Всемирная
организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто тридцать восьмая сессия EB138/35
Пункт 10.1 предварительной повестки дня 20 ноября 2015 г.

Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения: второй раунд национальной отчетности

Доклад Секретариата

ВВЕДЕНИЕ

1. В 2010 г. резолюцией WHA63.16 Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. Этот Кодекс является комплексным многосторонним средством укрепления кадров здравоохранения с упором на международную мобильность медработников.

2. В 2013 г. Секретариат представил Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения первый доклад о ходе осуществления Кодекса[1]. На тот момент 85 государств-членов назначили национальные органы и 56 государств-членов представили доклады, подготовленные с использованием инструмента национальной отчетности.

3. В 2015 г. Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения рассмотрела доклад Консультативной группы экспертов по актуальности и эффективности Кодекса[2]. В результате обсуждения Группа констатировала актуальность Кодекса и поступление фактических данных о его эффективности. Другой ее вывод состоял в том, что разработка, усиление и поддержание реализации этого инструмента должны рассматриваться в качестве непрерывного процесса.

4. Настоящий доклад по второму раунду национальной отчетности представлен в соответствии с требованиями Статей 9.2 и 7.2(c) Кодекса.

---

[1] Документ A66/25.

[2] Документ A68/32 Add.1.

ПОДДЕРЖКА ГОСУДАРСТВАМ-ЧЛЕНАМ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОДЕКСА

5. Секретариат оказывает поддержку в трех областях работы, которые рассматриваются ниже.

Назначенные национальные органы

6. В сотрудничестве с региональными бюро Секретариат продолжал содействовать назначению каждым государством-членом национального органа, ответственного за обмен информацией о миграции медперсонала и об осуществлении Кодекса. Национальные органы были назначены 114 странами, что на 34% больше, чем на конец первого раунда отчетности в 2012-2013 гг. (см. Таблицу 1). Из этих органов 85% базируются в министерствах здравоохранения, 9% – в институтах общественного здравоохранения и 6% – в других учреждениях (например, в органах здравоохранения, советах по вопросам здравоохранения или в обсерваториях по кадрам здравоохранения).

7. Общая сфера охвата назначенными национальными органами значительно возросла. В некоторых регионах произошли значительные улучшения, в том числе увеличение в 4 раза численности назначенных национальных органов в Регионе Западной части Тихого океана.

Таблица 1. Число назначенных национальных органов в разбивке по регионам ВОЗ и число назначенных органов, представивших в Секретариат отчеты с использованием инструмента национальной отчетности, по состоянию на 30 сентября 2015 г.

	Первый раунд отчетности (2012–2013 гг.)		**Второй раунд отчетности (2015–2016 гг.)**			
Регион ВОЗ	Число назначенных национальных органов	Число назначенных национальных органов, направивших отчеты в Секретариат	Число назначенных национальных органов	Число назначенных национальных органов, направивших отчеты в Секретариат	Число отчетов, которые предстоит завершить	Число назначенных национальных органов, которые не отреагировали
Африка	13	2	12	5	5	2
Страны Америки	11	4	15	8	4	3
Юго-Восточная Азия	4	3	7	6	1	0
Европа	43	40	43	25	9	9
Восточное Средиземноморье	8	3	13	5	5	3
Западная часть Тихого океана	6	4	24	11	4	9
Итого	**85**	**56**	**114**	**60**	**28**	**26**

Инструмент национальной отчетности

8. В консультации с государствами-членами и соответствующими заинтересованными сторонами Секретариат сделал инструмент национальной отчетности пригодным для проведения самооценки на национальной основе:

(a) включив в сферу охвата инструмента развитие и устойчивость кадров здравоохранения, а также юридические права мигрантов, двусторонние отношения, исследования по вопросам мобильности медперсонала, статистику, регулирование выдачи разрешений на ведение практики, партнерства и техническое сотрудничество;

(b) разработав в сотрудничестве с ОЭСР и Евростатом, а также на основе координации с региональными бюро, модуль по миграции кадров здравоохранения, который был включен в инструмент национальной отчетности в соответствии со Статьями 6 и 7 Кодекса. Этот модуль увязан с анкетой о совместном сборе данных по статистики медицинского обслуживания в неденежном выражении[1], способствуя сбору данных об имеющихся врачах и медсестрах и об их ежегодном притоке в разбивке по странам, в которых они получили свою первую профессиональную квалификацию[2]. Он содержит новые дезагрегированные данные о медперсонале, который обучался за рубежом;

(c) включив в инструмент национальной отчетности в соответствии со Статьей 9.4 Кодекса новую часть по другим заинтересованным сторонам, желающим представлять информацию об осуществлении Кодекса.

