



Кадровые ресурсы здравоохранения

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

Доклад Генерального директора

1. Исполнительный комитет на своей 144-й сессии в январе 2019 г. принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада¹. Доклад был обновлен с учетом национальных докладов, полученных от государств-членов по состоянию на март 2019 г., и пересмотрен в целях представления в пункте 25 мнения Секретариата об актуальности и эффективности Кодекса, как было предложено Исполнительным комитетом.
2. 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 здравоохранения².
3. 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.
4. В 2016 г. шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла к сведению второй доклад об осуществлении Кодекса³. К моменту завершения второго раунда 74 государства-члена представили национальные доклады – значительно

¹ См. документ EB144/25 и протоколы заседаний Исполнительного комитета на его 144-й сессии, двенадцатое заседание, раздел 2.

² 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.

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

больше, чем в первом раунде, в рамках которого доклады представили 56 государств-членов.

5. Настоящий доклад по третьему раунду национальной отчетности представлен в соответствии с требованиями статей 9.2 и 7.2(с) 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.).

6. Важное значение для настоящего доклада имеет историческое принятие Глобального договора о безопасной, упорядоченной и легальной миграции 164 государствами-членами Организации Объединенных Наций в декабре 2018 года. Окончательный текст документа включает важные ссылки на Кодекс¹. Следует также отметить, что в докладе Генерального секретаря Организации Объединенных Наций о международной миграции и развитии² особо подчеркивается важное значение Кодекса и данных, касающихся кадровых ресурсов здравоохранения, для более широкой повестки дня по проблеме миграции.

Ход работы по осуществлению Кодекса

7. 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

8. По состоянию на март 2019 г. 122 государства-члена 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); 29 государств-членов представили такую информацию впервые.

¹ См. <https://www.devex.com/news/opinion-as-the-world-seeks-migration-solutions-the-health-sector-can-help-94085> (по состоянию на 20 февраля 2019 г.).

² Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 73/286.

Таблица 1. Число назначенных национальных органов, по регионам ВОЗ

Регион	Первый раунд отчетности (2012-2013 гг.)	Второй раунд отчетности (2015-2016 гг.)	Третий раунд отчетности (по состоянию на март 2019 г.)
Африка	13	14	17
Америка	11	15	15
Юго-Восточная Азия	4	7	10
Европа	43	43	42
Восточное Средиземноморье	8	14	20
Западная часть Тихого океана	6	24	18
Всего	85	117^a	122

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

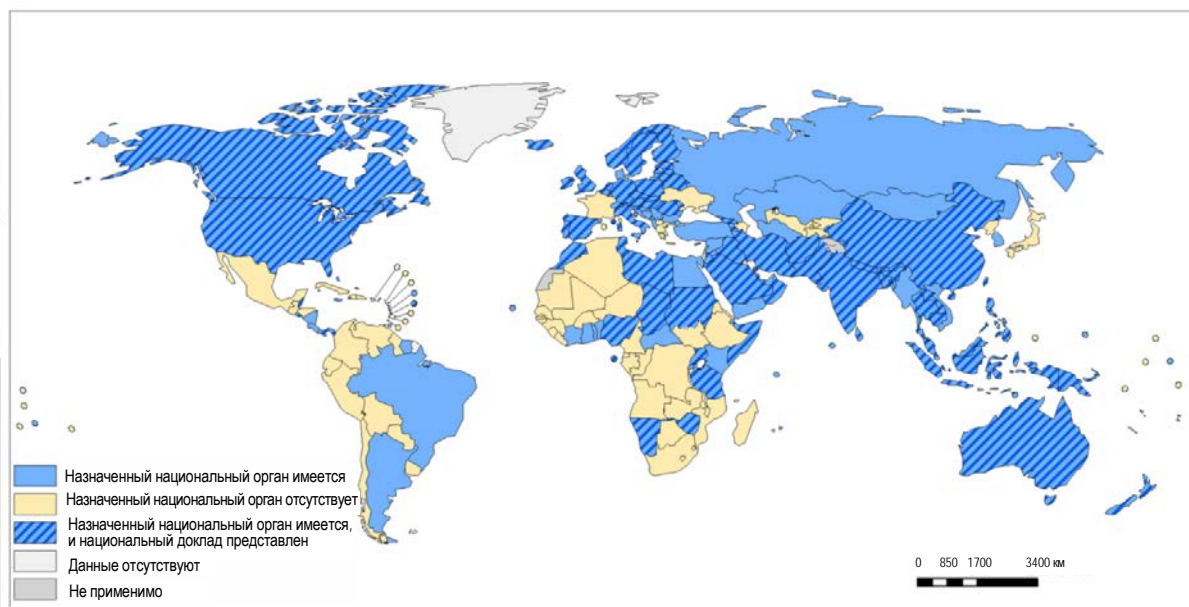
Представление национальных докладов: положение дел по состоянию на март 2019 г.

