Всемирная организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто сорок четвертая сессия **EB144/25**
Пункт 6.3 предварительной повестки дня **12 декабря 2018 г.**

Кадровые ресурсы здравоохранения

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

Доклад Генерального директора

1. В 2010 г. после рассмотрения в течение шести лет Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией WHA63.16 приняла Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения[1].

2. Кодекс представляет собой всеобъемлющую многостороннюю рамочную основу, способствующую развитию сотрудничества и обмену информацией о миграции работников здравоохранения. Он устанавливает этические принципы и практику международного найма персонала здравоохранения и укрепления систем здравоохранения. Хотя он не носит обязательный характер, он предусматривает действенный механизм мониторинга.

3. В 2016 г. Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла к сведению второй доклад об осуществлении Кодекса[2]. К моменту завершения второго раунда 74 государства-члена представили национальные доклады – значительно больше, чем в первом раунде, в рамках которого доклады представили 56 государств-членов.

4. Настоящий доклад по третьему раунду национальной отчетности представлен в соответствии с требованиями статей 9.2 и 7.2(c) Кодекса. Представленные в нем данные послужат основой для второй оценки актуальности и эффективности Кодекса в 2019 г. в соответствии с решением Ассамблеи здравоохранения WHA68(11) (2015 г.).

5. Важное значение для настоящего доклада имеет принятие Глобального договора о безопасной, упорядоченной и легальной миграции на Межправительственной

---

[1] В резолюции WHA57.19 (2004 г.) «Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах» Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору разработать Глобальный кодекс по практике международного найма персонала здравоохранения.

[2] См. документ WHA69/2016/REC/3, протоколы заседаний Комитета B, четвертое заседание, раздел 2.

конференции по принятию Глобального договора о безопасной, упорядоченной и легальной миграции, состоявшейся в Марракеше, Марокко, 10–11 декабря 2018 года. Окончательный текст документа включает важные ссылки на Кодекс. Следует также отметить, что в докладе Генерального секретаря Организации Объединенных Наций о международной миграции и развитии[1] особо подчеркивается важное значение Кодекса и данных, касающихся кадровых ресурсов здравоохранения, для более широкой повестки дня по проблеме миграции.

Ход работы по осуществлению Кодекса

6. В рамках имеющихся ресурсов Секретариат оказывал содействие в осуществлении Кодекса и проведении мониторинга, включая техническое сотрудничество и предоставление поддержки государствам-членам, а также в проведении третьего раунда представления национальной отчетности назначенными национальными органами.

Третий раунд национальной отчетности: процесс и результаты

Назначенные национальные органы

7. По состоянию на 4 октября 2018 г. 113 государств-членов представили контактную информацию о назначенных ими национальных органах, отвечающих за обмен информацией по вопросам миграции персонала здравоохранения и осуществления Кодекса в рамках третьего раунда (см. Таблицу 1 и Рисунок 1); 24 государства-члена представили такую информацию впервые.

Таблица 1. Число назначенных национальных органов, по регионам ВОЗ

Регион	Первый раунд отчетности (2012-2013 гг.)	Второй раунд отчетности (по состоянию на 30 сентября 2015 г.)	Третий раунд отчетности (по состоянию на 4 октября 2018 г.)
Африка	13	12	13
Америка	11	15	14
Юго-Восточная Азия	4	7	10
Европа	43	43	42
Восточное Средиземноморье	8	13	16
Западная часть Тихого океана	6	24	18
Всего	85	114[a]	113

[a] Общее число назначенных национальных органов, подтвержденных в рамках первого и второго раундов представления отчетности.

