

# Техническая записка

## Стратегическая поддержка людских ресурсов для здравоохранения

15 декабря 2016 г.  
Женева, Швейцария

# Содержание

Аббревиатуры.....	3
I. Введение.....	5
II. Общие принципы составления запросов, включающих поддержку ЛРЗ.....	6
01    Учет вопросов устойчивости .....	7
02    Обоснование инвестиций фактическими данными .....	8
03    Инвестирование с учетом положения на рынке труда для ЛРЗ .....	8
04    Инвестирование в комплексные подходы к ЛРЗ.....	9
05    Участие в стратегических партнерствах.....	10
06    Рассмотрение вопроса об инвестициях в развитие информационно-коммуникационных технологий.....	11
III. Виды поддерживаемые Глобальным фондом инвестиций в укрепление ЛРЗ .....	11
01    Политика, руководство и планирование/ управление в области ЛРЗ.....	12
03    Заработная плата и вознаграждение .....	16
04    Удержание и мотивация кадров .....	18
IV. Инвестиции в ЛРЗ в различных странах .....	20
Таблица 1. Определение порядка приоритетности стратегических инвестиций в людские ресурсы для здравоохранения – примеры .....	23
Приложение 1. Аннотированный перечень материалов по ЛРЗ .....	24
Приложение 2. Опыт стран по достижению устойчивости и укреплению готовности к переходу в области ЛРЗ .....	26
Ссылки.....	27

## Аббревиатуры

AIDS	acquired immune deficiency syndrome	СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	ЦКЗ	Центр по профилактике и контролю над заболеваниями
CHAI	Clinton Health Access Initiative	СНАИ	Инициатива Клинтона по доступу к услугам здравоохранения
CHW	community health worker	ОМП	общинный медработник
COE	challenging operating environment	СОУ	сложные оперативные условия
CSO	civil society organization	ОГО	организация гражданского общества
DHIS	district health information system	РИСЗ	районная информационная система здравоохранения
GAVI	Global Vaccine Alliance	ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
HIV	human immunodeficiency virus	ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
HMIS	health management information system	ИСУЗ	информационная система управления здравоохранением
HRH	human resources for health	ЛРЗ	людские ресурсы для здравоохранения
HRIS	human resources information system	ИСУЛР	информационная система укрепления людских ресурсов
HSS	health system strengthening	УСЗ	укрепление системы здравоохранения
iCCM	integrated community case management	КВПС	комплексное ведение пациентов на уровне сообществ
ICT	information and communications technology	ИКТ	информационно-коммуникационные технологии
LFA	local funding agent	МАФ	местный агент Фонда
MDR	multiple drug resistant	МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
MoH	ministry of health	МЗ	министерство здравоохранения
NGO	non-governmental organization	НПО	неправительственная организация
OVC	orphans and vulnerable children	СУД	сироты и уязвимые дети
PBF	performance-based financing	ФПР	финансирование по результатам
PHC	primary health care	ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
PR	principal recipient	ОР	основной реципиент
RAMP	rapid mobile phone data collection	БСИМТ	быстрый сбор информации с помощью мобильных телефонов

RSSH	resilient and sustainable systems for health	ЖУССЗ	жизнеспособные и устойчивые системы для сохранения здоровья людей
SRMNCAH	sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health	СРЗЗМНДП	сексуальное и репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков
SDG	sustainable development goal	ЦУР	Цели в области устойчивого развития
TB	tuberculosis	ТБ	туберкулез
UNDP	United Nations Development Program	ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
UNFPA	United Nations Population Fund	ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund	ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
USAID	United States Agency for International Development	ЮСАИД	Агентство Соединенных Штатов по международному развитию
VCT	voluntary counselling and testing	ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
WHO	World Health Organization	ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

*Выражение признательности.* Глобальный фонд разработал настоящую техническую записку совместно с Департаментом ВОЗ по трудовым ресурсам здравоохранения в целях обеспечения согласованности с последними нормативными руководящими указаниями по ЛРЗ. Глобальный фонд хотел бы выразить признательность за сотрудничество и экспертное руководство коллегам в ВОЗ и многочисленным заинтересованным сторонам, с которыми проводились консультации в процессе подготовки этой технической записки.

# I. Введение

Проблемы в связи с людскими ресурсами для здравоохранения (ЛРЗ) признаются одним из серьезных препятствий для расширения охвата и повышения качества медицинских услуг, в том числе услуг при ВИЧ/СПИДе, туберкулезе (ТБ) и малярии<sup>1</sup>. Связь между наличием и доступностью ЛРЗ и последующим охватом услугами и результатами в сфере здравоохранения не вызывает сомнения<sup>2, 3, 4, 5</sup>. Большинство поддерживаемых Глобальным фондом стран сталкиваются с проблемами в области ЛРЗ, в том числе с нехваткой и неравномерным распределением ЛРЗ, большой текучестью кадров, недостаточным уровнем образования и профессиональной подготовки, плохими условиями труда и отсутствием достоверных данных о медицинских кадрах. Поэтому ЛРЗ является одним из основополагающих направлений деятельности по достижению связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития (ЦУР)<sup>6</sup> и созданию жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья людей (ЖУССЗ)<sup>а</sup>. Это одна из главных задач новой Стратегии Глобального фонда на период с 2017 по 2022 год<sup>7</sup>. Одной из подзадач, имеющих существенное значение для достижения этой цели, является эффективное использование Глобальным фондом ресурсов для укрепления ЛРЗ.

Глобальный фонд осуществляет совместно с министерствами здравоохранения и техническими партнерами также функцию оценки результатов своих инвестиций в области ЛРЗ и обеспечения устойчивого укрепления ЛРЗ. Эта функция закреплена в Глобальной стратегии для развития ЛРЗ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)<sup>8</sup>, утвержденной 69-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 года.

Для целей настоящего документа термины «ЛРЗ» и «медицинские кадры» включают медработников, связанных с лечебной практикой (например, врачей, медсестер, акушеров, фармацевтов и общинных медработников), а также лиц, обеспечивающих поддержку в их работе (например, руководителей медицинских служб, персонал программ, административных работников, лаборантов, социальных работников, работников экологической медицины и общинных медработников, таких как наставники и общинные работники, обеспечивающие лечение и тестирование). Другими словами – все людские ресурсы, поддерживаемые за счет финансирования Глобального фонда. В Приложении 1 содержится перечень полезных ресурсов и инструментов в области ЛРЗ.

Глобальный фонд стремится к тому, чтобы инвестиции в ЛРЗ были этичные и устойчивые, что неизбежно налагает определенные ограничения на предоставляемые виды поддержки, особенно в странах, не имеющих соответствующей национальной политики или стратегии для ориентирования инвестиций в ЛРЗ. Целью настоящей технической записки является разъяснение подхода Глобального фонда к инвестированию в ЛРЗ путем описания:

- 1) общих принципов инвестиций Глобального фонда в ЛРЗ (Раздел 2);
- 2) различных видов инвестиций в ЛРЗ, которые могут получить поддержку со стороны Глобального фонда (Раздел 3);
- 3) как поддержка ЛРЗ Глобальным фондом может варьироваться в зависимости от условий в стране (Раздел 4).

Настоящая записка призвана ориентировать страны в подготовке запросов на финансирование для представления Глобальному фонду. Ее следует использовать в качестве основы для обсуждения и согласования с заинтересованными сторонами при разработке запросов. Кандидатам необходимо ознакомиться со всем содержанием технической записки, однако первостепенное значение имеют перечисленные ниже вопросы.

---

<sup>а</sup> Подробнее о подходе к ЖУССЗ см. [здесь](#). См. также [Global Fund's 2016 Paper on Resilient and Sustainable Systems for Health](#).

- Запросы на финансирование, включающие инвестиции в укрепление ЛРЗ, должны продемонстрировать знание основных условий на рынке труда для ЛРЗ (см. Раздел 2.3) и четко указывать, каким образом будут обеспечиваться устойчивость и стратегическая направленность этих инвестиций с учетом условий на рынке труда и расширенной системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (см. Разделы 2.1-2.6).
- В странах, где существуют национальная политика, планы и стратегии в области ЛРЗ, запросы на инвестиции в укрепление ЛРЗ должны быть согласованы с этой политикой, планами и стратегиями. Если они отсутствуют, то Глобальный фонд определит в качестве приоритетной задачи поддержку для их разработки. Аналогичным образом для большинства стран будет актуальна поддержка создания или укрепления потенциала для управления и планирования ЛРЗ (см. Раздел 3.1).
- В целях обеспечения максимальной устойчивости инвестиции в образование и профессиональную подготовку ЛРЗ должны быть ориентированы на предварительное обучение и непрерывное повышение квалификации для работников, предоставляющих ПМСП, а не на краткосрочное обучение на рабочих местах по конкретному заболеванию (см. Раздел 3.2). Однако финансирование обучения на рабочих местах продолжится, если будет продемонстрирована потребность в такой поддержке.
- В соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ, для развития ЛРЗ Глобальный фонд будет инвестировать как в капитальные затраты, так и в текущие расходы (включая заработную плату), при необходимости. Инвестиции для оплаты труда должны осуществляться при соблюдении действующих руководящих принципов Глобального фонда по бюджетированию и основываться на фактических данных об их необходимости для предоставления услуг при туберкулезе, малярии и/или ВИЧ (см. Раздел 3.3).
- Следует избегать надбавок к заработной плате и материального стимулирования, за исключением случаев, когда это единственный способ обеспечения для ЛРЗ прожиточного минимума и/или необходимо для достижения целей и задач Глобального фонда и соответствующее финансирование будет осуществляться только в случае доказуемости такой необходимости. Сначала должны быть рассмотрены другие механизмы удержания и мотивации кадров (см. Раздел 3.4).
- Подходы Глобального фонда могут различаться по странам, поскольку мероприятие, целесообразное в одних условиях, может быть неприемлемо в других (см. Раздел 4).

