



**Globálna
stratégia
ľudských
zdrojov v
zdravotníctve:
pracovná**



**NÁVRH
na prerokovanie**

Úvod

1. Nultý návrh *Globálnej stratégie ľudských zdrojov v zdravotníctve: pracovná sila 2030* je základný materiál na prerokovanie s regiónmi WHO, členskými štátmi a ďalšími partnermi v období jún až august 2015. Tento globálny dialóg bude viesť k ďalšiemu zdokonaľovaniu návrhu, ktorého finálna verzia bude predložená Výkonnej rade WHO v januári 2016.
2. WHO stanovuje agendu v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve od čias vydania Svetovej správy o zdraví 2006 – Spolu sa usilujeme o zdravie, ktorá upriamila bezprecedentnú pozornosť ľudským zdrojom v zdravotníctve (Human Resources for Health; HRH). Správa vyzývala k desaťročiu akcií pre HRH a pôsobila ako katalyzátor početných iniciatív v oblasti politiky a viedla k prijatiu niekoľkých rezolúcií k tejto oblasti: WHA63.16 - WHO Globálny kódex praxe pri medzinárodnom nábere zdravotníckych pracovníkov (2010); WHA64.6 – Posilňovanie pracovnej sily v zdravotníctve (2011); WHA64.7 – Posilňovanie profesie zdravotných sestier a pôrodných asistentiek (2011); WHA66.23 – Transformácia vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na podporu univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou (2013) a WHA67.24 – Následná činnosť po Recifskej politickej deklarácii o ľudských zdrojoch v zdravotníctve: obnovené záväzky smerujúce k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou (2014). 68. Svetové zdravotnícke zhromaždenie v roku 2015 potvrdilo centrálnu postavu zdravotníckych pracovníkov v rôznych oblastiach činnosti WHO vrátane diskusie, okrem iného, aj o odolných zdravotných systémoch a rezolúcií o pracovníkoch chirurgickej starostlivosti a globálnych pohotovostných zdravotníckych pracovníkoch.
3. WHO tiež rozbehla svetový dialóg o politike univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou (Universal Health Coverage; UHC)¹ prostredníctvom Svetovej správy o zdraví 2010 – Financovanie zdravotných systémov: cesta k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou. V r. 2013 Tretie svetové fórum o ľudských zdrojoch prijalo Recifskú politickú deklaráciu o HRH, ktorá uznáva kľúčovú úlohu pracovnej sily v zdravotníctve pri dosahovaní UHC. Rezolúcia WHA67.24 z mája 2014 potvrdila Recifskú politickú deklaráciu a žiada Generálnu riaditeľku, aby vypracovala globálnu stratégiu ľudských zdrojov v zdravotníctve, ktorá bude predložená členským štátom WHO na 69. Svetovom zdravotníckom zhromaždení v máji 2016.
4. *Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve: pracovná sila 2030* je primárne zameraná na tvorcov plánov a politik členských štátov WHO, ale jej obsah bude relevantný aj pre ďalších partnerov a zainteresované strany v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve vrátane zamestnancov súkromného a verejného sektora, profesijných združení, vzdelávacích a školiacich inštitúcií, odborov, partnerov bilaterálneho a multilaterálneho rozvoja, medzinárodných organizácií a občianskej spoločnosti.
5. Tento nový mandát zverený Sekretariátu WHO nadväzuje na a posilňuje iniciatívu z roku 2013, ktorú prijala WHO a Výbor pre globálnu alianciu pracovnej sily v zdravotníctve (Board of the Global Health Workforce Alliance; GHWA), v ktorej bola zahrnutá syntéza súčasných dôkazov, z ktorých vyplývajú budúce výzvy v oblasti rozvoja pracovnej sily v zdravotníctve v období 2016–2030.² Sekretariát WHO využil rozsiahle konzultácie, tematické materiály, syntézu (1) a odporúčania Rady pre vypracovanie tohto nultého návrhu.

-
- 1 Pre celý tento dokument platí, že chápanie konceptu univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou môže mať odlišné konotácie v rôznych krajinách a regiónoch sveta. Uvádza sa predovšetkým, že v prístupe PAHO - Regionálnej kancelárii WHO pre Ameriku UHC je súčasťou širšieho konceptu univerzálneho prístupu k zdravotnej starostlivosti.
 - 2 Dostupné na: http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/

Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve: pracovná sila 2030

VÍZIA

Zrýchliť napredovanie k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou a k dosiahnutiu udržateľných rozvojových cieľov zabezpečením spravodlivosti v dostupnosti k zručnému a motivovanému zdravotníckemu pracovníkovi v rámci fungujúceho zdravotného systému.

ZASTREŠUJÚCI CIEĽ

Zabezpečiť dostupnosť, prístupnosť, akceptovateľnosť a kvalitu pracovnej sily v zdravotníctve prostredníctvom adekvátnych investícií a implementácie efektívnej politiky na národnej,¹ regionálnej a globálnej úrovni s cieľom zabezpečiť zdravý život všetkým v každom veku a podporovať spravodlivý sociálnoekonomický rozvoj prostredníctvom dôstojných pracovných príležitostí.

¹ Pre celý dokument platí, že politika a opatrenia na „úrovni krajiny“ alebo na „národnej úrovni“ sa majú chápať v každej krajine v súlade s povinnosťami na nižšej ako národnej alebo národnej úrovni.

PRINCÍPY

- Podporovať vlády pri budovaní optimálnych modelov pracovnej sily v zdravotníctve na zabezpečenie integrovaných zdravotných služieb sústredených na ľudí, ktoré reagujú na sociokultúrne očakávania pacientov a posilňovať a angažovať komunity k aktívnej účasti na procese tvorby zdravotnej starostlivosti.
- Garantovať právo zdravotníckych pracovníkov na ochranu pred rodovou diskrimináciou a násilím na pracovisku a zabezpečiť dôstojnú prácu pre všetkých.
- Podporovať integráciu služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti prostredníctvom holistického prístupu zameraného na potreby populácie.
- Podporovať medzinárodnú spoluprácu a solidaritu založenú na vzájomnom záujme a zdieľanej zodpovednosti a zabezpečiť uplatňovanie praxe etického náboru.
- Mobilizovať politickú záväznosť a podporovať spoluprácu naprieč sektormi a skupinami (vrátane verejnej aj súkromnej sféry) za účelom efektívnej akcie v oblasti HRH.
- Zabezpečiť, aby podpora WHO pre oblasti noriem a technickej spolupráce bola na všetkých úrovniach organizácie koherentná a integrovaná.

CIELE

1. Implementovať na dôkazoch založené politiky HRH, a tak optimalizovať dopady aktuálnej situácie v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve, zabezpečiť zdravý život, efektívne univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou a prispieť ku globálnej zdravotnej bezpečnosti.

2. Zosúladiť investičné rámce pre HRH na národnej a globálnej úrovni s budúcimi potrebami zdravotných systémov a požiadavkami trhu práce v zdravotníctve, maximalizovať možnosti vytvárania zamestnanosti a hospodárskeho rastu.

3. Budovať kapacity národných a medzinárodných inštitúcií v oblasti efektívneho líderstva a spravovania činností HRH actions.

4. Zabezpečiť, aby na národnej a svetovej úrovni monitorovanie a zodpovednosť za úsilie v oblasti HRH bolo zosúladené a podopreté dôkazmi, aktuálnymi poznatkami a dátami o HRH.

ŠPECIFICKÉ CIELE

1.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 80% krajín zníži o polovicu nerovnosti v rozmiestnení zdravotníckych pracovníkov medzi mestskými a vidieckymi oblasťami.

2.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 80% všetkých krajín alokuje minimálne [xx]% HDP vytváraniu pracovných síl pre zdravotníctvo, ich nábor, nasadenie a udržanie, v rámci vyváženého alokovania brať do úvahy ďalšie priority v oblasti zdravotného a sociálneho rozvoja.

2.2. Vysoko a strednopríjmové krajiny: do r. 2030, všetky krajiny naplnia minimálne 90% svojich potrieb zdravotníckeho personálu vlastnými ľudskými zdrojmi v zdravotníctve, v súlade s ustanoveniami WHO Kódexu praxe pri medzinárodnom náboře zdravotníckych pracovníkov.

2.3. Nízko a strednopríjmové krajiny: do r. 2030 vytvoriť, obsadiť a udržať min. 10 miliónov ďalších pracovných miest v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti na **riešenie nenaplnených potrieb** pre zabezpečenie spravodlivého a efektívneho pokrytia zdravotnými službami.

2.4. Vysokopríjmové krajiny: zabezpečiť, aby do r. 2030 všetky krajiny OECD mohli preukázať, že min. 25% všetkej rozvojovej pomoci pre zdravotníctvo alokujú pre oblasť HRH.

3.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 80% všetkých krajín bude mať zavedené inštitucionálne mechanizmy na efektívne riadenie a koordinovanie medzisektorovej agendy pracovnej sily v zdravotníctve.

4.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 90% krajín bude mať zavedené mechanizmy na zdieľanie dát HRH cez národnú evidenciu pracovnej sily v zdravotníctve a každoročne hlásiť základné ukazovatele HRH Sekretariátu WHO a zverejňovať ich.

HLAVNÉ AKTIVITY SEKRETARIÁTU WHO NA PODPORU IMPLEMENTÁCIE STRATÉGIE

Vypracovať normatívne usmernenie, podporovať operačný výskum s cieľom určiť možnosti politiky založené na dôkazoch a poskytnúť technickú spoluprácu podľa potreby členských štátov – v oblastiach: vzdelávanie pracovnej sily v zdravotníctve, rozsah praxe rôznych kádrov, na dôkazoch založené stratégie pre nasadenie a udržiavanie pracovnej sily, zlepšenie kontroly kvality a výkonu činnosti, prístup k vrátane regulácie.

Poskytnúť normatívne smernice a technickú spoluprácu v oblasti plánovania a prognózovania pracovnej sily v zdravotníctve, pri analýze trhu práce v zdravotníctve a stanovení nákladov na národnú stratégiu HRH.

Posilniť dôkazy a prijatie makroekonomickej politiky a politiky financovania smerujúcej k väčším a strategicky zacieleným investíciám do oblasti HRH.

Poskytnúť členským štátom technickú spoluprácu a budovanie kapacít na rozvoj základných spôsobilostí v rámci politiky HRH, ich plánovanie a riadenie.

Podporovať efektívnu koordináciu, zosúladenie a zodpovednosť globálnej agendy HRH podporovaním siete medzinárodných zainteresovaných strán a aktérov v oblasti HRH.

Systematicky vyhodnocovať implikácie v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve, ktoré vyplývajú z technických a politických odporúčaní prezentovaných na Svetovom zdravotníckom zhromaždení a regionálnych výboroch.

Vyvíjať, revidovať použiteľnosť a aktualizovať nástroje, smernice a databázy týkajúce sa dát a dôkazov HRH.

Podporovať proces, ktorým krajiny majú Sekretariátu WHO odovzdávať každoročné výkazy s minimálnym súborom ukazovateľov ako základ pre rámec vykonávania činností a zodpovednosti v súvislosti s touto stratégiou.

Podporovať krajiny pri zvyšovaní kvality a úplnosti dát o ich pracovnej sile v zdravotníctve.

Zracionalizovať a integrovať všetky požiadavky, ktoré WHO kladie na členské štáty v oblasti vykazovania údajov o HRH.