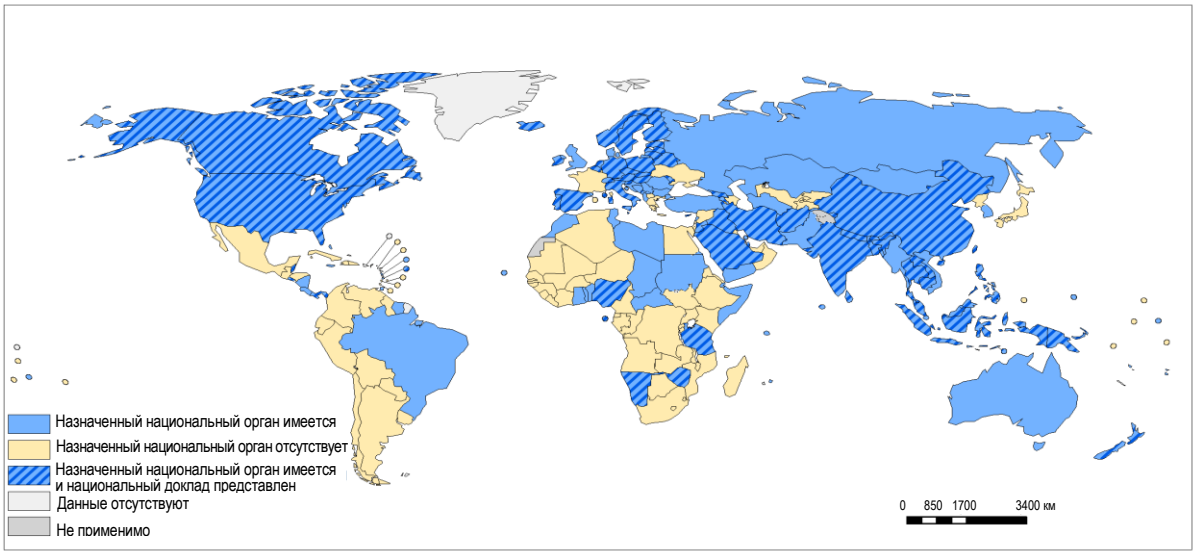
[1] Документ Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 73/286.

Представление национальных докладов: положение дел на 4 октября 2018 г.

8. Государства-члены и Секретариат сотрудничали в целях упрощения Инструмента национальной отчетности, обеспечивая при этом согласованность с его предыдущими версиями. Элементы данных были согласованы с данным инструментом и отчетностью по национальной системе учета кадров здравоохранения (как было предложено государствам-членам Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA69.19 (2016 г.)). Инструмент отчетности независимых заинтересованных сторон и информационно-разъяснительная работа также были усилены в целях улучшения взаимодействия с «соответствующими заинтересованными сторонами» в процессе представления отчетности.

9. По состоянию на 4 октября 2018 г. национальные доклады представили 63 государства-члена (см. Таблицу 2)[1]. Эти 63 государства-члена составляют почти две трети населения мира; 16 из 63 стран представили отчетность впервые.

Рисунок 1. Положение дел в отношении назначения национальных органов и представления национальных докладов, по государствам-членам на 4 октября 2018 г.



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

Источник данных: Всемирная организация здравоохранения
Составление карты: Инновации, информация, фактические данные и исследования (IER) Всемирная организация здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения
© ВОЗ, 2018 г. Все права защищены.

[1] В рамках текущего раунда отчетность представили следующие государства-члены: Афганистан, Армения, Австрия, Бангладеш, Беларусь, Бельгия, Белиз, Бутан, Камбоджа, Канада, Китай, Кипр, Чехия, Сальвадор, Эстония, Финляндия, Грузия, Германия, Венгрия, Исландия, Индия, Индонезия, Иран (Исламская Республика), Ирак, Ирландия, Италия, Иордания, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Латвия, Литва, Малайзия, Мальдивские Острова, Мальта, Монако, Черногория, Намибия, Непал, Нидерланды, Новая Зеландия, Нигерия, Норвегия, Панама, Папуа-Новая Гвинея, Филиппины, Польша, Португалия, Катар, Республика Молдова, Сент-Люсия, Сан-Томе и Принсипи, Саудовская Аравия, Словакия, Словения, Испания, Шри-Ланка, Швеция, Швейцария, Таиланд, Тимор-Лешти, Тринидад и Тобаго, Объединенная Республика Танзания, Соединенные Штаты Америки и Зимбабве.

