования на распределение работников здравоохранения. Но, кроме того, образование играет важную роль в формировании у работников здравоохранения качественных клинических навыков и навыков обслуживания, то есть того, что составляет суть их деятельности. Хотя выбор содержания курсов, качество преподавателей и методы обучения влияют на знания, навыки и установки студентов, стажеров и ординаторов, во всем мире в медицинском образовании существует тенденция делать акцент на академических знаниях в ущерб навыкам, которые необходимы для работы в клинических учреждениях (Majoor, 2004). К примеру, во многих африканских странах учебные планы в медицинских учебных заведениях часто отражают тенденции в отношении здоровья и возможности, характерные для промышленно развитых странах. При этом игнорируются знания, навыки и установки, жизненно важные для местного здравоохранения, например, обучение лечению заболеваний, являющихся приоритетными для развивающихся стран, понимание взаимосвязи между научной и традиционной медициной, реалии сельской медико-санитарной помощи и управление системой

---

здравоохранения в условиях ограниченности ресурсов и нестабильности (Ndumbe, 2003; Majoor, 2004). В некоторых странах разделы, посвященные вопросам здравоохранения, которые имеют большое значение в связи с распространенными там заболеваниями и имеющимися ресурсами (например, общественное здравоохранение), не преподаются вообще.

Для оценки качества профессионального медицинского образования предложен ряд схем. Из них для определения индикаторов качества образования медицинских работников в качестве отправной точки были выбраны стандарты Всемирной Федерации Медицинского Образования (WFME, 2003). ВФМО определяет девять областей оценки качества и возможного улучшения медицинского образования:

- миссия и цели
- образовательная программа
- оценка студентов
- студенты
- профессорско-преподавательские кадры
- ресурсы образования
- аттестация учебных программ
- управление и администрирование
- постоянное обновление.

Схеме ВФМО было отдано предпочтение по сравнению с другими проанализированными схемами, так как:

- она была более полной по охвату областей качества образования;
- предложенные в ней индикаторы качества образования были более детальными;
- предложенные в ней индикаторы представляются в большей степени пригодными для использования на практике в глобальном масштабе (инструмент ВФМО был разработан для всех стран мира, тогда как другие, как правило, разрабатывались для применения в одной конкретной стране).

В Приложении 3 дается обзор альтернативных схем, которые могут использоваться для проведения оценки качества образования кадровых ресурсов здравоохранения.

Хотя основная структура документа ВФМО (2003) (т.е. девять направлений, по которым можно оценить качество образования) была сохранена, с целью адаптации этой схемы и выведенных в ней индикаторов для данного инструмента, в нее были внесены некоторые изменения. В том числе:

- добавлены (или исключены из списка) подпункты к списку подпунктов качества образования, предложенных ВФМО (2001);
- добавлены (или исключены из списка) индикаторы к списку индикаторов, предложенных ВФМО (2001) для оценки качества образования;
- определенные области качества преобразованы в индикаторы;
- определена приоритетность индикаторов (основные и дополнительные индикаторы).

Эти изменения были необходимы, поскольку в документе ВФМО (2003) основное внимание уделялось базовому медицинскому образованию, тогда как задача данного инструмента - предоставление возможности оценивать образование всех работников здравоохранения, т.е. включая обучение медсестер, последипломное медицинское образование, подготовку общинных работников и т.д. Кроме того, многие индикаторы в документе ВФМО (2003), хотя и описывают существующие структуры, процессы и виды деятельности, не подходят для проведения сравнений с целевым ориентиром.

В зависимости от существующего контекста проведения оценки (определение задачи, имеющиеся ресурсы для проведения анализа и т.д.), аналитику необходимо по-разному использовать индикаторы, включая оценку индикаторов на страновом уровне (например, определяет ли национальная политика структуру и процесс медицинского образования) или оценку индикаторов в репрезентативной выборке медицинских образовательных учреждений (например, могут ли образовательные учреждения самостоятельно определять значительную часть своих учебных планов).

Основные индикаторы для оценки качества медицинского образования представлены в следующей таблице.

**Таблица 6.** Обучение и подготовка кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): важнейшие индикаторы

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Уровень плотности КРЗ: пул потенциальных абитуриентов	% тех, кто может поступать в среднюю школу или % поступивших в среднюю школу	91% (реальная доля поступивших в школы в странах с высоким доходом на душу населения)  74% (приблизительная доля поступивших в странах со средним доходом на душу населения)  44% (приблизительная доля поступивших в странах с низким доходом на душу населения)	<i>Ориентир:</i> • (World Bank, 2004)	Дополнительные индикаторы: • количество получивших неполное среднее образование (совокупное и по параметрам распределения) • количество получивших полное среднее образование (совокупное и по параметрам распределения) • количество окончивших высшее медицинское учебное заведение (совокупное и по параметрам распределения) • доля абитуриентов медицинских учебных заведений, которые не получили в том же году диплом учебного заведения, позволяющий поступать в медицинское учебное заведение (совокупная и по параметрам распределения)	Можно оценить, используя документы министерства образования
				<i>Комментарий:</i> В некоторых странах, например там, где существует обязательная воинская повинность для мужчин, эта доля может быть значительной. Однако пока эта доля не сильно изменяется со временем, количество получивших диплом о среднем образовании может являться приемлемой приблизительной оценкой общего пула потенциальных абитуриентов.	



Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Уровень плотности КРЗ: количество абитуриентов	Количество абитуриентов в расчете на учреждение по подготовке КРЗ	1,9 (США) 1,5 (минимум)	Ориентир: • (Соорег, 2003)	Дополнительные индикаторы: • доля выпускников средних школ (совокупная и по параметрам распределения) подающих документы в учреждения, готовящие: – врачей – специалистов общественного здравоохранения – провизоров и фармацевтов – медсестер и акушерок – ассистентов врачей и парамедиков • доля выпускников средних школ (совокупная и по параметрам распределения), подающих документы в учреждения, готовящие: – медсестер и акушерок – ассистентов врачей и парамедиков • доля выпускников медицинских институтов (совокупная и по параметрам распределения), поступающих в ординатуру, по категориям специализации  Факторы, определяющие долю подающих заявления: • доля выпускников средних классов и окончивших среднюю школу, охваченных информацией и кампаниями по популяризации КРЗ • средняя стоимость образования, по учебным специальностям КРЗ  Факторы, ограничивающие число абитуриентов: • средний годовой заработок, по категориям КРЗ • средняя почасовая оплата, по категориям КРЗ • рейтинг в исследованиях «наиболее уважаемых профессий» • доля безработных КРЗ в настоящее время, по категориям • средний годовой заработок, по категориям КРЗ	Можно оценить, используя документы министерства образования, образовательных учреждений по подготовке КРЗ или интервью с руководителем образовательных учреждений по подготовке КРЗ
<b>Образование</b> • Уровень плотности КРЗ: доля принятых в медицинские учебные заведения	Доля абитуриентов (совокупная и классифицированная), принятых в учебные заведения по подготовке КРЗ с распределением по типам учреждений	Нет	Нет	Факторы, определяющие долю принятых в учебные заведения: • количество мест по специальностям КРЗ  Факторы, ограничивающие долю принятых в учебные заведения: • распределение средних академических баллов абитуриентов, подающих заявление в учебные заведения по подготовке КРЗ	

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Уровень плотности КРЗ: доля зачисленных в учебное заведение	Доля абитуриентов, принимающих приглашения принявшего их учебного заведения:	Около 100%	<i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Факторы, ограничивающие долю принявших приглашение в учебное заведение • доля абитуриентов (совокупная и по параметрам распределения), подающих документы больше чем в одно учебное заведение (с распределением по учебным специальностям КРЗ)	Можно оценить, используя документы министерства образования, образовательных учреждений по подготовке КРЗ или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке и обучению КРЗ
<b>Образование</b> • Уровень плотности КРЗ: доля успешно завершивших обучение	Количество выпускников (совокупное и по параметрам распределения) относительно всех поступивших в учебное заведение	85% в медицинских институтах (ЮАР) 90-95% в сестринских школах (ЮАР)	<i>Ориентир:</i> • (Huddart & Picazo, 2003)	Факторы, определяющие долю успешно завершивших образование: • причины ухода из учебного заведения в восприятии: – бросивших учебу – успешных студентов – преподавателей	Можно оценить, используя документы министерства образования, образовательных учреждений по подготовке КРЗ или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке и обучению КРЗ
<b>Образование</b> • Уровень плотности КРЗ: количество поступивших на работу	Доля выпускников, поступающих на работу в сектор здравоохранения	Около 100%	<i>Целевой ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Может быть разделена на доли поступающих на работу в государственный и в частный сектор. Дополнительная информация: • причины, по которым выпускники не идут работать в сектор здравоохранения, приводимые ими самими • концентрация учебных планов по подготовке КРЗ на заболеваниях, приоритетных для данной страны, а не на заболеваниях, которые мало соответствуют ее контексту	Можно оценить, используя документы министерства образования и министерства здравоохранения
<b>Образование</b> • Распределение КРЗ: географическое распределение	Уровень плотности выпускников по регионам, от самого высокого до самого низкого	Нет	Нет		Можно оценить, используя документы министерства образования и министерства здравоохранения
<b>Образование</b> • Распределение КРЗ: гендерное распределение	Доля женщин – выпускников медицинских учебных заведений	50%	<i>Ориентир:</i> • по принципу справедливости	Как правило, должно будет оцениваться по каждой категории КРЗ в отдельности	Можно оценить, используя документы министерства образования и министерства здравоохранения

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: миссия и цели (заявляемые)	Включение в формулировку миссии положений о готовности к работе в области здравоохранения или к дальнейшему обучению, к социальной ответственности, участию в исследованиях и в общественной деятельности	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)		Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами в учреждениях по подготовке КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (клинические знания и навыки)	Участие студентов в оказании помощи пациентам	Количество часов в неделю, посвященных оказанию помощи пациентам	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)		Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами в учреждениях по подготовке КРЗ или путем наблюдения за лечебной работой
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (клинические знания и навыки)	Доля курсов, посвященных заболеваниям, являющимся приоритетными для страны	Нет	Нет	Например, курсы по изучению ВИЧ-инфекции, малярии, туберкулеза и т. д.	Можно оценить при помощи учреждений по подготовке КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: студенты (прием студентов)	Количество зачисляемых студентов, определяемое по отношению к пропускной способности учебных заведений по подготовке КРЗ на всех этапах образования	Нет	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003)	Дополнительная информация: • Имеются ли механизмы по постоянной коррекции количества принимаемых студентов по мере изменения пропускной способности?	Можно оценить, используя интервью с ключевыми информаторами
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: оценка студентов (качество обслуживания)	Правила приема в учебные заведения	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003)		Можно оценить, используя обзор документов
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: профессорско-преподавательский состав (кадровая политика и повышение квалификации)	Механизмы для улучшения навыков преподавания	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)		Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами в учреждениях по подготовке КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (интенсивность нагрузки преподавателей)	Среднее количество студентов в группе	Нет	Нет		Можно оценить, используя документы министерства образования, образовательных учреждений по подготовке КРЗ или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке и обучению КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (доступ к компьютерам)	Число компьютеров на одного студента				Можно оценить, используя обзор документов или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке КРЗ, а также при проведении инспекций
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (доступ к Интернету)	Число компьютеров с доступом в Интернет на одного студента				Можно оценить, используя обзор документов или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке КРЗ, а также при проведении инспекций
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: аттестация программы (участие заинтересованных сторон)	Участие заинтересованных сторон в аттестации программы	Да	Индикатор: • ВФМО (2003) (адаптировано)	Сначала должны быть определены основные стороны, заинтересованные в специфическом направлении подготовки КРЗ	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: управление и администрирование (управление)	Определенные структуры управления	Наличие	Индикатор: • ВФМО (2003) (адаптировано)	Дополнительная информация: • Отражают ли управляющие структуры представительство от профессорско-преподавательского состава, студентов и других заинтересованных сторон?	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: управление и администрирование (академическое руководство)	Ясные границы ответственности и руководство учебными планами и бюджетом образования	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)		Можно оценить, используя обзор документов или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: постоянное обновление	Механизмы постоянной аттестации медицинского образования	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)	Аттестация должна охватывать: • образовательную миссию • учебный план • методы обучения • методы оценки	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с руководителями образовательных учреждений по подготовке КРЗ

## УПРАВЛЕНИЕ

Успешная работа системы требует эффективного управления людскими ресурсами в той же мере, в какой показатели деятельности сектора здравоохранения во многом зависят от показателей деятельности работников здравоохранения (Martineau & Martinez, 1997; Buchan, 2004). Хотя все больше фактических данных свидетельствуют о том, что “качественное” или “демонстрирующее высокую приверженность” управление людскими ресурсами тесно связано с лучшими показателями деятельности (Buchan, 2004), не всегда достаточно ясно или последовательно определяется то, как подобное управление осуществляется на практике и как измеряются показатели деятельности (Gould-Williams, 2004). Кроме того, политика в отношении кадровых ресурсов здравоохранения не осуществляется в вакууме, и имеются доказательства того, что такие внешние факторы, как условия труда, организационный климат и согласованность внутри системы здравоохранения, влияют на эффективность методов управления людскими ресурсами (Rondeau & Wagar, 2001; Green & Collins, 2003; Buchan, 2004).

В этом разделе предлагаются методы оценки управленческого потенциала и условий, которые определяют состояние людских ресурсов. Анализ людских ресурсов традиционно был сосредоточен на их количестве, навыках и распределении. В контексте государственного сектора или развивающихся стран это сводилось к управлению людскими ресурсами или их развитию, как правило, вращающихся вокруг административного потенциала, необходимого для внедрения комплекса систем, принципов и технологий, регулирующих проблемы персонала. Компоненты, обычно связанные с управлением людскими ресурсами или их развитием, включают в себя различные методы управления персоналом, в том числе кадровую политику (например, системы классификации должностей, компенсации и льготы, найм, переводы с должности на должность, продвижение по службе, дисциплинарные процедуры или процедуры рассмотрения жалоб, а также личные дела работников) (MSH, 1998).

Однако в контексте данного инструмента термин “управление” интерпретируется более широко: он охватывает не только *управление людскими ресурсами*, но и управление процессами на различных уровнях системы, осуществляемое *самими людскими ресурсами*. Такой подход соответствует современным оценкам кадровых ресурсов здравоохранения, касающихся вопросов управления, связанных со сравнением государственной и частной систем предоставления услуг, с реформой государственной службы, с материально-техническим обеспечением, управлением эффективностью деятельности, а также с удержанием персонала (Van Lerberghe et al., 2002a; Ferlie & Shortell, 2001). Таким образом, внутренние каналы коммуникации, которые могут оказывать влияние на эффективность работы управляющего персонала, оцениваются наряду с его способностью вести личные дела сотрудников, а правила, регулирующие принятие решений от центрального до периферийного уровня, считаются факторами, оказывающими влияние на управление в такой же степени, что и управленческая культура в учреждении.

Основные принципы структуры, используемой для проведения оценки управления, отражены на рис. 7. В следующих разделах более детально описаны гипотетические связи между каждым из элементов управления и результатами в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, а также предлагаются индикаторы для анализа ситуации в области управления для конкретной страны. Следует отметить, что индикаторы, используемые в этом разделе, часто не являются совершенными для сложных концепций управления, и что оценка любых количественных индикаторов должна сопровождаться субъективными суждениями экспертов в области управления.

**Рис. 7.** Быстрая оценка управления кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ)

<p><b>Контекст государственного сектора</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Децентрализация функций кадровых ресурсов</li> <li>• Другие специфические инициативы в отношении кадровых ресурсов</li> </ul>	<b>Макро</b>
<p><b>Стратегическое управление КРЗ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высшее звено управления КРЗ государственного сектора</li> <li>• Взаимодействие с частным сектором и НПО</li> </ul>	
<p><b>Основные административные функции управления кадровыми ресурсами<sup>5</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Описания служебных обязанностей, обзор эффективности работы</li> <li>• Профессиональный рост (система классификации должностей, продвижение по службе)</li> <li>• Распределение КРЗ (найм, перевод, дисциплина, трудовые конфликты, увольнения)</li> <li>• Личные дела персонала</li> <li>• Информационная система управления здравоохранением</li> </ul>	<b>Мезо</b>
<p><b>Институциональная среда</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Условия труда (достаточное снабжение, наличие необходимого оборудования)</li> <li>• Коммуникации внутри системы</li> </ul>	<b>Микро</b>
<p><b>Организационная практика в учреждении</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа в команде</li> <li>• Видение, высокие стандарты, четкие ожидания</li> </ul>	

## Контекст государственного сектора

Министерства здравоохранения часто ограничены условиями, которые касаются всех работников государственного сектора, а не только тех, кто работает в секторе здравоохранения. Как таковые, нормы, правила и реформы в государственном секторе влияют как на способность системы здравоохранения управлять людскими ресурсами, так и на способность работников здравоохранения выполнять закрепленные за ними функции. Децентрализация государственной власти, например, может способствовать возможности менеджеров на местном уровне нанимать, увольнять, переводить, продвигать по службе сотрудников и оплачивать их труд, но может и тормозить эти действия. Это, в свою очередь, серьезнейшим образом скажется на эффективности деятельности системы здравоохранения (Kolehmainen-Aitken, 2004). Так как нет оснований полагать, что реформа государственной службы или децентрализация автоматически приведет к улучшению управления людскими ресурсами и повышению эффективности системы (Bossert & Beauvais, 2002; Van Lerberghe et al., 2002b; Bossert et al., 2003), понимание обоих этих элементов имеет большое значение при анализе окружающих условий на макроуровне, формирующих управление работниками здравоохранения и управление с их стороны. Более того, фактические данные позволяют предположить, что связь между контекстом государственного сектора и эффективностью деятельности системы представляет собой сложную комбинацию (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 4).

Другие меры политики, которые относятся ко всему государственному сектору, но не связаны с децентрализацией, также могут влиять на управленческий потенциал и кадровые ресурсы здравоохранения. Например, правительство страны может требовать от отдельных министров разработки и внедрения специфических для конкретного сектора мер по развитию людских ресурсов. Так же как и в вопросах, связанных с децентрализацией, информированность о наличии таких мер может помочь пониманию того, как контекст государственного сектора сказывается на проблемах управления. Основные индикаторы для оценки управления кадровыми ресурсами здравоохранения приводятся в следующей таблице.

<sup>5</sup> Вопросы оценки систем заработной платы и пособий обсуждаются в разделе, посвященном финансированию.

**Таблица 7.** Управление кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы в контексте государственного сектора

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Выбор диапазона заработной платы (ограниченный, средний, широкий)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченный: определяется законом или органом управления выше, чем министерство здравоохранения Умеренный: различные модели для выбора на местном уровне (например: национальные <i>минимальные</i> стандарты; гибкость в классификации должностей) Широкий: без ограничений	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Возможности нанимать/увольнять персонал (ограниченные, средние, широкие)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченные: определяют правилами для государственной службы в стране Умеренные: определяются местными правилами для государственной службы Широкие: не определяются никакими правилами для государственной службы	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Выбор в распределении персонала и норм комплектации штатов в учреждении (ограниченный, средний, широкий)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченный: определяется министерством здравоохранения на центральном уровне Умеренный: множество моделей для выбора на местном уровне (например, национальные <i>минимальные</i> стандарты; разрешение разнообразных или эквивалентных видов комплектации штатов) Широкий: нет стандартов выше местного уровня	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Выбор при наборе персонала (ограниченный, средний, широкий)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченный: определяется министерством здравоохранения на центральном уровне Умеренный: многочисленные модели выбора на местном уровне Широкий: нет стандартов выше местного уровня	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Выбор при переводе персонала (ограниченный, средний, широкий)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченный: определяется министерством здравоохранения на центральном уровне Умеренный: многочисленные модели выбора на местном уровне Широкий: нет стандартов выше местного уровня	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Выбор при продвижении персонала по службе (ограниченный, средний, широкий)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченный: определяется министерством здравоохранения на центральном уровне Умеренный: многочисленные модели выбора на местном уровне Широкий: нет стандартов выше местного уровня	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Децентрализация	Выбор при распределении средств (% местных расходов четко определяемых в более высоких инстанциях)	Нет	<i>Индикатор:</i> • Bossert (1998) (адаптировано)	Ограниченный: высокий % Умеренный: средний % Широкий: низкий %	Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами
<b>Контекст государственного сектора</b> • Другие целевые инициативы в отношении людских ресурсов	Существование инициатив государственного сектора в целом, связанных с людскими ресурсами	Нет			Можно оценить, используя обзор документов или интервью с ключевыми информаторами

## Стратегическое управление трудовыми ресурсами здравоохранения

Концепция стратегического руководства системой здравоохранения, которой придерживается правительство, распространяется на кадровые ресурсы здравоохранения. Как отмечено в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000» (ВОЗ, 2000), организация, эффективно управляющая системой здравоохранения (т. е. министерство здравоохранения страны) будет способствовать достижению целей системы здравоохранения путем обеспечения приемлемого качества и охвата медицинскими услугами, как в государственном, так и в частном секторе. В отношении услуг, предоставляемых в государственном секторе, стратегическое руководство касается непосредственно организации системы здравоохранения и управления ею. За пределами государственного сектора от министерства здравоохранения ожидается использование таких косвенных инструментов, как надзор и взаимодействие с частным сектором. Эти два набора навыков стратегического руководства применимы и к кадровым ресурсам здравоохранения.