## **II. Общие принципы составления запросов, включающих поддержку ЛРЗ**

Инвестиции в укрепление ЛРЗ будут иметь приоритетное значение, если проблемы с медицинскими кадрами препятствуют обеспечению наличия, доступности, приемлемости или качества основанных на фактических данных мероприятий по профилактике, диагностированию, лечению и оказанию помощи при ВИЧ, туберкулезе и малярии (и достижению более масштабных целей в сфере здравоохранения), особенно в странах с высоким бременем болезни и низким экономическим потенциалом.

Общие принципы, которыми необходимо руководствоваться при разработке запросов на финансирование ЛРЗ:

- учет вопросов устойчивости;
- обоснование инвестиций фактическими данными;
- инвестирование с учетом положения на рынке труда для ЛРЗ;
- инвестирование в более комплексные подходы к ЛРЗ;

- участие в стратегических партнерствах;
- учет вопроса об инвестициях в развитие информационно-коммуникационных технологий.

## 01 Учет вопросов устойчивости

Глобальный фонд определяет устойчивость своих программ с точки зрения их потенциала для сохранения охвата услугами на уровне, обеспечивающим непрерывность борьбы против заболеваний даже после прекращения внешнего финансирования. Первоочередное внимание следует уделять устойчивости долгосрочных результатов в области улучшения эпидемиологической ситуации путем непрерывной борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии и необязательно устойчивости отдельных программ. Подробнее см. в политике и методических указаниях Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования<sup>b, c</sup>.

Одним из основных компонентов устойчивости программ является встраивание мероприятий по укреплению ЛРЗ в тщательно разработанный национальный стратегический план с расчетом затрат, финансируемый на ежегодной основе и имеющий законную силу. В запросах на финансирование необходимо четко показать, как предлагаемые мероприятия согласованы с национальной политикой, стратегиями и планами.

В странах, где политика, стратегии и планы в области ЛРЗ отсутствуют или имеют недостаточный охват, необходима поддержка Глобального фонда для их разработки и реализации в сотрудничестве с другими партнерами в области развития там, где это необходимо и практически осуществимо. Однако для рационального руководства и управления ЛРЗ требуется больше, чем наличие плана, поэтому поддержка со стороны Глобального фонда может включать деятельность по созданию или укреплению потенциала соответствующих учреждений на национальном или субнациональном уровне, способных выполнять основные функции и задачи, связанные с ЛРЗ, а также анализ, планирование, определение политики, мониторинг и оценку рынка труда в сфере здравоохранения (см. также Раздел 3.1).

Страны могут принимать меры по достижению устойчивости инвестиций в укрепление ЛРЗ путем определения порядка приоритетности инвестиций и подходов, обеспечивающих снижение затрат или экономическую эффективность использования ресурсов. В качестве примеров можно привести:

- повышение прозрачности и эффективности системы оплаты труда и других систем финансового управления ЛРЗ (см. Раздел 3.1);
- материальные стимулы и субсидии в целях сокращения отсева учащихся из медицинских учебных заведений (см. Раздел 3.2);
- инвестиции в предварительное обучение ЛРЗ, которое нередко представляется более экономичным и устойчивым решением, нежели акцент на краткосрочное обучение по конкретному заболеванию на рабочих местах<sup>9, 10</sup> (см. Раздел 3.2);
- первостепенное внимание к медицинским кадрам, ориентированным на ПМСП, включая общинных медработников;
- нематериальные стимулы для повышения мотивации, эффективности и удержания медицинских кадров (см. Раздел 3.4).

Устойчивость зависит от увеличения внутренних инвестиций в здравоохранение. Глобальный фонд будет стимулировать такие финансовые обязательства посредством требований

<sup>b</sup> См. Политику Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования ([Global Fund's Sustainability, Transition and Co-financing policy](#)).

<sup>c</sup> См. Техническую записку Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования, доступную [здесь](#).

по совместному финансированию<sup>d</sup>. Глобальный фонд будет также поддерживать и координировать с партнерами предоставление технической поддержки, чтобы страны имели тщательно проработанные и всеобъемлющие национальные стратегии финансирования здравоохранения, на которых будут основаны их стратегические планы, включающие в соответствующих случаях частный сектор. См. во Вставке 1 примеры инвестиций в укрепление ЛРЗ, включавшие убедительную демонстрацию того, что вопросы устойчивости учитывались с самого раннего этапа.

#### **Вставка 1. Примеры устойчивых инвестиций в укрепление ЛРЗ**

**В Южной Африке** Глобальный фонд оплачивает труд работников, занятых разработкой и осуществлением новой системы управления снабжением для ряда лекарств и основных расходных материалов. На введение регулярных расходов в бюджетный цикл правительства уйдет два года, и этот процесс уже начат.

**В Болгарии** грант на борьбу с ВИЧ помог профинансировать открытие и содержание 19 центров добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) за период 2004-2015 годов и 4 центров метадоновой терапии, обеспечивших опиоидную заместительную терапию для 400 потребителей инъекционных наркотиков. Из них 13 центров ДКТ и 3 центра метадоновой терапии (включая заработную плату персонала) перешли на содержание за счет государства и продолжают функционировать.

**В Бангладеш** рост экономики достиг такого уровня, что недавно страна была переведена в категорию стран с доходом ниже среднего, и правительство объявило о планах увеличения расходов на здравоохранение. Стратегия повышения устойчивости в отношении ЛРЗ в Бангладеш предусматривает на первом этапе принятие правительством на себя обязательств по оплате труда государственных служащих, которая в настоящее время финансируется Глобальным фондом. Этому процессу будет содействовать тот факт, что в плане стратегических инвестиций правительства медицинские кадры определяются как один из приоритетов.

## **02 Обоснование инвестиций фактическими данными**

Представление достоверных и надежных фактов и данных, которые ясно показывают, для чего необходима инвестиция, усилит любой запрос на поддержку ЛРЗ со стороны Глобального фонда. В странах, имеющих эффективные информационные системы управления здравоохранением (ИСУЗ) и информационные системы укрепления людских ресурсов (ИСУЛР), сбор необходимых данных не должен вызвать особые трудности. Однако во многих поддерживаемых Глобальным фондом странах такие информационные системы либо вообще отсутствуют, либо функционируют неэффективно. В таких случаях Глобальный фонд будет рассматривать финансовые инициативы в целях создания или укрепления ИСУЗ и/или ИСУЛР (см. Раздел 3.1).

Усовершенствованные системы сбора, обработки, анализа и распространения данных по ЛРЗ будут также содействовать эффективному мониторингу и оценке инвестиций Глобального фонда в укрепление ЛРЗ в соответствии с разработанной Глобальным фондом системой мониторинга и оценки<sup>e</sup>.

## **03 Инвестирование с учетом положения на рынке труда для ЛРЗ**

Достаточная численность и эффективность медицинских кадров, способных принимать ответные меры в связи с первоочередными текущими проблемами, могут быть достигнуты только путем реального соответствия обеспеченности профессиональными медиками и другими работниками здравоохранения и их квалификации потребностям населения в настоящее время

<sup>d</sup> [Sustainability, Transition and Co-financing policy](#). См. также Техническую записку Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования, доступную [здесь](#).

<sup>e</sup> См. [Global Fund monitoring and evaluation framework](#).



и в будущем. В запросах должно быть отражено знание основных условий на рынке труда для ЛРЗ (государственного и частного секторов). Например, в случае нехватки ЛРЗ соответствующие ответные меры будут зависеть от того, с чем связана такая нехватка: с уровнем обеспеченности кадрами или их востребованностью либо с тем и другим. Нехватка, связанная с уровнем обеспеченности кадрами, возникает, когда готовится/ приглашается из-за границы и удерживается недостаточное число медработников. Нехватка кадров, связанная с уровнем их востребованности, возникает, когда страна не в состоянии покрыть регулярные расходы на удовлетворение потребности в ЛРЗ. В таких случаях при рассмотрении вопроса о поддержке со стороны Глобального фонда учитываются следующие соображения.

- В случае нехватки кадров (то есть когда количество финансируемых рабочих мест или экономические потребности превышают возможности обеспечения медицинских кадров на данный момент) Глобальный фонд будет рассматривать вопрос о поддержке предварительного обучения медицинского персонала в целях увеличения числа медработников до уровня, необходимого для удовлетворения потребностей населения.
- Если, напротив, численность медработников превышает количество финансируемых рабочих мест в государственном секторе (то есть при неполной занятости или безработице среди медработников), Глобальный фонд будет рассматривать вопрос о финансировании дополнительных рабочих мест при наличии фактических данных, свидетельствующих о существовании оснований и/или необходимости для расширения охвата услугами в отношении трех заболеваний.
- В большинстве стран с низким уровнем дохода как обеспеченность медицинскими кадрами, так и экономические потребности не отвечают нуждам населения. В таких ситуациях необходим комбинированный подход, предусматривающий инвестиции и в финансирование дополнительных рабочих мест и в расширение предварительного обучения медицинских кадров.
- Там, где анализ рынка труда указывает на слишком низкую оплату труда медработников, не позволяющую обеспечить предоставление услуг, Глобальный фонд будет рассматривать вопрос об оказании поддержки для повышения заработной платы в целях улучшения положения с удержанием и географическим распределением медицинских кадров.