Таблица 2. Национальные органы, представившие доклады в Секретариат, по регионам ВОЗ

Регион	Первый раунд отчетности (2012-2013 гг.)	Второй раунд отчетности (по состоянию на 30 сентября 2015 г.)	Третий раунд отчетности (по состоянию на 4 октября 2018 г.)		
	Доклад представлен	Доклад представлен	Доклад представлен	Доклад в процессе	Представлен/ в процессе
Африка	2	5	5	2	7
Америка	4	8	7	2	9
Юго-Восточная Азия	3	6	9	0	9
Европа	40	25	29	4	33
Восточное Средиземно-морье	3	5	6	5	11
Западная часть Тихого океана	4	11	7	3	10
Всего	56	60	63	16	79

10. Высокий уровень участия особо отмечается в Регионе Юго-Восточной Азии, где более трех четвертей государств-членов представили национальные доклады.

Некоторые результаты представления национальных докладов (n = 63)

11. В общей сложности, количественные данные были представлены 57 государствами-членами; 52 государства-члена представили данные по пяти медицинским специальностям (стоматологи, акушеры, медсестры, фармацевты и врачи-терапевты), которые составляют большую часть специалистов в области здравоохранения, охваченных органами регулирования, и которые более всего связаны с международной миграцией. Сорок два государства-члена представили данные о доле работников здравоохранения родившихся и/или получивших образование за рубежом, с разбивкой данных по стране получения образования для 26 государств-членов. Число этих стран возросло по сравнению со вторым раундом отчетности в 2016 году.

12. Данные, представленные государствами-членами, позволили получить новые знания в отношении международной мобильности стоматологов, акушерок и фармацевтов.

13. Данные о работниках здравоохранения, родившихся и/или получивших образование за рубежом, предоставляют фактическую информацию о сглаживании различий между странами происхождения и назначения. Это означает, что упрощенные бинарные представления о странах происхождения/назначения или отправляющих/принимающих странах являются устаревшими. Страны, которые могли

ранее считаться странами происхождения, сами активно используют работников здравоохранения, получивших образование за рубежом[1].

14. Государства-члены сообщали также о мерах политике и процедурах, соответствующих требованиям Кодекса. Около 70% государств-членов (44 из 63) указали, что ими приняты меры, направленные на осуществление Кодекса. Из этих 44 государств-членов 27 отметили, что законы и меры политики, соответствующие Кодексу, в настоящее время вводятся в действие или находятся на рассмотрении, а 23 указали, что методы надлежащей практики, соответствующие Кодексу, в настоящее время поддерживаются и активно используются кадровыми агентствами.

15. Почти половина государств-членов (29 из 63) сообщали об использовании двусторонних, региональных или многосторонних соглашений по вопросам международного найма и миграции персонала здравоохранения. Двадцать три из этих 29 стран отметили, что рекомендации Кодекса были отражены в этих соглашениях. Следует отметить, что Секретариат был информирован о 55 отдельных двусторонних, многосторонних и региональных соглашениях по вопросам международного найма и миграции[2]; Секретариату были также представлены текст и интернет-ссылки в отношении 30 двусторонних, многосторонних и региональных соглашений.

16. Эта информация дополняет проведенный Секретариатом анализ соглашений о торговле услугами, представленных ВТО и доступных на Интегрированном портале информации по торговле этой организации, по результатам которого были выявлены дополнительно 12 соглашений с компонентом мобильности работников здравоохранения.

17. Более трех четвертей государств-членов (50 из 63) обратились к Секретариату с просьбой о технической поддержке для усиления мер по осуществлению Кодекса. Запросы предусматривали оказание помощи в таких областях, как укрепление систем данных, политический диалог и развитие, а также подготовка двусторонних соглашений. Государства-члены также попросили Секретариат расширить деятельность, представляющую интерес для всех стран, включая: разработку, обсуждение и осуществление двусторонних соглашений; рассмотрение критериев и списка стран, испытывающих критическую нехватку кадровых ресурсов здравоохранения; и укрепление сети назначенных национальных органов для дальнейшего расширения обмена информацией.

---

[1] Например, по имеющимся данным, доля работников здравоохранения, получивших образование за рубежом, составляет: 83% врачей в Бутане; 12% врачей в Сальвадоре; 10% стоматологов в Исламской Республике Иран; 70% врачей в Иордании; 11% врачей, 9% фармацевтов и 7% медсестер в государственном секторе Лаосской Народно-Демократической Республики с увеличением их доли в частном секторе до 40%; и 17,5% врачей и 50% фармацевтов в Зимбабве.