Что касается непосредственно организации и управления кадровыми ресурсами здравоохранения, важным компонентом, скорее всего, будет приверженность рациональным управленческим действиям на высшем уровне. Надо признать, что децентрализация или расширение возможностей принятия решений на субнациональном уровне могут предоставить управленцам более низкого звена пространство для эффективного осуществления деятельности по управлению людскими ресурсами и их развитию. Однако при этом полный отказ структур центрального уровня от участия в управлении может привести к увеличению фрагментации системы и препятствовать применению эффективных методик управления и планирования. Таким образом, особенно важной является способность руководства мотивировать персонал к работе по улучшению качества управления кадровыми ресурсами и их развития (Franco et al., 2002; Green & Collins, 2003).

Даже если приверженность управлению и развитию кадровых ресурсов присутствует на национальном уровне, чрезмерное сокращение центрального министерства может помешать эффективному управлению кадровыми ресурсами здравоохранения просто из-за нехватки персонала. При создании благоприятных условий для эффективного управления важна как приверженность со стороны персонала, так и потенциал ключевых участников процесса на каждом уровне системы, включая их возможности для найма сотрудников. К примеру, подготовка управленческих кадров все чаще признается важным фактором, определяющим эффективность деятельности работников здравоохранения. Поэтому поддержка на высоком уровне, которая может связывать подобную подготовку со стратегиями в области управления и развития кадровых ресурсов здравоохранения, в особенности в условиях децентрализации полномочий по принятию решений, может быть важна для обеспечения системы соответствующим образом подготовленными руководителями. Хотя лишь в незначительном количестве исследований анализируется лидерство и результаты работы системы на этом уровне, существует ряд доказательств связи подобной приверженности с положительными организационными результатами (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 4).

Что же касается взаимодействия с частным сектором, стратегическое руководство охватывает стратегии и нормативно-правовые акты, которые либо поощряют, либо ограничивают практику, связанную с кадровыми ресурсами здравоохранения. Активно обновляемая система регистрации для разных групп медицинских работников является необходимым условием обеспечения работы механизмов, регулирующих частный сектор, со стороны государственных органов. Примеры последнего включают четко сформулированные регламентирующие инструкции, касающиеся совмещения нескольких должностей (для государственного сектора не редкость пренебрежение этой практикой из-за отсутствия регулирующего законодательства) и выработки способов передачи подрядов на медицинские услуги частному сектору. Основные индикаторы для оценки эффективности стратегического руководства кадровыми ресурсами здравоохранения приводятся в следующей таблице.

**Таблица 8.** Управление кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы для стратегического руководства КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Стратегическое руководство КРЗ</b> • Руководство и управление КРЗ на высшем уровне	% бюджета, выделяемого на УКР и РКР в год	Нет	<i>Индикатор:</i> • MSH (1998) (адаптировано)	<i>Индикатор:</i> Эффективное УКР или РКР невозможно без финансовых ресурсов	Можно оценить, используя обзор бюджетных документов министерства здравоохранения
<b>Стратегическое руководство КРЗ</b> • Руководство и управление КРЗ на высшем уровне	Цифровое выражение эквивалента полной занятости персонала высокого уровня по УКР или РКР	1+ в зависимости от необходимости	<i>Индикатор:</i> • MSH (1998) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • MSH (1998)	<i>Индикатор:</i> Эффективное УКР и РКР требует управления на высшем уровне (World Bank, 2003) <i>Ориентир:</i> Хотя ответственность за РКР или УКР может быть разделена между несколькими людьми, возможно, в такой ситуации будет труднее добиться осуществления согласованных программ и политики	Можно оценить, используя обзор документов министерства здравоохранения, посвященных персоналу, и интервью с ключевыми информаторами на национальном уровне



Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Стратегическое руководство КРЗ</b> • Руководство и управление КРЗ на высшем уровне	Соотношение руководителей на центральном и на региональном уровне	Нет		<i>Индикатор:</i> Необходимо иметь достаточное количество персонала на центральном уровне, чтобы обеспечивать управление системой, включая УКР и РКР; слишком низкое соотношение может означать недостаток персонала для управления развитием сектора здравоохранения	Можно оценить, используя обзор документов информационной системы управления министерства здравоохранения
<b>Стратегическое руководство КРЗ</b> • Руководство и управление КРЗ на высшем уровне	Существует документированный план по УКР или РКР	Да	<i>Индикатор:</i> • MSH (1998) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • MSH (1998)	<i>Индикатор:</i> Эффективные УКР и РКР требуют руководства на высшем уровне, наличие документированного плана – один из элементов такого руководства	Можно оценить, используя обзор документов по стратегическому планированию министерства здравоохранения и интервью с ключевыми информаторами на национальном уровне
<b>Стратегическое руководство КРЗ</b> • Руководство и управление КРЗ на высшем уровне	% персонала разного уровня, прошедшего тренинг по вопросам управления за последний год	Нет		<i>Индикатор:</i> Для эффективного УКР и РКР необходима постоянно действующая программа совершенствования навыков	Можно оценить, используя обзор бюджетных документов министерства здравоохранения
<b>Стратегическое руководство КРЗ</b> • Руководство и управление КРЗ на высшем уровне	Утверждение миссии или целей, связанных с планированием УКР или РКР	Да	<i>Индикатор:</i> • MSH (1998) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • MSH (1998)	<i>Индикатор:</i> Эффективные УКР и РКР требуют руководства на высшем уровне, активная связь документированного плана по УКР или РКР с утвержденными миссией или целями – один из элементов такого руководства	Можно оценить, используя обзор документов по стратегическому планированию министерства здравоохранения и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Институциональная среда</b> • Участие частного сектора	Система регистрации частных поставщиков услуг актуальная и точная	Да		Эффективное взаимодействие с частным сектором и его регулирование требует точного знания количества, категорий и квалификаций поставщиков услуг, работающих в частном секторе	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональная среда</b> • Участие частного сектора	Количество разрешенных моделей предоставления подрядов поставщикам услуг	Нет	<i>Индикатор:</i> • (Bossert, 1998) (адаптировано)	Ограниченное: 0 или 1 Умеренное: несколько точно установленных Широкое: нет ограничений	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональная среда</b> • Участие частного сектора	Количество категорий кадровых ресурсов государственного сектора здравоохранения, которым разрешено хотя бы с неполной нагрузкой работать в частном секторе	Нет	<i>Индикатор:</i> • Данный инструмент	Ограничения в отношении категорий работников государственного сектора (например, врачей, фармацевтов, медсестер), которым разрешено хотя бы с неполной нагрузкой работать в частном секторе, могут повлиять на отношения на уровне учреждения с поставщиками услуг, работающих в частном секторе	Можно оценить, используя обзор документов

## Управление персоналом

Эффективность деятельности кадровых ресурсов здравоохранения в значительной степени зависит от эффективного регулирования важнейших административных компонентов (Рис. 7) управления трудовыми ресурсами. Например, ясно сформулированные должностные инструкции отражают высокое качество организации и управления и являются необходимым условием для проведения оценки показателей деятельности. Они также могут стать важным элементом в совершенствовании подготовки руководящих работников и методов руководства (Ruck et al., 1999). Четко определенное направление развития карьеры может быть важным компонентом привлечения и удержания персонала, однако подобные структуры часто существуют только для врачей и медсестер (Martinez & Martineau, 1998). Также считается, что качество управления отражают такие аспекты, как наличие подробных, содержащих текущую информацию личных дел и платежных ведомостей (World Bank, 2003), хотя не обнаружено исследований, в которых прямо устанавливается связь этих элементов с эффективностью деятельности. И, наконец, эффективное использование информационных систем управления здравоохранением может коренным образом изменить работу организации и повлиять на эффективность управления персоналом (Helfenbein et al., 1987). И наоборот, плохо налаженная информационная система управления здравоохранением – показатель существующих недостатков в использовании данных при принятии управленческих решений (Lippeveld et al., 2000).

В опубликованных работах не найдено информации, которая связывала бы другие аспекты администрирования – такие, как наличие руководств или ознакомительных программ – с результатами в отношении состояния кадровых ресурсов или с показателями их деятельности. Хотя лишь в немногих исследованиях были отмечены связи между каждым из этих элементов и эффективностью деятельности кадров или систем здравоохранения, ряд фактов указывает на то, что в целом они важны для улучшения функционирования систем (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 4). Основные индикаторы для оценки административного управления персоналом представлены в следующей таблице.

**Таблица 9.** Управление кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы для главных административных компонентов управления кадровыми ресурсами (УКР)

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Удовлетворительная общая система управления	Существует главный электронный файл, в котором содержатся данные о предыдущих местах работы, описания должностных обязанностей и т.д.	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • World Bank (2003)	Так как информация о персонале может находиться в различных файлах или системах делопроизводства, необходимо иметь достоверный, полный, актуальный и точный источник информации (т. е. главный электронный файл)	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Удовлетворительная общая система управления	Существуют методические указания по доступу к личным делам	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • World Bank (2003)	Методические указания могут быть эффективными, только в том случае, если они доступны для ознакомления	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Удовлетворительная общая система управления	Существует письменное руководство для помощи в административном управлении персоналом	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • World Bank (2003)	Процедуры по работе с личными делами должны документироваться для использования при оперативном управлении и во время тренингов	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Анализ и оценка показателей деятельности	Методические рекомендации по анализу и оценке показателей деятельности запротоколированы и доступны для изучения	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Анализ и оценка эффективности деятельности – важная часть административного управления персоналом, и для их эффективности необходимы доступные, точные и актуальные методические рекомендации	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Развитие карьеры	Система классификации должностей определяет группы должностей с четко определенными навыками и процессом продвижения по службе (высокий, средний, низкий уровень)	Высокий	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Четко прописанный процесс развития карьеры важен для эффективного управления персоналом	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Распределение (использование) персонала	Существуют методические рекомендации по формам и процедурам одобрения найма, продвижения по службе и перевода	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Четко прописанный процесс развития карьеры важен для эффективного управления персоналом	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Распределение (использование) персонала	Существуют методические рекомендации по формам и процедурам в отношении дисциплины, разрешения трудовых конфликтов и увольнения	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Четко прописанный процесс развития карьеры важен для эффективного управления персоналом	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Карточка данных о сотрудниках	Данные о найме, продвижении по службе и переводе, проверенные на соответствие с утвержденными штатными должностями, годовыми бюджетами и имеющимися финансовыми средствами	Да	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Связь между распределением кадров здравоохранения и уровнями оплаты труда и между бюджетом и стратегическими планами необходима для эффективного управления системами	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами на национальном или субнациональном уровне
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Информационная система управления здравоохранением	Сколько раз в год информационной системой управления здравоохранением обеспечивается обратная связь в ответ на сообщение о показателях	Хотя бы один раз в год или регулярно	<i>Ориентир:</i> • Наилучшая практика	Передача информации от более высоких уровней системы к более низким важна для облегчения связи между уровнями и для анализа эффективности деятельности системы	Можно проанализировать с помощью обзора стратегического планирования, квартальных и годовых документов или бесед с ключевыми источниками информации
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Информационная система управления здравоохранением	% учреждений, использующих современные формы, включающие показатели, для отчетов по мониторингу и оценке (например, отчеты о заболеваемости)	100%	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Оценка способности учреждений на более низких уровнях системы предоставлять или использовать информацию, соответствующую приоритетам и требованиям министерства здравоохранения	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных и документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Управление кадровыми ресурсами</b> • Информационная система управления здравоохранением	% учреждений, оповещающих о заболеваниях в соответствии с требованиями	100%	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Оценка способности учреждений на более низких уровнях системы предоставлять или использовать информацию, соответствующую приоритетам и требованиям министерства здравоохранения	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных и документы министерства здравоохранения

## Институциональная среда

Среда, в которой осуществляет свою деятельность медицинский персонал, а также его отношения со своей рабочей средой могут воздействовать на показатели деятельности различными путями. Удовлетворительные или поддерживающие условия труда необходимы для эффективной работы персонала. Плохие условия труда могут быть основной причиной повышенной утомляемости на рабочем месте и снижения удовлетворенности работой (Bodur, 2002). И наоборот, адекватное снабжение всем необходимым, нормально функционирующее оборудование и контролируемая рабочая нагрузка могут непосредственным образом влиять на улучшение качества предоставляемых услуг. Тем не менее эти элементы часто отсутствуют в развивающихся странах: в учреждениях по оказанию первичной и вторичной медицинской помощи часто не хватает таких основных материалов и оборудования, таких как жизненно необходимые лекарственные препараты и койки (Vagua et al., 2003; Simoes et al., 2003).

Крайние уровни ротации персонала среди определенных медицинских профессий – либо слишком высокие, либо слишком низкие – могут привести к отрицательным последствиям, включая неспособность проводить смену управления, более высокую стоимость найма и подготовки, разрушение социальных и коммуникационных структур (Koh & Goh, 1995; Collins et al., 2000).

Эффективная связь между разными уровнями системы здравоохранения также является важным механизмом обеспечения эффективного и рационального предоставления услуг пациентам. Например, в индустриально развитых странах коммуникация и обмен информацией между различными категориями работников здравоохранения обеспечивали более эффективную работу больниц (Scott et al., 2003a). При этом хорошо функционирующая система направления пациентов в другие учреждения и к специалистам считается краеугольным камнем подхода к предоставлению услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в котором особое значение придается именно такой коммуникации (ВОЗ и ЮНИСЕФ, 1978). Однако, опять же, элементы такой коммуникации часто отсутствуют. Например, крайне низкие уровни направления из поликлиник в больницы (меньше 2% всех пациентов) являются нормой во многих частях света, особенно в странах Африки южнее Сахары (Nordberg et al., 1996; Font et al., 2002).

Основные индикаторы для оценки институциональных отношений в контексте управления кадровыми ресурсами здравоохранения представлены в следующей таблице. Дальнейшее обсуждение доказательной базы, связывающей институциональную среду и институциональные отношения с эффективностью деятельности, представлено в Приложении 4.

**Таблица 10.** Управление кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы институциональной среды

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Институциональная среда</b> • Условия труда	Нехватка жизненно важных лекарственных препаратов	0%	<i>Индикатор</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Индикатор эффективности управления на уровне системы, который влияет на эффективность деятельности на уровне учреждения	Можно оценить, используя обзор документов (например, изучение национальной лекарственной политики и фармацевтического менеджмента) или интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональная среда</b> • Условия труда	% различий между реальными запасами и запасами, отраженными в системе учета	0%	<i>Индикатор</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Индикатор эффективности управления на уровне системы, который влияет на эффективность деятельности на уровне учреждения	Можно оценить, используя обзор документов (например, изучение национальной лекарственной политики и фармацевтического менеджмента) или интервью с ключевыми информаторами

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Институциональная среда</b> • Условия труда	% помещений с приемлемыми условиями хранения (наличие необходимых полок, холодильного оборудования, электричества)	100%	<i>Индикатор</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (адаптировано) <i>Ориентир</i> : • Идеальная ситуация	Индикатор эффективности управления на уровне системы, который влияет на эффективность деятельности на уровне учреждения	Можно оценить, используя обзор документов (например, изучение национальной лекарственной политики и фармацевтического менеджмента) или интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональная среда</b> • Установленная законом рабочая нагрузка	Количество реально отработанных часов по отношению к установленным часам работы	1	<i>Индикатор</i> : • Hornby & Forte (2000) <i>Ориентир</i> : • Идеальная ситуация	Указывает на уровень избыточной рабочей нагрузки	Можно оценить, используя обзор статистических данных и интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональная среда</b> • Коммуникации внутри уровней	Количество и частота инспекций в пунктах предоставления медицинской помощи и в медицинских учреждениях	По крайней мере, один раз в год или на регулярной основе	<i>Индикатор</i> : • Наилучшая практика	Регулярное проведение инспекций и надзор, осуществляемые персоналом более высоких уровней системы важны для облегчения коммуникаций внутри уровней и для эффективности деятельности системы	В идеале оценивается с использованием статистических данных или количественных обследований; также можно оценить, используя интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональная среда</b> • Ротация персонала	Число увольняющихся в год относительно среднего количества персонала на должность + увольняющиеся	В настоящее время недоступен	<i>Индикатор</i> : • Hornby & Forte (2000)		Можно оценить, используя доступные международные или национальные базы данных, документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки

## Организационная практика учреждения

Организационная (корпоративная) культура и лидерство на уровне учреждения влияют на показатели работы персонала, формируя среду, в которой осуществляется ежедневная деятельность. Хотя не существует ни четкого определения, ни консенсуса в отношении сущности организационной культуры, этот термин обычно используется для обозначения широкого спектра социальных процессов внутри учреждения, которые помогают «определить характер организации и корпоративные нормы» (Scott et al., 2003b).

Организационная культура в учреждениях здравоохранения часто измеряется количественно с помощью углубленного вопросника (например, содержащего 15-120 вопросов). Классифицировать организационную культуру можно либо по типу (например, иерархический или рыночный тип), либо по параметрам (например, наблюдение, установки персонала, льготы и пособия, слаженность работы) (Scott et al., 2003b). Лидерство в секторе здравоохранения разделяет многие из характеристик организационной культуры. Лидерство определяется, как «способность отдельных людей влиять на других для достижения необходимых организационных целей» или как «постоянно происходящее социальное общение между людьми, которые глубоко озабочены чем-то особенно важным» (Shortell et al., 1991; Ferlie & Shortell, 2001). Лидерство обычно также измеряется с помощью продолжительных обследований (Huber et al., 2000). Существуют различные типологии лидерства: от транзакционного и трансформационного до непредвиденного и ситуационного (Bass & Avolio, 1990; Clark & Clark, 1990; Hersey et al., 2001).

На основе выводов проведенных ранее исследований в этом инструменте предлагаются индикаторы по двум аспектам организационной культуры и лидерства, которые, как предполагается, определяют результаты в отношении кадровых ресурсов здравоохранения.<sup>6</sup> Первый аспект заключается в слаженной работе команды и совместном принятии решений. Второй - в наличии видения, стандартов высокого уровня и ясных ожиданий. Прослеживается связь факторов обеих групп с улучшением организационных и системных результатов (см. дальнейшее обсуждение доказательной базы в Приложении 4). Основные индикаторы для оценки организационных практик в учреждениях здравоохранения представлены в таблице ниже.

<sup>6</sup> Углубленное исследование организационной культуры и лидерства, которое может с определенностью связать эти детерминанты с результатами в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, выходит за рамки этого инструмента. Однако в Приложении 4 представлены возможные инструменты для исследований на тот случай, если у команды консультантов есть время и ресурсы для проведения исследования лидерства и организационной культуры.

**Таблица 11.** Управление кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): основные индикаторы организационных практик в учреждении

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Организационные практики в учреждении</b> • Работа в команде, совместное принятие решений	Частота или количество собраний персонала в год	Хотя бы один раз в квартал		Собрания персонала, которые проводятся часто и регулярно, важны для эффективного управления КРЗ на уровне учреждения	Можно оценить, используя обзор документов (например, квартальных отчетов) и интервью с ключевыми информаторами
<b>Организационные практики в учреждении</b> • Видение, высокие стандарты и ясные ожидания	% повесток дня собраний персонала относительно оформленных протоколов	100%	<i>Индикатор:</i> • Diaz-Monsalve (2004) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Указывает, адекватно ли осуществляется управление структурой собраний	Можно оценить, используя обзор документов (например, квартальных отчетов) и интервью с ключевыми информаторами
• Эффективность управления	Учебные программы по повышению квалификации управляющих кадров предлагаются на регулярной основе менеджерам до вступления в должность или в процессе работы	Да	<i>Индикатор:</i> • MSH (1998) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация	Указывает на компетентность менеджеров	Можно исследовать, используя обзор документов (например, квартальных отчетов) и интервью с ключевыми информаторами

## ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Осуществление перемен любого типа в секторе здравоохранения предполагает наличие политического процесса. В «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000» подчеркивается необходимость анализа политики и участия заинтересованных сторон для оценки деятельности системы здравоохранения; эти два аспекта были упущены при проведении предыдущего анализа (ВОЗ, 2000). В этом разделе изложен один из методов оценки политического контекста развития кадровых ресурсов здравоохранения и разработки стратегий для обеспечения поддержки политики в данной области.