9. 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.

10. По состоянию на март 2019 г. национальные доклады представили 80 государств-членов (см. таблицу 2)¹. Эти 80 государств-членов составляют более двух третей населения мира; 26 из 80 стран представили отчетность впервые.

¹ В рамках текущего раунда отчетность представили следующие государства-члены: Афганистан, Армения, Австралия, Австрия, Бахрейн, Бангладеш, Беларусь, Бельгия, Белиз, Бутан, Бруней-Даруссалам, Камбоджа, Канада, Чад, Китай, Кипр, Чехия, Сальвадор, Эстония, Финляндия, Грузия, Германия, Венгрия, Исландия, Индия, Индонезия, Иран (Исламская Республика), Ирак, Ирландия, Италия, Ямайка, Иордания, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Латвия, Ливия, Литва, Малайзия, Мальдивские Острова, Мальта, Монако, Черногория, Марокко, Намибия, Непал, Нидерланды, Новая Зеландия, Нигерия, Норвегия, Оман, Пакистан, Панама, Папуа-Новая Гвинея, Филиппины, Польша, Португалия, Катар, Республика Молдова, Румыния, Сент-Люсия, Сан-Томе и Принсипи, Саудовская Аравия, Сингапур, Словакия, Словения, Сомали, Испания, Шри-Ланка, Судан, Швеция, Швейцария, Таиланд, Тимор-Лешти, Тринидад и Тобаго, Тунис, Уганда, Объединенные Арабские Эмираты, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Объединенная Республика Танзания, Соединенные Штаты Америки, Зимбабве.

Рисунок 1. Положение дел в отношении назначения национальных органов и представления национальных докладов, по государствам-членам на март 2019 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, 2019 г. Все права защищены.

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

Регион	Первый раунд отчетности (2012–2013 гг.)	Второй раунд отчетности (2015–2016 гг.)	Третий раунд отчетности (по состоянию на март 2019 г.)
	Доклад представлен	Доклад представлен	Доклад представлен
Африка	2	9	7
Америка	4	9	8
Юго-Восточная Азия	3	6	9
Европа	40	31	31
Восточное Средиземно-море	3	7	15
Западная часть Тихого океана	4	12	10
Всего	56	74	80

11. Особенно высокий уровень участия отмечается в Регионе Юго-Восточной Азии, Европейском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья.

Некоторые результаты представления национальных докладов (n = 80)

12. В общей сложности, количественные данные были представлены 74 государствами-членами; 67 государств-членов 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. Пятьдесят четыре государства-члена представили данные о доле работников здравоохранения, родившихся и/или получивших образование за рубежом, с разбивкой данных по стране получения образования для 30 государств-членов. Число этих стран значительно возросло по сравнению со вторым раундом отчетности в 2016 году.

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

14. Данные о работниках здравоохранения, родившихся и/или получивших образование за рубежом, свидетельствуют о росте международной миграции и мобильности работников здравоохранения, а также о возрастающей сложности характера их перемещений. 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 рубежом¹.

15. Государства-члены сообщали также о мерах политики и процедурах, соответствующих требованиям Кодекса. Более двух третей государств-членов (54 из 80) указали, что ими приняты меры, направленные на осуществление Кодекса. Из этих 54 государств-членов 34 отметили, что законы и меры политики, соответствующие Кодексу, в настоящее время вводятся в действие или находятся на рассмотрении, а 31 указали, что методы надлежащей практики, соответствующие Кодексу, в настоящее время поддерживаются и активно используются кадровыми агентствами.