[2] Китай дополнительно представил данные о соглашениях по межправительственному сотрудничеству, касающемуся персонала здравоохранения, с 56 странами.

Доклады независимых заинтересованных сторон

18. По состоянию на 4 октября 2018 г. в Секретариат было представлено 14 докладов независимых заинтересованных сторон. Это число возросло по сравнению со вторым раундом, когда был представлен только один доклад. Четырнадцать материалов во втором раунде были представлены различными заинтересованными сторонами, включая научные круги, гражданское общество, национальные органы регулирования и международные федерации. В число таких материалов входили тематические исследования, доклады о ходе работы и рекомендации по осуществлению Кодекса, описание и перспективы развития двусторонних соглашений, а также запросы на оказание технической поддержки.

Целенаправленная поддержка в осуществлении Кодекса на страновом и глобальном уровнях

Поддержка со стороны Европейского союза и Норвегии

19. Финансовая поддержка Европейского союза и Норвежского агентства по сотрудничеству в целях развития позволила Секретариату предоставить целенаправленную поддержку для активизации осуществления Кодекса в пяти странах – Индии, Ирландии, Нигерии, Южной Африке и Уганде – и на глобальном уровне. Эта работа способствовала более полному пониманию динамики миграции работников здравоохранения в сочетании со значительными межрегиональными процессами и сотрудничеством Юг-Юг и Север-Юг. Она также обеспечивала информационную основу для диалога по вопросам политики и развития[1].

Создание Международной платформы по мобильности работников здравоохранения

20. В 2016 г. в ответ на возрастающий объем миграции работников здравоохранения, носящей все более сложный характер, Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста Генерального секретаря Организации Объединенных Наций призвала МОТ, ОЭСР и ВОЗ создать международную платформу по вопросам мобильности работников здравоохранения в целях расширения диалога, знаний и международного сотрудничества в этой области, включая поддержку активизации осуществления Кодекса. В 2017 г. Семидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA70.6 о кадровых ресурсах здравоохранения и выполнении итоговых документов Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста приняла пятилетний план действий по занятости в области здравоохранения и всеохватному экономическому росту (2017–2021 гг.). Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций также поддержала введение этого плана в действие в резолюции 71/159.

---

[1] См. A dynamic understanding of health worker migration (www.who.int/hrh/HWF17002_Brochure.pdf, по состоянию на 29 октября 2018 г.).

21. На первом совещании Международной платформы (Дублин, 14 ноября 2017 г.) в рамках четвертого Глобального форума по трудовым ресурсам здравоохранения, представители региональных организаций и международных организаций обменялись информацией о задачах и имеющихся возможностях для получения максимального положительного эффекта от мобильности работников здравоохранения[1].

22. В следующем совещании Международной платформы (Женева, 13–14 сентября 2018 г.) приняли участие 30 государств-членов. Участники обсудили перспективные меры политики и предложили стратегические действия по усилению управления и стратегического руководства процессом мобильности работников здравоохранения. В рамках третьего раунда представления отчетности государства-члены предложили Секретариату расширить обмен информацией; оказывать содействие в разработке, осуществлении и мониторинге двусторонних соглашений; рассмотреть критерии и список стран, испытывающих критическую нехватку в рамках второй оценки актуальности и эффективности Кодекса; усилить информационную основу и меры политики на национальном уровне; и обеспечить ведение хранилищ знаний в соответствующих областях (содержащих, например, тексты двусторонних соглашений, национальные модели компетенций и таблицы соответствия квалификаций в разных юрисдикциях)[2].

Дальнейшие действия

23. В сотрудничестве с государствами-членами и независимыми заинтересованными сторонами Секретариат будет предпринимать усилия по дальнейшему совершенствованию отчетности третьего раунда до проведения Семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

24. Секретариат будет стремиться к оказанию поддержки в ответ на все запросы о предоставлении технического содействия от государств-членов и независимых заинтересованных сторон. Число запросов от государств-члены в 2018 г. значительно возросло, до 50. Чтобы удовлетворить потребности такого объема Секретариат вместе с МОТ и ОЭСР будет продолжать диалог с государствами-членами, двусторонними, многосторонними и благотворительными организациями в целях выявления финансовых ресурсов для Целевого фонда с участием многих партнеров «Работа в интересах здоровья», который служит объединенным финансовым механизмом для осуществления Кодекса и Международной платформы по мобильности рабочей силы.