Мы предлагаем следующую структуру для анализа разработки политики с помощью анализа заинтересованных сторон, используя пакет компьютерных программ под названием «Policymaker» (Reich, 1996). Структура определяет пять основных этапов проведения соответствующего анализа заинтересованных сторон для оценки процессов формирования политики, а также для разработки и оценки политических стратегий, влияющих на политику:

- **Политика:** Определить и проанализировать содержание политических изменений и реформ, выбранных для решения выявленных проблем. Это включает определение как целей политики, так и механизмов (или специфических политических методов), необходимых для достижения этих целей.
- **Действующие лица.** Выявить всех ключевых участников (заинтересованные партнеры), которых могут быть вовлечены в сферы деятельности, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения. Определить их позиции, полномочия и интересы, а также последствия политики для каждого участника. Также необходимо исследовать сетевые организации и коалиции.
- **Возможности и препятствия.** Проанализировать контекстуальные возможности и препятствия, которые могут повлиять на одобрение и реализацию политика или реформы.
- **Стратегии.** Определить политические стратегии, необходимые для получения одобрения и реализации политики или реформы. Эти стратегии могут включать использование различных информационно-пропагандистских инструментов для мобилизации заинтересованных сторон, оказывающих поддержку, и ослабления оппозиции.
- **Воздействие.** Спрогнозировать, как каждая из стратегий повлияет на позицию и полномочия «игроков». Этот прогноз даст возможность оценить реальность одобрения и реализации политики или реформы, а подготовить план действий.

---

Объем литературы, касающейся политики и политических действий в области кадровых ресурсов здравоохранения, ограничен. В некоторых странах, реализовавших реформы кадровых ресурсов здравоохранения, проведено несколько тематических исследований политических условий и стратегий осуществления реформ. Однако имеется мало эмпирических данных о том, какая политическая обстановка наиболее благоприятна для развития кадровых ресурсов здравоохранения. В следующем разделе рассматриваются различные аспекты общей политической обстановки, которые необходимо исследовать, когда группа по оценке политики разрабатывает предложения о внесении изменений в финансирование, образование и управление в области кадровых ресурсов здравоохранения. Мы рекомендуем группам, осуществляющим оценку, провести тщательный анализ заинтересованных кругов на основе интервью с ключевыми действующими лицами, а также с научными и другими наблюдателями, которые имеют опыт работы в области политического анализа и владеют информацией о состоянии сектора здравоохранения. Следующий раздел является кратким введением в основные области анализа и дает общий обзор возможных позиций и полномочий заинтересованных сторон.

## **Политический контекст**

Для определения соответствующей политики в области кадровых ресурсов здравоохранения в стране необходимо провести предварительные исследования, чтобы получить общую картину политической системы. Такой анализ должен охватывать существующий тип системы управления, способность государства обеспечить соблюдение законов и правил в целом и основные процедуры и процессы государственного управления.

### *Тип действующей системы управления*

На осуществимость различных стратегий изменения политики, связанной с кадровыми ресурсами здравоохранения, будет влиять действующий в стране политический строй. Тип реформ, которые могут быть приняты, заинтересованные круги, участвующие в политическом процессе, и виды стратегий, которые окажутся эффективными в создании поддержки изменений политики, будут зависеть от степени развитости и распространенности демократических институтов в стране. Во многих демократических странах, профсоюзы, например, могут быть важными политическими игроками в продвижении политики в области трудовых ресурсов здравоохранения, а требования населения могут иметь большое влияние. Однако страны с менее развитыми демократическими институтами обычно исключают профсоюзы из политического процесса и могут в большей степени учитывать интересы конкретных элит, нежели населения. Роль политики, учитывающей узкопартийные интересы также различна в зависимости от типа правительства, так как в одних системах для реформирования необходима поддержка политических партий, а в других – реформы должны опираться на влиятельные группы, защищающие интересы определенных кругов. Хотя не существует жестких и быстродействующих правил относительно ограничений, которые правительства используют в отношении политической целесообразности проведения реформы, важно провести оценку данной характеристики как контекста для разработки политической стратегии реформирования.

### *Законодательство*

Успешно реализовать изменения в политике нелегко, поскольку они включают множество этапов и субъектов действия. Поэтому потенциал государства по обеспечению соблюдения законодательства будет иметь решающее значение для осуществления любого вида политики. Необходимо дать оценку возможностей страны обеспечить исполнение законов, которая должна включать такие элементы, как действующие положения о частной практике, лицензирование врачей и других медицинских работников, аккредитация больниц и других медицинских учреждений. Если правительство не может обеспечить соблюдение законности, изменения политики в области кадровых ресурсов здравоохранения могут быть проблематичными.

### *Процесс политических преобразований*

Рассмотрение истории политических преобразований в национальном секторе здравоохранения предполагает глубокое исследование исторического аспекта политики в области здравоохранения и роль заинтересованных сторон в этом процессе. Например, в некоторых странах роль профессиональных ассоциаций имеет первостепенное значение, в то время как в других эти ассоциации были недостаточно хорошо организованы, чтобы участвовать в решении вопросов политики. В ряде стран правящая политическая партия исторически будет способствовать принятию прогрессивного законодательства, в то время как в других – лидирующая партия будет более консервативной и ориентирована на то, чтобы сохранить существующее положение.

### *Коррупция*

Кроме того, оценка политической среды включает выявление таких явлений, препятствующих изменениям в политике, как коррупция. Часто коррупцию трудно искоренить сразу и повсеместно и, возможно, ее придется рассматривать как контекстуальный фактор политического процесса (Klitgaard, 2000). Например, если поли-

тика в области трудовых ресурсов включает повышение или понижение заработной платы или изменение положения определенных категорий медицинского персонала, коррупция может затруднить подобные реформы. В процессе некоторых реформ гражданской службы было установлено, что повышение оплаты труда снижает распространенность взяточничества, но увеличивает размер взяток в денежном выражении. (Rose-Askerman, 1997). Хотя искоренение коррупции в стране может быть трудной задачей, важное, по крайней мере, определить ее масштаб для того, чтобы соответствующим образом скорректировать политику.

### **Прозрачность**

Прозрачность также может быть важной составляющей изменений политики в области кадровых ресурсов здравоохранения. Доступ к информации о состоянии кадровых ресурсов и о том, какую пользу принесет стране новая политика, может содействовать пропаганде и защите этой политики. Ограничения в доступе к информации или отсутствие доверия к официальным данным может быть на руку тем кругам, которые заинтересованы в сохранении существующего положения, снижают эффективность разработки политики и вероятность получения поддержки реформ.

### **Действующие лица, их позиция и уровень властных полномочий**

Одна из основных задач анализа заинтересованных кругов заключается в определении позиции, которую могут занять различные субъекты по отношению к конкретной реформе политики в области кадровых ресурсов здравоохранения, предложенной для оценки. Важно проанализировать позиции действующих лиц по отношению к конкретным предложениям, так как их позиции могут меняться в зависимости от содержания предложения. Важно также понимать, что многие потенциальные предложения, могут вызвать значительное противодействие тех заинтересованных сторон, которые, как правило, получают преимущества от существующего положения дел в системе. Реформы могут угрожать интересам различных групп работников здравоохранения и требовать перераспределения ресурсов из других секторов. Часто бенефициары (например, новые работники здравоохранения или население, которое будут обслуживать эти новые работники) не имеют информации или еще не мобилизованы для поддержки реформ.

Кроме того, трудно оценить, насколько влиятельны действующие лица. Власть может основываться на осязаемых факторах, таких как деньги, голоса избирателей или организационные мощности, или же на неосязаемых ресурсах, таких как контроль над информацией, авторитет и доступ к лицам, формирующим политику. В этом разделе предлагается диапазон уровня власти (высокий, средний, низкий) для каждого из основных действующих лиц, упомянутых выше. Как правило, к заинтересованным кругам, обладающим наивысшей властью, относятся президент, министерство финансов, министерство планирования, министерство здравоохранения, министерство образования и крупнейшие международные доноры, если страна существенно зависит от доноров, то есть получает от них значительную часть государственных доходов. К заинтересованным кругам, обладающим средним уровнем власти, часто относятся профессиональные ассоциации, профсоюзы и руководители больниц и поликлиник. Заинтересованными сторонами с низким уровнем власти являются органы местного самоуправления, неправительственные организации и объединения пациентов. Однако указанные властные полномочия отличаются в разных странах и будут изменяться с течением времени.

Представляется целесообразным подготовить общую «политическую карту» позиций и властных полномочий всех заинтересованных кругов, чтобы оценить возможность получения достаточной поддержки для ратификации и эффективного осуществления предлагаемой стратегии в области кадровых ресурсов здравоохранения. Один из методов создания такой карты описан Reich (1996).

Существует множество потенциальных участников, которых необходимо учитывать при анализе заинтересованных кругов, когда речь идет о кадровых ресурсах здравоохранения. Представленный ниже перечень – предполагаемый список заинтересованных кругов в большинстве стран; однако в конкретной стране некоторые категории “игроков” могут не рассматриваться при проведении анализа заинтересованных кругов. В качестве руководства для анализа уровня власти и позиций заинтересованных сторон здесь дается общая оценка характеристик заинтересованных сторон, основанная на опыте различных стран. В этом обзоре приводится лишь предположительный список. Его следует изменить, опираясь на более информированную оценку ситуации в стране, поскольку позиции и властные полномочия заинтересованных кругов значительно отличаются в разных странах.

### **Министерство здравоохранения**

Почти все вопросы, касающиеся кадровых ресурсов здравоохранения, включая прием на работу, увольнение, ротацию, трудоустройство, продвижение по службе, комплектование штатов и другие вопросы, связанные с персоналом, затрагивают министерство здравоохранения. В силу своей центральной роли в качестве поставщика услуг и благодаря лидирующему положению в секторе, министерство здравоохранения обычно является



---

главным действующим лицом в политике сектора, хотя его собственный бюджет может контролироваться министерством финансов, а многие правила, касающиеся медицинских работников, будут определяться центральными агентствами по вопросам государственной службы. В рамках министерства здравоохранения действующие лица на различных уровнях имеют свои интересы в проведении политики в области кадровых ресурсов здравоохранения. В зависимости от уровня децентрализации к ним могут относиться администраторы центральных и федеральных управлений, региональные или районные руководители, те, кто находится на более низком уровне системы, руководители больниц, а также мэры, губернаторы и руководители местных законодательных органов. Министерства здравоохранения занимают разные позиции в отношении развития кадровых ресурсов здравоохранения, иногда поддерживая сокращение штатов, если это дает повышение заработной платы, а в других случаях сопротивляясь переменам, которые могут привести к ослаблению политической власти, дающей право назначения на должности.

### *Министерство финансов*

Министерство финансов играет влиятельную роль в осуществлении любой политики, касающейся бюджета, а также числа и типа кадровых должностей. Следовательно, оно будет играть значительную роль в политике в области кадровых ресурсов здравоохранения, предусматривающей изменения в финансировании медицинских услуг или в бюджете министерства здравоохранения. Министерство финансов, как правило, рассматривает здоровье исключительно как потребительский товар и, следовательно, часто не поддерживает такую политику в области кадровых ресурсов, которая включает увеличение бюджетных затрат на персонал.

### *Министерство образования*

Министерство образования нередко контролирует численность медицинских работников, проходящих подготовку, и учебные планы медицинских учебных заведений, а также других, учебных заведений, выпускающих кадры для системы здравоохранения. Министерство образования может в целом поддерживать изменения, особенно учитывая то, что образование является ключевым аспектом решения многих проблем кадровых ресурсов здравоохранения (Egger et al., 2000). Однако в некоторых странах министерство образования и особенно руководство медицинских институтов противодействует расширению масштабов подготовки врачей, опасаясь размывания качества образования или возможного повышения конкуренции среди медицинских работников. Преподавательский состав профессиональных учебных заведений может также противостоять увеличению численности менее квалифицированных категорий медицинских работников. Министерство образования, как и министерство здравоохранения, является мощной силой в том, что касается нематериальных и руководящих ресурсов, но у него часто недостаточно финансовых и организационных ресурсов.

### *Министерство планирования*

Министерство планирования будет привлекаться для участия в политических проектах, особенно если речь идет о расчетах общего экономического роста или решениях о списании долгов (Roberts, 2004), а также децентрализации любого типа. Вероятно, министерство планирования будет поддерживать политику в области трудовых ресурсов здравоохранения, если есть возможность показать, что она имеет связь с экономическим ростом. С другой стороны, министерство планирования может не поддерживать политику в области кадровых ресурсов здравоохранения, если имеются факты о ее несостоятельности. В Колумбии, например, министерство планирования участвовало в реформах в области кадровых ресурсов здравоохранения, однако при этом наблюдался недостаток коммуникации с министерством здравоохранения (Schlette, 1998). Во многих странах министерство планирования является влиятельной силой в области финансов, а также в области разного рода ресурсов – организационных, руководящих и нематериальных (информационных).

### *Агентство (министерство) по делам государственной службы*

Любое предложение политики, касающееся изменений законов и положений о государственной службе, затрагивает интересы агентства по делам государственной службы. В процессе большинства реформ в области кадровых ресурсов здравоохранения агентство по вопросам государственной службы должно работать в тесном сотрудничестве с министерствами финансов, образования и здравоохранения. Часто отсутствие координации между агентством по вопросам государственной службы и другими правительственными структурами замедляет процесс реформ. Агентство по вопросам государственной службы часто сопротивляется любым значительным изменениям в правилах, касающихся государственной службы и регулирующих многие потенциальные реформы управления. Оно может поддерживать изменения в политике, относящейся к кадровым ресурсам здравоохранения, если реформа здравоохранения сопровождается общей реформой законодательства в сфере государственной службы. Уровень полномочий агентства по вопросам гражданской службы будет различным в каждой конкретной стране.

### *Доноры и международные агентства*

Доноры и международные агентства по оказанию технической помощи часто являются основными заинтересованными сторонами, особенно в странах с низким уровнем доходов, где ресурсы, предоставляемые донорами, покрывают значительную часть государственных расходов. Они, как правило, используют свои финансовые ресурсы наряду с организационными, руководящими и нематериальными ресурсами для влияния на государственную политику. Примером ключевых действующих лиц будут такие крупные доноры, как Всемирный банк, Международный валютный фонд и другие учреждения Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ, ПРООН, Глобальный фонд), Европейский Союз, региональные банки развития и двусторонние организации (такие, как USAID, DFID), а также такие основные фонды, как Фонд Билла и Мелинды Гейтс. Доноры все больше заинтересованы в поддержке политических реформ в области кадровых ресурсов здравоохранения, особенно если они связаны с экономическим развитием или их конкретными программными целями. Действия, осуществляемые при поддержке доноров, отличаются в разных странах. Например, в Камеруне, где Международный валютный фонд принимал участие в реформе государственной службы, была сокращена заработная плата и проведено выявление фиктивных служащих в государственных учреждениях. В других странах доноры поддержали повышение оплаты труда. Как правило, доноры с меньшей охотой поддерживают простое финансирование повышения заработной платы, хотя бывают и исключения (Egger et al., 2000). DFID начал покрывать значительное повышение заработной платы в африканских странах, например, в Малави.

### *Профсоюзы*

Профсоюзы представляют интересы лиц, работающих в конкретной области. В здравоохранении деятельность профсоюзов иногда частично совпадает с деятельностью медицинских профессиональных ассоциаций, но, как правило, профсоюзы объединяют различные профессиональные категории. Часто большой процент работников государственного сектора является членами профсоюзов, и профсоюзы могут играть важную роль в процессе реформ. Важно понять и предсказать, каким образом профсоюзы будут реагировать на изменения, с тем, чтобы облегчить разработку и осуществление реформ. Профсоюзы, скорее всего, будут активными сторонниками повышения заработной платы и пособий, но могут не поощрять реформы, направленные на повышение эффективности за счет повышения продуктивности. Кроме того, страны с сильными профсоюзами часто лучше «экипированы» для организации групп, которые одобряют определенную политику или выступают против нее. Тем не менее профсоюзы не всегда бывают хорошо организованы, особенно если они расколоты на конкурирующие группы, а в условиях некоторых авторитарных режимов подвергаются репрессиям.

### *Ассоциации медицинских работников*

В стране существует, как правило, несколько медицинских профессиональных ассоциаций. Обычно это отдельные ассоциации врачей, медсестер, акушерок, фармацевтов, врачей-стоматологов и работников парамедицинских профессий. Эти ассоциации часто являются ключевыми игроками в политике, определяющей зарплату, качество образования и другие аспекты, связанные с кадровыми ресурсами. Как и министерство образования и медицинские факультеты, упомянутые ранее, они могут противостоять расширению подготовки кадров в своих областях и повышению численности менее квалифицированных кадровых ресурсов. Как и профсоюзы, они могут быть хорошо организованными и мощными или раздробленными и слабыми. В некоторых редких случаях их деятельность подавляется авторитарными мерами.

### *Неправительственные организации*

В зависимости от сочетания государственных и частных структур в рассматриваемой стране, неправительственные организации могут играть большую роль в решении вопросов, связанных с кадровыми ресурсами здравоохранения. Поскольку неправительственные организации часто берут на себя важную роль в системе здравоохранения, они могли бы стать более влиятельными заинтересованными сторонами. Что касается реформы управления, то в некоторых странах с неправительственными организациями заключаются контракты на управленческие услуги. Несмотря на то, что между правительственными и неправительственными заинтересованными сторонами часто возникают разного рода конфликты, они могут быть важными союзниками при проведении реформ определенного типа.

### *Мэры и местные органы власти*

Поскольку все больше стран идут по пути децентрализации систем здравоохранения, на мэров и руководителей местных органов власти может ложиться больше ответственности за реформы в области кадровых ресурсов здравоохранения. В некоторых странах в результате таких реформ сотрудники были переведены с центрального на местный уровень. Если местные органы власти в большей степени контролируют принятие решений по финансовым и кадровым вопросам, они могут стать ключевыми заинтересованными сторонами при проведении реформ в области кадровых ресурсов. В других системах они могут лоббировать изменения, которые усиливают контроль со стороны местных властей в решении вопросов политики, связанных с зарпла-

---

той и другими проблемами кадровых ресурсов. Местные органы власти часто оказывают сопротивление «не подкрепленным финансовыми средствами мандатам» национальной политики в области людских ресурсов, если они налагают обязательства на местные государственные бюджеты. Полномочия органов местного самоуправления могут варьироваться, как правило, в зависимости от того, насколько они контролируют финансы и насколько хорошо организованы ассоциации местных органов власти для лоббирования на национальном уровне.

### *Средства массовой информации*

Средства массовой информации могут превращать частные проблемы в государственные, повышать информированность общественности и политической элиты, очерчивать границы и формировать символику публичного обсуждения (Roberts, 2004). Вопросы, связанные с трудовыми ресурсами здравоохранения, часто привлекают внимание СМИ, когда в их решении принимают участие медицинские ассоциации или профсоюзы, и когда медицинские работники начинают бастовать. Однако постоянный интерес СМИ к вопросам здравоохранения наблюдается редко, и они часто сопротивляются попыткам озвучить позиции реформаторов, предпочитая сообщать о проблемах, а затем представлять собственную «сбалансированную» интерпретацию различных позиций.

### *Ассоциации пациентов*

Ассоциации пациентов обычно озабочены решением вопросов финансирования и доступа к услугам людей с конкретными заболеваниями. Они редко играют важную роль в формировании политики в области людских ресурсов. Однако, если это особенно эффективные организации, политическая стратегия, направленная на использование их для поддержки реформ, может оказаться полезной.

### *Больницы и поликлиники*

Естественно, руководители и менеджеры больниц и поликлиник являются заинтересованными сторонами со своими интересами в проведении политики в области кадровых ресурсов, поскольку медицинский и административный персонал работает в их учреждениях. Больницы и поликлиники будут подвергаться воздействию политики в области повышения профессиональной подготовки, увеличения стимулов и повышения заработной платы. Такая политика потребует увеличения количества сотрудников как для ее внедрения, так и для обеспечения того, чтобы медицинские работники выполняли свою регулярную работу, одновременно получая преимущества от дополнительных стимулов. Интересы менеджеров могут отличаться от интересов профсоюзов или профессиональных ассоциаций. В зависимости от того, насколько менеджеры контролируют фонды заработной платы в своих учреждениях и собственные стимулы для эффективной работы, они могут быть в большей степени заинтересованы в политике, которая приводит к повышению эффективности и усилению контроля со своей стороны. Больницы и поликлиники обладают определенными финансовыми и организационными полномочиями, а иногда имеют доступ к лицам, формирующим политику в министерствах.

## **Примеры анализа заинтересованных кругов при проведении политических реформ трех различных типов**

В этом разделе мы рассмотрим три предложения по изменению политики в качестве примеров того, как оценивать традиционные позиции ключевых заинтересованных лиц в отношении конкретных предложений в этой области. Мы предполагаем, что страна не располагает достаточным количеством медицинских кадров и в ней наблюдается высокий уровень эмиграции хорошо подготовленных врачей и медсестер. Это обсуждение просто показывает, как следует обдумывать стратегии. Изменения политики и стратегий должны тщательно оцениваться в контексте каждой рассматриваемой страны.