В случае отсутствия соответствующего анализа рынка труда Глобальный фонд может оказать содействие в его разработке (например, путем финансирования технической поддержки в обработке и анализе необходимых данных). Такой анализ обеспечит инвестиционные решения на основе определения дефицита финансирования, бюджетно-финансовых возможностей и потенциала для принятия государством на себя решения проблем ЛРЗ в будущем.

## 04 Инвестирование в комплексные подходы к ЛРЗ

Отсутствие координации между различными программами по заболеваниям может привести к фрагментарности в предоставлении услуг и несогласованности задач и подходов в отношении медицинских кадров. Устойчивости и эффективности можно достичь путем большей интеграции услуг и ЛРЗ на уровне ПМСП и на уровне сообществ, в зависимости от обстоятельств, путем согласования государственных стратегий (там, где они есть) и существующей структуры предоставления услуг. Следует иметь в виду, что продвижение к большей комплексности предоставления услуг не означает, что все должно быть объединено в единый пакет; не означает комплексный подход к ЛРЗ и того, что один медработник обеспечивает предоставление всех услуг. Напротив, это может означать меры по координации образования, профессиональной подготовки, надзора, оплаты труда и перспектив профессионального роста для медиков и других работников здравоохранения.

Существует много возможностей для интеграции в самых разных условиях в целях одновременного удовлетворения ряда потребностей пациентов. Поэтому кандидатам следует стремиться к достижению максимальной синергии между инвестициями в борьбу с конкретными заболеваниями и инвестициями в другие виды ПМСП и ЛРЗ на уровне сообществ, в частности в услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (СРЗЗМНДП) (примеры опыта стран см. во Вставке 2). Подробнее о комплексных подходах см. в Информационном бюллетене по ЖУССЗ и вспомогательной технической записке по СРЗЗМНДП<sup>f</sup>.

**Вставка 2. Примеры комплексных инвестиций в укрепление ЛРЗ, направленных на создание жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья людей**

В **Мавритании** правительство недавно утвердило программу комплексной подготовки 500 общинных медработников (ОМР), которая будет совместно финансироваться правительством, ЮНИСЕФ и Глобальным фондом. Первоначально она планировалась только как программа комплексного ведения пациентов на уровне сообществ (КВПС), но МЗ расценило это как важную возможность подготовки ОМР для предоставления силами сообществ полного пакета услуг здравоохранения для взрослых и детей, в том числе в отношении СПИДа, туберкулеза и репродуктивного здоровья.

Аналогичным образом, в **Намибии** ОМР обычно предоставляли только поддержку и паллиативный уход при СПИДе, однако некоторые из них прошли шестимесячную подготовку в качестве медработников второго уровня, получив квалификацию для предоставления постоянной помощи и тестирования на дому. Конечной целью является интегрирование этих медработников второго уровня во все программы по трем заболеваниям.

## 05 Участие в стратегических партнерствах

Поскольку мандат Глобального фонда состоит в борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, не предполагается, что он должен брать на себя ведущую роль в инициативах по формированию или совершенствованию медицинских кадров страны. Скорее, его стратегией в области ЛРЗ является работа со странами по выявлению дефицита ЛРЗ, влияющего на меры борьбы с тремя заболеваниями и смежные услуги (например, на комплексные услуги по СРЗЗМНДП). В запросах на финансирование необходимо объяснить, каким образом предлагаемые мероприятия помогут странам в восполнении соответствующих пробелов до тех пор, когда это станет возможным, используя внутреннее финансирование.

Многие организации и учреждения занимаются вопросами укрепления ЛРЗ, и Глобальный фонд готов работать в партнерстве с ними. ВОЗ содействует выработке глобальной политики по укреплению ЛРЗ<sup>g</sup>; важная роль в решении некоторых конкретных проблем также принадлежит другим международным учреждениям, таким как Международная организация труда (условия занятости), ЮНИСЕФ и ЮНФПА (которые особенно активно занимаются вопросами охраны здоровья матери и ребенка, в том числе некоторыми аспектами людских ресурсов). Национальные правительства несут ответственность за то, чтобы национальная политика, стратегии и планы по укреплению ЛРЗ отвечали потребностям населения и ожиданиям граждан с учетом основанных на фактических данных глобальной политики и стратегий в той мере, в какой это актуально и целесообразно. Всемирный банк и ПРООН могут также участвовать в обсуждении политики создания бюджетно-финансовых возможностей для полного покрытия регулярных расходов на укрепление ЛРЗ. ВОЗ принадлежит функция технической поддержки ЛРЗ, поэтому страновые бюро ВОЗ, при наличии запроса от стран, могут оказать поддержку диалогу о политике в области ЛРЗ, а также в выработке или укреплении планов по ЛРЗ. Возможно, целесообразно вступить в диалог с этими и/или другими партнерами для оказания

<sup>f</sup> Информационный бюллетень по ЖУССЗ и техническую записку по СРЗЗМНДП см. в разделе [applicant resources](#).

<sup>g</sup> Например, [Global Strategy on HRH](#) и [Global Code of Practice on International Recruitment](#).

помощи в разработке запросов на финансирование. Вероятно, целесообразно также координировать действия с другими донорами в целях определения направлений эффективного взаимодействия, согласования стратегий и исключения дублирования усилий.

Однако в функции Глобального фонда входит обсуждение и согласование конкретных связанных с грантами вопросов, таких как уровень оплаты труда ЛРЗ (см. Раздел 3.3). Существенным элементом этого процесса является диалог с министерствами здравоохранения (МЗ); в некоторых случаях целесообразно также взаимодействовать с другими правительственными структурами, например с подразделениями по ЛРЗ и планированию в других министерствах (образования, финансов, труда), гражданской службой и/или другими донорами, финансирующими укрепление ЛРЗ, и/или частным сектором в целях согласования действий.

## **06 Рассмотрение вопроса об инвестициях в развитие информационно-коммуникационных технологий**

Эффективное использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) является одним из путей повышения стратегической и каталитической направленности инвестиций в укрепление ИКТ. Мероприятия каталитического характера обеспечивают ускорение и/или усиление воздействия. В контексте ЛРЗ инвестиции в ИКТ должны быть ориентированы на использование программного обеспечения и систем в целях содействия решению таких проблем, как планирование потребностей в персонале, повышение профессиональной квалификации и улучшение условий труда.

ИКТ могут иметь особое значение для обеспечения комплектования медицинских кадров, электронного обучения, ведения электронных медицинских карт, телемедицины, инструментов для принятия клинических решений, контактов между медработниками и между медработниками и пациентами, управления системой снабжения, организации оплаты труда, управления эффективностью деятельности и механизмов обратной связи, безопасности пациентов<sup>11</sup>, контроля качества услуг и независимости пациентов<sup>12</sup>. ИКТ создают возможности для усиления поддержки ЛРЗ во всех перечисленных случаях – от обучения до расстановки кадров, управления материальным стимулированием и эффективностью деятельности. Внедрение элементов ИКТ в контексте грантов Глобального фонда потенциально актуально во всех странах, но оно должно сопровождаться обоснованием его практической осуществимости и экономической эффективности в условиях данной страны.

## **III. Виды поддерживаемые Глобальным фондом инвестиций в укрепление ЛРЗ**

Для преодоления связанных с ЛРЗ проблем существуют основанные на фактических данных мероприятия и стратегии. Например, коренные улучшения качества медицинских кадров возможны при сотрудничестве секторов образования и здравоохранения в осуществлении изменений в сфере образования<sup>13</sup>. Улучшения в области мотивированности, удовлетворенности, удержания, справедливого распределения и эффективности медработников могут быть достигнуты путем осуществления комплексного пакета мер в политике набора и удержания кадров (например, материальных и нематериальных стимулов), регламентирования и реорганизации в предоставлении услуг<sup>14</sup>. Повышение эффективности возможно посредством внедрения ориентированной на пользователя модели оказания ПМСП. Это предполагает принятие многообразной, устойчивой профессиональной структуры и использование потенциала общинных медработников и медработников среднего звена в составе многопрофильных бригад первичной медико-санитарной помощи<sup>15, 16</sup>.

В зависимости от условий в стране соответствующие мероприятия в области ЛРЗ могут быть направлены на один или несколько разных компонентов рынка труда в области здравоохранения, в том числе:

- 1) **укрепление потенциала** для эффективного формирования политики, руководства и планирования/ управления в работе с медицинскими кадрами;
- 2) увеличение обеспеченности кадрами и повышение квалификации ЛРЗ посредством **обучения и профессиональной подготовки**;
- 3) содействие спросу путем **финансирования рабочих мест** в секторе здравоохранения;
- 4) улучшение в области **мотивации и удержания кадров** посредством материальных и нематериальных стимулов, содействующих достижению целей и задач грантов в соответствии с руководящими принципами Глобального фонда по бюджетированию<sup>h</sup>.