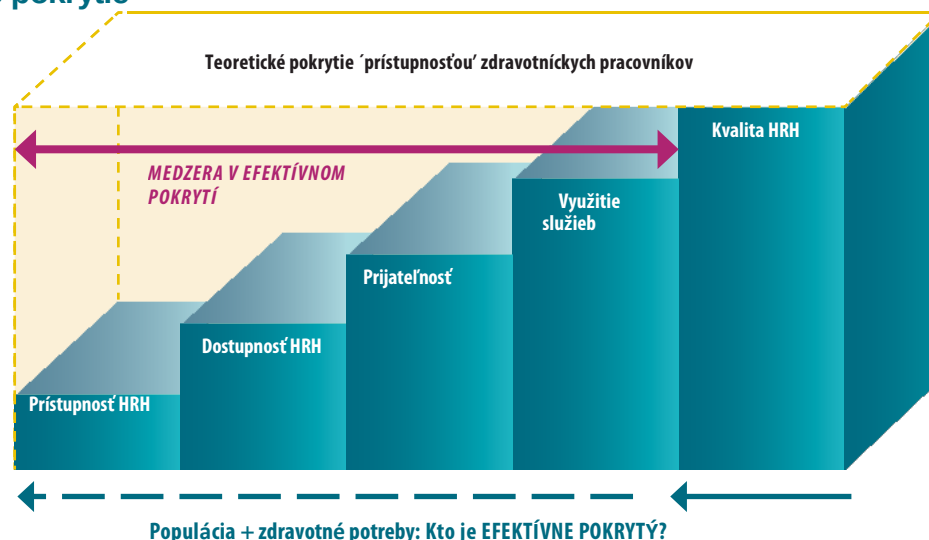
Adaptovať, integrovať a prepojiť monitorovanie cieľov v Globálnej stratégii HRH s pripravovaným rámcom povinností v súvislosti s Cieľmi udržateľného rozvoja.

Prehľad

Kontext 21. storočia pre progresívnu agendu pracovnej sily v zdravotníctve

1. Zdravotné systémy môžu fungovať len so zdravotníckymi pracovníkmi; zlepšovanie pokrytia zdravotnými službami a výsledky v oblasti zdravia závisia na ich dostupnosti, prístupnosti, akceptovateľnosti a kvalite. (2) (Obr. 1). Ale krajiny na každej úrovni socioekonomického rozvoja čelia rôznemu stupňu problémov v oblasti vzdelávania, nasadenia, udržania a výkonu svojej pracovnej sily. Zdravotné priority pripravovaného rámca rozvoja po roku 2015 – napr. zastavenie epidémie AIDS, tuberkulózy a malárie, dosiahnutie podstatného zníženia úmrtnosti matiek, zastavenie úmrtí novorodencov a detí do 5 rokov, ktorým sa dalo predísť, garantovanie všeobecného pokrytia zdravotnou starostlivosťou – aj naďalej zostanú len aspiráciami, pokiaľ nebudú sprevádzané stratégiami zameranými na transformáciu schopností pracovnej sily v zdravotníctve. Navyše, každý členský štát by mal mať kapacity na ochranu svojich obyvateľov a plnenie si povinností v oblasti kolektívnej globálnej zdravotnej bezpečnosti tak ako sa uvádza v medzinárodných zdravotných nariadeniach; (13) to si však vyžaduje **zručnú, vyškolenú a podporovanú pracovnú silu**.(4)

Obr. 1. Ľudské zdroje v zdravotníctve: prístupnosť, dostupnosť, prijateľnosť, kvalita a efektívne pokrytie



Zdroj: Campbell et al, 2013.

2. Napriek významnému pokroku treba **zintenzívniť politickú vôľu** a **mobilizovať zdroje** pre agendu pracovnej sily. Úsilie v minulosti vyvinuté v oblasti rozvoja pracovnej sily v zdravotníctve prináša významné výsledky: je mnoho príkladov krajín, kde **riešenie výziev v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve** zlepšilo výsledky v oblasti zdravia. (5, 6) Navyše, na agregovanej úrovni sa dosahuje zlepšenie prístupnosti pracovnej sily v zdravotníctve vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje, i keď často zlepšenie nenapreduje tak rýchlo ako si to vyžaduje rast obyvateľstva. (7) Pokrok však nie je dosť rýchly ani dosť hlboký. Kľúčový problém nie je nedostatok dôkazov o efektívnych intervenciách: **problém spočíva v mobilizácii politickej vôle a finančných zdrojov** na aktuálnu agendu zdravotného systému a jeho kriticky dôležitú zložku - HRH. (8, 9)

3. **Pracovná sila v zdravotníctve bude určujúca pri dosahovaní cieľov v oblasti zdravia a širších rozvojových cieľov v nasledujúcich desaťročiach.** Generálny tajomník OSN podporuje proces na stanovenie nového súboru Cieľov trvalo udržateľného rozvoja (**Sustainable Development Goals; SDGs**) na roky 2016–2030. SDGs vychádzajú z Miléniových rozvojových cieľov na obdobie rokov 2000–2015, ktoré vyzývajú k činnosti ľudí a lídrov na celom svete, aby zabezpečili dôstojný život pre všetkých. (10) Pracovná sila v zdravotníctve je mimoriadne dôležitou súčasťou navrhovaného cieľa v oblasti zdravia, kde špecifickým cieľom je „podstatne zvýšiť ... nábor, rozvoj, vzdelávanie/školenie a udržanie pracovnej sily v zdravotníctve v rozvíjajúcich sa krajinách, najmä v najmenej rozvinutých krajinách a malých ostrovných rozvíjajúcich sa štátoch“. V r. 2015 Svetové zdravotnícke zhromaždenie uznalo, že ciele v oblasti zdravia a ich 13 špecifických cieľov v navrhovaných SDGs – vrátane obnoveného zamerania na spravodlivosť a univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou – sa dosiahnu len **prostredníctvom podstatných a strategických investícií do globálnej pracovnej sily v zdravotníctve**. Prijatím rezolúcie WHA67.24 členské štáty požiadali Generálnu riaditeľku Svetovej zdravotníckej organizácie o vypracovanie Globálnej stratégie ľudských zdrojov v zdravotníctve a jej predloženie na 69. Svetovom zdravotníckom zhromaždení v máji 2016. (11)
4. **Mnohé krajiny na celom svete nepodporujú primerane svoje zdravotné systémy, pričom skutočné investície do pracovnej sily v zdravotníctve sú často nižšie ako sa predpokladá.** (12) Chronické nedostatočné investovanie do vzdelávania a školenia zdravotníckych pracovníkov v určitých vysokopříjmových krajinách vedie k permanentnému nedostatku (v porovnaní s dopytom) a prispieva k medzinárodnému náboru zdravotníckych pracovníkov z prostredia, kde je málo zdrojov (určité nízkopříjmové krajiny prichádzajú až o 50% absolventov v dôsledku medzinárodnej migrácie). **V nízkopříjmových a strednopříjmových krajinách, popri významne nedostatočných investíciách do vzdelávania,** aj nerovnováha medzi zabezpečením dostatočných kapacít a dopytom na trhu spôsobená fiškálnym priestorom a tak isto aj nerovnováha medzi dopytom a potrebami obyvateľov vedie v probléme pri poskytovaní spravodlivého a efektívneho pokrytia základnými zdravotnými službami a v určitých prípadoch vedie k paradoxnej situácii, keď v krajine existuje nezamestnanosť zdravotníckych pracovníkov a zároveň nie sú naplnené potreby v oblasti zdravia.
5. **Základy existencie silnej a efektívnej pracovnej sily v zdravotníctve, schopnej reagovať na priority 21. storočia, si vyžadujú efektívne zosúladienie ponuky a zručností zdravotníckych pracovníkov s potrebami populácie tak v súčasnosti ako aj v budúcnosti.** Vychádzajúce sa epidemiologické profily a štruktúra populácie zvyšujú bremeno neprenosných ochorení a chronických stavov, ktoré musia znášať zdravotné systémy na celom svete. (13) To je sprevádzané progresívnym posunom **v dopyte po zdravotných službách sústredených na pacienta a po personalizovanej starostlivosti.** (14) V tom istom čase vznikajúce ekonomiky prechádzajú procesom ekonomickej transformácie, ktorá zväčší balík zdrojov na zdravotníctvo a prinesie demografickú transformáciu so stovkami miliónov potenciálnych nových účastníkov aktívnej pracovnej sily. Preto sa očakáva podstatný rast dopytu po globálnej pracovnej sile v zdravotníctve v dôsledku rastu počtu obyvateľov a ekonomického rastu spolu s demografickými a epidemiologickými zmenami. Dosiahnutie potrebného množstva, kvality a relevantnosti pracovnej sily si bude vyžadovať zosúladienie rozhodnutí v oblasti politiky a financovania s týmito novými potrebami.
6. **Pretrvávajúce problémy v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve v kombinácii s týmito širšími makro trendmi vyžadujú, aby svetová komunita opätovne vyhodnotila resp. prehodnotila efektívnosť predchádzajúcich stratégií a prijala posun paradigmy v tom, ako plánujeme, vzdelávame, nasadzujeme a odmeňujeme zdravotníckych pracovníkov.** Napredovanie v zmene je potrebné aj možné **prijatím inkluzívnych modelov starostlivosti, v ktorých sú zahrnuté podporné, preventívne, liečebné a rehabilitačné služby, preorientovaním zdravotných systémov na prístup s dôrazom na primárnu starostlivosť a plným využitím potenciálu technologických inovácií.** Veľmi potrebné investície do pracovnej sily v zdravotníctve zároveň treba využiť na vytvorenie kvalifikovaných pracovných príležitostí predovšetkým pre ženy a mládež. Táto

perspektíva vytvára bezprecedentnú príležitosť na vypracovanie a uskutočnenie stratégií pracovnej sily, ktoré budú riešiť otázku spravodlivého a efektívneho pokrytia medzier v zdravotných systémoch a pritom uvoľnia potenciál hospodárskeho rastu. Reálne využitie tohto potenciálu závisí na politickej vôli a vybudovaní inštitucionálnych a ľudských kapacít potrebných na efektívnu realizáciu tejto agendy.

7. Vízia, že do roku 2030 by všetky komunity mali mať prístup k vyškoleným a podporovaným zdravotníckym pracovníkom s minimálnym súborom spôsobilostí si vyžaduje skombinovať prijatie efektívnej politiky na národnej, regionálnej a globálnej úrovni s adekvátnou úrovňou investícií potrebných na riešenie nenaplnených potrieb. Skutočne, potreba zintenzívniť úsilie v nasledujúcich

desaťročiach, aby sa uspokojil rastúci dopyt, riešili existujúce medzery a riešil očakávaný zvrät, je väčšia ako sa odhadovalo. Projektované požiadavky, ktoré vypracovala WHO a Svetová banka (Príloha 1), ktoré treba splniť na dosiahnutie vysokého a efektívneho pokrytia širšej škály zdravotných služieb potrebných na zabezpečenie zdravého života pre všetkých si na celom svete vyžadujú vyškolenie a nasadenie 40–50 miliónov nových zdravotníckych a sociálnych pracovníkov, (15) vrátane najmenej 10 miliónov ďalších zdravotníckych pracovníkov v nízkopríjmových a strednopríjmových krajinách.

8. Dlhो vieme čo treba urobiť na riešenie kritického nedostatku pracovnej sily v zdravotníctve; teraz však máme lepšie dôkazy ako kedykoľvek predtým, ktoré ukazujú ako to robiť. WHO **Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve: pracovná sila 2030** odráža súčasné dôkazy o tom, čo funguje v oblasti rozvoja pracovnej sily v zdravotníctve v rôznych smeroch, od hodnotenia a posúdenia, plánovania a vzdelávania cez manažment, udržanie pracovnej sily po stimuly a produktivitu, a zároveň odkazuje na nástroje a smernice, ktoré môžu podporiť rozvoj politiky, implementáciu a hodnotenie v týchto rozmanitých oblastiach (Príloha 2). Globálna stratégia integrovaným spôsobom rieši všetky tieto aspekty s cieľom inšpirovať a informovať razantnejšiu, multisektorovú akciu, na základe nových dôkazov a správnej praxe, zo strany tvorcov plánov a politiky na národnej úrovni a zo strany medzinárodnej komunity na regionálnej a globálnej úrovni. Vzhľadom na medzisektorový charakter a potenciálne dopady rozvoja pracovnej sily v zdravotníctve, Globálna stratégia má informovať a inšpirovať vypracovanie národných stratégií zdravia a HRH, ale aj širšie rámce socioekonomického rozvoja, ktoré krajiny prijímajú.