### *Увеличение численности работников здравоохранения*

Увеличение численности работников здравоохранения конкретных категорий, таких, например, как дополнительные работники здравоохранения («health extension workers») и административный персонал (которые не являются конкурентоспособными на международном рынке и, следовательно, вероятность их эмиграции невелика) влечет за собой увеличение финансирования для покрытия расходов на подготовку, заработную плату и не связанную с зарплатой поддержку. Для этого обычно требуется приверженность обеспечению бюджетной поддержки, но может также потребоваться и привлечение доноров, по крайней мере, на начальном этапе. Оказание министерством финансов определенного сопротивления перераспределению национальных ресурсов в сектор здравоохранения, который зачастую рассматривается экономистами министерств как непроизводительный сектор, не является чем-то экстраординарным. Доноры могут приветствовать уве-

лишение числа медицинских работников, однако зачастую неохотно предоставляют финансовые средства для покрытия регулярных и устойчивых расходов на заработную плату. Кроме того, медицинские факультеты – часто относящиеся к министерству образования – и ассоциации врачей нередко выступают против подготовки работников неполной медицинской квалификации (например, администраторов, организаторов здравоохранения), предпочитая высококачественную, соответствующую международным стандартам подготовку. И наоборот, региональные руководители здравоохранения, менеджеры медицинских клиник и руководство учебных институтов, готовящих работников этого типа, могут поддерживать увеличение численности подобного персонала.

### *Изменение учебных программ или требований к последипломной подготовке*

Изменение учебных программ или требований к последипломной подготовке (в интернатуре или ординатуре) по повышению качества или изменению профиля работников здравоохранения может вызвать серьезное противостояние со стороны вовлеченных учебных заведений и подразделений, таких как преподавательский состав медицинских учебных заведений или училищ по подготовке вспомогательного персонала, но может активно поддерживаться техническими сотрудниками организаций-доноров и руководящим персоналом министерства здравоохранения.

### *Повышение заработной платы*

Повышение заработной платы и увеличение пакета вознаграждений (как это было сделано в Чили, Гвинеи-Бисау, на Ямайке и Филиппинах) – дорогостоящее мероприятие. Маловероятно, что доноры поддержат выплату зарплаты, хотя сообщалось, что в Кыргызстане доноры платили зарплату персоналу, проводящему реформы, и персоналу, возглавляющему новые ассоциации медицинских специалистов (Egger et al., 2000). Из 18 стран, рассмотренных в докладе ВОЗ о кадровых ресурсах, 12 использовали повышение зарплаты для решения проблемы кадрового дефицита (Egger et al., 2000). Такую политику обычно поддерживают профсоюзы, медицинские ассоциации, сотрудники министерства здравоохранения и руководители больниц и клиник. Однако ее реализации часто препятствуют министерство финансов, доноры и органы местного управления, которые должны финансировать повышение заработной платы, как это было в случае с местными органами управления на Филиппинах.

## **Стратегии изменения политики в области кадровых ресурсов здравоохранения**

Как только политика будет проанализирована, ключевые игроки определены, и их позиции и властные полномочия получат оценку, то следующим шагом станет разработка стратегий по увеличению числа и укреплению полномочий сторонников и уменьшению числа и ослаблению влияния оппонентов.

Один из видов стратегии заключается в разработке пакетов информационно-пропагандистских материалов по конкретным направлениям политики, в которых изложены аргументы, свидетельствующие о преимуществах, которые получают заинтересованные круги от проведения реформы. Например, для преодоления сопротивления других секторов, а также министерства финансов и министерства планирования, возможно, полезно обратить внимание на недавние исследования, демонстрирующие важность инвестиций в здравоохранение для общего экономического развития (Bloom et al., 2003).

Вторая стратегия может заключаться в признании незаконными стараний оппозиции в медицинских учебных заведениях противодействовать увеличению численности студентов в группах или выпуску менее квалифицированных специалистов, демонстрируя, что такая позиция в большей степени основывается на узких интересах этих заведений, чем руководствуется улучшением здоровья широких слоев населения. Этот аргумент может быть представлен в виде пакета информационно-пропагандистских материалов для конкретных ответственных лиц или даже средств массовой информации.

Еще одной стратегией может быть достижение компромисса относительно политики реформ, наиболее приемлемых в техническом отношении для того, чтобы уменьшить сопротивление и увеличить поддержку. Такая стратегия может привести к уменьшению оптимальной численности тех, кто должен пройти подготовку, что позволит снизить потребность в бюджетных средствах. Это может снизить противодействие министерства финансов или планирования. Менее масштабное увеличение числа работников здравоохранения или более длительный период поэтапного реформирования позволит не только уменьшить сопротивление оппозиции, но и выиграть время для демонстрации эффективности реформ и создания более широкой поддержки. Для тех стран, где уровень общей поддержки низкий, одной из рекомендаций может быть использование доноров с целью создания благоприятных условий для проведения политики в области кадровых ресурсов здравоохранения. Во многих странах поддержка доноров позволила убедить правительства проводить политику повышения кадрового потенциала, а также модернизации государства и доступности экономики для иностранных

---

инвестиций. Доноры проводят обзор государственных планов и бюджетов в рамках обычного процесса под руководством Всемирного банка и Международного валютного фонда, включая разработку документа по стратегии сокращения бедности как основания для того, чтобы определить приоритеты в отношении международного финансирования. В ходе этого процесса правительство соглашается выполнять поставленные задачи в отношении показателей деятельности, а совместные миссии доноров проводят мониторинг его деятельности. Проводимые консультации определяют основу для продолжения финансирования или предоставления новых средств. Донорская помощь – это один из путей, позволяющих стране начать формирование поддержки проведения политики в области кадровых ресурсов здравоохранения.

## ЧАСТЬ 3 **Разработка политики в области кадровых ресурсов здравоохранения**

Не существует простого способа анализа ситуации в стране, установления приоритетов, выбора решений и разработки надлежащей последовательности действий по инвестированию с целью улучшения кадровых ресурсов здравоохранения. Необходимо принимать во внимание множество факторов, включая доступность достоверных данных, техническую и политическую осуществимость различных типов политики, а также значимость ключевых участников политического процесса. Этот раздел содержит набор руководящих принципов для анализа нынешнего состояния по сравнению с ориентирами («бенчмаркинг»), определения приоритетов в отношении проблемных областей, выбора технически и политически выполнимых реформ политики и создания последовательного руководства для действий.

Для разработки политики, направленной на улучшение кадров здравоохранения, мы предлагаем использовать процесс, состоящий из пяти этапов:

- оценка существующих индикаторов состояния кадровых ресурсов здравоохранения относительно ориентиров;
- разработка критериев для определения того, какие проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, являются приоритетными;
- выбор политики, направленной на улучшение состояния кадровых ресурсов здравоохранения;
- определение последовательности внедрения политики;
- разработка политической стратегии для укрепления поддержки политики.

### **Оценка состояния кадровых ресурсов здравоохранения на данный момент**

Используя индикаторы сквозных проблем, индикаторы финансирования, образования и управления, аналитики должны сравнить данные по странам с данными ориентиров по странам со сходным уровнем доходов и сходными региональными характеристиками (когда такие ориентиры доступны). На этом первоначальном этапе необходимо выявить все имеющиеся важные проблемы и приступить к количественной оценке их масштаба.

## Вопросник по индикаторам

### Сквозные проблемы

- Какова плотность каждой из категорий работников здравоохранения по сравнению с ориентиром? Какие категории в большей степени недоукомплектованы по сравнению с другими?
- Существуют ли проблемы удержания или дефицита квалифицированных претендентов для заполнения рабочих мест по основным категориям?
- Существуют ли значительные региональные различия в укомплектованности кадрами, мотивации персонала и по другим характеристикам?

### Проблемы образовательного потенциала

- Является ли сегодня результаты деятельности системы образования недостаточными для увеличения и – в среднесрочной перспективе – для поддержания нужного уровня плотности работников здравоохранения?
- Является ли пул потенциальных абитуриентов медицинских учебных после окончания средней школы адекватным для повышения численности работников здравоохранения определенных категорий?
- Является ли распределение потенциала системы образования и результатов ее деятельности по географическим регионам справедливым относительно кадровых ресурсов здравоохранения?
- Является ли справедливым гендерное распределение медицинского профессионального образования?
- Является ли достаточной подготовка управленческих кадров?
- Существуют ли проблемы координации между министерством образования и министерством здравоохранения на национальном и региональном уровнях?

### Проблемы финансового потенциала

- Имеет ли сектор здравоохранения адекватное финансирование?
- Эффективно ли распределение финансирования кадровых ресурсов здравоохранения?
- Является ли финансирование кадровых ресурсов здравоохранения операционно эффективным?
- Равномерно ли распределяется финансирование кадровых ресурсов здравоохранения по географическим регионам?
- Является ли оплата труда низкой и стимулы неадекватными?
- Достаточно ли средств для подготовки кадров?
- Предоставляются ли стимулы для работы в сельских районах и новых регионах?

### Проблемы управленческого потенциала

- Существует ли адекватная информация для формирования политики и принятия решений?
- Является ли разделение ролей и ответственности в отношении кадровых ресурсов здравоохранения приемлемым для всех уровней системы?
- Имеются ли на национальном уровне возможности обеспечить адекватное политическое руководство на более низких административных уровнях?
- Владеют ли работники здравоохранения адекватными управленческими навыками, соответствующими уровню системы, на котором они находятся?
- Используются ли методы управления соответствующего качества на всех уровнях системы?
- Являются ли в целом условия работы и организационный климат адекватными?
- Вовлечен ли частный сектор соответствующим образом (то есть отношения с частным сектором соответствующим образом определены; существуют государственно-частные партнерства?)

## Разработка критериев для определения приоритетных проблем в области кадровых ресурсов здравоохранения

Как только оценочные индикаторы проанализированы, важно установить критерии для определения приоритетности проблем. Национальные команды могут рассмотреть (учитывать) следующие критерии.

### *Национальные приоритеты в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, соответствующие проблемам состояния здоровья*

Многие страны признали Цели тысячелетия в области развития программой, определяющей наивысшие приоритеты в отношении здоровья. Если это так, то приоритеты в области людских ресурсов могут заключаться в том, чтобы обеспечить страны теми категориями работников здравоохранения, которые наиболее эффективно могут решать проблемы состояния здоровья – такими как работники первичной медико-санитарной помощи и общинные работники здравоохранения, а также врачи общей практики. Однако если к национальным приоритетам относится снижение смертности от хронических заболеваний, то более важными могут быть другие категории работников здравоохранения.

### *Национальные приоритеты в области кадровых ресурсов здравоохранения, отзывчивых в отношении удовлетворенности и финансовой безопасности населения и пациентов*

Важно также принимать во внимание приоритеты, не относящиеся непосредственно к состоянию здоровья, и, как установлено (ВОЗ, 2000) в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000», которые должны включать удовлетворенность населения и пациентов, а также финансовую безопасность домашних хозяйств. Если рассматриваются и эти приоритеты, то критерии для определения приоритетности проблем кадровых ресурсов здравоохранения должны также принимать во внимание те аспекты, которые население считает наиболее важными, и те, которые уменьшают финансовое бремя, лежащее на домашних хозяйствах. Учет этих приоритетов может включать в себя реагирование на потребность населения в большем числе специалистов или особое внимание к тем категориям работников здравоохранения, которые могут уменьшить потребность в дорогостоящей помощи – например, медицинским работникам, занятым в программах профилактики хронических заболеваний.

### *Текущие инициативы в отношении кадровых ресурсов здравоохранения*

Было бы ошибкой считать, что в странах ничего не делается до проведения оценки кадровых ресурсов здравоохранения. Текущие инициативы отражают некоторые из уже установленных базовых приоритетов, и эти инициативы необходимо учитывать в процессе определения приоритетов для продвижения вперед. Например, возможно, что правительство уже разрабатывает новые обучающие программы для работников первичного звена или разработало новые программы по семейной медицине. Если эти инициативы направлены на преодоление критического дефицита, выявленного при обзоре индикаторов, они могут быть использованы как отправная точка для дальнейшего развития. Следует отметить, что инициативы могут включать в себя планы развития более общего характера, например, реформу гражданской службы, которая может оказать влияние на сектор здравоохранения.

### *Предварительная оценка политической осуществимости изменений политики в области кадровых ресурсов здравоохранения*

Что касается политической осуществимости, то первоначальная оценка позиции и властных полномочий ключевых заинтересованных сторон, проведенная для определения основных источников поддержки и оппозиции, должна помочь выявить, находят ли вопросы кадровых ресурсов здравоохранения отражение в политической повестке дня. Исходный расчет общего баланса поддержки должен помочь в определении масштаба и направления предлагаемых изменений. Если ключевые заинтересованные стороны, обладающие достаточной властью для того, чтобы остановить реформы определенного типа, выявлены на ранней стадии, разработчики политики должны рассмотреть возможность либо продумать политическую стратегию по преодолению такой оппозиции, либо модифицировать предложенные изменения с тем, чтобы нейтрализовать оппозицию, избегая аспектов, которые могут вызвать возражения.

### *Технические потребности для повышения численности и качества работников здравоохранения*

Приоритеты также могут устанавливаться в соответствии с материально-техническим обеспечением повышения численности и качества работников здравоохранения независимо от выбранной категории.

Первое требование состоит в том, чтобы на национальном уровне у министерства здравоохранения (или, при необходимости, у министерства образования) имелся потенциал для принятия политических решений, которые основаны на фактических данных, полученных в результате оценки. Не имея полномочий и потенциала для принятия решений на национальном уровне, достигнуть можно лишь немногого, даже если некоторые изменения могут быть внедрены с помощью частного сектора.

Второе требование заключается в том, что качество обучения должно быть адекватным для обеспечения соответствующих категорий работниками здравоохранения надлежащей квалификации. Недостаточно квалифицированный персонал зачастую создает проблемы вместо того, чтобы их решать. Плохая подготовка общинных работников, медсестер и врачей подрывает общественное доверие к системе здравоохранения. Основные усилия могут быть направлены на то, чтобы обеспечить предоставление образования и практической подготовки достаточно высокого качества, гарантирующих выпуск хорошо подготовленных работников здравоохранения.

Третье требование состоит в том, чтобы условия работы, возможность карьерного роста, заработная плата и другие стимулы были адекватными для привлечения и удержания высококвалифицированных сотрудников. Это означает обеспечение того, чтобы имеющийся и новый персонал был достаточно мотивирован к качественному выполнению своих профессиональных обязанностей и продолжению работы в секторе здравоохра-



---

нения. Если этого не происходит, потеря квалифицированных кадров в результате миграции, перехода в частный сектор и концентрации медицинских работников в городских районах будет усугублять общие проблемы в области кадровых ресурсов здравоохранения.

## **Выбор политики для улучшения состояния кадровых ресурсов здравоохранения**

Зачастую полезно начать с идентификации проблем и установления среди них наиболее приоритетных, а затем провести диагностику для выявления причин приоритетных проблем. Для такой диагностики можно использовать диагностическое дерево, задавая вопросы: «Почему существует проблема? В чем причина этой проблемы? Чем вызвано наличие этой причины?» и так далее до прояснения причин финансового и организационного характера, а также причин, связанных с оплатой труда, регулированием и поведением, которые можно решить путем изменений политики (Roberts, 2004).

При проведении реформы кадровых ресурсов здравоохранения, особенно в странах с низким уровнем доходов и уровнем доходов ниже среднего, очевидно, что определенные виды политики могут быть выбраны с помощью упрощенного процесса. Основная реформа, скорее всего, будет сосредоточена на подготовке конкретных категорий работников здравоохранения – тех, кто будет решать приоритетные проблемы. Реформы кадровых ресурсов здравоохранения, вероятно, потребуют дополнительного финансирования из национальных или региональных бюджетов, а также донорской поддержки. Варианты получения образования и профессиональной подготовки могут включать использование частного сектора образования, однако более вероятно, что потребуются расширение национальных государственных программ подготовки кадров. Решение проблем управления также потребует значительных инвестиций, повышения эффективности управления информационными системами, а также обеспечения подготовки руководителей и формирования у них лидерских навыков.

На данном этапе было бы полезно провести оценку риска в отношении комплекса рекомендованных действий. Такая оценка позволит сделать обзор основных допущений, касающихся имеющейся политической поддержки, наличия финансовых ресурсов, существующих возможностей для подготовки дополнительного числа медицинских работников, чтобы удовлетворить возросшие потребности в них, и так далее. Возможно, будет обнаружена несостоятельность некоторых допущений (например, возможности финансовой помощи доноров), что может поставить осуществление пакета реформ на грань провала. Также могут быть и другие допущения, которые потребуют дополнительного планирования и мероприятий по обеспечению доступности ресурсов по мере их необходимости. Всесторонняя оценка политических и технических рисков должна помочь установить приоритеты и дать политикам четкое представление о потенциальных издержках в случае неудачи. Пакет предложенных действий может быть изменен в зависимости от степени терпимости к риску.

## **Последовательность осуществления политики**

Не существует однозначных рекомендаций по определению последовательности внедрения политики реформ. Процесс установления последовательных действий начинается с определения приоритетов. Если первоочередной задачей будет подготовка определенных категорий медицинских работников, это значит, что придется отложить удовлетворение потребностей в других категориях до того момента, пока задачи по приоритетным категориям не будут выполнены.

Существует два принципиальных фактора по последовательности действий, которые нуждаются в выборе: (а) между медленным увеличением или более быстрым масштабным увеличением численности работников здравоохранения; и (б) между увеличением численности работников здравоохранения или в первую очередь инвестированием в улучшение системы здравоохранения, окружающей уже имеющихся работников.

Необходимо достичь компромисса, с одной стороны, обеспечивая меньшую численность новых работников здравоохранения или повышая уровень подготовки имеющихся работников или сочетая оба этих подхода и, с другой стороны, в массовом порядке увеличивая численность новых работников здравоохранения. Стратегия огромного увеличения числа работников здравоохранения может использовать имеющиеся приоритеты доноров и национальные приоритеты, но она рискует стать слишком амбициозной для существующих мощностей и неустойчивой в долгосрочной перспективе, оставив большое число медицинских работников без адекватной зарплаты или без достаточного материально-технического обеспечения, необходимого для успешной работы в будущем. Стратегия подготовки меньшего числа новых работников здравоохранения менее опасна, поскольку, вероятно, обеспечит более высокое качество обучения и будет более устойчивой в долгосрочной перспективе. Однако если пойти по пути, предусматривающему обучение меньшего числа новых работников здравоохранения, при благоприятных финансовых и политических условиях возможность заполнить пробел между имеющимся и идеальным числом работников здравоохранения может быть упущен.

Также необходимо достижение баланса между растущим числом работников здравоохранения и улучшением окружающих условий системы, в которых они нуждаются для более эффективной работы. Вероятно, потребуется увеличение финансирования для решения проблемы практически любого дефицита персонала, и, возможно, для политики досрочного выхода на пенсию, если имеется избыток работников в некоторых категориях. Скорее всего, должны быть расширены образовательные программы для подготовки необходимых работников здравоохранения. Также будет необходимо совершенствовать управление для улучшения условий труда и удержания персонала.

Целесообразно составить рабочий план по внедрению рекомендованных стратегий. Очевидно, наилучший путь достижения согласия относительно такого плана, разработанного на основе критического анализа или с использованием аналогичных инструментов планирования, а также обеспечения реалистичных сроков осуществления мероприятий – это поддержание диалога с государственными должностными лицами и донорами.

### **Разработка политической стратегии, направленной на увеличение поддержки политики в области кадровых ресурсов здравоохранения**

Последний этап заключается в оценке политической осуществимости намеченной политики реформ и в дополнительной корректировке предлагаемых изменений в соответствии с политической реальностью. Используя программу «Polisumaker», команда, проводящая оценку, должна определить уровень поддержки рекомендованных реформ и их последовательности, обращая особое внимание на позицию и властные полномочия ключевых действующих лиц. Затем необходимо разработать политические стратегии для обеспечения достаточной поддержки и ослабления оппозиции с тем, чтобы реформы не только были приняты, но и эффективно реализованы.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Не существует универсальной и наиболее подходящей стратегии для улучшения состояния кадровых ресурсов здравоохранения, как и нет простого пути для получения достаточной политической поддержки предлагаемой стратегии. Представленные здесь руководящие принципы для аналитического и практического осмысления стратегии в области кадровых ресурсов здравоохранения и ее политической осуществимости являются хорошим инструментом только при доступности качественных данных и наличии аналитиков, способных провести оценку. Если путем применения описанных здесь методов быстрой оценки будет получена более полная информация и достигнуто более глубокое понимание ситуации, то эти результаты должны служить источником информации при формировании политики в области кадровых ресурсов здравоохранения.