Успешная реализация всех указанных выше видов мероприятий, особенно касающихся оплаты труда, мотивации и удержания кадров, в значительной степени зависит от наличия национальной платформы для согласования всех мер в области ЛРЗ в стране. Если такая платформа отсутствует, то Глобальный фонд рассмотрит вопрос об оказании поддержки в ее разработке при ответственности за нее самой страны.

Целесообразность таких мероприятий будет определяться условиями в стране, в том числе тяжестью бремени заболевания и видом поддержки, предоставляемой в текущий момент Глобальным фондом и другими донорами, а также положением с ЛРЗ и экономическим потенциалом. Более подробные рекомендации, дифференцированные в соответствии с условиями в странах, представлены ниже в каждом разделе и обобщены в Таблице 1 в Разделе 4.

## 01 Политика, руководство и планирование/ управление в области ЛРЗ

Эффективное руководство и управление необходимы для успешного осуществления всех видов мероприятий по укреплению ЛРЗ, поэтому этот вид поддержки потенциально актуален для всех стран, поддерживаемых Глобальным фондом (см. Таблицу 1 в Разделе 4).

Соответствующие мероприятия могут включать создание или укрепление потенциала в целях:

- осуществления ведущей роли в кратко- и долгосрочном планировании и развитии медицинских кадров;
- мобилизации и использования ресурсов эффективно, результативно, при обеспечении подотчетности;
- улучшения условий труда, создания систем управления результатами, систем поощрений и структур служебного роста для профессиональных медиков и других работников здравоохранения;
- укрепления систем обучения на рабочих местах в целях улучшения связей и согласованности между обучением на рабочих местах, непрерывным повышением квалификации и предварительным обучением;
- введения политики по регулированию, предоставлению услуг и образованию/ профессиональной подготовке медработников;

---

<sup>h</sup> [Global Fund Guidelines for Grant Budgeting and Annual Financial Reporting 2014.](#)

<sup>i</sup> Управление результатами представляет собой процесс постоянных контактов между работником и его руководителем для обеспечения понимания работником своих функций и мотивирования к достижению целей работодателя.

- определения надлежащих стратегий участия в порядке сотрудничества и вступления в договорные отношения с организациями гражданского общества (ОГО) и частным сектором;
- управления вопросами оплаты труда ЛРЗ и другими механизмами финансового управления для повышения эффективности, подотчетности и прозрачности мониторинга и отчетности по расходам на укрепление ЛРЗ; и/или
- анализа данных о персонале и экономике труда; повышения потенциала в области управления людскими ресурсами, включая эффективное использование информационных систем укрепления людских ресурсов (ИСУЛР) и разработку национальных счетов медицинских кадров (см. Раздел 2.2)17. В соответствии с глобальной стратегией ВОЗ по укреплению ЛРЗ18 рекомендуется гармонизация данных по ЛРЗ в плане определения, анализа и распространения, а также создание национальных счетов медицинских кадров. Существует глобальная инструкция относительно минимального набора данных для реестра медицинских кадров19 и сбора данных по ЛРЗ для кадрового планирования20. Странам, запрашивающим поддержку в создании и укреплении ИСУЛР, следует ознакомиться с этими принципами и обеспечить согласованность запросов на финансирование такой деятельности с этими глобальными рекомендациями.

В некоторых странах мероприятия по расширению охвата обучением или занятости медицинских кадров могут быть более эффективными, если они будут направлены на децентрализацию или осуществляться через негосударственные структуры, когда результаты и выводы относительно расширения охвата проявляются быстрее (пример эффективного расширения охвата посредством НПО в Бангладеш см. во Вставке 5). В таких странах потребуется создание или укрепление потенциала на соответствующем административном уровне (соответствующих административных уровнях) и в соответствующих организациях (например, государственный сектор, НПО, частный сектор и/или ОГО).

В сложных оперативных условиях (СОУ) создание потенциала в области управления абсолютно необходимо для обеспечения эффективности поддержки ЛРЗ, поэтому мероприятиям такого рода следует отдавать приоритет при взаимодействии с другими заинтересованными сторонами. Примеры инвестиций в укрепление ЛРЗ, направляемых на создание потенциала для управления ЛРЗ, в странах с разными условиями см. во Вставке 3.

### **Вставка 3. Примеры инвестиций Глобального фонда в создание потенциала для управления ЛРЗ**

В **Либерии** Глобальный фонд поддерживает новый центр подготовки ЛРЗ. Поддерживаемая Всемирным банком Инициатива Клинтонна по доступу к услугам здравоохранения (СНАИ) будет обеспечивать долгосрочную техническую поддержку, направляя профессиональные кадры ЛРЗ для укрепления потенциала нового учебного центра. Глобальный фонд оказывал поддержку ряду стран (например, **Мали, Сьерра-Леоне**) в «наведении порядка» в работе с кадрами, результатом которого стало улучшение положения с удержанием кадров, сокращение количества случаев невыхода на работу и количества «мертвых душ».

В **Джибути** и **Марокко** Глобальный фонд оказывал поддержку в разработке систем баз данных для отслеживания информации о подготовке и продвижении по службе ЛРЗ. Такая система в Джибути используется в целях регистрации посещаемости и эффективности мероприятий по обучению на рабочих местах для медработников. В Марокко планируется разработать систему отслеживания всех продвижений по службе, а также обучения для повышения эффективности и результативности планирования и распределения ЛРЗ. Грант Глобального фонда также включает средства для финансирования оценки эффективности этой системы.

## 02 Обучение и профессиональная подготовка

Увеличение притока медицинских работников и/или повышение уровня их компетентности имеет существенное значение для достижения масштабных целей в сфере здравоохранения, в том числе в области ВИЧ, туберкулеза и малярии. Поэтому мероприятия в области обучения и профессиональной подготовки потенциально актуальны во всех странах, получающих поддержку от Глобального фонда, хотя целевая направленность такой деятельности будет варьироваться в зависимости от типа страны и ее условий (см. Таблицу 1 в Разделе 4).

Обучение работников ПМСП (например, основных лечащих врачей, медсестер и акушеров, общинных медработников и аутрич-работников для основных затронутых групп населения) особенно важно, поскольку эти кадры, как правило, оказывают комплексные услуги при трех заболеваниях, а также в области СРЗЗМНДП.

### **Дослужебная профессиональная подготовка**

Приоритет следует отдавать инвестициям в дослужебное обучение, в зависимости от ситуации в стране. Важно повышать качество обучения/ профессиональной подготовки и обеспечивать современный уровень учебных программ, особенно в странах, которые не готовят выпускников, обладающих в полной мере необходимой квалификацией для профилактики, диагностики и лечения трех заболеваний. Дослужебному обучению необходимо уделять первоочередное внимание также при необходимости увеличения числа подготовленных медработников в странах, которые испытывают нехватку медицинских кадров для удовлетворения потребностей в медико-санитарных услугах и где отсутствие потенциала у учебных заведений, готовящих медработников, служит препятствием для увеличения масштабов подготовки кадров. Соответствующие мероприятия могут включать:

- пересмотр учебных программ или методов обучения (например, в целях содействия инициативам по распределению функций<sup>j</sup> или включения подготовки по вопросам прав человека и по конкретным специальностям, например по множественной лекарственной устойчивости МЛУ-ТБ);
- подготовку инструкторов по санпросветработе;
- повышение потенциала и улучшение качества учебных заведений;
- обновление систем аккредитации и контроля качества обучения медицинских работников; и/или
- оказание поддержки правительствам в согласовании стандартов качества в государственном и частном секторах.

Дослужебная профессиональная подготовка позволяет также устранять гендерные и этнические диспропорции и повышать внимание к гендерным и этническим проблемам среди медицинских кадров. Все страны, получающие поддержку Глобального фонда, должны обеспечивать гендерный и этнический баланс и учет гендерных и этнических проблем во всех мерах политики в отношении медицинских кадров. Соответствующие мероприятия могут включать:

- обеспечение наличия достаточного числа женщин и представителей этнических меньшинств среди медицинских работников в странах, в которых существуют обусловленные культурой препятствия для обращения женщин к медикам-мужчинам или представителям другой этнической группы;
- укрепление потенциала медицинских и общинных работников для предоставления услуг с учетом гендерных и этнических факторов;

---

<sup>j</sup> Распределение функций предусматривает более рациональное разделение обязанностей, например путем передачи некоторых конкретных функций от высококвалифицированных медработников медработникам с меньшим сроком обучения, которые могут выполнять эти функции столь же эффективно и качественно. См. [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/).

- внедрение механизмов, обеспечивающих гендерное и этническое равенство в доступе к программам обучения и профессиональной подготовки.

Аналогичным образом, дослужебная подготовка создает возможность набора студентов из недостаточно охваченных услугами здравоохранения районов страны в расчете на то, что, получив специальность, они, вероятнее всего, будут работать в этих районах (см. также Раздел 3.4).

Если большинство стран со средним уровнем дохода способны финансировать необходимые инвестиции в подготовку медработников из внутренних источников, то многие страны с низким уровнем доходов и СОУ в кратко- и среднесрочной перспективе будут нуждаться в дополнительной поддержке. В запросах на финансирование необходимо четко указывать, каким образом предлагаемые мероприятия будут содействовать национальным системам здравоохранения и стратегиям в области ЛРЗ, а также давать разъяснения относительно того, где дополнительные/ более компетентные медицинские кадры будут использованы в системе здравоохранения (в государственном или частном секторе).