9. Keďže HRH predstavuje prierezový aspekt umožňujúci dosiahnutie mnohých priorít v poskytovaní služieb, táto stratégia dopĺňa a upevňuje škálu súvisiacich stratégií WHO a Spojených národov, pričom opätovne potvrdzuje dôležitosť, (16) ako aj podporuje ciele a zásady Globálnej stratégie OSN pre zdravie žien, detí a mladistvých, (17) WHO Stratégiu integrovaných zdravotných služieb sústredených na ľudí, (18) Akčný plán Každý novorodenec, (19) Ciele Plánovania rodičovstva 2020, (20) Globálny plán zameraný na elimináciu nových infekcií HIV, (21) pripravovaná stratégia UNAIDS 2016–2021, (22) a Globálny akčný plán prevencie a kontroly neprenosných ochorení, (23) a ďalšie.

10. Toto je prierezová agenda, ktorá predstavuje mimoriadne dôležitú cestu k dosiahnutiu cieľov pokrytia naprieč všetkými prioritami poskytovania služieb. Má dopad nielen na lekárov, sestry, pôrodné asistentky, ale aj na všetkých zdravotníckych pracovníkov a tiež na profesionálov v oblasti verejného zdravia, komunitných pracovníkov a iných pracovníkov na strednej úrovni (tzv. asistentov lekára), farmaceutov, laboratórnych technikov, manažérov dodávateľského reťazca, fyzioterapeutov, dentistov a odborníkov na orálne zdravie a ďalšie pridružené profesie a podporných pracovníkov. Súvisí to aj s pracovnou silou širších sociálnych služieb vzhľadom na uznávanú skutočnosť, že užšia integrácia pracovnej sily zdravotných a sociálnych služieb tiež môže zlepšiť dlhodobú starostlivosť o staršie obyvateľstvo.

11. Globálna stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve načrtáva možnosti politiky pre členské štáty WHO, povinnosti Sekretariátu WHO a odporúčania pre ďalšie zainteresované strany o tom ako:

- Optimalizovať aktuálnu pracovnú silu s cieľom zrýchliť napredovanie k dosiahnutiu univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou a udržateľných rozvojových cieľov (Cieľ 1);
- Pochopiť a pripraviť sa na budúce potreby zdravotných systémov, využiť rast na trhoch práce v zdravotníctve na maximalizáciu tvorby pracovných miest a ekonomického rastu (Cieľ 2);
- Budovať inštitucionálne kapacity na implementáciu tejto agendy (Cieľ 3);
- Posilniť dáta o HRH na monitorovanie a zodpovednosť za úspešnú implementáciu národných stratégií ako aj samotnej Globálnej stratégie (Cieľ 4).

Ciel' 1

Implementovať na dôkazoch založené politiky HRH, a tak optimalizovať dopady aktuálnej situácie v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve, zabezpečiť zdravý život, efektívne univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou a prispieť ku globálnej zdravotnej bezpečnosti.

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 1.1.

Do r. 2030, 80% krajín zníži o polovicu nerovnosti v rozmiestnení zdravotníckych pracovníkov medzi mestskými a vidieckymi oblasťami.

12. Riešenie potrieb obyvateľov mať univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou a globálnych rozvojových cieľov si vyžaduje čo najlepšie využitie limitovaných zdrojov, ich strategické uplatnenie prostredníctvom prijatia a implementácie na dôkazoch založených politik pracovnej sily v zdravotníctve, ktoré zodpovedajú miestnemu kontextu. Pretrvávajúce problémy s nedostatkom pracovnej sily v zdravotníctve a nerovnováha v kombinácii so starnutím obyvateľov a epidemiologickými zmenami znamenajú, že dosiahnutie zdravotných cieľov na bezprecedentnej úrovni ambicióznosti si vyžaduje novú, súčasnú agendu pre HRH. Paradigma univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou si vyžaduje uznať, že poskytovanie integrovaných a na ľudí sústredených služieb zdravotnej starostlivosti môže čerpať výhody z poskytovania tímovej starostlivosti na primárnej úrovni a využiť potenciálny prínos rôznych typológií zdravotníckych pracovníkov, ktorí užšie spolupracujú v rámci racionálnejšieho rozsahu praxe. To však znamená potrebu prijať efektívnejšie a účinnejšie stratégie a náležitú reguláciu pre oblasť vzdelávania pracovnej sily v zdravotníctve, udržateľnejší a na potreby reagujúci mix zručností, lepšie stratégie nasadenia a pracovných podmienok, **systemy odmeňovania, možnosti kontinuálneho profesionálneho rozvoja a kariérneho postupu pre ľudské zdroje v zdravotníctve s cieľom zlepšiť kapacity aj motiváciu pre lepší výkon.**
13. Významné zlepšenie efektívnosti sa dá dosiahnuť posilnením národných inštitúcií, aby mali možnosť navrhnúť a implementovať efektívnejšie stratégie a vhodnú reguláciu pracovnej sily v zdravotníctve. Existujú veľké možnosti zabezpečenia efektívnejšieho a účinnejšieho využitia zdrojov na základe prijatia modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti a rozmanitého a udržateľného mixu zručností zameraného na uplatnenie prístupu primárnej zdravotnej starostlivosti s efektívnym prepojením na pracovnú silu v sociálnych službách a odporúčaním služieb sekundárnej starostlivosti. Podobne sa dá veľa získať v oblasti výkonu a produktivity, keď sa zlepšia systémy riadenia a pracovné podmienky pre HRH a keď sa **v plnej miere využije potenciál spolupráce so súkromným sektorom, keď sa stimuluje a zosúladí jeho činnosť s cieľmi zdravotníctva vo verejnom sektore.** Uplatnenie týchto možností lepšej efektívnosti si vyžaduje inštitucionálne kapacity na implementáciu, vyhodnotenie a zlepšenie politiky plánovania, vzdelávania a riadenia HRH.

Možnosti politiky v členských štátoch WHO¹

Všetky krajiny

14. Posilnenie obsahu a implementácie plánov HRH ako súčasti národnej politiky a stratégie zdravia. Tu sa dá využiť prínos medzisektorového dialógu a zosúladenia medzi príslušnými ministerstvami (zdravotníctva, práce, školstva, financií atď.), ďalšími skupinami a súkromným

¹ Väčšina možných politik v tejto a v ďalších častiach je všeobecného charakteru a môžu o nich uvažovať krajiny na každej úrovni socioekonomického rozvoja. Ak ide o politiku špeciálne nameranú pre krajiny v určitej príjmovej skupine, je to výslovne uvedené. Toto rozlišovanie sa nemá chápať ako nemenné, keďže situácia v krajine sa môže časom zmeniť a na druhej strane podobné problémy zdravotných systémov a pracovnej sily v zdravotníctve môžu byť v rôznych podmienkach, so špecifickými a na kontexte závislými implikáciami pre financovanie, zamestnanosť a dynamiku trhu práce.

sektorom a miestnou verejnou správou. Mimoriadne dôležité je nájsť **pragmatické riešenia** na prekonanie hlboko zakorenenej nepružnosti v pravidlách a praxi verejného sektora, ktorá bráni prijatiu adekvátnych systémov odmeňovania, pracovných podmienok a kariérnych štruktúr pre zdravotníckych pracovníkov: ministerstvá zdravotníctva, komisie pre štátnu službu a zamestnávateľia by mali upraviť podmienky zamestnávania, odmeňovania a nefinančných stimulov **s cieľom zabezpečiť spravodlivé podmienky pre zdravotníckych pracovníkov**, možnosti kariérneho rozvoja na základe zásluh a pozitívne prostredie pre výkon praxe, a tak umožniť efektívne nasadenie, udržanie a adekvátnu motiváciu pracovníkov k poskytovaniu kvalitnej starostlivosti.

15. **Zabezpečiť efektívne využitie dostupných zdrojov.** **Vo svete sa premrhá 20% až 40%** všetkých výdavkov a veľký podiel na tomto stave má neefektívnosť pracovnej sily v zdravotníctve. (24) Na zlepšenie efektívnosti využívania zdrojov a HRH by mali byť zavedené systémy zodpovednosti. Popri opatreniach ako odstránenie tzv. mŕtvych duší z výplatných listín vo verejnom sektore, (25) bude veľmi dôležité prijať vhodné a nákladovo efektívne prístupy na poskytovanie **komunitnej, integrovanej, kontinuálnej a na osobu sústredenej starostlivosti**. To si vyžaduje implementovanie modelov poskytovania zdravotnej starostlivosti s vhodným a udržateľným mixom zručností potrebných pre spravodlivosť v napĺňaní potrieb populácie v oblasti zdravia. **Zdravotné systémy by teda mali zosúladiť trhové sily a očakávania obyvateľov** a smerovať ich k univerzálnemu pokrytiu zdravotnou starostlivosťou a k poskytovaniu integrovaných a na ľudí sústredených služieb, podporovaných prístupom primárnej zdravotnej starostlivosti s efektívnym odporúčaním pacientov do sekundárnej a špecializovanej starostlivosti, pri súčasnom predchádzaní nadmernej medikalizácie.
16. **Prepojiť vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a investície verejného sektora do zdravotníckeho personálu s potrebami obyvateľov a požiadavkami zdravotných systémov, prijať koordinovaný prístup k plánovaniu a vzdelávaniu HRH, a zapracovať do tohto prístupu podporu adekvátnych a rodovo vyvážených možností vzdelávania pre školencov z vidieckych oblastí, podporovať vzdelávanie medzi profesiami a spoluprácu pri výkone praxe.** Radikálne zlepšenie kvality pracovnej sily sa dá dosiahnuť uplatnením transformatívnej vzdelávacej agendy, (26) založenej na učení zameranom na spôsobilosti, ktoré vybaví zdravotníckych pracovníkov vedomosťami a zručnosťami v oblasti sociálnych determinánt zdravia a verejného zdravia. To musí zahŕňať epidemiologickú pripravenosť a odpoveď na agendu globálnej zdravotnej bezpečnosti a implementáciu medzinárodných zdravotných nariadení. Rovnako dôležité je pestovať v zdravotníckych pracovníkoch profesionálne hodnoty a postoje, ktoré sú predpokladom pre poskytovanie responzívnej a rešpektujúcej starostlivosti, pri súčasnom zohľadnení potreby eliminovať diskrimináciu na základe rodu, veku, mentálneho zdravia, sexuálneho a reprodukčného zdravia, HIV a AIDS. Presadzovanie a napredovanie tejto agendy si vyžaduje budovanie kapacít na reguláciu a akreditáciu úradov na zabezpečenie lepšieho navrhovania a presadzovania noriem a nariadení a pre zavádzanie národných licencií viazaných na kompetentnosť a pre posudzovanie pri obnove licencie osôb z verejných aj súkromných inštitúcií. Mali by sa zvažovať možnosti spolupráce vo vzdelávaní a investovaní po línii sever-juh a juh-juh.
17. **Optimalizovať motiváciu, spokojnosť, udržanie a výkonnosť zdravotníckeho pracovníka prostredníctvom politiky integrovaného balíka na získanie a udržanie zdravotníkov, vrátane bezpečnosti pracovného miesta, primeraného pracovného zaťaženia, kontinuálneho vzdelávania a možností profesionálneho rozvoja, možností kariérneho postupu, stimulov na podporu rodinného života a životného štýlu, príplatkov za sťažené pracovné podmienky, príspevkov na bývanie a vzdelávania a grantov.** Pre zabezpečenie spravodlivosti pri nasadzovaní zdravotníckych pracovníkov je dôležitý výber školencov z vidieckych oblastí a zabezpečenie možnosti vzdelávania pre obyvateľov z vidieckych oblastí a oblastí s nedostatočnými službami, poskytovanie finančných a nefinančných stimulov, regulačné opatrenia alebo reorganizácia poskytovania služieb. (27)