## Уровень плотности кадровых ресурсов здравоохранения

«Слишком высокая» или «слишком низкая» плотность работников здравоохранения по сравнению с потребностями в медицинском обслуживании обнаруживается во всем мире повсеместно. В большинстве африканских стран, например, на 10 000 населения приходится менее одного врача, а в десяти странах Африки – меньше, чем 0,3 врача на 10 000 (Всемирный банк, 1994b; Huddart & Picazo, 2003). В глобальном масштабе, 57 стран имеют меньше 2,3 медицинских работника на 10 000 населения (ВОЗ, 2006). Подобная картина наблюдается, когда целевые показатели, разработанные отдельными странами, сравниваются с реальным состоянием кадров здравоохранения. В отчете об обследовании, проведенном в 1998 году в семи африканских странах, сообщалось о высоком уровне незаполненных медицинских вакансий: например, 52,9% для медсестер в Малави и 72,9% для врачей-специалистов в Гане (Dovlo, 1999; WHO, 2002).

Хотя взаимосвязь между уровнем плотности медицинских кадров и показателями деятельности систем здравоохранения ощущается скорее интуитивно, имеющиеся на сегодняшний день доказательства, связывающие эти два фактора, довольно неоднозначны. В недавно проведенных исследованиях была установлена обратная связь между плотностью врачей или медсестер и показателями смертности, хотя в предыдущих работах выявлена либо *положительная* корреляция между аналогичной плотностью и показателями смертности, либо ее отсутствие (Anand & Vaernighausen, 2004). Для объяснения этих фактов можно предложить две гипотезы. Во-первых, ни в одном из исследований не оказалось дополнительных данных о персонале (например, распределение или уровень образования и подготовки), кроме данных об уровне плотности. Невозможность контролировать эти факторы (теоретически они также могут влиять на производительность системы) может приводить к отсутствию стойких ассоциаций. Во-вторых, связь между системой здравоохранения и результатами в отношении здоровья неоднозначна (ВОЗ, 2003a). Таким образом, хотя это руководство оперирует в рамках допущения, что уровень кадров здравоохранения является важным элементом деятельности системы здравоохранения, оценить масштабы воздействия этого фактора трудно.

## Распределение кадровых ресурсов здравоохранения

Опыт развивающихся стран свидетельствует о том, что географическая, квалификационная, гендерная и межсекторальная диспропорция – широко распространенное явление, хотя следует признать, что большинство исследований были сосредоточены лишь на нескольких медицинских профессиях, а именно, на профессиях врача и медсестры (Gupta et al., 2003).

*Нерациональное географическое распределение* преобладает во многих развивающихся странах. Не менее половины врачей в странах Азии, Латинской Америки и Африки к югу от Сахары сконцентрированы в городских районах, хотя там проживает всего 20% населения или меньше (De Geyndt, 1995; Zurn et al., 2002; Gupta et al., 2003).

Не так однозначны данные о распространенной проблеме *распределения по квалификации*. Например, Huddart & Picazo (2003) сообщают, что системы здравоохранения многих африканских стран сталкиваются с избытком “неквалифицированных или недостаточно обученных работников”, но не приводят никаких подтверждающих фактов. В других сообщениях, наоборот, утверждается, что многие африканские страны страдают от относительного дефицита общинных работников здравоохранения, которым требуется менее широкая подготовка, чем медицинским работникам, решающим клинические задачи. По оценке Huddart & Picazo (2003), проблемы примерно двух третей бремени болезней в Африке могут быть решены общинными медсестрами, обучение которых может потребовать на 30% меньше затрат, чем обучение профессиональной дипломированной медсестры.

Как представляется, проблемы *гендерного распределения* также являются общими и могут отрицательно влиять на производительность системы. Женщины по-прежнему работают на должностях профессионально более низкого уровня, и пропорционально меньше женщин достигают высокого профессионального уровня или занимают управленческие должности, в основном «окупируемые» мужчинами (Zurn et al., 2002). Вместе с тем есть свидетельства того, что в отношении удовлетворенности пациентов рейтинг женщин-врачей более высок из-за лучшего качества взаимодействия врач-пациент (например, умения сопереживать, строить пар-

тнерские отношения, обмениваться информацией и совместно принимать решения), чем у их коллег-мужчин (Verbrugge & Steiner, 1981; Hall et al., 1988; Roter et al., 1991; Kaplan et al., 1995). В свою очередь, показано, что деятельность, характеризующаяся таким взаимодействием врача и пациента, повышает удовлетворенность пациента и результаты в отношении здоровья (Barsky et al., 1980; Greenfield et al., 1985; Kaplan et al., 1989; Cooper-Patrick et al., 1999).

Наконец, относительно *секторального распределения* имеются отдельные свидетельства, что в ряде африканских стран власти не могут удержать в государственном секторе достаточное число работников здравоохранения некоторых категорий (например, провизоров или фармацевтов), поскольку работники этого типа имеют потенциальную возможность заработать гораздо больше в частном секторе (Huddart & Picazo, 2003). Дополнительные индикаторы для оценки состояния кадровых ресурсов здравоохранения предлагаются в нижеследующей таблице.

**Таблица 12.** Состояние кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): дополнительные индикаторы

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Состояние КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (производительность)	Число операций на операционную в день		<i>Индикатор:</i> • Hall (2001) <i>Ориентир:</i> • Нет		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных, а также документы министерства здравоохранения
<b>Состояние КРЗ</b> • Деятельность КРЗ (качество)	Доля раневых инфекций после операции		<i>Индикатор:</i> • Casparie (2000) <i>Ориентир:</i> • Нет		Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных, а также документы министерства здравоохранения

## Сквозные проблемы, относящиеся к кадровым ресурсам здравоохранения

### Привлекательность для выпускников

Обследования, проведенные среди студентов медицинских институтов и учебных заведений, выпускающих медсестер, позволяют предположить, что на мотивацию выпускников средних школ и колледжей обучаться медицинским профессиям влияют как внешние, так и внутренние факторы. Связанные с работой аспекты (например, гарантия занятости, социальный пакет и финансовое вознаграждение) уравниваются личным интересом (например, основное желание – помогать людям, наличие члена семьи или знакомого, работающего в медицинской области, стремление к личностному росту) (Kersten et al., 1991; Razali, 1996; Larsen et al., 2003). Дополнительный индикатор для оценки привлекательности медицинской профессии предлагается в таблице в конце этого раздела

### Миграция

В то время как оценки миграции, полученные из стран исхода, скорее всего, ненадежные и, возможно, недооценивают выходных потоки работников здравоохранения (Stilwell et al., 2003), цифры, полученные из принимающих стран, указывают на значительный размер таких потоков. Например, число работающих в Соединенных Штатах медсестер из других стран оценивается в 80 000 (ILO, 1998). Также имеются данные о том, что эмиграция медицинского персонала из развивающихся стран, скорее всего, будет продолжаться. Обследование, проведенное в ряде африканских стран, например, выявило, что от одной четверти медицинского персонала в Уганде и почти до двух третей – в Гане выразили намерение эмигрировать (WHO, 2003b).

Получены документальные подтверждения того, что эмиграция отрицательно влияет на уровень медицинских кадров и эффективность систем здравоохранения. Между 1978 и 1985 годами на Ямайке в результате эмиграции было “потеряно” 80% и 95% квалифицированных врачей и медсестер, соответственно. Почти половина

выпускников Всеиндийского института медицинских наук в Нью-Дели впоследствии покинули страну, и меньше 10% врачей, подготовленных в Замбии после обретения ею независимости, практикуют сегодня в этой стране (ILO, 1998; Cooper, 2002). Аналогичные результаты были зарегистрированы в других местах (Ghana Ministry of Health, 2000; Huddart & Picazo, 2003). Рассчитать стоимость таких потерь – хотя пока они с трудом поддаются количественной оценке – можно на основе статистики по подготовке кадров. Например, в Гренаде на каждого врача, который добавляется к рабочей силе этой страны, приходится 22, прошедших обучение (ILO, 1998). Подобно преждевременной смертности от ВИЧ/СПИДа, эмиграция влечет за собой значительные потери в эффективности систем здравоохранения.

### *Преждевременная смертность*

Проведено несколько исследований для количественной оценки влияния преждевременной смерти (от ВИЧ/СПИДа) на кадры здравоохранения. Сообщения из стран Африки к югу от Сахары позволяют предположить, что этот фактор может оказывать значительное негативное влияние на системы медицинского обслуживания: в Ботсване и Замбии распространенность ВИЧ/СПИДа среди работников здравоохранения оценивалась в 20-40%. Это может привести к долгосрочной утечке кадров из систем здравоохранения пострадавших стран (Cohen, 2002).

### *Совместительство*

Доказательства, свидетельствующие о масштабах совместительства, более убедительны, чем доказательства влияния совместительства на функционирование систем здравоохранения. По некоторым данным, совместительство распространено в развивающихся странах, и исследования выявили детерминанты этого явления в различных контекстах (Roenen et al., 1997; Gruen et al., 2002; Berman & Cuizon, 2004). Однако демонстрация связи между совместительством и его отрицательными или положительными последствиями остается на уровне описания случаев и отдельных примеров.<sup>1</sup> Хотя совместительство может быть предметом беспокойства, трудно априори узнать, влияет ли оно на систему здравоохранения.

### *Прогоулы и фиктивные работники*

Высокие показатели прогулов были зарегистрированы в различных контекстах в развивающихся странах, однако в целом систематизированный сбор данных не проводится. Бангладеш предоставил пример, свидетельствующий о том, что прогулы работников здравоохранения являются серьезной проблемой, и имеются соответствующие данные подтверждающие это (Begum & Sen, 1997).

На основе национальной выборки необъявленных визитов Chaudhury & Hammer (2003) обнаружили, что врачи отсутствовали свыше 40% времени, в течение которого они должны были обслуживать пациентов. Детерминанты прогулов в Бангладеш включали фактор ответственности (например, проживал ли врач в той же деревне, где работал) и условия труда (например, наличие дороги и электричества). В целом, однако, трудно судить о распространенности или причинах невыходов на работу, поскольку зачастую страны не предпринимают шагов к тому, чтобы дать репрезентативную количественную оценку масштаба этого явления на национальном уровне (Chaudhury & Hammer, 2003). Также из немногих стран поступают свидетельства того, что большой проблемой являются фиктивные работники. В Гвинее-Биссау больше четверти работников, внесенных в платежную ведомость (700 человек), были определены как фиктивные, предполагается наличие фиктивных работников и в секторах здравоохранения нескольких других африканских стран. (Egger, 2000; World Bank, 1994b).

### *Мотивация*

Проблема мотивации медицинских работников считается широко распространенной в государственном секторе и в развивающихся странах. Однако на сегодняшний день лишь в небольшом числе исследований можно обнаружить попытки измерить мотивацию, и ни в одном из них не изучался масштаб недостаточной мотивации и ее последствий для результатов деятельности работников здравоохранения (Franco et al., 2004).

<sup>1</sup> Возможные положительные последствия совместительства включают более широкое использование услуг здравоохранения путем использования служб частного сектора, дальнейшее предоставление услуг государством по ценам ниже рыночных (но с тем же персоналом, что и в учреждениях частного сектора) и возможность для поставщиков услуг накопить опыт и улучшить навыки, практикуя в частном секторе (Berman & Cuizon, 2004).

**Таблица 13.** Сквозные проблемы, относящиеся к кадровым ресурсам здравоохранения (КРЗ): дополнительные индикаторы

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ ориентир	Источник
<b>Сквозные проблемы</b> • Привлекательность профессии	Среднее значение среднего академического балла абитуриента	В настоящее время нет		Категории включают следующие, но не ограничиваются ими: врачи, медсестры, акушерки, ассистенты врача, работники первичного звена, врачи-специалисты, фармацевты	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных, документы министерства здравоохранения или заключения группы экспертов или другие методы оценки

### **Уровень заработной платы как детерминант уровня плотности работников здравоохранения**

Уровень плотности работников здравоохранения, имеющихся в стране, наиболее адекватно измеряется общим количеством часов, затраченных на медицинскую деятельность в определенный период времени (например, в неделю). Общее количество таких часов определяется как количеством работников здравоохранения, так и количеством часов, которое любой конкретный работник здравоохранения затрачивает на работу по специальности в определенный период времени (интенсивность работы):

количество часов, затраченных работником здравоохранения в определенный период = количество работников здравоохранения X количество проработанных часов в расчете на каждого работника здравоохранения.

Количество работников здравоохранения определяется рядом факторов, описанных выше. Уменьшение привлекательности медицинской профессии уменьшает количество тех, кто вливается в рабочую силу здравоохранения. Чистая эмиграция сокращает численность работников здравоохранения, равно как и досрочный выход на пенсию и смена работы. С другой стороны, прогулы<sup>1</sup> будут уменьшать количество проработанных часов на одного работника здравоохранения. В конкретной стране все эти сквозные факторы, скорее всего, будут находиться под влиянием уровня заработной платы, а также существенных, не связанных с зарплатой расходов.

В целом, большинство независимых исследований, свидетельствующих о связи между уровнем заработной платы и такими конкретными факторами, как приток, отток или производительность, являются наблюдательными, и их выводы ограничены определенным промежутком времени, географической локализацией и категорией работников здравоохранения. Таким образом, приведенные ниже данные указывают на возможные причинно-следственные связи, но без дальнейших исследований не могут быть распространены на другие контексты. Некоторые дополнительные индикаторы даны в таблице в конце приложения.

#### **Миграция**

Различия в заработной плате между странами-импортерами и странами-экспортерами рабочей силы определены как одна из наиболее распространенных и важных причин миграции. Высокая зарплата в странах-импортерах является притягивающим фактором, миграции (Buchan et al., 2003).

Опросы, проведенные в шести африканских странах (Камерун, Гана, Сенегал, Южно-Африканская Республика, Уганда и Зимбабве), показали, что уровень зарплаты был наиболее часто приводимой причиной в отношении намерения эмигрировать (между 68% и 84% респондентов) (WHO, 2003b). ПАОЗ (2001) было установлено, что низкая зарплата относится к числу наиболее важных выталкивающих факторов миграции из стран Карибского бассейна. Также Buchan et al. (2003) сообщают, что исследования, проведенные в Норвегии и Ирландии в фокусных группах, в которые входили медсестры из Филиппин, возможность получать более высокую зарплату называлась в качестве основного мотива для миграции.

#### **Удовлетворенность работой, смена работы и преждевременный выход на пенсию**

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что уровень заработной платы является одной из наиболее важных детерминант удовлетворенности работой среди многих медицинских работников в различных контекстах, включая врачей государственного сектора в Малайзии (Sararaks & Jamaluddin, 1999), медсестер в Соединенном Королевстве (Callaghan, 2003), медсестер по уходу на дому в Соединенных Штатах (Juhl et al., 1993), школьных медсестер (Junious et al., 2004) и сельских участковых медсестер в Китае (Lee et al., 1991). Подобно этому, обнаружено, что уровни зарплаты – главная причина неудовлетворенности среди дипломированных медсестер в Ливане (Yaktin et al., 2003), школьных медсестер (Munro, 1983), лицензированных медсестер в Соединенных Штатах (Tri, 1991), а также врачей, медсестер, фармацевтов и работников медицинских лабораторий в Кувейте (Shah et al., 2001).

<sup>1</sup> Совместительство будет уменьшать число рабочих часов на одного работника здравоохранения только в том случае, если его вторая работа не связана с оказанием медицинских услуг. Если его вторая работа связана со здравоохранением, как, например, в случае одновременной работы в частном и государственном секторах, количество рабочих часов на каждого работника может увеличиваться.



---

Имеется ряд доказательств, что неудовлетворенность низкой зарплатой может приводить к смене работы или преждевременному выходу на пенсию. Например, опираясь на интервью с медсестрами из трех лондонских больниц, Mackereth (1989) делает вывод, что низкая заработная плата и условия работы рассматриваются как наиболее важные причины, заставляющие медсестер задуматься о смене профессии. Parker & Rickman (1995) считают, что следующие факторы оказывают значимое влияние на вероятность ухода лицензированных медсестер с рынка труда Соединенных Штатов: ставка заработной платы, другие доходы семьи, наличие детей, а также полный или неполный рабочий день. После детальных интервью с медсестрами Cangelosi et al. (1998) сделали вывод, что низкая зарплата и плохая укомплектованность кадрами являются двумя наиболее важными факторами, побуждающими медицинских сестер оставлять свою работу. Подобно этому, в исследовании, проведенном среди стоматологов-гигиенистов в Техасе, сделано заключение, что низкий уровень зарплаты и отсутствие неденежных компенсаций (таких, как льготы, пособия, соцпакет) относятся к числу факторов, мотивирующих работников оставить практику по гигиенической стоматологии ради другой работы (Johns et al., 2001).

В нескольких исследованиях получены результаты, имеющие свои нюансы. Например, при опросе, проведенном среди участковых медсестер первичного звена из сельских районов Британской Колумбии, оказалось, что, хотя низкие уровни заработной платы являются основной причиной неудовлетворенности работой, тем не менее, это не заставляет медсестер бросать ее, если только у них нет дополнительных экономических или семейных причин (Henderson Betkus & MacLeod, 2004). В другом исследовании с участием медсестер из сельских районов Соединенных Штатов сделан вывод, что независимость (а не уровень зарплаты) является наиболее значимым прогностическим фактором намерения оставить существующую ситуацию без изменений (Hanson et al., 1990).

В итоге, уровень заработной платы (абсолютный или относительный), вероятно, является важным прогностическим фактором удержания работников здравоохранения. Однако, возможно, что в конкретном контексте среди определенной группы работников здравоохранения это не так.

### *Привлекательность медицинских профессий*

Связь между привлекательностью медицинских профессий и уровнем заработной платы кажется возможной, но пока широко не изучена. В одном исследовании, проведенном в Соединенных Штатах среди учеников старших классов средней школы, обнаружено, что уровень зарплаты и нежелание близко соприкасаться с умирающими людьми были основными причинами отказа от выбора профессии медсестры в будущем (Stevens & Walker, 1993).

## **Уровень заработной платы как детерминант распределения работников здравоохранения**

### *Географическое распределение*

Имеется ряд свидетельств о наличии причинно-следственной связи между заработной платой (и другими финансовыми стимулами) и географическим распределением кадров здравоохранения. Обнаружено, что низкие зарплаты в сельской местности являются важным фактором, препятствующим сельской практике. Например, Siziya & Woelk (1995) в исследовании, проведенном среди студентов-медиков и молодых врачей в Зимбабве, выявили, что три фактора делают работу в сельских районах непривлекательной для опрошенных: низкая зарплата, низкий уровень жизни и низкий престиж работы в сельских районах по сравнению с городскими. В другом исследовании, также проведенном в Зимбабве, Mutziwa-Mangiza (1998) обнаружил, что многие зимбабвийские врачи-стажеры и врачи средней квалификации, которые при других обстоятельствах не выбрали бы работу в сельских больницах Южной Африки, сделали это исключительно из-за более высокого денежного вознаграждения.

Различия в оплате труда между сельскими и городскими районами успешно использовались в качестве политического рычага для уменьшения географической диспропорции в распределении рабочей силы здравоохранения. Например, в Индонезии премия, составляющая 100% от обычной зарплаты, оказалась достаточно привлекательной для выпускников медицинских учебных заведений, чтобы они покинули Джакарту ради работы на отдаленных от центра островах (Chomitz, 1998). Выводы, сделанные Gruen et al. (2002), показывают, что финансовые стимулы могут с успехом побуждать недавних врачей-выпускников к работе в сельских областях. Jackson et al. (2003) показали, что в Соединенных Штатах финансовые стимулы являются мотивацией для переезда врачей на работу в плохо обеспеченную услугами сельскую местность в Западной Виржинии.

С одной стороны, использование финансовых стимулов может быть подходящим рычагом для мотивации медицинских работников практиковать в сельской местности, поскольку они указывают на социальную значимость их услуг и создают ощущение признания (Adams & Hicks, 2000). С другой стороны, хотя финансовые стимулы могут быть успешными, они могут иметь и ряд недостатков. Во-первых, они дорого обходятся: более высокая заработная плата в сельской местности должна компенсировать медицинским работникам не только

ощутимое снижение качества жизни и возможности профессионального роста, но и потерю дополнительного источника дохода, возможного в городах, но отсутствующего в сельской местности (Roepen et al., 1997). Во-вторых, финансовые стимулы могут привлекать на работу в сельские районы медицинских работников, обладающих недостаточными навыками и мотивацией (Chomitz, 1998). Имеются данные о том, что на долгосрочную работу в сельских условиях меньше влияет уровень заработной платы и больше – образовательные и демографические факторы, например, учебный план медицинского учебного заведения или сельское происхождение работника (Humphreys et al. 2001; Brooks et al. 2002). См. также Приложение 3.

### *Распределение по квалификации*

Не перечисляя источники и не давая примеры конкретных стран, Huddart & Picazo (2003) утверждают, что одной из проблем, стоящих перед системами здравоохранения ряда африканских стран, является переизбыток “неквалифицированных работников или работников низкой квалификации”, работа которых относительно хорошо оплачивается по сравнению с хорошо обученными коллегами. Эта деформация заработной платы является препятствием для повышения оплаты труда в секторе общественного здравоохранения. Напротив, в других сообщениях утверждается, что системы здравоохранения многих стран Африки страдают от относительного дефицита медицинских работников первичного звена, которые в меньшей степени нуждаются в подготовке по сравнению с работниками, выполняющими в основном клинические задачи. По оценкам Huddart & Picazo (2003), проблема около двух третей бремени болезней в Африке может быть решена с помощью общинных медсестер, подготовка которых требует примерно на 30% меньше затрат, чем профессиональной дипломированной медсестры.