9. К 30 сентября 2015 г. 60 из 114 назначенных национальных органов (53%) составили и представили доклад с использованием инструмента национальной отчетности в рамках второго раунда национальной отчетности (см. Таблицу 1). По сравнению с первым раундом эти данные свидетельствуют о росте во всех районах, кроме Европейского региона. Значительное большинство стран, представивших отчеты в рамках второго раунда, известны как страны происхождения и назначения международной миграции медперсонала.

Сотрудничество

10. Секретариат содействует укреплению многосекторального сотрудничества с участием правительства и академических учреждений и организаций и сетей гражданского общества в целях поддержки информационно-разъяснительной и аналитической работы, предусматриваемой Кодексом. К числу особых достижений относятся: усилия государств-членов по переводу Кодекса на свои официальные языки

[1] См. ОЭСР и Европейское региональное бюро ВОЗ. Совместный план действий на веб-сайте: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/232426/OECD-Joint-statement_09013_FINAL.pdf (по состоянию на 20 октября 2015 г.)

[2] Дополнительная информация будет включена в добавление к докладу Секретариата Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 году.

(в том числе голландский, итальянский, индонезийский, каталанский, немецкий, польский, румынский, тайский, финский и японский); включение положений Кодекса в национальное законодательство (например, в Германии) и двусторонние соглашения (конкретно, в таких странах происхождения, как Республика Молдова и Филиппины); и использование Кодекса для стимулирования многосекторального диалога по вопросам устойчивости систем здравоохранения (в Сальвадоре, Индонезии, Мальдивских Островах, Филиппинах и Уганде).

11. На региональном уровне Секретариат поддержал ряд мероприятий и межстрановых инициатив по содействию осуществлению Кодекса, включая проведение Арабской организацией по вопросам административного развития тринадцатой Арабской конференции по новым тенденциям в управлении больницами, принявшей декларацию с призывом предпринимать усилия по содействию подотчетности за поступательное осуществление Кодекса в странах-членах Лиги арабских государств, Совета сотрудничества Персидского залива и Региона Восточного Средиземноморья; усилия иберо-американских министров здравоохранения по укреплению кадров для систем информирования в области здравоохранения в связи с мониторингом миграции медработников, как это предусмотрено Кодексом; и усилия Совета министров здравоохранения Центральноамериканских государств по выработке региональной политики управления миграционными потоками. Аналогичным образом, ВОЗ вновь заявила о своей приверженности Совместным действиям Европейского союза в области планирования и прогнозирования кадров здравоохранения и об оказании им поддержки и ожидает рекомендации по совместным действиям, которые будут подготовлены после выхода доклада о применимости Кодекса в условиях Европейского союза, в целях содействия обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Секретариат поддержал ряд мероприятий в Регионе Юго-Восточной Азии, в том числе организацию круглого стола на уровне министров по вопросам укрепления кадров здравоохранения в ходе шестьдесят восьмой сессии Регионального комитета для стран Юго-Восточной Азии. Десятилетие укрепления кадров здравоохранения (2015-2024 гг.), провозглашенное Региональным бюро для стран Юго-Восточной Азии, рассматривается в качестве важнейшей платформы для реализации Кодекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВТОРОГО РАУНДА НАЦИОНАЛЬНОЙ ОТЧЕТНОСТИ

12. Из 60 стран, представивших отчеты, 40 (67%) сообщили о принятии мер по осуществлению Кодекса. Половина стран из этого числа сообщили о проведении оценки потребностей в связи с осуществлением Кодекса на национальном, субнациональном и местном уровнях. Складывается более ясная картина проблем на национальном уровне, чем на субнациональном и местном уровнях.

13. Из отчетов вытекает ряд важных тем. Первая касается запросов на оказание технического содействия по включению положений Кодекса в национальные законы и нормативные положения; укрепления регулирования как в частном, так и в государственном секторах; и содействия межсекторальному сотрудничеству, конкретно между министерствами здравоохранения и министерствами труда и социальных вопросов. Общая проблема, возникающая у стран на региональном и глобальном

уровнях, состоит в установлении связи между нормативными положениями, которыми они должны руководствоваться в работе на национальном уровне, и нормативными положениями, которые содержатся в двусторонних соглашениях. Третья общая тема касается низкого качества данных и необходимости укрепления потенциала и выделения средств для стандартизации, сбора и обмена данными по мобильности, что будет способствовать усилению планирования кадров здравоохранения и эффективного мониторинга осуществления Кодекса и его последствий[1].