18. **Využiť – ak je to vhodné a nákladovo efektívne – informačné a komunikačné technológie (IKT),** predovšetkým pre e-learning, elektronické zdravotné záznamy, nástroje na podporu klinického rozhodovania, riadenie dodávateľsko-odberateľského reťazca, riadenie výkonov a slučky spätnej väzby a kontrolu kvality služieb. (28) Mali by sa zaviesť normy a akreditačné postupy pre certifikáciu poskytovaného vzdelávania prostredníctvom kombinovaných prístupov, ktoré zahŕňajú elektronické vzdelávanie (e-learning), náležité nariadenia pre poskytovanie služieb s využitím mobilných technológií (m-Health) a pre nakladanie s údajmi o pracovnej sile pri zachovaní požiadaviek na ochranu dôverných informácií. (29)
19. **Budovať väčšiu odolnosť a sebaistotu komunit,** zapájať ich do prijímania spoločných rozhodnutí a voľby možností a posilňovať pacientov a ich rodiny vedomosťami a zručnosťami, aby boli cenným prínosom pre zdravotný systém, aktívne spolupracovali na tvorbe starostlivosti a neboli len pasívnymi prijímateľmi služieb.

Vysokopríjmové krajiny

20. **Korigovať konfiguráciu a prísun špecialistov a všeobecných lekárov, vysoko špecializovaných profesionálov a iných kádrov –** prostredníctvom vhodných stratégií plánovania a vzdelávania, stimulov, adekvátnych investícií do všeobecného praktického a rodinného lekárstva s cieľom zabezpečiť poskytovanie komunitnej, na osobu sústredenej, kontinuálnej a integrovanej starostlivosti.
21. **Zachovať, zlepšovať alebo zaviesť rutinné a systematické mechanizmy na zlepšenie kvality, výkonov a rozmiestnenia pracovnej sily v zdravotníctve, vrátane jej adekvátneho nasadenia a udržania.**

Nízko a strednopríjmové krajiny

22. **Posilniť kapacity a kvalitu vzdelávacích inštitúcií a ich profesorského zboru** prostredníctvom akreditácie škôl a certifikácie diplomov s cieľom naplňovať súčasné a budúce požiadavky v oblasti vzdelávania a reagovať na potreby obyvateľov v oblasti zdravia. V určitých podmienkach si to možno bude vyžadovať prepracovanie prístupu k prijímaniu zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom mechanizmov spoločného vzdelávania a plánovania v zdravotníctve. Predovšetkým v určitých nízkopríjmových krajinách je potrebné opätovne sa zamerať na základné a stredné školstvo a zabezpečiť adekvátny a rodovo vyvážený prísun absolventov stredných škôl vhodných na vzdelávanie pre potreby zdravotníctva, ktorý bude zodpovedať demografickej situácii a rozloženiu obyvateľstva.
23. **Zabezpečiť, aby predpokladané rozšírenie balíka zdrojov pre zdravotníctvo viedlo k nákladovo efektívnej alokácii zdrojov a konkrétne k prioritnému nasadeniu multidisciplinárnych tímov primárnej starostlivosti,** v ktorých budú zdravotnícki pracovníci s širokou škálou zručností, aby sa predišlo neželaným situáciám a eskalácii nákladov pri prílišnom spoliehaní sa na terciárnu starostlivosť. Vyžaduje si to osvojenie udržateľného mixu rozmanitých zručností, využitie potenciálu komunitných praktických a stredných zdravotníckych pracovníkov (tzv. asistentov lekárov) pri rozšírení poskytovania služieb chudobným a marginalizovaným obyvateľom. (30, 31) V mnohých prípadoch vypracovanie národnej politiky zameranej na komunitných zdravotných praktických pracovníkov (tam, kde existujú) a ich integrovanie do zdravotného systému môže týmto kádrom umožniť využívať adekvátnu podporu systému a **pôsobiť efektívnejšie v rámci integrovaných tímov primárnej starostlivosti.** (32, 33) Podpora od národných a medzinárodných partnerov zameraná na expanziu týchto kádrov by mala byť zosúladená s príslušnou národnou politikou a systémami. (34)
24. **Optimalizovať výkon pracovnej sily v zdravotníctve prostredníctvom spravodlivých a formalizovaných podmienok zamestnania v rámci podporujúceho pracovného prostredia.** Sem patrí jasne stanoviť aké úlohy má zdravotnícky pracovník plniť a čo sa od neho očakáva, poskytnúť smernice, adekvátne pracovné procesy, možnosti doplniť si chýbajúce spôsobilosti, poskytovať podpornú spätnú väzbu, vhodné pracovné prostredie a stimuly; ale aj – čo je podstatné – **spravodlivú mzdu** zodpovedajúcu zručnostiam a prínosu pracovníka, pričom včasné a pravidelné vyplácanie mzdy je základná zásada, systémy odmeňovania podľa zásluh a možnosti kariérneho postupu.

Krehké štáty a krajiny v chronickej núdzi

25. **Popri vyššie uvedených možnostiach, v prípade krehkých štátov, kde panuje neistota a politická nestabilita je navyše konkrétne potrebné garantovať ochranu zdravotníckych pracovníkov pred násilím a ujmu v rámci širšej agendy pozitívneho prostredia na výkon činnosti a garantovať pracovné zdravie a bezpečnosť na pracovisku.**

Povinnosti Sekretariátu WHO

26. **Vypracovať normatívne smernice, podporovať operačný výskum s cieľom identifikovať na dôkazoch založené možnosti politiky a poskytovať technickú spoluprácu** (podľa potrieb členských štátov) pri vzdelávaní pracovnej sily v zdravotníctve, rozsah praxe rôznych kádrov, na dôkazoch založené stratégie nasadenia a udržiavania pracovníkov, kontrola kvality a prístupy na zlepšovanie výkonu činnosti vrátane regulácie.

Odporúčania pre ďalšie zainteresované strany a medzinárodných partnerov

27. **Vzdelávacie inštitúcie by mali prispôbiť štruktúru inštitúcie a spôsoby výučby tak, aby reagovali na potrebu zmeny vzdelávania.** Vzhľadom na rozmach súkromných vzdelávacích inštitúcií je podstatné, aby sa **zabezpečilo zosúladenie štandardov kvality** medzi verejnými a súkromnými vzdelávacími inštitúciami.
28. **Profesionálne rady, iné regulačné orgány alebo – kde je to aktuálne v prostredí národných inštitúcií – relevantné rezorty resp. líniové ministerstvá by mali prijať nariadenie o podporovanom prístupe pri výkone práce („right touch“ regulation), ktoré bude transparentné, zodpovedné, primerané, konzistentné a cielené.** Tieto orgány plnia ústrednú úlohu pri zabezpečení, aby profesionáli boli kompetentní, dostatočne skúsení a dodržiavali dohodnuté normy etickej praxe (35); v prípade potreby treba krajinám poskytnúť podporu pri ich vytváraní a posilňovaní. **Profesionálne rady alebo združenia** by mali vytvoriť vhodné mechanizmy na odčlenenie ich úlohy ako garanta kvality praxe od úlohy zastupovať záujmy svojich členov. (36) **Regulátori by mali viesť register kompetentných a praktizujúcich subjektov/osôb** namiesto registra tých, čo len ukončili program; vykonávať dohľad nad akreditáciou vzdelávacích programov pred výkonom praxe; implementovať mechanizmy na zabezpečenie pokračujúcej spôsobilosti; uplatňovať korektné a transparentné procesy na podporu mobility praktikov a zároveň chrániť verejnosť; podporovať škálu prístupov správania a spôsobilostí, ktoré sú primerané riziku a ktoré sa dajú efektívne a účinne realizovať. (37) **Profesionálne rady a združenia by mali spolupracovať na zavedení modelov vhodnej delby úloh a spolupráce medzi profesiami a zabezpečiť, že kádre iné ako zubári, pôrodné asistentky, sestry a lekári budú tiež systematicky využívať výhody vyplývajúce z procesu akreditácie a regulácie.**

Cieľ 2

Zosúladiť rozhodnutia o investíciách do HRH na národnej a globálnej úrovni so súčasnými a budúcimi potrebami zdravotných systémov a dopytom na trhu práce v zdravotníctve, maximalizovať príležitosti tvorby zamestnanosti a hospodárskeho rastu

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 2.1.

2.1. Všetky krajiny: do r. 2030, 80% krajín alokuje najmenej X% HDP na tvorbu, nábor, nasadenie a udržanie zdravotníckych pracovníkov, v rámci vyváženého alokovania mať na zreteli ďalšie priority v oblasti zdravotného a sociálneho rozvoja.

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 2.2.

Vysoko a strednopríjmové krajiny: do r. 2030, všetky krajiny naplnia minimálne 90% svojich potrieb zdravotníckeho personálu vlastnými ľudskými zdrojmi v zdravotníctve, v súlade s ustanoveniami WHO globálneho kódexu praxe pri medzinárodnom náboře zdravotníckych pracovníkov.

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 2.3.

2.2. Nízko a strednopríjmové krajiny: do r. 2030, vytvoriť, obsadiť a udržať min. 10 miliónov ďalších pracovných miest v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti na riešenie nenaplnených potrieb v záujme zabezpečenia spravodlivého a efektívneho pokrytia zdravotnými službami.

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 2.4.

Vysokopríjmové krajiny: zabezpečiť, aby do r. 2030 všetky krajiny OECD mohli preukázať, že min. 25% všetkej rozvojovej pomoci pre zdravotníctvo alokujú pre oblasť HRH.

29. Potreba a veľkosť globálnej pracovnej sily v zdravotníctve podľa predpovedí bude v nasledujúcich desaťročiach neustále rásť v dôsledku populačného a ekonomického rastu v kombinácii s demografickými a epidemiologickými zmenami. Medzi potrebou, dopytom a prísunom zdravotníckych pracovníkov sú vážne nezrovnalosti na vnútroštátnej, národnej aj globálnej úrovni, čo vedie k nespravodlivému rozmiestneniu a nasadeniu zdravotníckych pracovníkov. Úsilie zintenzívniť aktivity na dosiahnutie špecifických cieľov v oblasti zdravia obsiahnutých v cieľoch udržateľného rozvoja a univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou môže byť ohrozené vážnym nedostatkom zdravotníckych pracovníkov v nízko a stredno príjmových krajinách. Zároveň aj mnohé vysokopríjmové krajiny zápasia s nedostatkom pracovných síl v zdravotníctve v dôsledku problémov s dostupnosťou a udržateľnosťou, ktoré sa – vzhľadom na trendy – ešte zhoršia pri starnúcej populácii a chronickom nedostatku zdravotníckych pracovníkov a pokračujúcom spoliehaní sa na import zdravotníkov zo zahraničia. (38)

30. Je potrebný zásah verejného sektora, aby sa korigoval nedostatočný prísun zdravotníckych pracovníkov, ich nespravodlivé nasadenie alebo neadekvátne motivácia a výkony. Implementácia agendy HRH, ktorá by viedla k dosiahnutiu cieľov v oblasti zdravia na obdobie po roku 2015 si bude vyžadovať väčšiu dostupnosť zdrojov ako aj efektívnejšie využívanie existujúcich zdrojov. Výdavky na HRH sú v priemere 33,6% celkových výdavkov vlády na zdravotníctvo v krajinách, za ktoré údaje boli k dispozícii; (39) v mnohých nízko a strednopríjmových krajinách je nevyhnutné aj možné vynaložiť väčšie úsilie na mobilizáciu domácich zdrojov a toto úsilie by malo byť podopreté vhodnou makroekonomickou politikou na národnej aj globálnej úrovni. Úroveň financovania by mala odrážať hodnotu efektívnych HRH pre ekonomiku krajiny, vzhľadom na potenciál pre dosiahnutie lepšej produktivity pracovníkov v iných sektoroch. (40) Ale viaceré nízko- a strednopríjmové krajiny a krehké štáty ešte niekoľko desaťročí naďalej budú potrebovať zahraničnú rozvojovú pomoc, kým dosiahnu adekvátny fiškálny priestor pre nevyhnutné investície do HRH; v tomto kontexte je garantovaný politický dialóg na vysokej globálnej úrovni, v rámci ktorého sa budú skúmať možnosti ako vhodne uplatniť medzinárodné mechanizmy rozvojovej pomoci a umožniť im zabezpečiť udržateľné investície v oblasti kapitálových ako aj opakujúcich sa nákladov na HRH.