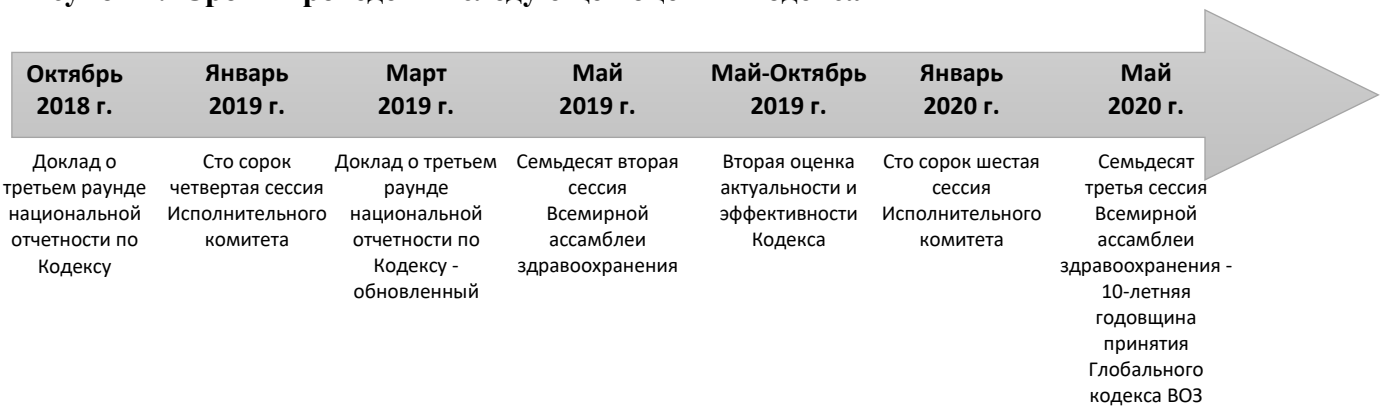
25. В соответствии с решением Ассамблеи здравоохранения WHA68(11) (2015 г.) по Кодексу и графиком работы, приводимым на Рисунке 2, Секретариат в настоящее время готовится к проведению следующей оценки актуальности и эффективности Кодекса. Результаты второй оценки, проведение которой планируется в период

[1] См. http://www.who.int/hrh/news/2017/high_level-dialogue-int-health-worker-migration-meeting-summary.pdf?ua=1 (по состоянию на 29 октября 2018 г.).

[2] См. http://www.who.int/hrh/migration/InternationalPlatformHealthWorkerMobility MeetingNotes.pdf?ua=1 (по состоянию на 29 октября 2018 г.).

май-октябрь 2019 г., будут представлены на рассмотрение Семьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения[1].

Рисунок 2. Сроки проведения следующей оценки Кодекса



26. Для проведения второй оценки актуальности и эффективности Кодекса будет использован механизм, который успешно применялся для проведения первой оценки. Как и при проведении первой оценки, для подготовки и проведения оценки Генеральным директором будет созвана консультативная группа экспертов. В консультативную группу экспертов войдут 20 человек, включая 12 представителей государств-членов (по двое от каждого региона ВОЗ) и восемь представителей организаций, обладающих институциональными знаниями о разработке, обсуждении и осуществлении Кодекса, а также индивидуальные эксперты. Группа изберет из числа своих членов двух сопредседателей. Секретариат обеспечит поддержку консультативной группе экспертов в ее работе.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

27. Исполкому предлагается принять данный доклад к сведению и предложить Секретариату представить его обновленный вариант на рассмотрение Семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения; предложить всем государствам-членам назначить национальный орган и подготовить доклады в рамках третьего раунда представления национальной отчетности; и предложить Генеральному директору продолжить работу по проведению второй оценки актуальности и эффективности Кодекса.

= = =

[1] В соответствии с документом EB136/28, принятым к сведению Исполнительным комитетом на его Сто тридцать шестой сессии (см. документ EB136/2015/REC/2, протокол восьмого заседания, раздел 3).