Фактические данные о замене работников здравоохранения различного уровня подготовки – относительно затрат на здравоохранение и результатов в отношении здоровья – в основном касаются замены лицензированных медсестер на не имеющих лицензии младших медсестер, а также врачей общей практики на клинических медсестер и младших врачей. В целом, доказательства носят неоднозначный характер. Кроме того, большинство исследований было проведено в развитых странах (Buchan & Dal Poz, 2002).

Обнаружено, что использование помощников медсестер позволяет достичь экономии и не сказывается отрицательно на удовлетворенности пациентов (Hesterly & Robinson, 1990; Bostrom & Zimmerman 1993). В противоположность этому, в других исследованиях сообщалось, что работа сестер высокой квалификации ассоциировалась с более высоким качеством обслуживания (Carr-Hill et al., 1995). В трех недавно проведенных рандомизированных контролируемых испытаниях сравнивали работу медсестер высокой квалификации и врачей общей практики. Обнаружено, что, в целом, качество помощи, оказываемой медсестрами такого уровня и врачами общей практики, было сопоставимым, но в случае медсестер при меньших затратах на единицу времени или при достижении более высокого уровня удовлетворенности пациентов, поскольку медсестры тратили больше времени на каждого из них (Kinnersley et al. 2000; Shum et al., 2000; Venning et al. 2000).

Имеются доказательства того, что разница в заработной плате между различными категориями медицинских работников может приводить к диспропорции в распределении рабочей силы. Например, в Соединенных Штатах, где врачи-специалисты получают примерно в два раза больше, чем семейные врачи, остается все меньше возможностей заполнить места в интернатуре по подготовке кадров в области семейной медицины. Снижение интереса выпускников медицинских вузов этой страны в прохождении интернатуры в области семейной медицины в значительной степени связано с более низкой заработной платой врачей этой категории по сравнению с их коллегами других специальностей (Pugno & McPherson, 2002).

### *Гендерное распределение*

Уровень зарплаты может играть важную роль в гендерном распределении работников здравоохранения. В обзоре исследований, рассматривающих причины того, почему меньше мужчин, чем женщин, выбирают медсестринскую профессию, Villeneuve (1994) показывает, что уровень зарплаты является основным фактором, не позволяющим мужчине выбрать именно эту профессию. Однако исследование также показывает, что уровень зарплаты может быть таким же важным фактором, который беспокоит женщин при рассмотрении карьеры медсестры. Закрепившееся в культуре отношение к профессии медсестры как к женской, может быть более важным фактором, определяющим гендерный дисбаланс в этой области.

В ряде исследований показано, что существуют значительные различия в уровнях заработной платы между мужчинами и женщинами, работающими в секторе здравоохранения и выполняющих одинаковые обязанности. Например, на своей первой работе женщины, имеющие степень магистра в области общественного здравоохранения или магистра администрирования в области здравоохранения, получают меньше, чем их коллеги-мужчины (после принятия во внимание различий в человеческом капитале). Подобная разница в зарплатах, вероятно, сохраняется или увеличивается по мере увеличения стажа работы после окончания вуза (Bradley et al., 2000). Различия в заработной плате женщин и мужчин могут быть одним из факторов, определяющих низкую долю женщин в некоторых медицинских профессиях. Однако доказательств, что это действительно так, недостаточно.

---

## Межсекторальное распределение

Представляется вероятным, что разница в заработной плате между государственным и частным сектором будет приводить к увеличению числа вакансий в секторе, предлагающем более низкую оплату. Например, в 1998 году медсестра в Зимбабве могла рассчитывать на то, что заработает на 40% больше в частном секторе по сравнению с государственным. Имеются отдельные наблюдения, что правительства некоторых африканских стран не могут удержать достаточное число работников некоторых категорий в государственном секторе здравоохранения (таких, как провизоры и фармацевты), так как эти работники имеют возможность заработать гораздо больше в частном секторе (Huddart & Picazo, 2003).

## Уровень заработной платы как детерминант показателей деятельности работников здравоохранения

В отношении производительности труда уровень заработной платы может иметь как прямое и положительное, так и косвенное и отрицательное воздействие на эффективность рабочей силы. С одной стороны, рост заработной платы может привести к увеличению эффективности, поскольку повышает мотивацию и снижает пространенность такого сопутствующего явления, как совместительство. С другой стороны, финансовая эффективность (то есть, отношение количества часов, отработанных работниками здравоохранения, к потраченным средствам) будет, при прочих равных условиях, снижаться по мере повышения зарплаты. Некоторые дополнительные индикаторы предложены в таблице в конце приложения.

### Совместительство

Обнаружено, что уровень заработной платы оказывает серьезное влияние на решение совмещать несколько работ (например, работать как в государственном, так и в частном секторе). Одна из наиболее распространенных стратегий, к которой прибегают врачи, чтобы справиться с недоплатой в государственном секторе – дополнительный заработок в частном секторе (Ferrinho et al., 1998; Van Lerberghe et al., 2002b). Дополнительная подработка в частном секторе стала распространяться в системах здравоохранения некоторых стран, которые претерпели быструю либерализацию медицинской практики, таких, как Малави, Мозамбик и Объединенная Республика Танзания (Huddart & Picazo, 2003). Roenen et al. (1997) определили 28 различных стратегий, которые врачи из разных стран Африки в югу от Сахары используют для получения дохода в дополнение к их сравнительно низкой государственной заработной плате. К ним относятся: совместительство, частная практика, пособия, паушальные выплаты на проживание и питание, а также подарки от пациентов. Roenen с коллегами сообщают, что большинство этих стратегий позволяет врачам получать доход, намного превышающий размер заработной платы в государственном секторе. В то же самое время многие из этих стратегий отвлекают ресурсы (время и материалы) из государственного сектора в частный, и тем самым снижают эффективность мероприятий государственного сектора.

Теоретически, повышение заработной платы может быть действенным средством борьбы с совместительством. В Бангладеш при опросе врачей, которые совмещали работу в государственном и частном секторах, Gruen et al. (2002) обнаружили, что врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, вероятно, отказались бы от частной практики и сосредоточились на работе в государственном секторе, если бы их зарплата в государственном секторе возросла. Как представляется, медицинские работники, оказывающие вторичную и третичную медицинскую помощь, вряд ли откажутся от частной практики в ответ на повышение окладов в государственном секторе.

### Мотивация

Низкий уровень мотивации работников здравоохранения работать много и хорошо может быть важным препятствием для достижения эффективности функционирования системы здравоохранения. Мотивация – это сложный механизм, на который могут влиять как финансовые, так и нефинансовые стимулы. Зарплата может быть одним из факторов (хотя и одним из очень приблизительных), влияющим на мотивацию. Например, в ходе исследования, проведенного во Вьетнаме (Dieleman et al., 2003), обнаружено, что наиболее важные факторы мотивации медицинских работников в сельских районах включали в себя признательность со стороны окружающих, стабильную работу, уровень дохода и профессиональную подготовку. Низкая зарплата и тяжелые условия труда были признаны факторами, препятствующими хорошей работе. Подобным образом, зарплата, которая воспринимается как несправедливая (как в абсолютном выражении, так и по сравнению с другими профессиями), может быть причиной низкой мотивации. Например, в исследовании, проведенном в Южно-Африканской Республике, Bachmann & Makan (1997) установили, что воспринимаемая как несправедливая неравная оплата труда в различных медицинских учреждениях уменьшает возможность сотрудничества между ними, которое могло бы привести к повышению эффективности.

### Неофициальные выплаты

Низкий уровень оплаты в государственном секторе имеет отношение к повышению распространенности неофициальных выплат (Colclough, 1997). Существуют доказательства, что в Китае одной из главных причин

того, что неофициальные выплаты принимаются (или о них просят), заключается в том, чтобы компенсировать недостаточную зарплату, которая воспринимается как низкая (Zhou & Zhang, 1994).

### Прогулы

Хотя может показаться правдоподобным, что низкая зарплата повышает вероятность прогулов, нет доказательств, что это действительно так.

### Фиктивные работники

Имеются доказательства из нескольких стран о том, что фиктивные работники (лица, которые получают зарплату, но не существуют как реальные медицинские работники) являются большой проблемой. В исследовании, проведенном в Гвинее-Биссау, выявлено 700 фиктивных работников, которые составляли свыше четверти от всех лиц, указанных в платежной ведомости (Egger et al., 2000). Всемирный банк (1994b) представил список стран, имеющих фиктивных работников в секторе здравоохранения: Камерун, Центрально-Африканская Республика, Гамбия, Гана, Сенегал и Уганда.

### Расходы, не связанные с заработной платой

Обнаружено, что уровень эмиграции, помимо заработной платы, определяется возможностью непрерывного образования, условиями труда, ресурсами сектора здравоохранения и рабочей нагрузкой (WHO, 2003b). Другими мотивами эмиграции может быть улучшенное пенсионное обеспечение, забота о детях и признание (Bundred & Levitt, 2000; Van Lerberghe et al., 2002b; Stilwell et al., 2003). Недавно полученные данные из Ганы и Южной Африки подтверждают, что страх заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися с кровью (гепатит В и С), в странах, где эти инфекции широко распространены, может быть важным фактором недовольства условиями работы, реализующееся в решение эмигрировать (Stilwell et al., 2003; Vujicic et al., 2004).

Кроме косвенного влияния на рабочую силу здравоохранения через влияние на миграцию и решение работать в секторе здравоохранения, пандемия ВИЧ/СПИДа оказывает прямое воздействие на уровень плотности кадровых ресурсов здравоохранения. Например, сообщалось, что в Малави причиной 45% смертей работников здравоохранения была ВИЧ-инфекция/СПИД (Malawi Ministry of Health and Population, and Department of Planning, 2001). В исследовании, проведенном в Замбии, обнаружено, что риск ВИЧ-инфекции среди местных хирургов на 15% выше, чем в развитых странах (Consten et al., 1995). Согласно оценкам, из-за ВИЧ/СПИДа в ближайшие годы системы здравоохранения африканских стран могут потерять 20% кадровых ресурсов здравоохранения (Tawfi k & Kinoti, 2003; Joint Learning Initiative, 2004).

Еще одним примером расходов, не связанных с зарплатой, является распределение медицинских работников. Пример Таиланда показывает, что сочетание различных мер может быть успешным для уменьшения диспропорции в распределении между городом и деревней. Многие из этих мер будут требовать не связанных с заработной платой расходов сектора здравоохранения, например, предоставления возможности обучения и улучшение инфраструктуры здравоохранения (Joint Learning Initiative, 2004).

Как показывают приведенные примеры, в рамках сектора здравоохранения можно проанализировать ряд детерминантов, не имеющих отношения к заработной плате и определяющих уровень плотности кадровых ресурсов здравоохранения, их распределение и показатели деятельности (см. также приложения 3 и 4).

**Таблица 14.** Финансирование кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): дополнительные индикаторы

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Финансирование</b> • Миграция: уровень зарплаты	• % работников здравоохранения, намеревающихся эмигрировать, которые назвали уровень зарплаты основной причиной • % работников здравоохранения, являющихся эмигрантами, которые назвали уровень зарплаты основной причиной	Нет	Нет	Виды ориентиров: • межпрофессиональный • временные ряды  Дополнительная информация: • уровень зарплаты, который опрошенные считают достаточным, чтобы не эмигрировать • другие изменения, которые, по мнению опрошенных, позволят им не эмигрировать	Специальные исследования, научные публикации

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Финансирование</b> • Смена работы и преждевременный выход на пенсию: уровень зарплаты	• % работников здравоохранения, намеревающихся сменить работу или раньше выйти на пенсию, назвавших зарплату или неденежные компенсации в качестве основных мотивов	Нет	Нет	Виды ориентиров: • межпрофессиональные между профессиями Дополнительная информация: • уровень зарплаты, которые опрошенные считают достаточным, чтобы не менять работу или не выходить раньше на пенсию • другие изменения, которые, по мнению опрошенных, позволят им не менять работу или не выходить раньше на пенсию	Специальные исследования, научные публикации
<b>Финансирование</b> • Эффективность КРЗ: распределение по квалификации	• Доля КРЗ с различным уровнем квалификации	Нет	Нет	Виды ориентиров: • межстрановые • имеющиеся на данный момент факты	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных, а также документы министерства здравоохранения
<b>Финансирование</b> • Распределение по квалификации: уровень зарплаты	• Относительный средний уровень зарплаты КРЗ различного уровня квалификации	Нет	Нет	Виды ориентиров: • межстрановые Дополнительная информация • причины выбора или не выбора квалификации определенного уровня	
<b>Финансирование</b> • Распределение внутри сектора	• Отношение средних уровней зарплаты в государственном секторе по сравнению с частным, по категориям КРЗ	Нет	Нет	Дополнительная информация: • причины выбора или не выбора квалификации определенного уровня	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных, а также документы министерства здравоохранения
<b>Финансирование</b> Совместительство	• Отношение средних уровней не связанных с зарплатой компенсаций в государственном секторе по сравнению с частным, по категориям КРЗ • % КРЗ, заявивших, что они имеют больше одной работы	Нет	Нет	Дополнительная информация: • желание бросить дополнительную работу, если уровень зарплаты на основной работе будет достаточно высоким • уровень зарплаты, необходимый для предупреждения совместительства • другие факторы, способствующие совместительству	Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных, а также документы министерства здравоохранения, специальные исследования, научные публикации
<b>Финансирование</b> • Фиктивные работники	• Плотность фиктивных работников (при сравнении результатов инвентаризации кадров и данных платежной ведомости)	Нет	Нет	• межстрановые • политическая цель	Можно оценить, используя национальные базы данных, а также документы министерства здравоохранения, специальные исследования, научные публикации

## Пул потенциальных абитуриентов

Под пулом потенциальных кандидатов на получение образования по различным направлениям, позволяющим сделать карьеру в области здравоохранения, понимаются выпускники средних учебных заведения определенного года, которые теоретически могут соответствовать критериям для поступления в определенные учебные заведения, такие как медицинские институты (количество выпускников средней школы), сестринские школы или училища (количество выпускников неполной средней школы), или критериям для обучения по программе интернатуры (количество выпускников медицинских институтов и факультетов). Кроме того, в этот пул входят:

- люди, которые после первой, не связанной с медициной, карьеры решили получить профессию в области здравоохранения;
- люди, которые решили сменить одну медицинскую профессию на другую;
- люди, которые в настоящее время проходят подготовку для работы не в области здравоохранения, но намереваются перейти на работу в эту область.

Сам по себе пул потенциальных абитуриентов может быть сдерживающим фактором. Лица, принимающие решения по вопросам медицинского образования, могут быть неспособны оказывать влияние на число учащихся, получающих среднее образование.

## Доля реальных абитуриентов

Доля реальных абитуриентов – это доля лиц, подавших заявление в медицинские учебные заведения от общего числа потенциальных абитуриентов. Одной из важных причин низкого числа абитуриентов может быть высокая стоимость образования для получения медицинской специальности относительно других специальностей или относительно дохода, который можно получить, непосредственно влившись в состав рабочей силы здравоохранения.

Показано, что, как привлекательность медицинских профессий, так и препятствия к получению соответствующего образования влияют на решения потенциальных абитуриентов. Например, в странах, где медицинское образование бесплатное, расходы на учебники и другие учебные материалы могут быть значительными, так же как и возможные издержки от отсрочки вступления в ряды рабочей силы (Wahba, 2003).

Имеется также ряд доказательств, полученных в обсервационных исследованиях, того, что показатель подачи заявлений для некоторых специализаций может быть повышен путем выбора содержания медицинской программы обучения. Например, сообщалось, что инновации в учебном плане, ориентированные на проблему или на потребности сообщества в университете Нью-Мексико (Соединенные Штаты), повышали показатель подачи заявлений на специальность первичной медико-санитарной помощи, сельской медицины и работы с группами населения, не получающими достаточного объема помощи (Kaufman et al., 1989).

## Доля принятых в учебные заведения

Доля принятых в учебное заведение – это доля лиц, подавших заявление, которые были приняты в медицинское образовательное учреждение, в которое они подали заявление. Этот показатель будет ограничиваться максимальным числом мест, которые могут быть предложены абитуриентам, а также качеством подготовки абитуриентов. Качество подготовки абитуриентов, в свою очередь, зависит от качества подготовки учащихся, закончивших среднюю школу, и привлекательности медицинской профессии.

Существует ряд доказательств, полученных в странах южной Африки, о том, что количество мест в медицинских институтах и численность преподавателей медицинских дисциплин в последнее время были снижены для уменьшения государственных расходов, и что в настоящее время это снижение угрожает способности этих стран принять в медицинские учреждения такое количество студентов, которое потребуется для удовлетворения национальных потребностей в работниках здравоохранения (Padarath et al., 2003).

---

## Доля зачисленных студентов

Доля зачисленных студентов – это доля студентов, которые начали свое образование по специальности, на которую они были зачислены. Общенациональный показатель зачисления студентов может отличаться от показателя приема в учебное заведение по двум причинам: поступившие могут быть приняты в более чем одну образовательную программу или они могут принять решение не получать образование, связанное с медициной, несмотря на успешное зачисление.<sup>1</sup> Будущих студентов, которые, несмотря на успешное зачисление, не продолжают образование в области медицины, может отпугнуть непривлекательность профессии.

## Доля лиц, успешно прошедших обучение

Доля лиц, успешно прошедших обучение – это доля поступивших для обучения по определенной медицинской образовательной программе, которые успешно закончили обучение по этой программе. Он равен единице минус сумма отсева за каждый год от начала до конца программы медицинского образования. Показатель успеха (или показатель отсева) будет определяться характеристиками медицинской образовательной программы, а также мотивацией и способностями студентов. Одной из важных причин отсева является акцент на преподавании теоретических дисциплин при недостаточном внимании к обучению практическим навыкам. Студенты могут чувствовать себя разочарованными очевидным несоответствием между их образованием и навыками, которые им необходимы для трудовой деятельности, и отказаться от прохождения программы (Majoor, 2004).

Имеются доказательства того, что при образовательных программах, ориентированных на студента и на приобретение навыков, среднее время обучения и показатели отсева меньше, чем при обучении по традиционным образовательным программам (Dolmans & Schmidt, 1996; Kruseman et al., 1997). Будущие условия работы, социальный статус и уровень дохода могут также играть важную роль в определении показателей отсева. Согласно оценкам, показатель отсева в процессе медицинского образования составляет в Соединенных Штатах 1,1%, тогда как в Эфиопии – приблизительно 30% (Barzansky et al., 1999; Wahba, 2003).

## Доля поступивших на работу

Доля поступивших на работу (показатель «вхождения») равняется доле выпускников, которые приступят к работе по медицинской профессии, полученной в результате обучения. Она состоит из национального показателя поступивших на работу (то есть доля выпускников, которые работают в той области, в которой они получили образование, в стране, где они проходили обучение) и международный показатель поступивших на работу (то есть доля выпускников, которые работают в своей области, но не в той стране, где они получили образование). Национальный показатель вхождения будет зависеть от того, как воспринимают недавние выпускники работу в области здравоохранения. Возможные детерминанты вхождения включают отношение к рабочей нагрузке, профессиональное уважение в период прохождения интернатуры и привлекательность медицинской карьеры по сравнению с возможными альтернативами.

Имеется доказательство того, что бюрократические правила могут отталкивать молодых выпускников от начала медицинской практики или ее продолжения в той стране, где они получили медицинское образование (Ndumbe, 2003). Международный показатель влившихся в рабочую силу (и миграции), наоборот, будет зависеть от соотношения привлекательности работы в области здравоохранения в своей и в другой стране. Система образования до определенной степени может предотвратить миграцию путем подготовки работников специально для нужд национальной системы здравоохранения (при этом, намеренно не уделяя слишком большое внимание на практических навыках и знаниях, относящихся к тем заболеваниям, которые не оказывают значительного влияния на бремя болезней в данной стране) (Majoor, 2004).

## Качество выпускников (знания и умения)

Предложено несколько стандартов для оценки качества образования в области медицины. Среди них мы выбираем стандарты ВФМО (ВФМО, 2001) в качестве точки отсчета для определения индикаторов качества медицинского образования (причины см. в основном тексте). Наблюдается неполное наложение между девятью областями оценки качества образования, предложенными ВФМО, и областями, предложенными в других документах (перечислены ниже). Поэтому мы избирательно включили предложения из других документов.

---

<sup>1</sup> Если все абитуриенты подают заявление только на одну образовательную программу и начинают учебу по этой программе (при условии зачисления), то показатель студентов, принявших приглашение учебного заведения, должен быть равен показателю зачисленных в образовательные учреждения.