31. Začínajú sa zhromažďovať nové dôkazy o širších socioekonomických dopadoch investícií do pracovnej sily v zdravotníctve. Zamestnanosť v zdravotníctve má významný efekt na ďalšie sektory, ktorý podporuje ich rast: (41) to, spolu s očakávaným rastom na trhoch práce v zdravotníctve znamená, že investovanie do a podpora vzdelávania a zamestnanosti v zdravotníctve bude čoraz platnejšou stratégiou pre krajiny na každej úrovni socioekonomického rozvoja na vytvorenie

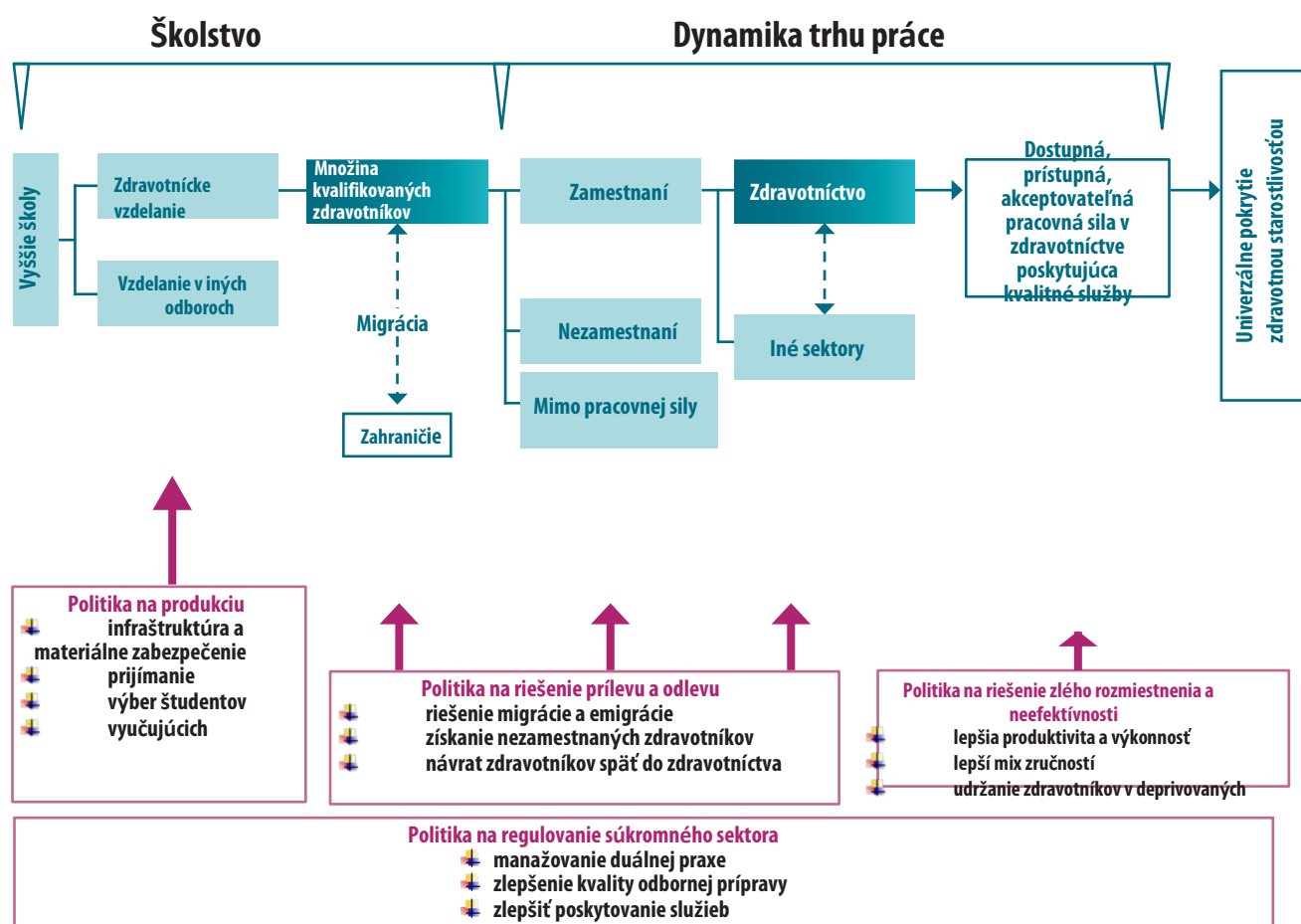
kvalifikovaných pracovných miest vo formálnom sektore, príležitosťou, ktorú by mohli využiť najmä ženy vzhľadom na rodovo neutrálne možnosti vzdelávania a zamestnania pracovnej sily v zdravotníctve a rastúcu úlohu žien v pracovnej sile v zdravotníctve.

Možnosti politiky pre členské štáty WHO

Všetky krajiny

32. **Budovať kapacity na prognózovanie a plánovanie HRH alebo zlepšiť politiku HRH a stratégie, ktoré kvantifikujú potrebu, požiadavky a prísun pracovnej sily v zdravotníctve v rôznych scenároch budúceho vývoja, s cieľom manažovať trhy práce pre pracovnú silu v zdravotníctve a zaviesť efektívnu a účinnú politiku, ktorá bude reagovať na súčasné potreby a zároveň anticipovať budúce očakávania (Obr. 2). Plány HRH by sa mali naceniť, financovať, implementovať a postupne upresňovať, aby riešili (a) odhad počtov a kategórií zdravotníckych pracovníkov potrebných na naplnenie cieľov verejného zdravia a potrieb obyvateľov v oblasti zdravia; (b) kapacity na zabezpečenie dostatku kvalifikovaných pracovníkov (politika vzdelávania); a (c) schopnosť trhu práce vykonávať nábor, nasadzovať a udržať zdravotníckych pracovníkov (ekonomické a fiškálne kapacity, nasadenie pracovnej sily, jej odmeňovanie a udržanie prostredníctvom finančných a nefinančných stratégií).**

Obr. 2. Možnosti politiky formovať trhy práce v zdravotníctve



Zdroj: Sousa et al, 2013, Bulletin WHO.

33. **Pôsobiť ako katalyzátor multisektorovej akcie v oblasti problematiky pracovnej sily v zdravotníctve** s cieľom získať potrebnú **podporu od ministerstiev financií a práce** (resp. ich ekvivalentov) a zabezpečiť zosúladenie rôznych sektorov a zložiek a zainteresovaných strán v spoločnosti so stratégiami a plánmi pracovnej sily v zdravotníctve, využiť jej prínosy pri tvorbe pracovných miest, hospodárskeho rastu a rodového posilnenia.
34. **Investovať strategicky prostredníctvom dlhodobého (10-15 rokov) zodpovedného riadenia verejnej politiky a stratégií do dôstojných podmienok zamestnávania**, rešpektujúcich práva pracovníkov, (42) do bezpečného pracovného prostredia a lepšieho pracovného prostredia, vrátane prinajmenšom poskytovania dôstojnej mzdy, a do stimulov na zabezpečenie spravodlivosti pri nasadzovaní a udržiavaní pracovníkov.

Vysokopríjmové krajiny

35. **Investovať do tvorby, nábora, nasadenia a udržiavania zdravotníckych pracovníkov, aby potreba na národnej aj na nižšej úrovni bola uspokojená prostredníctvom zdravotníckych pracovníkov vyškolených v samotnej tejto krajine.** Zlepšiť stratégie investovania do vzdelávania, aby zodpovedali súčasným a predpokladaným požiadavkám trhu práce v zdravotníctve; predchádzať situácii, keď novokvalifikovaní študenti nebudú schopní uplatniť sa na trhu práce, najmä v čase recesie, keď následne dochádza k ich odcudzeniu zo zdravotníctva. (43)
36. **Zvážiť možnosti rekvalifikácie pracovníkov z upadajúcich a útlmových odvetví a sektorov hospodárstva** (napr. výroba, poľnohospodárstvo a iné podľa situácie v krajine) a nasadiť ich v zdravotníctve a sektore sociálnej starostlivosti (44), najmä na pracovných pozíciách a v úlohách, pre ktoré stačí krátke vyškolenie a bariéry vstupu sú relatívne nízke.

Nízko a strednopríjmové krajiny

37. **Nízko a strednopríjmové krajiny by mali zvýšiť investície** a tak podporiť na trhu založený dopyt a prísun pracovnej sily v zdravotníctve a užšie ich zosúladiť s potrebami obyvateľov v oblasti zdravia, uplatniť stratégie na udržiavanie zdravotníckych pracovníkov v krajine, dôsledne dodržiavať **zásady WHO Globálneho kódexu praxe pri medzinárodnom nábore zdravotníckych pracovníkov**. V mnohých vyšších strednopríjmových krajinách si to bude vyžadovať zvýšenie kapacity prísunu zdravotníckych pracovníkov v snahe vysporiadať sa s rastúcim dopytom v krajine vyvolaným hospodárskym rastom a pritom udržať pod kontrolou eskalovanie nákladov. (45)
38. **Nízkopríjmové krajiny by mali mobilizovať zdroje pre investície do HRH z tradičných aj inovatívnych zdrojov, vrátane štátneho rozpočtu, sociálneho zdravotného poistenia, účelových fondov, vyčlenených spotrebných daní a fondov spoločenskej zodpovednosti podnikov ťažobného priemyslu ako napr. baníctvo a ropný priemysel.** (46) Také investície by mali byť konzistentné a zosúladené so širšou agendou zdravotnej a sociálnej ochrany. (47)

Krehké štáty a krajiny v chronickej núdzi

39. **Popri vyššie uvedených možnostiach, v prípade krehkých štátov, kde panuje neistota a politická nestabilita je navyše konkrétne potrebné zabezpečiť schopnosť krajiny absorbovať a efektívne využiť domáce ako aj zahraničné zdroje.** Najmä v týchto podmienkach by podpora zo strany rozvojových partnerov pre HRH mala byť predikovateľná a dlhodobá.

Povinnosti Sekretariátu WHO

40. **Poskytnúť normatívne smernice a technickú spoluprácu – podľa potreby príslušnej členskej krajiny – v oblasti plánovania a prognózovania pracovnej sily v zdravotníctve, pri analýze trhu práce v zdravotníctve, pri určovaní ceny národnej stratégie HRH, pri sledovaní národného a medzinárodného financovania HRH.** Vzhľadom na pokračujúcu závislosť určitých nízkopríjmových a krehkých krajín na externej pomoci, WHO by mala apelovať na globálne a regionálne finančné inštitúcie, rozvojových partnerov a globálne iniciatívy pre zdravie, aby boli prijaté makroekonomické politiky a politika financovania, ktorá by viedla k väčším a viac strategicky zacieleným investíciám do HRH.