16. Почти половина государств-членов (39 из 80) сообщали об использовании двусторонних, региональных или многосторонних соглашений по вопросам международного найма и миграции персонала здравоохранения. Из этих государств-членов примерно 85% (33 из 39) отметили, что рекомендации Кодекса были отражены в

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.

указанных соглашениях. Следует отметить, что Секретариат был информирован о 77 отдельных двусторонних, многосторонних и региональных соглашениях по вопросам международного найма и миграции¹; Секретариату были также представлены текст и интернет-ссылки в отношении 30 двусторонних, многосторонних и региональных соглашений.

17. 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 было выявлено дополнительно 12 соглашений с компонентом мобильности работников здравоохранения.

18. Более трех четвертей государств-членов (64 из 80) 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.

Доклады независимых заинтересованных сторон

19. По состоянию на март 2019 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

20. Финансовая поддержка Европейского союза и Норвежского агентства по сотрудничеству в целях развития позволила Секретариату предоставить целенаправленную поддержку для активизации осуществления Кодекса в пяти странах

¹ Китай дополнительно представил данные о соглашениях по межправительственному сотрудничеству, касающемся персонала здравоохранения, с 56 странами.

– 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 сотрудничествами Юг-Юг и Север-Юг. Она также обеспечивала информационную основу для диалога по вопросам политики и развития¹.

Создание Международной платформы по мобильности работников здравоохранения

21. 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.

22. 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 здравоохранения².

23. В следующем совещании Международной платформы (Женева, 13–14 сентября 2018 г.) приняло 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,

¹ См. A dynamic understanding of health worker migration (www.who.int/hrh/HWF17002_Brochure.pdf, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).

² См. http://www.who.int/hrh/news/2017/high_level-dialogue-int-health-worker-migration-meeting-summary.pdf?ua=1 (по состоянию на 20 февраля 2019 г.).

национальные модели компетенций и таблицы соответствия квалификаций в разных юрисдикциях)¹.

Дальнейшие действия

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-членов в 2018 г. в третьем раунде возросло до 64. 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. Исходя из результатов анализа третьего раунда отчетности, Секретариат полагает, что Кодекс имеет высокую актуальность, о чем свидетельствуют возрастающий объем и уровень сложности международной миграции и мобильности работников здравоохранения, а также его согласованность с положениями недавно принятого Глобального договора о безопасной, упорядоченной и легальной миграции. Кроме того, повышение качества фактических данных и информации, полученной в рамках всех трех раундов отчетности по Кодексу, а также растущее число случаев отражения принципов и положений Кодекса в национальном законодательстве, стратегиях, политике и других связанных с ними мерах указывает на то, что эффективность Кодекса возрастает. Вопросы актуальности и эффективности Кодекса будут далее анализироваться в рамках процесса, описанного ниже.

26. 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 в рамках независимого процесса, осуществляемого при руководящей роли государств-членов. Результаты второй оценки, проведение которой планируется в период май-октябрь 2019 г., будут представлены на рассмотрение семьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения².

¹ См. <http://www.who.int/hrh/migration/InternationalPlatformHealthWorkerMobilityMeetingNotes.pdf?ua=1> (по состоянию на 29 октября 2018 г.).

² В соответствии с документом EB136/28, принятым к сведению Исполнительным комитетом на его 136-й сессии (см. документ EB136/2015/REC/2, протокол восьмого заседания, раздел 3).

Рисунок 2. Сроки проведения следующей оценки Кодекса

Октябрь 2018 г.	Январь 2019 г.	Март 2019 г.	Май 2019 г.	Май-Октябрь 2019 г.	Январь 2020 г.	Май 2020 г.
Доклад о третьем раунде национальной отчетности по Кодексу	144-я сессия Исполнительного комитета	Доклад о третьем раунде национальной отчетности по Кодексу - обновленный	Семьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения	Вторая оценка актуальности и эффективности Кодекса	146-я сессия Исполнительного комитета	Семьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения - 10-летняя годовщина принятия Глобального кодекса ВОЗ

27. 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 АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

28. Ассамблее здравоохранения предлагается принять данный доклад к сведению.

= = =