### **Обучение на рабочих местах**

Благодаря программам обучения на рабочих местах медработники могут ознакомиться с новыми процедурами и методиками; они необходимы также в СОУ, где система предварительного обучения действует неудовлетворительно. Однако запросы на оказание поддержки должны содержать обоснование и быть четко сформулированы. Обучение на рабочем месте должно быть спланировано и организовано так, чтобы отсутствие медработников на месте было минимальным, а предоставление услуг не прерывалось. По возможности, следует интегрировать обучение на рабочих местах в более широкие учебные программы, включающие не менее одного из трех заболеваний, но желательно, чтобы они выходили за пределы трех заболеваний (предусматривая, например, комплексное ведение детских болезней, комплексное ведение пациентов на уровне сообществ (КВПС), услуги по планированию семьи, выявление и лечение распространенных неинфекционных заболеваний).

Запросы на оказание поддержки в обучении на рабочих местах должны быть обоснованы в категориях выявленных потребностей и пробелов и а) указывать, каким образом предлагаемые учебные мероприятия согласуются с национальной стратегией, планами и системами обучения<sup>21</sup>, и б) содержать планы по встраиванию соответствующих специализаций в программы предварительного обучения, с тем чтобы в будущем не было необходимости проводить обучение по этому предмету на рабочих местах. См. во Вставке 4 примеры инвестиций в обучение и профессиональную подготовку.

#### **Вставка 4. Примеры инвестиций Глобального фонда в обучение и профессиональную подготовку**

В 15 самых бедных провинциях **Вьетнама** с наиболее низким соотношением числа врачей и численности обслуживаемого населения Глобальный фонд оказывает поддержку инициативе по обучению 3000 помощников врачей в целях доведения их до уровня полноценных докторов. Эти медработники набирались в сельских и отдаленных районах в расчете на то, что, получив специальность, они с большей вероятностью останутся и будут работать в этих недостаточно охваченных услугами здравоохранения сообществах. В то же время обучение на рабочем месте ограничивалось а) согласованием расходов на обучение (питание, проживание, выплата суточных) с нормами государственных расходов и б) финансированием обучения на рабочих местах только в случае необходимости.

В **Намибии** Глобальный фонд в партнерстве с ЦКЗ оказывал поддержку в открытии нового медицинского училища и выплачивает стипендии проходящим предварительное обучение врачам и медсестрам. Стипендии выплачиваются при условии заключения договора на работу в Намибии в течение не менее двух лет после окончания учебы.

### 03 Заработная плата и вознаграждение

В странах, в которых нехватка медработников связана с уровнем их востребованности, простое увеличение их числа может оказаться неэффективным. Это обусловлено тем, что национальных бюджетов в странах с низким уровнем дохода и СОУ не хватает для покрытия основных регулярных расходов, таких как оплата труда в кратко- и среднесрочной перспективе, что приводит к росту безработицы или международной миграции и представляет собой разбазаривание скудных ресурсов. Там, где существуют свидетельства ограниченности возможностей маневра бюджетными средствами и экономически целесообразного спроса на медицинские кадры при наличии значительной потребности в увеличении числа медработников, ресурсы Глобального фонда могут выделяться на оплату труда (на оплату труда в полном объеме или частично) соответствующих медработников, но лишь при условии представления убедительного обоснования.

Запросы на финансирование увеличения численности медицинских кадров должны соответствовать действующим руководящим принципам Глобального фонда по составлению бюджета<sup>k</sup> и включать кратко- или среднесрочный план перехода на оплату труда из государственных фондов. В таком плане следует пояснить, каким образом система здравоохранения будет содержать большее число медицинских кадров в долгосрочной перспективе, и указать, как поддержка оплаты труда будет переводиться на внутреннее финансирование (например, описать механизм (механизмы) для увеличения финансирования здравоохранения, а также представить дополнительный анализ возможностей маневра бюджетными средствами и анализ положения с медицинскими кадрами).

В запросах на финансирование необходимо показать, каким образом запросы на получение поддержки в оплате труда согласовано с национальными процедурами в области людских ресурсов и шкалой заработной платы (как государственной<sup>1</sup>, так и негосударственной) или каким образом запрос встраивается в целенаправленную стратегию в области ЛРЗ, принятую правительством в целях изменения существующего положения. В случае отсутствия национальной стратегии или шкалы заработной платы (или если исключительные обстоятельства не позволяют провести согласование с ней) следует представить обоснование предлагаемого уровня оплаты труда (например, сопоставление с наиболее эффективной и экономичной структурой расчета затрат стран с аналогичным уровнем социально-экономического развития).

Во многих странах процесс установления уровня оплаты труда затруднен присутствием других доноров, цели которых частично совпадают с целями Глобального фонда, но политика и практика которых в отношении ЛРЗ могут не соответствовать политике и практике страны и Глобального фонда. В такой ситуации односторонние решения (например, об ограничении оплаты труда медицинских кадров), вероятно, будут иметь нежелательные последствия, и кандидатам рекомендуется вступать в диалог с правительством, другими донорами, учреждениями Организации Объединенных Наций и другими соответствующими структурами. Если у страны есть план в области ЛРЗ (либо отдельный, либо в составе более широкой стратегии здравоохранения или государственного сектора), его можно использовать для содействия гармонизации взаимоотношений между партнерами при ведущей роли страны. Если плана нет, один или несколько партнеров могут предоставить техническую помощь для разработки такого плана. Желательно, чтобы инициативы по гармонизации возглавляло правительство и ответственность за решение этого вопроса несла страна, учитывая при этом, что медицинским кадрам необходимо обеспечить достойные условия.

<sup>k</sup> [Global Fund Guidelines for Grant Budgeting and Annual Financial Reporting 2014.](#)

<sup>1</sup> Согласование с государственной шкалой заработной платы – это один из факторов, способствующих переходу на финансирование без участия Глобального фонда, и его наличие должно быть обеспечено до того, как страна приступит к планированию этого процесса. См. [Global Fund's Sustainability, Transition and Co-financing policy.](#)



## **Общинные медработники**

Подготовка общинных медработников (ОМР) может служить экономически эффективной стратегией улучшения доступа к основным медико-санитарным услугам и расширения охвата ими, особенно если они предоставляют различные услуги в рамках комплексной программы. Термин «общинный медработник» включает весьма широкий круг участников – от официально подготовленных поставщиков услуг здравоохранения и образования до участников с менее формальными функциями, таких как социальные работники, а также общинных работников, обеспечивающих лечение и тестирование. Они рассматриваются ВОЗ и Глобальным фондом как входящие в состав медицинских кадров, даже если являются добровольцами и/или не оказывают клинических услуг (например, аутрич-работники или социальные работники).

Если в стране имеется специальная стратегическая основа поддержки ОМР в рамках системы здравоохранения, предлагаемые инвестиции в ОМР должны быть согласованы с этой политикой или стратегией, независимо от того, нанимаются ли ОМР непосредственно правительством или НПО. В странах, не имеющих такой политики/ стратегии, для Глобального фонда, возможно, целесообразно поддерживать их разработку, особенно при наличии фактических данных о том, что инвестиции в ОМР послужат экономически эффективным средством улучшения итоговых результатов программ по одному или нескольким заболеваниям. Планы и стратегии в области ОМР должны быть увязаны с более широкими планами и стратегиями по ЛРЗ, основанными на анализе рынка труда.

Для обеспечения полной эффективности деятельности ОМР необходимы их тщательный отбор, надлежащее обучение и соответствующая поддержка в рамках более широкой системы ПМСП<sup>22, 23</sup>. Целесообразно, чтобы ОМР получали заработную плату в качестве части медицинских кадров, если это не противоречит основам национальной политики. Поэтому Глобальный фонд считает целесообразным оказывать поддержку в оплате труда ОМР при условии, что это может быть обеспечено в рамках более широкой национальной политики по оплате труда ЛРЗ, как указывалось выше.

В некоторых странах Глобальный фонд будет рассматривать вопрос о финансировании заработной платы для ОМР, которые являются не государственными служащими, а сотрудниками НПО или ОГО. Этот вариант возможен по ряду причин, например если выполняемая ОМР работа неприемлема при текущем политическом климате или если НПО/ОГО являются важными поставщиками медицинских услуг, а у государства нет механизма для заключения контрактов на предоставление таких услуг сторонними организациями. Оплата труда ОМР должна быть согласована с государственной шкалой заработной платы даже в том случае, если ОМР не нанимаются на работу непосредственно государством (учитывая, что другие льготы и пособия, например пенсии, могут не соотноситься напрямую с заработной платой). В таких случаях запрос должен включать план принятия на себя расходов правительством либо напрямую, либо путем введения механизма для заключения контрактов с ОГО, даже если предполагается, что на реализацию этого плана уйдет много лет.

#### **Вставка 5. Примеры инвестиций Глобального фонда в оплату труда**

В **Бангладеш** Глобальный фонд полностью финансирует заработную плату более 200 общинных помощников по туберкулезу и лепре, что способствовало созданию общинных клиник в соответствии с государственной политикой сосредоточения ресурсов на оказании первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что правительство возьмет на себя расходы по этим зарплатам при следующем выделении средств. Глобальный фонд также принимал меры по согласованию заработной платы с правительством и/или другими партнерами в области развития, проводя обследования по вопросам оплаты труда в различных представительствах ООН и международных НПО. Результаты обследования использовались в переговорах в качестве ориентира для уровня заработной платы в рамках нового гранта.