Odporúčania pre ďalšie zainteresované strany a partnerov

41. Medzinárodný menový fond, Svetová banka, regionálne rozvojové banky a ďalší by mali investície do pracovnej sily v zdravotníctve považovať za investície do produktívneho sektora, ktorý má potenciál vytvoriť milióny nových pracovných príležitostí a je schopný podporiť hospodársky rast a širší socioekonomický rozvoj, a preto by mali upraviť svoje makroekonomické politiky tak, aby umožnili väčšie investície do sociálnych služieb.
42. Globálne iniciatívy pre zdravie by mali vytvoriť mechanizmy spravovania, a tak zabezpečiť, že všetky granty a úvery budú zahŕňať aj posúdenie implikácií v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve a prijať osobitnú stratégiu zameranú na to, ako by špecifické programy prispeli k budovaniu kapacít HRH na úrovni inštitúcie, organizácie aj jednotlivca. Nábor obslužných pracovníkov podľa programov zameraných na konkrétne choroby oslabuje zdravotné systémy a malo by sa mu predchádzať prostredníctvom integrácie programov pre konkrétne choroby do stratégií PHC.
43. Rozvíjanie partnerstiev na koordináciu investícií do HRH a ich zosúladenie s dlhodobými národnými potrebami ako sú vyjadrené v národných sektorových plánoch. Globálne iniciatívy v oblasti zdravia by mali opätovne zosúladiť svoju podporu pre pracovnú silu v zdravotníctve, aby sa posilnila udržateľnosť HRH vrátane možnosti investovať do kapitálových výdavkov ako aj do opakujúcich sa výdavkov na HRH, a pritom prekonať súčasné preferenčné zameranie na krátkodobé, na chorobu úzko zamerané školenie zdravotníkov v službe. (48, 49) V tej súvislosti by rozvojoví partneri mali zvážiť vytvorenie multilaterálneho mechanizmu financovania na podporu medzinárodných investícií do zdravotných systémov. (50)
44. OECD by mala vytvoriť mechanizmy na sledovanie podielu rozvojovej pomoci, ktorá bola alokovaná HRH, keďže súčasné procesy a požadované dáta na sledovanie tokov medzinárodnej pomoci neumožňujú spoľahlivo a konzistentne zachytiť investície do pracovnej sily v zdravotníctve (51).

Ciel' 3

Budovať kapacity národných a medzinárodných inštitúcií v oblasti efektívneho líderstva a spravovania HRH akcií

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 3.1.

Do r. 2030, 80% všetkých krajín bude mať zavedené inštitucionálne mechanizmy na efektívne riadenie a koordináciu medzisektorovej agendy pracovnej sily v zdravotníctve.

- 45. Efektívne spravovanie a posilnenie inštitucionálnych kapacít je potrebné pre implementáciu komplexnej agendy pracovnej sily v zdravotníctve v jednotlivých krajinách.** Napriek výraznému pokroku v posledných desaťročiach, pokrok v oblasti HRH nebol dostatočne razantný ani dostatočne hlboký. Rozvoj pracovnej sily v zdravotníctve je do určitej miery technický proces, ktorý si vyžaduje odbornosť v oblasti plánovania, vzdelávania a riadenia HRH a schopnosť zakotviť tieto procesy do dlhodobej vízie pre zdravotný systém; je to však aj politický proces, ktorý si vyžaduje vôľu a právomoc koordinovať úsilie rôznych sektorov a komponentov spoločnosti na rôznych úrovniach verejnej správy. (52) Kľúčovým problémom nie je nedostatok dôkazov o efektívnych intervenciách: problém je ako simultánne zabezpečiť efektívne medzisektorové spravovanie, posilňovať technické kapacity a mobilizovať finančné zdroje pre súčasnú agendu HRH. (53) **To si vyžaduje politickú vôľu – a zodpovednosť – predsedov vlády.**
- 46. Technické a manažérske kapacity sú potrebné na pretavenie politickej vôle a rozhodnutí do efektívnej implementácie.** Potrebná je profesionalizácia oblasti plánovania a manažmentu pracovnej sily v zdravotníctve ako súčasť verejnej pracovnej sily v zdravotníctve: tak ako potrebujeme schopných zdravotníckych profesionálov, potrebujeme aj schopných profesionálov na riadenie zdravotníctva. To je podstatná skutočnosť v súvislosti s poskytnutím požadovaných dôkazov a technických rád politickým lídrom a pre garantovanie efektívnej implementácie a sledovania politiky, noriem a smerníc po ich zavedení. (54)
- 47. Vhodné globálne spravovanie v oblasti zdravia môže podporiť implementáciu národných agend HRH.** Politický záväzok a opatrenia na úrovni krajiny sú základy pre efektívnu odpoveď na výzvy v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve. Ale určité záležitosti HRH ako napr. vytváranie a spoločné využívanie globálnych verejných dober a dôkazov, poskytovanie alebo mobilizácia technickej a finančnej asistencie, etické manažovanie mobility pracovnej sily v zdravotníctve, posúdenie implikácií globálnych cieľov v oblasti zdravia a rezolúcií pre HRH, sú nadnárodného charakteru a vyžadujú si globálny prístup podopretý záväzkom medzinárodnej solidarity. Globálny mechanizmus pre spravovanie HRH je potrebný pre angažovanie na vysokej politickej úrovni, pre medzisektorový a multilaterálny dialóg o politike a na podporu globálnej koordinácie a vzájomnej zodpovednosti, ktorý bude efektívne previazaný s procesmi systému Spojených národov na monitorovanie univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou a plnenia udržateľných rozvojových cieľov.

Možnosti politiky pre členské štáty WHO

Všetky krajiny

- 48. Zostaviť argumentáciu v prospech HRH ako podstatnej zložky UHC, využívať ju na požadovanie plánov a rozpočtov na mobilizovanie potrebných zdrojov a podporiť ju nevyhnutnými nariadeniami a mechanizmami pre koordináciu politiky a dohôd.** Efektívna implementácia národnej agendy pracovnej sily si vyžaduje nasmerovanie podpory od ministerstiev financií, školstva, práce, komisií pre štátnu službu, miestnej správy a súkromného sektora. Koordináciu medzi týmito aktérmi umožní vytvorenie národných mechanizmov pre koordinované spravovanie HRH a dialóg o otázkach politiky medzi rôznymi sektormi a štruktúrami; (55) tie by mali v procese

rozhodovania legitimizovať angažovanie a záujmy zainteresovaných strán vrátane občianskej spoločnosti, občanov, zdravotníckych pracovníkov, zdravotníckych profesionálov a ich odborové organizácie alebo združenia, regulátorov (úrady pre dohľad), zamestnávateľské združenia, poisťné fondy, aby sa tak rozšírilo politické osvojenie si a inštitucionálna udržateľnosť politiky a stratégie HRH, a pritom sa nestratili zo zreteľa ciele verejnej politiky.

49. **Posilniť technické a manažérske kapacity na efektívnu prípravu a implementáciu politiky HRH, noriem a smerníc.** To urýchli prijatie inovatívnych procesov, technológií, spôsobov organizácie služieb a zabezpečovania vzdelávania a školenia v záujme efektívneho využívania zdrojov.
50. **Zabezpečiť, aby pracovná sila vo verejnom zdravotníctve previazala úsilie v oblasti rozvoja pracovnej sily v zdravotníctve s pracovnou silou v sociálnych službách** a širšími sociálnymi determinantmi zdravia vrátane prístupu k bývaniu, strave, vzdelaniu a podmienok v miestnom prostredí.

Vysokopríjmové krajiny

51. **Vybudovať kapacity na zosúladienie stimulov pre vzdelávanie pracovnej sily v zdravotníctve a poskytovanie zdravotnej starostlivosti s cieľmi verejného zdravia.** To si vyžaduje vytvorenie inštitucionálnych mechanizmov na udržiavanie rovnováhy medzi rastúcimi potrebami spôsobených starnutím obyvateľov a novými a čoraz drahšími zdravotníckymi technológiami s realistickým prognózovaním balíka disponibilných zdrojov.

Nízko a strednopríjmové krajiny

52. **Zabezpečiť, že všetky krajiny budú mať efektívnu jednotku alebo odbor HRH,** ktorý bude spadať pod ministrov a bude viesť: obhajovať a propagovať rozvoj HRH; mobilizovať a efektívne a zodpovedne využívať zdroje; presadzovať lepšie pracovné podmienky, **systemy odmeňovania** a kariérne možnosti pre zdravotníckych pracovníkov; viesť **krátkodobé a dlhodobé plánovanie a rozvoj pracovnej sily** v zdravotníctve; analyzovať dáta o pracovnej sile a ekonomické aspekty práce; efektívne sledovať medzinárodnú mobilitu zdravotníckych pracovníkov, riadiť migračné toky s cieľom maximalizovať výhody pre zdrojové krajiny; monitorovať a vyhodnocovať intervencie v oblasti HRH.
53. **Posilňovať inštitucionálne prostredie pre generovanie, nasadzovanie, udržanie a riadenie výkonu pracovnej sily v zdravotníctve.** To si vyžaduje vybudovanie ľudských a inštitucionálnych kapacít potrebných pre navrhovanie, rozvoj a poskytovanie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov pred nástupom a po nástupe do praxe; **rozvoj zdravotníckych profesijných združení;** navrhnutie efektívnych systémov riadenia výkonu a odmeňovania; spoluprácu so súkromnými vzdelávacími inštitúciami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a ich reguláciu. V decentralizovanom prostredí musí byť táto kapacita dostupná na príslušnej administratívnej úrovni.

Krehké štáty a krajiny v chronickej núdzi

54. **Popri vyššie uvedených možnostiach,** v prípade krehkých štátov, kde panuje neistota a politická nestabilita, v prípadoch kde **system centrálného spravovania je slabý,** treba prijať flexibilné prístupy k rozvoju HRH, ktoré budú zodpovedať konkrétnej realite v krajine ako napr. zamerať sa na intervencie v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve na decentralizovanej úrovni alebo prostredníctvom nešťátnych aktérov.
55. **Využiť možnosť – keď je k dispozícii darcovské financovanie a zároveň je najväčšia príležitosť pre reformu - rýchlo urobiť pokrok smerom k silnejším inštitúciam.** (56) To si možno bude ešte v začiatkoch procesu obnovy vyžadovať vytvorenie registra aktívnej pracovnej sily v praxi, ktorý bude prepojený so zoznamami platených osôb s cieľom nájsť a odstrániť prípadné tzv. mŕtve duše. (57)

Povinnosti Sekretariátu WHO

56. Poskytnúť členským štátom technickú spoluprácu a budovať kapacity na rozvoj základných spôsobilostí v politike, plánovaní, mobilizácii zdrojov, prognózovaní a riadení HRH. Úsilie pri budovaní kapacít sa môže podporiť aj rozvojom medzinárodne uznaného, postgraduálneho odborného programu politiky a plánovania HRH s medzinárodnými pedagógmi a profesionálnou sieťou na podporu činnosti v oblasti vedy pracovnej sily.
57. Posilniť globálnu schopnosť implementovať transnárodnú agendu HRH podporovaním efektívnej koordinácie, zosúladovania a zodpovednosti prostredníctvom podpory pre fungovanie siete medzinárodných zainteresovaných strán a aktérov v oblasti HRH.