Развитие кадров здравоохранения и устойчивость систем здравоохранения

14. Кодекс является комплексным механизмом развития кадров здравоохранения, сфера действия которого выходит за рамки трудовой миграции. Этот тезис выделен в отчетах, представленных государствами-членами: 88% полученных отчетов содержат информацию о принимаемых мерах по удовлетворению потребностей в кадрах здравоохранения с помощью персонала, подготовленного на национальной основе. Решения включают увеличение численности имеющихся постов гарантированного качества с уделением возросшего внимания самым последним навыкам и необходимым квалификациям, непрерывному повышению профессионального уровня и улучшению условий оплаты и труда.

15. Из 60 стран, представивших отчеты, 43 (72%) сообщили о принятии мер по решению проблемы географического дисбаланса в распределении кадров в их странах. Результаты принятия этих мер потребуют дополнительного анализа и обобщения. На Рисунке ниже отображено положение работников-мигрантов в плане их юридических прав, приема на работу и регулирования практической деятельности. Информация о статистической отчетности и разрешениях на практическую деятельность персонала, получившего образование за границей, в основном касается врачей и медицинских сестер и в меньшей степени – акушерок.

[1] Дополнительна информация будет включена в дополнение к докладу Секретариата Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 году.

Рисунок. Основные элементы информации, полученной от 60 назначенных национальных органов, использовавших инструмент национальной отчетности (с указанием Статьи Кодекса), по состоянию на 30 сентября 2015 г.

16. Хотя может сложиться впечатление об ограниченном характере межстрановой поддержки в осуществлении Кодекса, почти половина стран, представивших отчетность (28), являются участниками двусторонних, региональных и многосторонних соглашений о найме медработников, что свидетельствует о взаимосвязи между рынками труда медработников и мобильностью на рынке труда. Большинство этих соглашений, касающихся, в основном, врачей и медсестер, предшествовали принятию Кодекса и сохраняют свою силу. Новые сведения о заключении соглашений на региональном уровне (конкретно в АСЕАН, скандинавских странах и странах Ближнего Востока) были представлены 10 странами в отношении стоматологов и тремя странами в отношении фармацевтов.

17. Двадцать пять стран представили определенную информацию о субъекте, подготовившем отчет, и определенную информацию о других заинтересованных сторонах и международных организациях, участвующих в процессе представления отчетности.

Сбор новых фактических данных о мобильности кадров здравоохранения

18. В соответствии с рекомендациями из Статей 6 и 7 была получена новая информация о масштабах международной мобильности с помощью модуля миграции кадров здравоохранения, входящего в инструмент национальной отчетности (см. информацию о полученных данных в Таблице 2). Из 60 стран, заполнивших инструмент, факультативная информация была представлена 31 страной о контингенте врачей, получивших образование за рубежом, 22 странами о ежегодном притоке врачей, прошедших обучение за рубежом; 27 странами о контингенте медицинских сестер, подготовленных за рубежом, и 19 странами о ежегодном притоке медицинских сестер, подготовленных за рубежом. Страны также представили информацию о различных подходах стран назначения к профессиональной регистрации и переаттестации. Несмотря на различие между странами в плане доступности ежегодных данных, в целом имеются хорошие потенциальные возможности для дальнейшего совершенствования сбора данных.

19. Сопоставление с международными базами данных[1] подтверждает, что семь из 10 основных стран назначения, куда прибывают международные мигранты, приняли участие во втором раунде представления национальной отчетности[2]. Сопоставление с данными ОЭСР о миграции медработников подтверждает, что отчеты, представленные Австралией, Канадой, Францией, Германией, Ирландией, Испанией, Соединенным Королевством Великобритании и Северной Ирландии и Соединенными Штатами Америки, охватывают почти 75% врачей, обучавшихся за рубежом, которые зарегистрированы в 26 странах ОЭСР. В этом отношении второй раунд представления отчетности характеризуется определенным улучшением участия основных стран назначения.

[1] United Nations Department of Economic and Social Affairs (2013). Trends in international migrant stock: the 2013 revision (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2013).

[2] Список этих стран с указанием процента всех международных мигрантов мира, проживающих в них: Соединенные Штаты Америки (19,8%); Германия (4,2%); Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (3,4%); Франция (3,2%); Канада (3,2%); Австралия (2,8%); и Испания (2,8%).