Также в **Бангладеш** у ОМР, нанятых НПО, являющимися ОР, заработная плата превышает предусмотренную государственной шкалой, что служит компенсацией более низкого уровня пособий и льгот, выплачиваемых НПО. У НПО своя шкала оплаты труда, поэтому их работники получают одинаковую заработную плату независимо от того, кто финансирует программу.

В **Либерии** МЗ и ЮНИСЕФ совместно разрабатывали всеобъемлющую стратегию общинного здравоохранения, которая включает затраты на оплату труда и модульный пакет для обучения общинных помощников врачей. Совместно с ЮНИСЕФ, ЮСАИД и Всемирным банком Глобальный фонд будет финансировать ежемесячную выплату зарплаты общинным помощникам врача и их наставникам, которые будут в рамках этой стратегии осуществлять КВПС.

## 04 Удержание и мотивация кадров

### **Пакеты мер по удержанию кадров**

Многие страны, получающие поддержку со стороны Глобального фонда, испытывают трудности, связанные с удержанием и мотивацией ЛРЗ. Чтобы избежать нерационального использования инвестиций в образование и обеспечить успешную реализацию программ по болезням, Глобальный фонд рассмотрит возможность инвестирования в мероприятия, направленные на улучшение удержания и мотивации кадров, особенно в сельских и отдаленных районах стран с низким уровнем дохода и СОУ.

Как свидетельствуют фактические данные, программы удержания кадров более эффективны, если различные мероприятия осуществляются не по отдельности, а вместе, в едином пакете<sup>24</sup>. Соответствующие мероприятия могут включать:

- мероприятия в сфере образования, способствующие набору учащихся из числа жителей сельских районов (см. Раздел 3.2) и расширению инфраструктуры образования в периферийных районах, в том числе за счет включения в программы обучения стажировку в сельской местности;
- регулятивные мероприятия, такие как осуществление реформ по разделению функций, добавление новых профессиональных и/или непрофессиональных кадров, имеющих специальную подготовку для работы в сельской местности, введение практики добровольного/ стимулируемого направления на работу в сельскую местность для новых работников;
- материальное и нематериальное стимулирование, например возможности повышения квалификации, надбавки за тяжелые условия труда, субсидии на жилье, дополнительные отпуска, поддержка семей, профессиональная поддержка, улучшение коммуникаций; и/или
- улучшение условий труда и возможностей продвижения по службе, например безопасная и благоприятная рабочая среда, поддержка по методу аутрич, программы продвижения по службе, профессиональные сети, меры по обеспечению общественного признания и т. д.

Укрепление потенциала для управления людскими ресурсами (см. Раздел 3.1) также может способствовать удержанию ЛРЗ.

### **Мотивация с помощью надбавок к зарплате и материального стимулирования**

Надбавки к зарплате и материальное стимулирование могут иметь снижающие экономическую эффективность последствия, такие как утрата не получающими их работниками мотивации и неправомерное смещение приоритетов. Поэтому, как правило, следует избегать надбавок и премиальных выплат в пользу более широких стратегий реформы государственного сектора в целях улучшения условий труда (включая заработную плату) существующих людских ресурсов в области здравоохранения.

Однако в некоторых ситуациях надбавки или материальное стимулирование могут быть необходимы для успешного осуществления программ по заболеваниям в короткий срок. Например, если медицинские работники не имеют мотивации для предоставления аутрич-услуг в удаленных районах, возможно, целесообразно оплачивать им транспортные расходы и проживание для гарантирования предоставления важнейших услуг, таких как выявление заболеваний, по всей стране. Запросы на финансирование надбавок и материального стимулирования должны соответствовать действующим руководящим принципам Глобального фонда по составлению бюджета<sup>25</sup> и по возможности согласовываться с выплатами, осуществляемыми другими донорами. Кандидатам следует представить убедительное обоснование таких мероприятий, оценку их возможных результатов и включать план их поэтапной отмены.

### **Мотивация с помощью финансирования/ стимулирования по результатам работы**

Финансирование по результатам (ФПР) представляет собой особый вид надбавок к зарплате, обычно применяемый для выплаты дополнительного вознаграждения, обусловленного достижением целевых показателей эффективности. Оно может применяться к отдельным работникам, равно как и к организациям или медицинским учреждениям (например, клиникам). Хотя это может в значительной мере стимулировать эффективность работы, необходимо проявлять осторожность во избежание а) концентрации внимания на определенных мероприятиях в ущерб другим, б) искусственно вызываемого поставщиком роста спроса на услуги, увеличивающего как предоставление конкретных медицинских услуг, так и их стоимость, в) возможной ложной/ завышенной отчетности в условиях слабости потенциала для мониторинга и принудительного исполнения договоров, г) мошенничества в случае низкого уровня управления финансами. В странах, где в национальном здравоохранении действует политика и система ФПР, поддержка со стороны Глобального фонда может предоставляться для включения соответствующего уровня ориентации на три заболевания в рамки более широкого и сбалансированного комплекса услуг ПМСП. Во Вставке 6 приведены наглядные примеры того, как страны использовали поддержку Глобального фонда для финансирования надбавок к зарплате и материального стимулирования.

#### **Вставка 6. Примеры инвестиций Глобального фонда в удержание и мотивацию кадров**

В рамках гранта по ВИЧ, предоставленного **Мали**, медработники имеют право на получение премиальных выплат, обусловленных результатами работы. Для получения права на это они должны представить подтверждающий документ о базовом окладе, чтобы премия не превышала 20% базового оклада. В **Центральноафриканской Республике** СКК разработал схему, согласно которой Глобальный фонд будет оплачивать 20% надбавок к зарплате при условии, что прежде правительство выплатит свою часть в размере 80%.

Если некоторые страны обусловили выплату материальных стимулов/надбавок к зарплате результатами работы, то другие (например, Мавритания) столкнулись с трудностями в проведении мониторинга результатов работы в удаленных районах из-за сложности организации инспекционных посещений этих районов. Разрабатываются новаторские решения этой проблемы. Например, в **Центральноафриканской Республике** используется система контроля, которая называется БСИМТ (быстрый сбор информации с помощью мобильных телефонов) и служит основой для выплат по результатам работы при условии представления регулярных и полных отчетов.

Во **Вьетнаме** надбавки к зарплате отменены. Это не оказало какого-либо серьезного воздействия на удержание кадров, поскольку а) все, кто прежде получал надбавки, являются государственными служащими, которые мотивированы оставаться на своих должностях из-за пенсий и других льгот, б) в стране крайне ограничено внешнее финансирование для ЛРЗ. Эти обстоятельства в совокупности обеспечили возможность повышения устойчивости программ по заболеваниям в течение длительного периода.

В **Демократической Республике Конго** партнеры работают совместно, при руководящей роли страны, над расширением программ финансирования по результатам (ФПР) в целях их распространения на более обширные географические районы и создания эффективной системы снабжения основными предметами медицинского назначения для наиболее нуждающихся в них групп населения, в частности женщин и детей. Глобальный фонд поддерживает обеспечение медицинских учреждений основными комплектами для тестирования на малярию и противомаларийными препаратами, а также предметами медицинского назначения для борьбы против ВИЧ и туберкулеза. ЮНИСЕФ и ГАВИ дополняют эту поддержку, уделяя особое внимание педиатрическим медицинским услугам и основным предметам медицинского назначения. Всемирный банк поддерживает разработку и ведение программы ФПР и проверку результатов.

## **IV. Инвестиции в ЛРЗ в различных странах**

В Таблице 1 приведены общие наглядные примеры видов инвестиций в ЛРЗ, которые могут применяться в странах с разными условиями. Таблица делится на четыре основные области проведения мероприятий: комплексные мероприятия в области политики, руководства и управления ЛРЗ; обучение и профессиональная подготовка; поддержка спроса на медработников за счет создания финансируемых должностей; удержание, мотивация и управление эффективностью деятельности медицинских работников. Символ +++ означает, что этот вид инвестиций весьма актуален в данной ситуации, ++ указывает на актуальность; + – на потенциальную актуальность при наличии обоснования.

Важно отметить, что принципы и рекомендации, приведенные в Таблице 1, а также в данной записке, в целом нуждаются в толковании и адаптации в соответствии с условиями в конкретной стране. В конечном итоге именно ситуация в стране в области ЛРЗ должна служить обоснованием инвестиций в ЛРЗ, подкрепленным результатами исходного анализа, например оценки рынка труда и состояния медицинских кадров. При наличии фактических данных в поддержку отклонения от этих принципов Глобальный фонд будет готов принимать убедительно обоснованные запросы на финансирование ЛРЗ. Ниже приводятся особые

соображения в отношении СОУ и стран, готовящихся к переходу на самостоятельное финансирование.