Odporúčania pre ďalšie zainteresované strany a partnerov

58. Parlamenty a občianska spoločnosť by mala prispieť k pokračujúcej dynamike agendy HRH prostredníctvom mechanizmov zodpovednosti vzdelávacích inštitúcií a zamestnávateľov vo verejnom ako aj súkromnom sektore.
59. Medzinárodná komunita, rozvojoví partneri a globálne iniciatívy pre zdravie by mali systematicky skúmať aký dopad budú mať zvažované a prijaté ciele na pracovnú silu v zdravotníctve. Sekretariát WHO bude v rámci toho spolupracovať aj so svojimi orgánmi s cieľom vytvoriť podmienky na to, aby všetky rozhodnutia v budúcnosti predložené Svetovému zdravotníckemu zhromaždeniu a regionálnym výborom zhrňali vyhodnotenie implikácií, ktoré budú pre pracovnú silu v zdravotníctve vyplývať z technických odporúčaní alebo odporúčanej politiky. (58)

Cieľ 4

Zabezpečiť, aby na národnej a svetovej úrovni monitorovanie a zodpovednosť za úsilie v oblasti HRH bolo zosúladené a podopreté dôkazmi, aktuálnymi poznatkami a dátami o HRH.

ŠPECIFICKÝ CIEĽ 4.1.

Do r. 2030, 90% krajín bude mať zavedené mechanizmy na zdieľanie dát HRH cez národnú evidenciu pracovnej sily v zdravotníctve a každoročne hlásiť základné ukazovatele Sekretariátu WHO a zverejňovať ich.

60. Vyžadujú sa lepšie dáta a evidencia HRH vzhľadom na to, že sú kriticky dôležitým faktorom umožňujúcim zlepšiť plánovanie, tvorbu politiky, spravovanie a zodpovednosť na národnej aj globálnej úrovni. Slučka spätnej väzby 'dôkazy - politika' je základnou funkcionalitou odolných zdravotných systémov, ktoré sú definované ako systémy schopné učiť sa zo skúseností a prispôbovať sa meniacim sa potrebám. Prognózovanie požiadaviek na pracovné sily podopreté spoľahlivými a aktuálnymi informáciami o pracovnej sile v zdravotníctve, analýzami trhu práce a skúmanie budúcich scenárov môže prinášať dôležité informácie pre navrhovanie, implementáciu, monitorovanie, hodnotenie dopadov a kontinuálnu aktualizáciu stratégií pracovnej sily. Táto oblasť má veľký potenciál na zlepšenie v nasledujúcich desaťročiach a ponúka príležitosti, ktoré umožňujú nové technológie, prepojenie, internet a začiatok éry „veľkých dát“, ktorá sa vyznačuje dramatickým rastom typov a kvantity údajov, ktoré zhromažďujú systémy, pacienti a zdravotnícki pracovníci.
61. Ciele rozvoja po roku 2015 si vyžadujú zosúladenie agendy verejnej politiky v oblasti spravovania, zodpovednosti a spravodlivosti so strategickými informáciami o národných a svetových trhoch práce v zdravotníctve. Potrebne je stimulovať dopyt po proaktívnom využívaní dát o pracovnej sile v zdravotníctve v medzinárodnej verejnej politike a podporovať globálnu diskusiu o hodnotení implikácií každého cieľa v oblasti verejného zdravia pre pracovnú silu v zdravotníctve; to zas podnieti požiadavku získať a analyzovať dáta o pracovnej sile, predovšetkým v súvislosti s globálnymi iniciatívami pre zdravie a programovanie spojené so špecifickými cieľmi v oblasti zdravia, ktoré sú

dosiahnuté v cieľoch **trvalo udržateľného rozvoja** a **univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou**. Lepšia architektúra informácií o HRH a interoperabilita môže podporiť tieto procesy. Zhromaždené údaje by mali zahŕňať **komplexný prehľad charakteristík pracovnej sily** (verejná a súkromná prax); **vzorce odmeňovania** (viaceré zdroje, nie iba zoznamy platených osôb vo verejnom sektore); **spôsobilosti pracovníkov** (vrátane úlohy rôznych zdravotníckych pracovníkov, rozložené (dezagregované) na úroveň kádrov a medzi rôznymi úrovňami starostlivosti; výkon činnosti (systematický zber údajov o produktivite a kvalite starostlivosti); absencia a absentérstvo a ich hlavné príčiny; **dynamika a mobilita pracovníkov** (**vidiecki vs mestskí, verejní vs súkromní, medzinárodná mobilita**). (59)

62. Táto stratégia zahŕňa rámec zodpovednosti pre účely hodnotenia pokroku dosiahnutého pri plnení jej odporúčaní. Na úrovni jednotlivých krajín by možnosti politiky, identifikované ako najrelevantnejšie pre príslušný členský štát, mali byť zakotvené v **stratégiách a plánoch rozvoja národného zdravia**. Špecifické ciele HRH a ukazovatele by mali byť zahrnuté do národnej politiky, stratégie a rozvojového rámca a multisektorové a multizložkové mechanizmy by sa mali posilniť, aby odrážali kľúčové intervencie HRH a miesta zodpovednosti od vstupov po dopady. Existujúce procesy a mechanizmy pre revidovanie zdravotníctva na úrovni krajiny by mali zahŕňať pravidelné hodnotenie pokroku dosiahnutého pri plnení agendy pracovnej sily v kontexte krajiny. Globálna zodpovednosť bude zahŕňať progresívnu agendu na implementáciu národných dátových registrov/evidencie pracovnej sily v zdravotníctve s ročným podávaním správ jednotlivých krajín o kľúčových ukazovateľoch HRH a dátach k špecifickým cieľom, ktoré boli určené v rámci štyroch cieľov uvedených v tejto stratégii. Požiadavky na správy resp. údaje, ktoré členské štáty budú posilať, budú zracionalizované týmto výrazným progresívnym zlepšením v oblasti dát o HRH, kde bude fungovať efektívne prepojenie monitorovania stratégie s monitorovaním dodržiavania WHO globálneho kódexu praxe pri medzinárodnom nábore zdravotníckych pracovníkov a ďalších rezolúcií a strategických dokumentov WHA zameraných na HRH a rezolúcií prijatých na regionálnej úrovni. Globálne monitorovanie bude tiež prepojené a zosynchronizované s rámcom zodpovednosti pre pripravované ciele trvalo udržateľného rozvoja.

Možnosti politiky pre členské štáty WHO

Všetky krajiny

63. Investovať do analytickej kapacity HRH a dát zdravotných systémov na základe politiky a smerníc pre šandardizáciu a interoperabilitu dát HRH ako napr. minimálny dátový súbor WHO (**WHO Minimum Data Set**) na vytvorenie a realizáciu evidencie (účtov) pracovnej sily v zdravotníctve. (60) Tie by mali progresívne rozšíriť minimálny dátový súbor (Minimum Data Set) na komplexný súbor hlavných ukazovateľov o výkone činnosti pre korpus pracovníkov v zdravotníctve, ich rozmiestnenie, toky, dopyt, prísun a odmeňovanie vo verejnom ako aj v súkromnom sektore ako **predpoklad pre pochopenie trhov práce v zdravotníctve** a prípravu efektívnych riešení v rámci politiky. Národné alebo regionálne observatóriá pracovnej sily môžu byť užitočným implementačným mechanizmom pre účely tejto agendy. Možnosti na dosiahnutie vyššej efektívnosti spočívajú aj vo využití progresívnych technológií, prepojenia, internetu a novými prístupmi k budúcnosti pracovnej sily, pri navrhovaní systémov zberu, zhromažďovania a využívania dát o HRH. (61)
64. Zaviesť stimuly a politiku na zber, vykazovanie a analýzy dát o pracovnej sile s cieľom poskytovať informácie v záujme transparentnosti a zodpovednosti a na zabezpečenie verejného prístupu pre rôzne úrovne rozhodovania. Predovšetkým jednotlivé krajiny by mali podporiť zber a vykazovanie na národnej a nižšej úrovni dát o pracovnej sile v zdravotníctve prostredníctvom šandardizovaného ročného vykazovania údajov pre WHO Global Health Observatory. So všetkými dátami o pracovnej sile (pri zachovaní dôvernosti osobných údajov) by sa malo zaobchádzať ako s globálnym verejným dobrom, ktoré sa má zdieľať vo verejnom priestore na prospech rôznych odvetví vlády/správy, zdravotníckych profesijných združení, a rozvojových partnerov.
65. **Do národnej stratégie zdravia alebo HRH zakotviť relevantné možnosti politiky, ktoré sú uvedené v tejto stratégii, ako aj príslušné požiadavky na monitorovanie a zodpovednosť.** Zodpovednosť za HRH na národnej úrovni by mala byť sprevádzaná mechanizmami zodpovednosti

HRH na základnej úrovni a mal by sa využiť hlas a schopnosti komúnit a používateľov služieb na generovanie slučiek spätnej väzby užitočných na zlepšovanie kvality starostlivosti o pacientov a ich bezpečnosti. Podobne, na globálnej úrovni by krajiny mali žiadať kanceláriu generálneho tajomníka OSN, aby zabezpečil rámec zodpovednosti pre ciele trvalo udržateľného rozvoja, v ktorom by boli zahrnuté špecifické ciele a ukazovatele pracovnej sily v zdravotníctve.

Vysokopríjmové krajiny

66. **Aplikovať prístupy tzv. veľkých dát v záujme lepšieho pochopenia pracovnej sily v zdravotníctve, vrátane jej veľkosti, charakteristík a výkonu a v záujme komplexnejšieho pohľadu na nedostatky a možnosti posilnenia pracovnej sily v zdravotníctve.**

Nízko a strednopríjmové krajiny

67. **Posilniť informačné systémy HRH a zabezpečiť ľudský kapitál potrebný na ich prevádzkovanie v súlade so širšími informačnými systémami riadenia zdravotníctva na všetkých úrovniach ako aj kapacity na efektívne využívanie dát pre účely dialógu s tvorcami politiky.**
68. **Využiť príležitosti napredovať v skokoch prostredníctvom IKT riešení pre zber a ukladanie dát o HRH, a vyhýbať sa pritom kapitálovo náročnej infraštruktúre, ktorá bola potrebná v minulosti.**

Krehké štáty a krajiny v chronickej núdzi

69. **Popri vyššie uvedených možnostiach, v prípade krehkých štátov, kde panuje neistota a politická nestabilita je navyše konkrétne potrebná profesionalizácia navrhovania informačných systémov HRH prostredníctvom cielených iniciatív na budovanie kapacít, na vytvorenie a posilnenie príslušných inštitúcií na národnej úrovni. (62)**

Povinnosti Sekretariátu WHO

70. **Vyvíjať, revidovať použiteľnosť a aktualizovať nástroje, smernice a databázy týkajúce sa dát a dôkazov HRH.**
71. **Podporovať progresívnu implementáciu národnej evidencie/účtov pracovnej sily v zdravotníctve a systém digitálneho vykazovania pre krajiny, ktoré každý rok posielajú minimálny súbor hlavných ukazovateľov HRH vrátane informácií o tvorbe, nábore, dostupnosti, štruktúre, rozmiestnení, cene a migračných tokoch pracovnej sily v zdravotníctve. (63)**

Zracionalizovať a integrovať všetky požiadavky, ktoré sa kladú na členské štáty v oblasti vykazovania údajov o HRH a posielania správ o monitorovaní implementácie WHO globálneho kódexu praxe pri medzinárodnom nábore zdravotníckych pracovníkov, iných rezolúcií WHO zameraných na HRH a o pokroku pri implementácii Globálnej stratégie HRH. Prispôbiť, integrovať a prepojiť monitorovanie špecifických cieľov v Globálnej stratégii HRH s pripravovaným rámcom zodpovednosti pre ciele trvalo udržateľného rozvoja.