Таблица 2. Информация о данных о врачах, обучавшихся за рубежом, которые получены 60 назначенными национальными органами с использованием инструмента национальной отчетности, по состоянию на 30 сентября 2015 г.

Регион ВОЗ	Число отчетов, полученных Секретариатом	Численность врачей, обучавшихся за рубежом		Ежегодный приток врачей, обучавшихся за рубежом	
		Число стран, по которым имеются данные	Среднее количество лет (наличие данных)	Число стран, по которым имеются данные	Среднее количество лет (наличие данных)
Африка	5	1	3	0	–
Страны Америки	8	4	5.5	2	13
Юго-Восточная Азия	6	3	7	2	15
Европа	25	17	7	15	7
Восточное Средиземноморье	5	0	–	0	–
Западная часть Тихого океана	11	6	7	3	2
Итого	**60**	**31**	**7**	**22**	**8**

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

20. В ходе второго раунда объем и качество отчетности от государств-членов об осуществлении Кодекса существенно улучшились. Количество назначенных национальных органов возросло на 34%, что окажет существенное влияние на осуществление Кодекса в этих государствах-членах. Кроме того, вовлечение основных стран назначения (на которые приходится более 75% всех врачей-мигрантов в странах ОЭСР) не только придает Кодексу и его статьям легитимность, но и объясняет увеличение объема и улучшение качества отчетности.

21. Увеличение на 34% является положительной реакцией на неоднократные заявления Консультативной группы экспертов по актуальности и эффективности Кодекса о важности назначения государствами-членами национального органа, как это предусмотрено Статьей 7.3 Кодекса, в целях содействия национальному диалогу, оказания поддержки в осуществлении Кодекса и координации обмена информацией и представления отчетности[1].

22. На сегодняшний день 53% назначенных национальных органов представили отчет. Секретариат ведет работу с остальными государствами-членами, имеющими назначенные национальные органы, которые еще этого не сделали в рамках второго раунда представления национальной отчетности (47%), и представит отчет с добавлением, содержащим дополнительную информацию, Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 году.

[1] См. документ A68/32 Add.1.

23. Государства-члены ясно выразили свои потребности интегрировать осуществление Кодекса и его мониторинг в более широкий анализ и планирование национальных кадров здравоохранения. В 2015 г. Всемирная ассамблея здравоохранения предложила Секретариату ВОЗ (на глобальном, региональном и страновом уровнях) укрепить свой потенциал в целях повышения осведомленности, оказания технической поддержки и продвижения эффективного осуществления Кодекса и представления отчетности по нему[1]. В проекте глобальной стратегии ВОЗ по кадровым ресурсам здравоохранения: кадры здравоохранения, 2030 г. содержится эта просьба[2] и акцентируется дальнейшее осуществление Кодекса. В проекте стратегии отмечается растущая потребность в медработниках, связанная с увеличением населения и демографическими и эпидемиологическими сдвигами. Эта потребность обеспечит новые возможности для занятости, главным образом в странах со средне-высоким и высоким уровнем доходов. Поэтому сильная зависимость от медперсонала, обученного за рубежом, вероятно, сохранится. Финансовая поддержка со стороны Европейской комиссии и правительства Норвегии позволила ВОЗ осуществить в ограниченных масштабах программу оказания поддержки в осуществлении Кодекса в пяти странах; реагирование на новые запросы государств-членов будет зависеть от наличия финансовых и технических ресурсов в 2016-2017 годах.

24. Проведенная на сегодняшний день оценка новых аспектов развития кадров здравоохранения и обеспечения их устойчивости в рамках второго раунда отчетности свидетельствует о положительном эффекте Кодекса в плане обращения внимания лиц, формулирующих политику, на вопросы занятости, обучения и удержания кадров; растущем понимании глобального характера мобильности кадров здравоохранения, что требует совершенствования двусторонних и многосторонних увязок; и необходимости общегосударственных ответных мер с вовлечением министерств здравоохранения, образования, труда и других ведомств. Будущие усилия в этом отношении надлежит сосредоточить на содействии более широкому пониманию устойчивости кадров здравоохранения в качестве фактора, способствующего укреплению систем здравоохранения и достижению всеобщего охвата медицинским обслуживанием. Варианты политики, которыми следует руководствоваться в этих усилиях, включены в глобальную стратегию ВОЗ по кадровым ресурсам здравоохранения: кадры здравоохранения, 2030 год.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

25. Исполкому предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =

[1] См. решение WHA68(11) по Глобальному кодексу ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2015 г.).

[2] См. документ EB138/36.