Источник	Области оценки качества образования
Accreditation Council for Graduate Medical Education (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание помощи пациенту</li> <li>• Медицинские знания</li> <li>• Обучение и совершенствование навыков на основе практики</li> <li>• Межличностные и коммуникативные навыки</li> <li>• Профессионализм</li> <li>• Общесистемный подход к практике</li> </ul>
Harris (1978)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цели и задачи</li> <li>• Управление</li> <li>• Валидность ученых степеней</li> <li>• Адекватность ресурсов</li> <li>• Стабильность</li> <li>• Целостность</li> </ul>
Lawrence & Green (1980)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Научная продуктивность профессорско-преподавательских кадров</li> <li>• Другие достижения профессорско-преподавательских кадров</li> <li>• Институциональные ресурсы</li> <li>• Эффективность программ</li> <li>• Результаты</li> </ul>
Troutt (1979)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цели и задачи</li> <li>• Образовательные программы</li> <li>• Финансовые ресурсы</li> <li>• Профессорско-преподавательские кадры</li> <li>• Библиотечные или учебные ресурсы</li> </ul>
Council of Graduate Schools in the United States (1977)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Качество профессорско-преподавательских кадров</li> <li>• Оснащение                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– библиотека и компьютеры</li> <li>– материально-техническая база</li> <li>– вспомогательные средства</li> </ul> </li> <li>• Программа докторантуры                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– Курсы</li> <li>– Поступление</li> <li>– Интернатура</li> <li>– Экзамены</li> <li>– Диссертации</li> </ul> </li> </ul>
Frank (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профессорско-преподавательские кадры</li> <li>• Студенты</li> <li>• Академические программы</li> <li>• Ресурсы</li> </ul>



В следующей таблице представлены дополнительные индикаторы, которые могут быть использованы для оценки качества образования.

**Таблица 15.** Подготовка кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ): дополнительные индикаторы качества образования

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Распределение КРЗ: гендерное распределение	Доля девушек, зачисленных в среднюю школу (валовый коэффициент)	50% (равенство) 42% (среднее для стран с низким уровнем доходов) 46% (среднее для стран со средним уровнем доходов) 49% (среднее для стран с высоким уровнем доходов)	<i>Ориентир:</i> • World Bank (2004)	Информирует о возможной причине, лежащей в основе гендерного неравенства в распределении КРЗ	Можно оценить, используя документы министерства образования, документы учебных заведений, готовящих КРЗ, или интервью с администраторами учебных заведений, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: миссия и цели (академическая автономия)	Политика академической автономии	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)	Профессорско-преподавательские кадры медицинских учебных заведений должны обладать академической свободой в пределах границ, установленных миссией и целями, для разработки учебных программ и распределения ресурсов для их реализации	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (методы обучения)	Ответственность студента за результаты обучения	Нет	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)	Методы обучения должны стимулировать студентов брать на себя ответственность за прогресс в обучении	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ, или путем наблюдений за проведением занятий
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (клинические знания и навыки)	Укрепление здоровья, профилактика, общественное здравоохранение, альтернативная медицинская практика	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)	Некоторые компоненты учебной программы по клиническому дисциплинам должны включать вопросы укрепления здоровья, профилактики, общественного здравоохранения и альтернативной медицинской практики	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ ориентир	Источник
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (клинические знания и навыки)	Интеграция фундаментальных и клинических дисциплин	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)	Преподавание фундаментальных дисциплин необходимо сосредоточить на клинически актуальных темах, а преподавание клинических дисциплин должно опираться на фундаментальные науки	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (непрерывное образование)	Показатель участия в программах непрерывного образования, с разбивкой по категориям КРЗ	Нет	Нет	Межстрановой	Можно оценить, используя данные национальных и субнациональных медицинских ассоциаций
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательная программа (клинические знания и навыки)	Схемы коучинга (содействия) и менторинга (наставничества)	Наличие			Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (исследовательская деятельность)	Возможности для участия студентов в научных исследованиях	Наличие			Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (студенческий обмен)	Связь с другими учебными заведениями, готовящими КРЗ	Число связей внутри страны, число международных связей	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)	Учебные заведения, готовящие КРЗ, должны иметь программы обмена и другие совместные программы с аналогичными учреждениями в стране и за рубежом	Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (материально-техническая база)	Отзывы студентов и преподавателей о качестве материально-технической базы	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)		Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ
<b>Образование</b> • Эффективность деятельности КРЗ: образовательные ресурсы (обзор)	Механизм обзора ресурсов для фундаментальных и клинических дисциплин	Наличие	<i>Индикатор:</i> • ВФМО (2003) (адаптировано)		Можно оценить, используя обзор документов и интервью с ключевыми информаторами в учебных заведениях, готовящих КРЗ



## Контекст государственного сектора

Последствия реформ государственной службы для кадровых ресурсов – особенно децентрализации – представляют собой сложную картину. С одной стороны, децентрализация может быть препятствием для повышения производительности системы. Как правило, проблемы, которые беспокоят затронутых этим процессом сотрудников, концентрируются вокруг недостатков системы (например, связанных с зарплатой, персоналом, оборудованием), усиливающейся несправедливости, фаворитизма или ощущаемой ими дискриминации, а также потери профессионального контроля (например, ограничение полномочий по найму или увольнению персонала, отсутствие возможности обучения в процессе работы). С другой стороны, если, например, управляющие на местах не обладают властными полномочиями применять дисциплинарные или другие меры в отношении их персонала, у них может быть недостаточно стимулов для поощрения хорошей работы сотрудников (Martineau & Martinez, 1997). Действительно, некоторые исследования показывают, что менеджеры, имеющие больше полномочий по принятию решений в отношении найма сотрудников, являются также и лучшими исполнителями (Diaz-Monsalve, 2003). Плохое управление может быть результатом того, что на местных менеджеров возлагаются новые обязанности без предоставления им необходимой подготовки, например, в области информационных систем управления здравоохранением (Kolehmainen-Aitken, 1992, 2004; Gladwin et al., 2002).

## Лидерство высокого уровня в управлении людскими ресурсами

Хотя на системном уровне проводилось мало исследований управления людскими ресурсами, на институциональном уровне получен ряд свидетельств того, что приверженность целям качественного управления ассоциируется с положительными организационными результатами. Это особенно касается данных, полученных в серии исследований «больниц-магнитов» в Соединенных Штатах, показывающих, что «магнетизм», (то есть привлекательность для персонала и пациентов), действительно, связан с лучшими результатами в отношении показателей комплектации кадров, что, в свою очередь, может быть результатом последовательного осуществления ряда мероприятий по управлению кадровыми ресурсами. К ним относятся, например, поддержка автономии медсестер и поощрение участия в принятии решений. Другие исследования, проведенные в домах для престарелых в Канаде и в Соединенных Штатах, показали большую вероятность того, что лучше работающие учреждения применяли прогрессивную политику (политику «высокой эффективности») управления людскими ресурсами (Buchan, 2004).

Уровень подготовки управленческих кадров также связывался с результатами деятельности работников здравоохранения, однако доказательная база недостаточно разработана. Исследования, проведенные в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, говорят о том, что подготовка управленческих кадров ассоциируется с улучшением деятельности персонала (оценка проводилась в отношении знаний и использования управленческих навыков); это зависит от того, как проводится подготовка (например, какие использовались педагогические методы и какова была продолжительность тренинга) и может быть наиболее успешной, когда имеется поддержка на центральном уровне (Diaz-Monsalve, 2004). Данные из Китая также показывают, что административные факторы или рабочие условия могут ограничивать воздействие подготовки управленческих кадров на производительность персонала (Yaping & Stanton, 2002).

## Основные административные элементы управления людскими ресурсами

Хотя общепринятое мнение и некоторые факты свидетельствуют о важности административных элементов управления людскими ресурсами, лишь несколько исследований в области международного здравоохранения рассматривали воздействие каждого из них. Тем не менее имеющиеся данные помогают разобраться в том, как эти административные элементы могут быть связаны с результатами деятельности. При количественном анализе получен ряд доказательств того, что четкие должностные инструкции (наряду с аттестацией) ассоциируются с более эффективной деятельностью таких работников сектора здравоохранения, как руководители районных отделов здравоохранения и поставщики услуг в области охраны материнского здоровья (Diaz-Monsalve, 2003; Fort & Voltero, 2004). В некоторых качественных исследованиях выявлена связь между карьерным ростом и удержанием персонала. Например, несмотря на то, что хорошая зарплата обычно является основным детерминантом миграции, факты, полученные в некоторых странах, свидетельствуют о том, что работники здравоохранения

---

охранения указывают лучшие условия труда и возможность карьерного роста в качестве факторов, побуждающих их оставаться в стране (Zurn et al., 2002; Alkire & Chen, 2004; Vujicic et al., 2004). Неудивительно, что четкие, “основанные на заслугах структуры продвижения по службе с предложением привлекательных должностей в клинических или исследовательских областях, сопровождающиеся адекватным вознаграждением” были предложены в качестве средства предупреждения миграции работников здравоохранения (Marchal & Kegels, 2003).

Что касается информационных систем управления здравоохранением, то серьезные препятствия для сбора и анализа данных являются нормой в развивающихся странах; это ограничивает потенциальное положительное воздействие использования данных для планирования действий и функционирования систем здравоохранения (Sandiford et al., 1992; Azubuike & Ehiri, 1999). Неэффективное или недостаточное использование информационных систем управления здравоохранением может указывать на лежащие в основе организационные недостатки при использовании данных для принятия решений, в том числе: бесполезность собранной информации; неэффективное использование собранной информации; плохое качество данных; наличие параллельных информационных систем; и отсутствие своевременной отчетности и обратной связи (Lippeveld et al., 2000). На практике совершенствование информационной системы управления здравоохранением было использовано в качестве “отправной точки для улучшения управленческих возможностей” в системе здравоохранения Папуа-Новой Гвинеи (Newbrander & Thomason, 1988).

## **Институциональная среда и институциональные отношения**

### *Условия труда*

Высокие рабочие нагрузки были связаны с более высоким уровнем стресса, а сбой в работе и нехватка материалов и оборудования сопровождалось снижением качества услуг, как в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, так и в стационарах (Vitera et al., 2002; Boonstra et al., 2003; English et al., 2004). И наоборот, опыт учреждений частного сектора показывает, что хорошая организация материально-технического обеспечения повышала эффективность и производительность (Raja et al., 2000). Плохая организация, недостаточное использование информационных систем здравоохранения и низкое качество услуг были названы причинами несовершенства системы направлений (Ohara et al., 1998; Siddiqi et al., 2001). Исследования, проведенные в странах с высоким уровнем доходов, свидетельствуют о том, что предоставление информации о причинах направления к другим специалистам, рисках и о том, чего могут ожидать пациенты, играет важную роль в уменьшении обеспокоенности пациентов и увеличении вероятности их согласия на направление, а, следовательно, повышает эффективность системы направлений (Bossyns & Van Lerberghe, 2004).

Что касается индикаторов, то в данном руководстве основное внимание уделяется системе направлений как отражению коммуникации внутри группы сотрудников или в пределах всей организации. Хотя нет универсального ориентира для оптимальной нормы направлений, имеются данные о том, что вмешательства, более широко использовавшие систему направлений, демонстрируют значительно более высокие уровни коммуникации. В некоторых странах Африки к югу от Сахары, у пациентов, получающих помощь в рамках комплексного ведения болезней детского возраста, частота направлений была значительно выше, чем в среднем по стране (Font et al., 2002). Верхнюю границу этого показателя -15% всех пациентов – можно, следовательно, принять за ориентир более целесообразной частоты направлений для приоритетных мероприятий.

### *Ротация и текучесть кадров*

Хотя циркуляция персонала сама по себе может не являться показателем проблем кадровых ресурсов здравоохранения, слишком высокие или слишком низкие уровни циркуляции могут отрицательно сказываться на эффективности системы. В зависимости от обстоятельств, ротация персонала может как способствовать, так и наносить ущерб результативности деятельности работников здравоохранения. Регулярная ротация персонала может давать положительный эффект, включая выталкивание работников, недостаточно хорошо справляющихся со своими обязанностями, внедрение новых знаний и технологий, а также решение проблемы «окапывания» в учреждении. Однако крайние уровни ротации среди медицинских работников некоторых категорий – либо слишком высокие, либо слишком низкие – могут привести к отрицательным последствиям. Такие последствия включают в себя неспособность осуществлять изменения в управлении (либо из-за чрезмерной ротации, либо в результате «окапывания»), повышение стоимости найма и обучения новых сотрудников, разрыв социальных и коммуникационных структур, потерю производительности и снижение удовлетворенности остающихся работников (Koh & Goh, 1995; Collins et al., 2000). Тема ротации и текучести кадров в секторе здравоохранения недостаточно хорошо изучена, что затрудняет проведение оценки связанных с ними затрат (дальнейшее обсуждение доказательной базы см. в Приложении 1).

Не удалось обнаружить исследований, касающихся влияния текучести кадров на эффективность работы систем здравоохранения в развивающихся странах. Данные из развитых стран немногочисленны и часто не слишком убедительны. В одном из исследований установлено, что расходы, связанные с текучестью кадров, составляли более 5% от операционного бюджета больницы, однако в другом исследовании не было обнаруже-

но никакой связи между текучестью кадров и сокращением услуг, предоставляемых пациентам, или плохим моральным состоянием сотрудников (Gray et al., 1996; Waldman et al., 2004). Тем не менее даже в этом исследовании признаются трудности в оценке реальной стоимости текучести кадров.

## Организационная культура и лидерство

Доказательства, связывающие уровень организационной культуры и лидерство с показателями работы персонала в области здравоохранения, противоречивы по двум причинам. Во-первых, использование различных методов и концепций для оценки как организационной культуры (включая лидерство), так и производительности, осложняет сравнение (Zimmerman et al., 1993; Scott et al., 2003a). Во-вторых, трудно оценить, до какой степени можно обобщить документально зафиксированные взаимоотношения. Например, хотя в некоторых исследованиях обнаружено, что поддерживающее (“заботливое”) лидерство ассоциируется с более эффективной деятельностью, в исследованиях, использующих другие методы, не выявлено связи между стилем руководства и результатами (Hartley & Kramer, 1991; Shortell et al., 1994; Stordeur et al., 2001). Аналогичным образом, хотя хорошее соответствие между определенной организационной культурой и ценностями, которых придерживаются работники, ассоциировалось с различными результатами деятельности (что особенно актуально для рабочей силы здравоохранения, например, низкий уровень текучести кадров) (Vandenberghe, 1999), в недавнем проведенном обзоре литературы были найдены лишь незначительные общие доказательства связи между организационной культурой и эффективностью, а там, где такие связи были выявлены, это не обязательно влияло на улучшение результатов в отношении здоровья и удовлетворенности пациентов (Scott et al., 2003 b).

Что касается работы в команде и совместного принятия решений, исследования, проведенные в стационарных учреждениях стран с высоким уровнем доходов, показали, что командная работа приводила к более высокому уровню удовлетворенности пациентов предоставляемыми услугами, улучшению работы персонала и уменьшению текучести кадров (Goni, 1999; Meterko et al., 2004). Исследования, проведенные в учреждениях, предоставляющих первичную, вторичную и третичную помощь, также показали положительную корреляцию между работой в команде и организационной эффективностью (De Geyndt, 1995; Lin & Tavrow, 2000). Исследование практики управления на районном уровне в развивающихся странах также показывает, что работа в команде способствует удовлетворенности персонала своей деятельностью (Diaz-Monsalve, 2003), однако методы, при помощи которых было получено это заключение, невозможно было оценить.

Что касается видения, высоких стандартов и ясных ожиданий, то система лидерства в больничных отделениях интенсивной терапии в Соединенных Штатах, которая устанавливает “высокий уровень стандартов, проясняет ожидания, поощряет инициативу и вклад, а также обеспечивает необходимую поддержку ресурсами” была признана более эффективной и сопровождалась более низкими показателями текучести кадров, чем другие стили руководства (Shortell et al., 1994). В целом, считается, что последовательность руководства и стратегий управления дают более высокие результаты деятельности, чем непоследовательные стратегии, хотя связь результатов с таким типом руководства в развивающихся странах недостаточно хорошо подтверждена документально (Lerberghe et al., 2000; Scott et al., 2003 b).

**Таблица 16.** Управление кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ): дополнительные индикаторы для управления людскими ресурсами

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ориентир	Источник
<b>Управление людскими ресурсами</b> • Оценка эффективности деятельности	% сотрудников, которые могут указать основные принципы оценки деятельности (или где получить доступ содержащим их документам или руководствам)	100%	<i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация: 100%	Знание и глубокое понимание принципов оценки эффективности деятельности	В идеале, оценивается в количественном исследовании; также может оцениваться при помощи интервью с ключевыми информаторами
<b>Управление людскими ресурсами</b> • Оценка эффективности деятельности	% задокументированных или выполненных проверок эффективности деятельности, в расчете на одного медицинского работника	100%	<i>Индикатор:</i> • Hornby & Forte (2000) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация: 100%	Следование принципам по оценке эффективности деятельности важно для правильной работы системы оценки деятельности	В идеале, оценивается в количественном исследовании; также может оцениваться при помощи интервью с ключевыми информаторами или в детерминированном исследовании

Характеристика	Индикатор	Ориентир	Ссылка	Комментарии	
				Индикатор/ ориентир	Источник
<b>Управление людскими ресурсами</b> • Карьерный рост	% сотрудников, которые могут определить возможности карьерного роста для их позиции (или где находится соответствующая документация)	100%	<i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация: 100%	Знание возможностей карьерного роста важно для эффективного функционирования системы рабочей классификации	В идеале, оценивается в количественном исследовании; также может оцениваться при помощи интервью с ключевыми информаторами или в детерминированном исследовании
<b>Управление людскими ресурсами</b> • Платежная ведомость	Количество действующих механизмов, гарантирующих, что записи в платежной ведомости точные, обоснованные и своевременные (например, уровень заработной платы работников указан правильно, есть отметки о переводе, увольнении или выходе на пенсию)	Нет	<i>Индикатор:</i> • World Bank (2003) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Нет		В идеале оценивается в количественном исследовании; также может оцениваться, используя интервью с ключевыми информаторами или в детерминированном исследовании
<b>Институциональные связи и среда</b> • Условия труда	% различий между товарно-материальными запасами на местах и запасами по данным системы учета	0%	<i>Индикатор:</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация: 0%	Индикатор управленческого потенциала на системном уровне, влияющий на результаты деятельности на уровне учреждения	Можно оценить, используя обзор документации (например, изучение управления фармацевтическим отделом) или интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональные связи и среда</b> • Условия труда	% учреждений с приемлемыми условиями складирования (наличие необходимых полок, холодильного оборудования, электричества)	100%	<i>Индикатор:</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (адаптировано) <i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация: 0%	Индикатор управленческого потенциала на системном уровне, влияющий на результаты деятельности на уровне учреждения	Можно оценить, используя обзор документации (например, изучение управления фармацевтическим отделом) или интервью с ключевыми информаторами
<b>Институциональные связи и среда</b> • Ротация персонала	Среднее время работы на одном месте, с разбивкой по должностным категориям	В настоящее время недоступно			Можно оценить, используя доступные международные и национальные базы данных или документы министерства здравоохранения или мнения группы экспертов или другие методы оценки
<b>Лидерство и организационная культура</b> • Работа в команде и участие в принятии решений	% участия сотрудников в совещаниях персонала	100%	<i>Ориентир:</i> • Идеальная ситуация: 100%	Участие как технического, так и нетехнического персонала, важно для эффективного управления кадровыми ресурсами здравоохранения на уровне учреждения	В идеале, оценивается путем проведения исследования; также можно оценить, используя обзор документации (например, квартальных отчетов) или интервью с ключевыми информаторами

# БИБЛИОГРАФИЯ

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (2004). *Outcomes project*. (<http://www.acgme.org/Outcome/>, accessed 21 November 2005).
- Adams O, Hicks V (2000). *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Paper prepared for the WHO's workshop on a Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, World Health Organization.
- Alkire S, Chen L (2004). *"Medical exceptionalism" in international migration: should doctors and nurses be treated differently?* Boston, Harvard University Asia Center.
- Anand S, Bärnighausen T (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*, 364: 1603-09.
- Anand S, Bärnighausen T (2007). Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. *Lancet*; 369, pp. 1277-85
- Azubuike MC, Ehiri JE (1999). Health information systems in developing countries: benefits, problems, and prospects. *Journal of the Royal Society of Health*, 119:180-184.
- Bachmann MO, Makan B (1997). Salary inequality and primary care integration in South Africa. *Social Science and Medicine*, 45:723-729.
- Barsky AJ et al. (1980). Evaluating the interview in primary care medicine. *Social Science and Medicine [Medical Psychology and Medical Sociology]*, 14A:653-658.
- Barua A et al. (2003). Implementing reproductive and child health services in rural Maharashtra, India: a pragmatic approach. *Reproductive Health Matters*, 11:140-149.
- Barzansky B et al. (1999). Educational programs in US medical schools, 1998-1999. *Journal of the American Medical Association*, 282:840-846.
- Bass BM, Avolio BJ (1990). *Transformational leadership development: manual for the multifactor leadership questionnaire*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Begum S, Sen B (2000). *Not quite, not enough: financial allocation and the distribution of resources in the health sector*. Dhaka: Bangladesh Institute of Development Studies/World Health Organization.
- Berman P, Cuizon D (2004). *Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries*. London, UK Department for International Development, Health Systems Resource Centre: 1-40.
- Bitera R et al. (2002). Qualité de la prise en charge des maladies sexuellement transmises: enquête auprès des soignants de six pays de l'Afrique de l'Ouest (Evaluation of sexually transmitted disease management in six countries in west Africa). *Cahiers Santé*, 12:233-239.
- Bloom G et al. (2003). *How health workers earn a living in China*. Sussex, Department for International Development, University of Sussex.
- Bodur S (2002). Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 52:353-355.
- Boonstra E et al. (2003). Syndromic management of sexually transmitted diseases in Botswana's primary health care: quality of care aspects. *Tropical Medicine and International Health*, 8:604-614.
- Bossert T (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*, 47:1513-1527.
- Bossert T et al. (2004). *Human resources health systems capacity assessment, recommendations and sequencing – Ethiopia*. Boston, MA, International Health Systems Program, Harvard School of Public Health.
- Bossert TJ, Beauvais JC (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17:14-31.
- Bossert TJ et al. (2003). Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(2):95-100.
- Bossyns P, Van Lerberghe W (2004). The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2:1.
- Bostrom, J, Zimmerman J (1993). Restructuring nursing for a competitive health care environment. *Nursing Economics*, 11:35-41, 54.