Odporúčania pre ďalšie zainteresované strany a partnerov

72. **Medzinárodný úrad práce má revidovať Medzinárodnú štandardnú klasifikáciu povolání (International Standard Classification of Occupations; ISCO), v záujme ujasnenia klasifikácie a vymedzenia zdravotníckych pracovníkov a zdravotníckych profesií, (64) smerovať k definíciám, ktoré odrážajú spôsobilosti pracovníka spolu s úlohami, ktoré vykonáva.**
73. **Výskumné a akademické inštitúcie využijú posilnené dáta HRH a merania hodnotení dopadov a výskum nákladovej efektívnosti a návratnosti investícií do opatrení v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve. (65)**

Príloha 1

Costed health workforce requirements for implementation of Global Strategy on HRH

Annex 1 will be available in July 2015, once the analysis is finalised.

Annex 2

Annotated list of key tools and guidelines for HRH assessment, planning, forecasting, education, management, deployment

Annex 2 will be compiled by July 2015 and will incorporate an overview of evidence-based guidelines and recommendations.

References

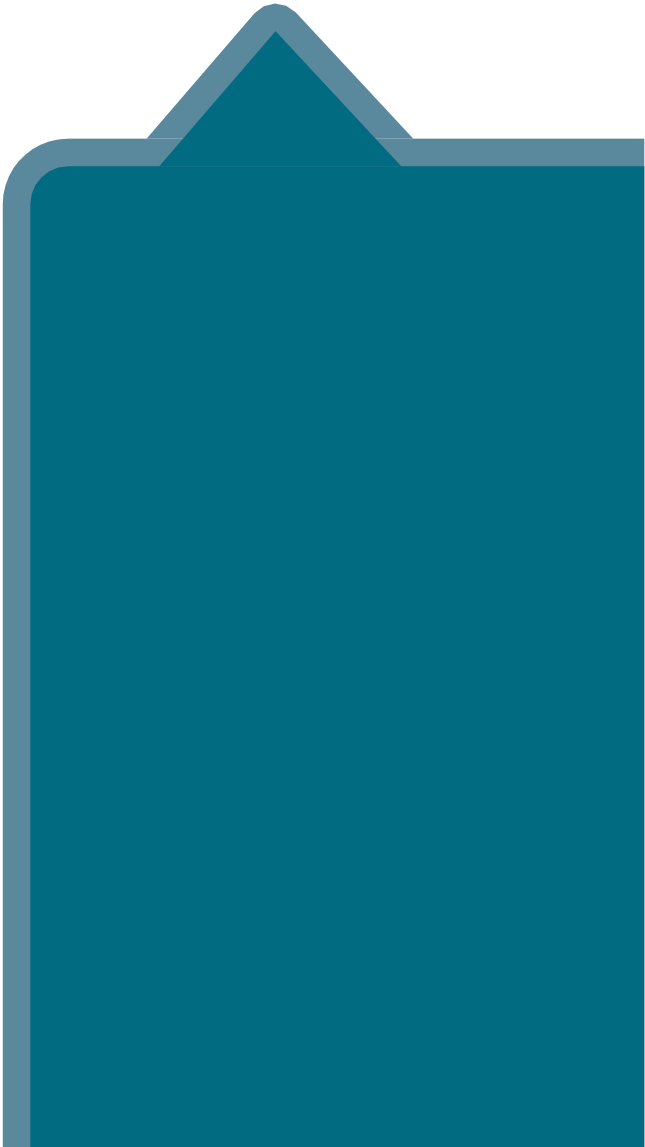
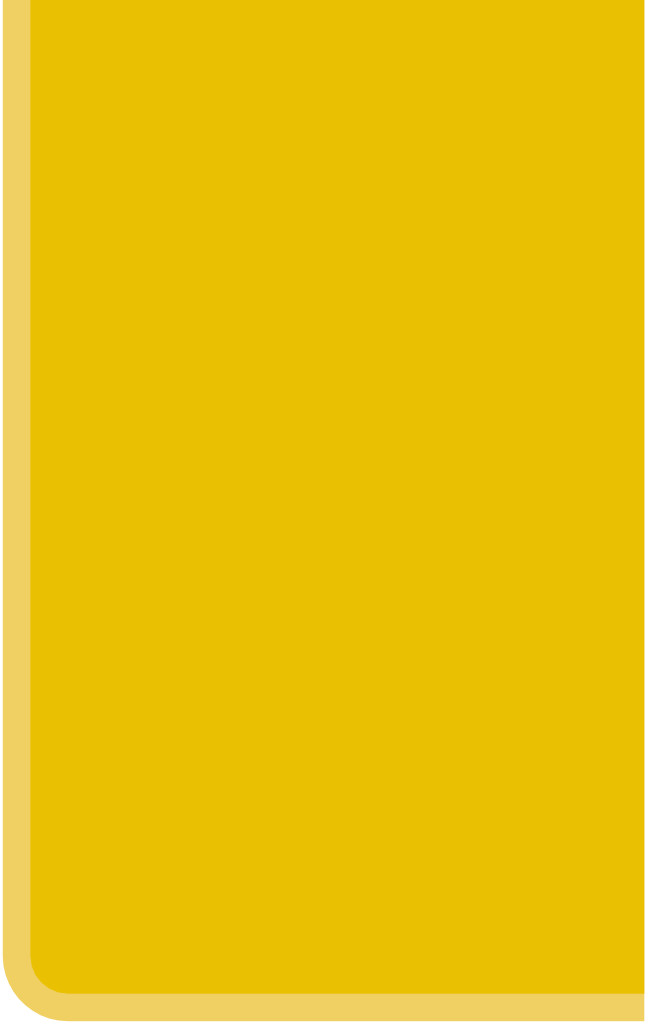
1. GHWA-WHO 2015. Health Workforce 2030 – Towards a global strategy on human resources for health (http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/, accessed 5 June 2015)
2. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
3. International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>, accessed 13 February 2015).
4. The world health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/whr/2007/en/>, accessed 13 February 2015).
5. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):853–63.
6. 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(9949):1215–25.
7. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
8. De Luca MA, Soucat A. Transforming the global health workforce. New York: New York University; 2013.
9. Cometto G, Boerma T, Campbell J, et al. The third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage. Lancet Global Health. 2013;(6):e324–5.
10. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 agenda. New York: United Nations; 2014 (http://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf, accessed 13 February 2015).
11. World Health Organization 2014. WHA 67.24 - Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015)
12. Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):808–15.
13. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet. 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
14. WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> accessed 5 June 2015)
15. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015)
16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHA63.16. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf, accessed 13 February 2015)

17. United Nations 2015. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health-Zero draft for consultation http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy_zero-draft.pdf Accessed 5 June 2015
18. WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> accessed 5 June 2015
19. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf, accessed 14 February 2015).
20. Family Planning 2020 (<http://www.familyplanning2020.org/>, accessed 14 February 2015).
21. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf, accessed 14 February 2015).
22. UNAIDS 2015. UNAIDS 2016-2021 Strategy – draft- http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20150301_strategy_consultation/timeline accessed 5 June 2015
23. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
24. The world health report 2010 – health system financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 15 February 2015).
25. Dominican Republic's health sector reinvests savings from ghost workers to improve care. Intrahealth International; 2010 (<http://www.intrahealth.org/page/dominican-republics-health-sector-reinvests-savings-from-ghost-workers-to-improve-care>, accessed 15 February 2015).
26. 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(9756):1923–58.
27. Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):834–40.
28. Information technology (IT) in the new global strategy on human resources for health. Input to GHWA public consultation process from participants at the GETHealth Summit, Dublin Castle, Ireland, 14 November 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1, accessed 15 February 2015).
29. Bollinger R, Chang L, Jafari R, et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):890–2.
30. Lewin S, Munabi-Babigumira 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. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;3.
31. Lassi Z, Cometto G, Huicho L, et al. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):824–33I.
32. McCord GC, Liu A, Singh P. Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:244–53B
33. Tulenko K et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:847-852
34. GHWA and WHO, 2013. Mogedal S, Wynd S, Afzal M. A framework for partners'harmonised support Community

Health Workers and Universal Health Coverage. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/frame_partner_support/en/ Accessed 5 June 2015

35. xxx
36. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
37. Improving health worker performance. Published for the U.S. Agency for International Development by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC; 2014 (https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/improving_health_worker_performance_feb2014.pdf, accessed 15 February 2015).
38. Tankwanchi A, Ozden C, Vermund S. Physician emigration from sub-Saharan Africa to the United States: analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. PLoS Medicine. 10(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1001513
39. Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):808–15
40. ILO comments on draft papers of TWGs 1, 3, 7 & 8. Submission to the public consultation process on the global strategy on human resources for health. Geneva: International Labour Office; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/GHWA-consultation_ILO-comments.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015)
41. Arcand, JL, Araujo EC, Menkulasic G, Weber M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the associations? Washington (DC): World Bank; forthcoming.
42. ILO, 1978. C151: Labour Relations (Public Service) Convention, 1978 (No. 151). Convention Concerning Protection of the Right to Organise and Procedures for Determining Conditions of Employment in the Public Service. Geneva: International Labour Office; 1978 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312296, accessed 14 February 2015).
43. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
44. Prissades et al.
45. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
46. Leadership and governance for enhanced HRH contributions to health systems strengthening: insights, imperatives, investments. Technical Working Group 5 for the global strategy on human resources for health; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG5_LeadershipandGovernance.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
47. The ILO Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Office; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205341/lang--en/index.htm, accessed 14 February 2015).
48. Vujcic M, Weber S, Nikolic I, et al. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. Health Policy and Planning. 2012;27(8):649–57.
49. 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 and Planning. 2014;29(8):986–97.
50. Gostin L. Ebola: towards an international health systems fund. Lancet. 2014;384(9951):e49–51.
51. Campbell J, Jones I and Whyms D. More money for health, more health for the money: A health workforce perspective.

52. Sales M, Kieny MP, Krech R, Etienne C. Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):798–798A.
53. Padilha A, Kasonde J, Mukti G, Crisp N, Takemi K, Buch E. Human resources for universal health coverage: leadership needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):800–800A.
54. Nurse J. What are the health workforce and service implications of the Global Framework for Public Health? Discussion paper, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/RefA_PublicHealthpaper.pdf?ua=1, accessed 20 January 2015).
55. Kingue S, Roskam E, Bela AC, Adjidja A, Codjia L. Strengthening human resources for health through multisectoral approaches and leadership: the case of Cameroon. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):864–7.
56. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters*. 2011;35(4):661–79.
57. Re-energizing the HRH agenda for a post-2015 world: responding to the needs of fragile States. Technical Working Group 6 for the global strategy on human resources for health; 2014
58. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft) (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
59. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft) (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
60. WHO, 2015. Minimum Data Set for Health Workforce Registry - Human Resources for Health Information System. http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/ accessed 5 June 2015
61. Horizon 2035: health and care workforce futures – progress update. Centre for Workforce Intelligence; 2014 (http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cfw.org.uk%2Fpublications%2Fhorizon-2035-progress-update-july-2014%2Fattachment.pdf&ei=l4q-VKHdL4WY7gaMqIGQBQ&usg=AFQjCNGMO_VTER6ybQrh-k5oyQGdLdeNKQ&bvm=bv.83829542,d.ZGU, accessed 14 February 2015).
62. Re-energizing the HRH agenda for a post-2015 world: responding to the needs of fragile States. Technical Working Group 6 for the global strategy on human resources for health; 2014
63. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft) (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
64. Technical Working Group consultation papers 1 to 8: Submission to the public consultation process on the global strategy on HRH. International Confederation of Nurses; 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/6ICN.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).
65. Foster AA. Recommendations for HRH global strategy papers: November 2014. Intrahealth International submission to the public consultation process on the global strategy on HRH, 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/8IntraHealthInternational.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).



CONTACT

HEALTH WORKFORCE DEPARTMENT
WORLD HEALTH ORGANIZATION
AVENUE APPIA 20
1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

workforce2030@who.int
www.who.int/hrh