### **Сложные оперативные условия**

Сложные оперативные условия (СОУ) могут создаваться в странах с хронически слабым потенциалом и низким уровнем управления, а также в странах, переживающих кризисы, такие как конфликты, эпидемии заболеваний или стихийные бедствия. Таким образом, они могут возникнуть в странах в рамках общего процесса развития. Во многих СОУ наблюдается дефицит ЛРЗ и качества услуг, которые они в состоянии предоставлять. В этих условиях будет необходима поддержка самых разных направлений деятельности в связи с ЛРЗ, поэтому важно иметь соответствующую стратегию. Приоритет будет отдаваться мероприятиям, направленным на создание и укрепление потенциала для обучения, управления и планирования ЛРЗ (см. Раздел 3.1). Во многих СОУ низкий уровень оплаты труда и/или не функционируют должным образом системы выплаты заработной платы, что имеет очевидные негативные последствия для удержания и мотивации ЛРЗ (см. Вставку 6). Многим также потребуется поддержка для расширения предварительного обучения (см. Раздел 3.2), которая может включать помощь учащимся, получающим образование за рубежом, если собственная система образования в стране не функционирует надлежащим образом.

В странах, где национального бюджета недостаточно для покрытия основных регулярных расходов, таких как оплата труда, средства Глобального фонда могут выделяться для выплаты зарплаты (см. Раздел 3.3), особенно если Глобальный фонд является единственным партнером в стране, имеющим соответствующий мандат. В принципе, Глобальный фонд стремится избегать выплаты надбавок к зарплате, но признает, что в некоторых ситуациях они могут служить единственным эффективным способом обеспечения достойной заработной платы для медработников (см. Раздел 3.4).

### **Страны, осуществляющие подготовку к переходу на внутреннее финансирование**

Существуют также особые соображения в отношении стран, нацеленных на готовность к переходу на самостоятельное финансирование и осуществляющих такую подготовку. Для всех стран с уровнем дохода выше среднего (УДВС) и стран с уровнем дохода ниже среднего (УДНС) с низким или умеренным бременем болезней повышение устойчивости и готовность к переходу должны составлять неотъемлемый элемент в планировании и подготовке запросов на финансирование Глобального фонда. В некоторых случаях сокращение объема выделенных средств может привести к возникновению в странах необходимости постепенно расширять свое участие в финансировании мероприятий по ЛРЗ, даже в течение нескольких периодов выделения средств до момента, когда страна полностью перестает отвечать критериям для получения поддержки от Глобального фонда. В Приложении 2 приведены примеры применения странами подходов к обеспечению готовности к переходу, а также устойчивости более широких мероприятий в области ЛРЗ.

Как только страна перестает отвечать критериям для получения финансирования, она может получить право на «финансирование на этапе перехода» в соответствии с Политикой Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования. В целом предполагается, что страны, представляющие запросы на гранты для «финансирования на этапе перехода» (который предположительно будет последним грантом от Глобального фонда), в большинстве случаев уже обеспечили надлежащее внутреннее финансирование поддержки всех ЛРЗ, ориентированных на предоставление услуг (за исключением поддержки организаций гражданского общества и/или временных работников, выполняющих новые функции, которым должно отводиться особое место в деятельности по обеспечению готовности к переходу). Таким образом, маловероятно, хотя и возможно, что этим странам необходимо будет запрашивать поддержку для основных мероприятий по ЛРЗ. В случаях, когда «финансирование на этапе перехода» предусматривает поддержку обучения, вознаграждения и других регулярных расходов на ЛРЗ, страна должна включить в общий план перехода пункты,

разъясняющие, каким образом обучение и трудоустройство медицинских работников будет переведено в национальные системы, финансируемые из внутренних источников, к концу срока действия гранта.

### **Заключение**

Инвестиции в ЛРЗ имеют важнейшее значение для успешной реализации инициатив по борьбе против ВИЧ, туберкулеза и малярии и для достижения соответствующих целей в сфере здравоохранения. Странам рекомендуется обеспечить стратегический характер запросов на поддержку ЛРЗ и согласовывать их с национальной политикой. Кандидатам следует в полной мере использовать сведения, приведенные в настоящей информационной записке и других соответствующих документах Глобального фонда, чтобы инвестиции в ЛРЗ способствовали созданию жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья людей.

Таблица 1. Определение порядка приоритетности стратегических инвестиций в людские ресурсы для здравоохранения – примеры

Вид мероприятия по ЛРЗ	Страны с низким уровнем дохода и СОУ	Средний уровень дохода
<b>Комплексные мероприятия в области политики, руководства и управления ЛРЗ</b>		
Укрепление руководства: меры политики и стратегии, правовые базы, системы управления, действующий расчет оплаты труда, информационные системы, национальные счета ЛРЗ	+++	++
Освоение ИКТ для совершенствования обучения, управления и поддержки ЛРЗ	+	+
<b>Обучение и профессиональная подготовка</b>		
Предварительное обучение в целях увеличения численности работников ПМСП*	+++	+
Учет/ включение компетенций, связанных с тремя заболеваниями, в предварительное обучение медицинских работников (например, путем пересмотра учебных планов и методов обучения, подготовки преподавателей и т. д.)	+++	+++
Обеспечение гендерной сбалансированности людских ресурсов и учет гендерных аспектов	+++	+++
Обучение на рабочих местах с целью повышения уровня компетентности имеющих медработников	+	+
<b>Поддержка спроса на кадры за счет создания финансируемых должностей</b>		
Поддержка, при согласовании с национальными системами, занятости в секторе здравоохранения посредством оплаты труда/ вознаграждения работников ПМСП *	++	+
<b>Удержание, мотивация и управление эффективностью деятельности кадров</b>		
Надбавки к заработной плате	+	+
Материальное стимулирование в целях удержания кадров в сельских и недостаточно охваченных услугами районах при согласовании с национальными системами	++	+
Материальное стимулирование по результатам труда	++	+

Обозначения: +++ весьма актуально; ++ актуально; + потенциально актуально при определенных обстоятельствах, но требуется соответствующее обоснование; \* в странах, испытывающих дефицит медицинских работников в сравнении с потребностями населения.

# Приложение 1. Аннотированный перечень материалов по ЛРЗ

Ниже приводится перечень основных ресурсов и инструментов по ЛРЗ. Они взяты из Приложения 2. «Аннотированный перечень отдельных инструментов и руководств ВОЗ по людским ресурсам для здравоохранения» к документу *Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.*, ВОЗ, 2016 г.

## **Индикаторы рабочей нагрузки при расчете штатных потребностей**

Индикаторы рабочей нагрузки при расчете штатных потребностей (*WISN*), которые являются средством планирования в предпринимательской и производственной деятельности, применяются и в секторе здравоохранения. Этот инструмент служит для руководителей в области здравоохранения руководством по проведению анализа и расчета рабочей нагрузки сотрудников для определения потребности в кадрах медицинских учреждений. Соответствующее программное обеспечение просто в использовании, к нему прилагаются понятно написанное руководство по эксплуатации и тематические исследования по *WISN*. [http://www.who.int/hrh/resources/wisn\\_user\\_manual/en/](http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/)

## **Перераспределение обязанностей в области борьбы против ВИЧ и оптимизация функций медработников по охране здоровья матерей и новорожденных**

Это руководство по распределению и делегированию обязанностей дает странам рекомендации относительно наиболее эффективного и рационального использования более широких сочетаний навыков для предоставления основных услуг по ВИЧ/СПИДу и охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей. В руководстве освещаются основанные на фактических данных, действенные и эффективные с точки зрения затрат мероприятия по делегированию обязанностей по предоставлению услуг другим работникам в составе медицинского персонала. <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> и <http://www.optimize-mnh.org/>

## **Реорганизация и расширение обучения и профессиональной подготовки медработников**

В этом руководстве представлена одна из концепций реорганизации образования по медицинским специальностям и приводятся рекомендации по наиболее эффективным способам достижения цели выпуска специалистов, учитывающих потребности обслуживаемого ими населения в медицинской помощи. Руководство рекомендует образовательным и учебным учреждениям содействовать проведению институциональных реформ и реформ в сфере обучения и усилить взаимодействие и согласование планирования между секторами образования, здравоохранения и другими секторами. <http://www.who.int/hrh/education/en/> и <http://whoeducationguidelines.org./content/guidelines-order-and-download>

## **Расширение доступа к медицинским работникам в удаленных и сельских районах за счет более эффективного удержания кадров**

В этих рекомендациях рассматривается база фактических данных и излагаются варианты политики, направленной на максимальное удержание медицинских кадров в сельских и недостаточно охваченных услугами районах. Эти рекомендации можно использовать вместе с другими ресурсами ВОЗ, такими как Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. Наилучшие результаты удержания медицинских работников в странах достигаются путем выбора и реализации комплекса соответствующих страновым условиям рекомендаций, охватывающих мероприятия в области обучения, регулирования, материального стимулирования, а также персональной и профессиональной поддержки. <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>

## **Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения**

В мае 2010 года шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВА363.16) приняла Кодекс, направленный на создание и продвижение всеобъемлющей основы, устанавливающей принципы и практику управления международной миграцией персонала здравоохранения с учетом этических правил. В нем также излагаются стратегии содействия укреплению медицинских кадров в рамках национальных систем здравоохранения, а также



требования в отношении фактических данных и информации, необходимых для отслеживания и представления отчетности по международной мобильности персонала здравоохранения. Кодекс был разработан государствами-членами в качестве постоянно действующей и динамичной основы для глобального взаимодействия и сотрудничества. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> и [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf?ua=1.49](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1.49)