- 
- Bradley EH et al. (2000). The role of gender in MPH graduates' salaries. *Journal of Health Administration Education*, 18:375–389.
- Brooks RG et al. (2002). The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Academic Medicine*, 77:790–798.
- Buchan J (2004). What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*, 2:6.
- Buchan J, Dal Poz MR (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80:575–580.
- Buchan J et al. (2003). *International nurse mobility. trends and policy implications*. Geneva, World Health Organization.
- Bundred PE, Levitt C (2000). Medical migration: who are the real losers? *Lancet*, 356:245–246.
- Callaghan M (2003). Nursing morale: what is it like and why? *Journal of Advanced Nursing Nursing*, 42:82–89.
- Cangelosi JD Jr et al. (1998). Factors related to nurse retention and turnover: an updated study. *Health Marketing Quarterly*, 15:25–43.
- Carr-Hill RA et al. (1995). The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care. *Health Economics*, 4:57–72.
- Casparie, AF (2000). Postoperative wound infections: a useful indicator of quality of care?, *Ned Tijdschr Geneesk.*, 144(10), pp. 460-2.
- Chaudhury N, Hammer J (2003). *Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities*. Washington, DC, World Bank.
- Chomitz K (1998). *What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*. Washington, DC, World Bank.
- Clark KE, Clark MB (1990). *Measures of leadership*. West Orange, NJ, Leadership Library of America.
- Cohen D (2002). *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. Geneva, ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
- Colclough C (1997). *Public-sector pay and adjustment: lessons from five countries*. London, New York, Routledge.
- Collins CD et al. (2000). Staff transfer and management in the government health sector in Balochistan, Pakistan: problems and context. *Public Administration and Development*, 20:207–220.
- Consten EC et al. (1995). A prospective study on the risk of exposure to HIV during surgery in Zambia. *AIDS*, 9:585–588.
- Cooper RA (2003). Impact of trends in primary, secondary, and postsecondary education on applications to medical school. II: considerations of race, ethnicity, and income. *Academic Medicine*, 78:864–876.
- Cooper-Patrick L et al. (1999). Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 282:583–589.
- Council of Graduate Schools in the United States (1977). *The doctor of philosophy degree*. Washington, DC, Council of Graduate Schools in the United States.
- Couper I (2002). *The ethics of international recruitment. Paper prepared for the ARRWAG Conference in Adelaide, Australia*. South Africa, Department of Family Medicine and Primary Health Care, Medical University of Southern Africa.
- De Geyndt W (1995). *Managing the quality of health care in developing countries*. Washington, DC, World Bank.
- DELIVER/John Snow International (2002). Logistics indicators assessment tool. Arlington, VA, John Snow International .
- Diallo K et al. (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 1:3.
- Diaz-Monsalve SJ (2003). Measuring the job performance of district health managers in Latin America. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 97:299–311.
- Diaz-Monsalve SJ (2004). The impact of health-management training programs in Latin America on job performance. *Cad Saude Publica*, 20:1110–1120.
- Dieleman M et al. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 1:10.
- Dolmans D, Schmidt H (1996). The advantages of problem-based curricula. *Postgraduate Medical Journal*, 72:535–538.
- Dovlo D (1999). Report on issues affecting the mobility and retention of health workers in Commonwealth African States. Unpublished report to Commonwealth Secretariat, Arusha Tanzania

- Dreesch N et al. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 20:267–276.
- Egger D et al. (2000). *Achieving the right balance: the role of policymaking processes in managing human resources for health problems – issues in health services delivery*. Geneva, World Health Organization.
- English M et al. (2004). Assessment of inpatient paediatric care in first referral level hospitals in 13 districts in Kenya. *Lancet*, 363:1948–1953.
- Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Philadelphia, Open University Press.
- Ferlie E, Shortell S (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79:281–315.
- Ferrinho P, Lerberghe WV, eds (2000). *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, Belgium, ITG Press (Studies in Health Services Organisation and Policy).
- Ferrinho P et al. (1998). How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 13:332–338.
- Font F et al. (2002). Paediatric referrals in rural Tanzania: the Kilombero District Study – a case series. *BMC International Health and Human Rights*, 2:4.
- Forcier MB et al. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2:12.
- Fort AL, Voltero L (2004). Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. *Human Resources for Health*, 2:8.
- Franco LM et al. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 54:1255–1266.
- Franco LM et al. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 58:343–355.
- Frank B (2005). Commentary to ‘Quality in graduate nursing education by William Holzemer’. *Nursing education perspectives*, 26:238–243.
- Ghana Ministry of Health (2000). *Consolidating the gains, managing the challenges: 1999 health sector review*. Accra, Ghana, Ministry of Health.
- Gladwin J et al. (2002). Rejection of an innovation: health information management training materials in east Africa. *Health Policy and Planning*, 17:354–361.
- Goni S (1999). An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*, 48:107–117.
- Gould-Williams J (2004). The effects of ‘high commitment’ HRM practices on employee attitude: the views of public sector workers. *Public Administration*, 82:63–81.
- Gray AM et al. (1996). The costs of nursing turnover: evidence from the British National Health Service. *Health Policy*, 38:117–128.
- Green A, Collins C (2003). Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change. *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(Suppl. 1):S67–S78.
- Greenfield S et al. (1985). Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 102:520–528.
- Gruen R et al. (2002). Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine*, 54:267–279.
- Gupta N et al. (2003). Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2:11.
- Hall JA et al. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26:657–675.
- Hall T (2001). HRH data: guidelines and data requirements for a human resources for health information system. Geneva, World Health Organization.
- Hanson CM et al. (1990). Factors related to job satisfaction and autonomy as correlates of potential job retention for rural nurses. *Journal of Rural Health*, 6:302–316.

- 
- Harris J (1978). *Critical characteristics of an accreditable institution, basic purposes of accreditation, and nontraditional forms of most concern*. Washington, DC, Council on Postsecondary Accreditation Project to Develop Evaluative Criteria and Procedures for the Accreditation of Nontraditional Education (Research Reports No. 2.6I-IO5).
- Hartley HJ, Kramer JA (1991). Time management and leadership styles: an empirical study of long-term health care administrators. *Journal of Health Administration Education*, 9:307–322.
- Helfenbein S et al. (1987). *Technologies for management information systems in primary health care*. Geneva, World Federation of Public Health Agencies.
- Henderson Betkus M, MacLeod ML (2004). Retaining public health nurses in rural British Columbia: the influence of job and community satisfaction. *Canadian Journal of Public Health*, 95:54–58.
- Hersey P et al. (2001). *Management of organizational behavior: leading human resources*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Hesterly SC, Robinson M (1990). Alternative caregivers: cost-effective utilization of R.N.s. *Nursing Administration Quarterly*, 14:18–23.
- Hornby P, Forte P (2000). *Human resource indicators to monitor health service performance*. Geneva, World Health Organization.
- Huber DL et al. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30:251–272.
- Huber M, Orosz E (2003). Health expenditure trends in OECD countries, 1990–2001. *Health care financing review*, 25:1–22.
- Huddart J, Picazo O (2003). *The health sector human resource crisis in Africa: an issues paper*. Washington, DC, SARA Project, Academy for Educational Development, USAID.
- Humphreys J et al. (2001). A critical review of rural medical workforce retention in Australia. *Australian Health Review*, 24:91–102.
- ILO (1998). *Terms of employment and working conditions in health sector reforms*. Geneva, International Labour Office.
- Jackson J et al. (2003). A comparative assessment of West Virginia's financial incentive programs for rural physicians. *J Rural Health*, 19 (Suppl.):329–339.
- Johns GH et al. (2001). Career retention in the dental hygiene workforce in Texas. *Journal of Dental Hygiene*, 75:135–148.
- Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health*. Boston, MA, Harvard University Press.
- Juhl N et al. (1993). Job satisfaction of rural public and home health nurses. *Public Health Nursing*, 10:42–47.
- Junious DL et al. (2004). A study of school nurse job satisfaction. *Journal of School Nursing*, 20:88–93.
- Kaplan SH et al. (1989). Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(Suppl.):S110–S127.
- Kaplan SH et al. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33:1176–1187.
- Kaufman A et al. (1989). The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Academic Medicine*, 64:285–294.
- Kenya Ministry of Health and Partnerships for Health Reform (1999). *Kenya National Health Accounts 1994*. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
- Kersten J et al. (1991). Motivating factors in a student's choice of nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 30:30–33.
- Kinnersley P et al. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *British Medical Journal*, 320:1043–1048.
- Klitgaard R (2000). Subverting corruption. *Finance and Development*, 37(2):2–5.
- Koh H Goh C (1995). An analysis of the factors affecting the turnover intention of non-managerial clerical staff: a Singapore study. *International Journal of Human Resource Management*, 6:103–125.
- Kolehmainen-Aitken R-L (1992). The impact of decentralization on health workforce development in Papua New Guinea. *Public Administration and Development*, 12:175–191.
- Kolehmainen-Aitken RL (2004). Decentralization's impact on the health workforce: perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health*, 2:5.
- Kruseman A et al. (1997). Problem-based learning at Maastricht: an assessment of cost and outcome. *Education for Health*, 10:179–187.

- Larsen PD et al. (2003). Factors influencing career decisions: perspectives of nursing students in three types of programs. *Journal of Nursing Education*, 42:168–173.
- Lawrence J, Greene K (1980). *A question of quality: the higher education ratings game*. Washington DC: AAHE-ERIC (Higher Education Research Report No. 5).
- Lee SH et al. (1991). Job and life satisfaction among rural public health nurses in Taiwan. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 5:331–338.
- Lerberghe WV et al. (2000). Performance, working conditions and coping strategies: an introduction. In: Ferrinho P, Lerberghe WV eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, Belgium, ITG Press.
- Lin Y, Tavrow P (2000). *Assessing health worker performance of IMCI in Kenya. Quality assurance project case study*. Bethesda, MD, Quality Assurance Project.
- Lippeveld T et al. (2000). *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization.
- Mackereth P (1989). An investigation of the developmental influences on nurses' motivation for their continuing education. *Journal of Advanced Nursing*, 14:776–787.
- Majoor G (2004). Recent innovations in education of human resources for health. Joint Learning Initiative (JLI) Working paper 2-3, draft version.
- Malawi Ministry of Health and Population, and Department of Planning (2001). *Malawi National Health Accounts (NHA): a broader perspective of the Malawian health sector*. Lilongwe, Malawi: Ministry of Health and Population..
- Marchal B Kegels G (2003). Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? *International Journal of Health Planning and Management*, 18(Suppl. 1):S89–S101.
- Martineau T, Martinez J (1997). *Human resources in the health sector: guidelines for appraisal and strategic development*. Brussels, European Commission.
- Martinez J, Martineau T (1998). Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13:345–358.
- Meterko M et al. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*, 42:492–498.
- MSH (1998). *Human resource development (HRD) assessment instrument for non-governmental organizations (NGOs) and public sector health organizations*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health.
- Munro BH (1983). Job satisfaction among recent graduates of schools of nursing. *Nursing Research*, 32:350–355.
- Murillo MV (undated). *Latin American unions and the reform of social service delivery systems: institutional constraints and policy change*. Washington, DC, Inter-American Development Bank.
- Mutziwa-Mangiza D (1998). *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda, MD, Abt Associates, Partnerships for Health Reform.
- Nandakumar AK et al. (2004). *Synthesis of findings from NHA studies in twenty-six countries*. Bethesda, MD, Abt Associates.
- Ndumbe PM (2003). *The training of human resources for health in Africa*. Joint Learning Initiative on Human Resources for Health, Rockefeller Foundation, Africa Working Group. Available online at <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/NdumbeHRHFINAL.pdf>.
- Newbrander W, Thomason J (1988). Computerising a national health system in Papua New Guinea. *Health Policy and Planning*, 3:255–259.
- Nordberg E et al. (1996). Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 1:107–111.
- Ohara K et al. (1998). Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. *Health Policy and Planning*, 13:433–445.
- Padarath A et al. (2003). *Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain*. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), Health Systems Trust (South Africa), MEDACT (United Kingdom). Available online at <http://www.equinetafrica.org/policy.html>.
- PAHO (2001). *Report on the Technical Meeting on Managed Migration of Skilled Nursing Personnel*. Bridgetown, Barbados, Pan American Health Organization, Caribbean Office.
- Parker C Rickman B (1995). Economic determinants of the labor force withdrawal of registered nurses. *Journal of Economics and Finance*, 19:17–26.

- 
- Pong RW et al. (1995). *Health human resources in community-based health care: a review of the literature*. Health Canada, Health Promotion and Programs Branch. Available online at [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1995-build-plan-commun/build-plan-commun1/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1995-build-plan-commun/build-plan-commun1/index_e.html).
- Pugno PA, McPherson DS (2002). The role of international medical graduates in family practice residencies. *Family Medicine*, 34:468–469.
- Raja S et al. (2000). *Uganda logistics systems for public health commodities: an assessment report*. Washington, DC, USAID.
- Razali SM (1996). Medical school entrance and career plans of Malaysian medical students. *Medical Education*, 30:418–423.
- Reich MR (1996). Applied political analysis for health reform. *Current Issues in Public Health*, 2:186–191.
- Roberts MJ (2004). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. New York, Oxford University Press.
- Roenen C et al. (1997). How African doctors make ends meet: an exploration. *Tropical Medicine and International Health*, 2:127–135.
- Rondeau KV, Wagar TH (2001). Impact of human resource management practices on nursing home performance. *Health Services Management Research*, 14:192–202.
- Rose-Ackerman S (1997). The political economy of corruption. In: Elliot K ed. *Corruption and the global economy*. Washington, DC, Institute for International Economics.
- Roter D et al. (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29:1083–1093.
- Ruck NF et al. (1999). Assessing management training needs: a study in the Punjab health services, Pakistan. *Journal of Health and Population in Developing Countries*, 2:78–87.
- Saltman RB, Von Otter C (1995). *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*. Buckingham, Open University Press.
- Sandiford P et al. (1992). What can information systems do for primary health care? An international perspective. *Social Science and Medicine*, 34:1077–1087.
- Sararak S, Jamaluddin R (1999). Demotivating factors among government doctors in Negeri Sembilan. *Medical Journal of Malaysia*, 54:310–319.
- Schlette S (1998). *Public service reforms and their impact on health sector personnel in Colombia*. Geneva, World Health Organization.
- Scott T et al. (2003a). The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Services Research*, 38:923–945.
- Scott T et al. (2003b). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8:105–117.
- Shah MA et al. (2001). Determinants of job satisfaction among selected care providers in Kuwait. *Journal of Allied Health*, 30:68–74.
- Shortell SM et al. (1991). Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Medical Care*, 29:709–726.
- Shortell SM et al. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical Care*, 32:508–525.
- Shum C et al. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320:1038–1043.
- Siddiqi S et al. (2001). The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 16:193–198.
- Simoes EA et al. (2003). Management of severely ill children at first-level health facilities in sub-Saharan Africa when referral is difficult. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:522–531.
- Siziya S, Woelk G (1995). Predictive factors for medical students and housemen to work in rural health institutions in Zimbabwe. *Cent Afr J Med*, 41:252–254.
- Stevens KA, Walker EA (1993). Choosing a career: why not nursing for more high school seniors? *Journal of Nursing Education*, 32:13–37.
- Stilwell B et al. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 1:8.

- Stordeur S et al. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35:533–542.
- Tawfik L, Kinoti SN (2003). *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Support for Analysis and Research in Africa Project (SARA), USAID.
- Tawfik, L., Kinoti, S. (2006) The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries. Background paper prepared for The world health report 2006 – working together for health. [http://www.who.int/hrh/documents/Impact\\_of\\_HIV.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/Impact_of_HIV.pdf)
- Tri DL (1991). The relationship between primary health care practitioners' job satisfaction and characteristics of their practice settings. *Nurse Practitioner*, 16:46, 49–52, 55.
- Trout WE (1979). Regional accreditation, evaluation criteria, and quality assurance. *Journal of Higher Education*, 50:199–210.
- Tzeng HM (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39:867–878.
- Van Lerberghe W et al. (2002a). Human resources impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 80:525.
- Van Lerberghe W et al. (2002b). When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 80: 581–584.
- Vandenberghe C (1999). Organizational culture, person–culture fit, and turnover: a replication in the health care industry. *Journal of Organizational Behavior*, 20:175–184.
- Venning P et al. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, 320:1048–1053.
- Verbrugge LM Steiner RP (1981). Physician treatment of men and women patients: sex bias or appropriate care? *Medical Care*, 19:609–632.
- Villeneuve MJ (1994). Recruiting and retaining men in nursing: a review of the literature. *Journal of Professional Nursing*, 10:217–228.
- Vujicic M et al. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2:3.
- Wahba J (2003). *Health labor markets: incentives or institutions?* UK: University of Southampton. Working Group 7, Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development. Global Health Trust, Harvard University.
- Waldman JD et al. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 29:2–7.
- Wibulpolprasert S, Pengpaibon P (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*, 1:12.
- World Bank (1993). *Investing in health*. New York, Oxford University Press.
- World Bank (1994a). *Adjustment in Africa: reforms, results, and the road ahead*. New York: Oxford University Press.
- World Bank (1994b). *Better health in Africa: experience and lessons learned*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2003). *Assessment tool for human resources management records and information systems*. World Bank. Available online at <http://www1.worldbank.org/publicsector/civilservice/acext/assessmenttool.pdf>.
- World Bank (2004). *World development indicators*. Washington DC: World Bank.
- WFME (2003). *Basic medical education: WFME global standards for quality improvement*. Copenhagen, World Federation for Medical Education.
- WHO (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2001). *WHO guidelines for quality assurance of basic medical education in the Western Pacific Region*. Manila, Philippines.
- WHO (2002). *Human resources and national health systems: final report*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003a). *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003b). *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa.
- WHO (2004). *WHO estimates of health personnel: physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2006). *The world health report 2006 – working together for health*. Geneva, World Health Organization.

- 
- WHO and UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Alma Ata, USSR, World Health Organization: 79.
- Yaktin US et al. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *Journal of Nursing Administration*, 33:384–390.
- Yaping D, Stanton P (2002). Evaluation of the health services management training course of Jiangsu, China. *Australian Health Review Rev*, 25:161–170.
- Zhou J Zhang X (1994). The causes and solutions of red envelopes in hospitals. *Chinese Journal of Hospital Administration*, 10:353–355.
- Zimmerman JE et al. (1993). Improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units: a prospective, multicenter study. *Critical Care Medicine*, 21(10):1443–1451.
- Zurn P et al. (2002). *Imbalances in the health workforce: briefing paper*. Geneva, World Health Organization: 1–51.

Важность кадровых ресурсов для функционирования систем здравоохранения, качества оказания помощи и достижения Целей тысячелетия в области развития широко признана. Этот документ представляет собой руководство для оценки ситуации и разработки стратегий в области кадровых ресурсов здравоохранения. Он содержит метод оценки систем финансирования, образования, управления, а также политического контекста, имеющих ключевое значение для стратегического планирования и развития кадровых ресурсов здравоохранения. Этот инструмент разработан как основанное на фактических данных всеобъемлющее вспомогательное средство для информирования разработчиков политики по вопросам развития кадровых ресурсов здравоохранения в странах с низким и средним уровнем доходов. Предложенная методология создавалась на основе уже существующих инструментов с учетом контекста и вызовов 21-го века. В ней собрано все самое лучшее из уже существующего богатого опыта по использованию политики, стратегий и планирования в области кадровых ресурсов здравоохранения.

ISBN 978 92 4 454731 1



9 789244 547311