### **Национальные счета применительно к кадрам здравоохранения**

Целью национального счета применительно к кадрам здравоохранения (НСКЗ) является стандартизация структуры и операционной совместимости информации о кадрах здравоохранения, а также контроль за осуществлением политики по ЛРЗ в целях обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Составление НСКЗ способствует реализации согласованного, комплексного подхода в целях регулярного сбора, анализа и использования стандартизированной информации по кадрам здравоохранения в качестве основы для принятия базирующихся на фактических данных стратегических решений. [http://www.who.int/hrh/documents/15376\\_WHOBrief\\_NHWFA\\_0605.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf)

### **Минимальный набор данных для учета кадров здравоохранения**

Этот инструмент представляет указания относительно минимума информационных полей, необходимых для разработки или модификации электронной системы по кадрам здравоохранения на национальном или субнациональном уровне. Минимальный набор данных для учета кадров здравоохранения (МНД), приведенный в этом документе, может использоваться министерствами здравоохранения для разработки стандартизированных информационных систем по кадрам здравоохранения. [http://www.who.int/hrh/statistics/minimum\\_data\\_set/en/](http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set/en/)

### **Мониторинг и оценка людских ресурсов для здравоохранения со специальными приложениями для стран с низким и средним уровнем дохода**

Справочник представляет руководителям, исследователям и директивным органам в области здравоохранения всеобъемлющее, стандартизированное и удобное в использовании руководство для осуществления мониторинга и оценки людских ресурсов для здравоохранения, включая подходы к укреплению соответствующих технических возможностей. Он объединяет аналитическую основу с вариантами стратегии по совершенствованию информации и базы фактических данных в отношении кадров здравоохранения, а также примеры из опыта стран по успешной реализации таких подходов. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/25/en/>

### **Анализ дезорганизованных секторов здравоохранения**

Это модульное руководство помогает директивным органам в сложных условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций проводить анализ и планирование своих систем здравоохранения. Модуль 10 посвящен аспектам, которые необходимо рассмотреть при исследовании состояния кадров здравоохранения в такой ситуации. В таких нестандартных ситуациях требуются адаптированные стратегии планирования, обучения, расстановки и удержания кадров, а также управления эффективностью работы. [http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/en/](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/)

Модуль 10. Анализ людских ресурсов для здравоохранения: [http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/adhsm\\_mod10\\_en.pdf?ua1](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_mod10_en.pdf?ua1)

## Приложение 2. Опыт стран по достижению устойчивости и укреплению готовности к переходу в области ЛРЗ

Во многих странах, где Глобальный фонд в настоящее время финансирует оплату труда и другие регулярные расходы, правительства начали работу по принятию на себя основных расходов по программам в целях повышения устойчивости, готовности к переходу и подготовки к окончательному прекращению финансирования со стороны внешних доноров. Наличие политической воли к инвестированию в ЛРЗ в отношении трех заболеваний и более широких первоочередных задач в сфере здравоохранения является необходимым предварительным условием для успешного принятия на себя финансирования мероприятий по ЛРЗ, имеющих принципиальное значение для национальных мер борьбы с заболеваниями. В **Намибии** правительство вкладывает средства в предварительное обучение ЛРЗ, разработало руководящие указания в отношении ЛРЗ и обдумывает свои действия после прекращения поддержки со стороны Глобального фонда.

В странах, имеющих надежную и транспарентную систему ЛРЗ и шкалы заработной платы, а также возможности для маневра бюджетными средствами, правительствам относительно просто принять на себя финансирование регулярных расходов на ЛРЗ. Например, в **Южной Африке** Глобальный фонд поддерживал программу для сирот и уязвимых детей (СУД), которая включала оплату труда социальных работников. Глобальный фонд больше не поддерживает эту программу, но она продолжает действовать в нескольких провинциях, поскольку правительство взяло на себя регулярные расходы в наиболее нуждающихся районах.

Аналогичным образом, в **Перу** устойчивость обеспечивается благодаря существующей в стране хорошо разработанной системе выплат по результату. При такой системе, если та или иная инициатива продемонстрировала эффективность с точки зрения затрат, можно подать заявку в Министерство финансов на ее финансирование из внутренних источников. Таким образом, поддержка от Глобального фонда требуется только до тех пор, пока будет доказана эффективность мероприятия.

Другие страны сталкиваются с трудностями в обеспечении устойчивости в результате создания большого количества должностей для ЛРЗ благодаря поддержке со стороны Глобального фонда. Их опыт свидетельствует о важности включения вопросов устойчивости в гранты с самого начала даже в странах с низким уровнем дохода. В **Мали**, например, Глобальный фонд оплачивал зарплату более 800 медработников по ставкам выше предусмотренных в государственной шкале заработной платы. В целях сокращения их количества для основного реципиента были установлены показатели сокращения числа лиц, получающих оклады или премиальные выплаты. В результате Министерством здравоохранения было выявлено значительное число «неосновных» работников (главным образом выполняющих вспомогательные функции).

Вопросы устойчивости касаются затрат на обучение, а также оплаты труда и других регулярных расходов. Например, существуют планы принятия правительством **Намибии** на себя расходов на выплату стипендий учащимся по специальности врача и медсестры (см. Вставку 4), но этот процесс осложняется тем, что существующая система государственных стипендий не увязана с системой стипендий Глобального фонда. Это затрудняет определение точного количества учащихся, получающих поддержку, и программы их обучения. С другой стороны, во **Вьетнаме** согласованность затрат на обучение на рабочих местах с государственными нормами расходов дает основание полагать, что, по всей вероятности, правительство сможет взять на себя эти затраты, когда прекратится поддержка со стороны Глобального фонда.

## ССЫЛКИ

---

- <sup>1</sup> Dräger S, Gedik G, Dal Poz MR. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: An analytical review. *Hum Resour Health* 2006; **4**: DOI: 10.1186/1478-4491-4-23.
- <sup>2</sup> Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *Lancet* 2004; **364**: 1603–9.
- <sup>3</sup> Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: An econometric analysis. *Lancet* 2007; **369**: 1277–85.
- <sup>4</sup> Campbell J, Buchan J, Cometto G, *et al.* Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Heal Organ* 2013.
- <sup>5</sup> Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, *et al.* Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet* 2014; **384**: 1215–25.
- <sup>6</sup> United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development Goals. 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300> (accessed Oct 19, 2015).
- <sup>7</sup> The Global Fund. The Global Fund strategy 2017-2022: Investing to end epidemics (draft). Geneva: The Global Fund, 2016.
- <sup>8</sup> World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 (draft 1.0 submitted to the Executive Board (138th session)). Geneva: World Health Organization, 2016 [http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategyHRH.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategyHRH.pdf?ua=1) (accessed Sep 14, 2016).
- <sup>9</sup> Vujicic M, Weber SE, Nikolic IA, Atun R, Kumar R. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy Plan* 2012; **27**: 649–57.
- <sup>10</sup> Bowser D, Sparkes SP, Mitchell A, *et al.* Global Fund investments in human resources for health: Innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy Plan* 2014; **29**: 986–97.
- <sup>11</sup> Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med* 2003; **348**: 2526–34.
- <sup>12</sup> Weakliam D. Information technology (IT) in the new Global Strategy on Human Resources for Health. GETHealth Summit, Dublin, Repub. Irel. 2014. [http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE\\_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1) (accessed June 13, 2016).
- <sup>13</sup> Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; **376**: 1923–58.
- <sup>14</sup> World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization, 2010.
- <sup>15</sup> Lewin S, Munabi-Babiqumira S, Glenton C, *et al.* Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases: S. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; : doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
- <sup>16</sup> Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: Systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 824–33.

- 
- <sup>17</sup> World Health Organization. Policy brief: National health workforce accounts. 2015. [http://www.who.int/hrh/documents/brief\\_nhwfa/en/](http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa/en/) (accessed Aug 30, 2016).
- <sup>18</sup> World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 (draft 1.0 submitted to the Executive Board (138th session). Geneva: World Health Organization, 2016 [http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategyHRH.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategyHRH.pdf?ua=1) (accessed Sep 14, 2016).
- <sup>19</sup> World Health Organization. Human resources for health information system: Minimum data set for health workforce registry. Geneva: World Health Organization, 2015 [http://www.who.int/hrh/statistics/minimun\\_data\\_set.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set.pdf?ua=1) (accessed Sep 14, 2016).
- <sup>20</sup> UNFPA, WHO, ICM. The state of the world's midwifery 2014: A universal pathway. A woman's right to health. New York: United Nations Population Fund, 2014.
- <sup>21</sup> USAID. A global improvement framework for health worker in-service training: Guidance for improved effectiveness, efficiency and sustainability. 2013. [https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/inservicetraining\\_july2013.11x17spreads.pdf](https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/inservicetraining_july2013.11x17spreads.pdf) (accessed Aug 30, 2016).
- <sup>22</sup> Third Global Forum on Human Resources for Health. Joint commitment to harmonized partners action for community health workers and frontline health workers (Recife commitment). 2013. [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chw\\_outcomedocument01052014.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chw_outcomedocument01052014.pdf) (accessed Aug 30, 2016).
- <sup>23</sup> Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? 2007. [http://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf) (accessed June 28, 2016).
- <sup>24</sup> World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization, 2010.
- <sup>25</sup> The Global Fund. Global Fund guidelines for grant budgeting and annual financial reporting. Geneva: The Global Fund, 2014.