



Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения

**Доклад Консультативной группы экспертов ВОЗ по актуальности и
эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике
международного найма персонала здравоохранения**

Доклад Генерального директора

ВВЕДЕНИЕ

1. Согласно решению WHA68(11) (2015 г.) и следуя процедуре, представленной на рассмотрение семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹, Генеральный директор созвал совещание Консультативной группы экспертов для проведения второго обзора эффективности и действенности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения.
2. В десятилетнюю годовщину принятия Кодекса Генеральный директор имеет честь представить Всемирной ассамблее здравоохранения на ее семьдесят третьей сессии доклад Консультативной группы экспертов (см. приложение).
3. В докладе Консультативной группы экспертов представлены итоги обсуждений, проведенных в период с июня 2019 г. по январь 2020 г., в том числе двух очных совещаний, проведенных в Женеве. Полная документация, лежащая в основе обзора Консультативной группы экспертов, включая 13 фактологических справок, два документа рабочей группы и 17 презентаций публичных слушаний, а также повестки дня и протоколы совещаний, размещена на веб-сайте ВОЗ².
4. В своем докладе Консультативная группа экспертов подтверждает важную роль Кодекса для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения безопасности в области здравоохранения. Чтобы укреплять здоровье, поддерживать

¹ См. документ A72/23, пункты 24–27.

² См. по адресу <https://www.who.int/activities/addressing-the-international-migration-of-health-workers>, по состоянию на 28 апреля 2020 г.

безопасность в мире и обеспечить охват услугами уязвимых групп населения, необходимы меры поддержки и гарантии, предусмотренные Кодексом. В связи с этим весьма актуальны обзор и обновление Консультативной группой экспертов перечня стран, которым будут полезны поддержка и гарантии, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения.

ВЫВОДЫ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ

5. В докладе Консультативной группы экспертов представлен всесторонний обзор актуальности и эффективности Кодекса. Заслуживают внимания ее выводы о том, что актуальность Кодекса высока и растет, а также материалы, свидетельствующие о повышении эффективности Кодекса. Тем не менее Консультативная группа экспертов выявила существенные недостатки в осуществлении Кодекса, особенно в ряде стран и регионов, в которых кадровые проблемы здравоохранения стоят наиболее остро.

6. Консультативная группа экспертов пришла к выводу, что сегодня, через 10 лет после принятия, Кодекс пользуется широким признанием в качестве универсальной этической основы, увязывающей международный наем персонала здравоохранения с укреплением систем здравоохранения. Содержащийся в Кодексе призыв к обеспечению поддержки и гарантий, относящихся к кадровым ресурсам здравоохранения и системе здравоохранения, на основе укрепления международного сотрудничества с ориентацией в первую очередь на наиболее уязвимые страны весьма актуален в сегодняшнем глобальном контексте, для которого характерны приоритизация всеобщего охвата услугами здравоохранения, обострение вызовов в плане безопасности в сфере здравоохранения, хронические проблемы в области кадровых ресурсов здравоохранения и рост международной мобильности медицинского персонала.

7. Консультативная группа экспертов пришла к выводу о том, что для реализации глобальной концепции «совместных усилий по построению более здорового мира» необходимо осуществление Кодекса в полном объеме. Как предусмотрено в Политической декларации Совещания высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения, необходимо наращивать усилия по осуществлению принципов, целей и статей Кодекса, чтобы прогресс на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения в государствах-членах поддерживал, а не ставил под угрозу достижение аналогичных целей в других странах¹.

СИНЕРГИЯ С ГЛОБАЛЬНОЙ ПОВЕСТКОЙ ДНЯ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО И АКУШЕРСКОГО ПЕРСОНАЛА

8. Семьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения провозгласила 2020 г. Международным годом медицинской сестры и акушерки. Доклад и рекомендации Консультативной группы экспертов весьма актуальны в контексте

¹ См. Политическую декларацию Совещания высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения «Всеобщий охват услугами здравоохранения: совместные усилия по построению более здорового мира», 2019 г. по адресу <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, по состоянию на 28 апреля 2020 г.).

Международного года медсестры и акушерки. Вопросам миграции медсестер и призыву к более деятельному осуществлению Кодекса отведено важное место в Докладе о состоянии сестринского дела в мире, 2020 г., который планируется опубликовать 7 апреля 2020 г.¹

9. Во всех странах сестринский персонал является важным компонентом первичной медико-санитарной помощи и национальных систем здравоохранения и составляет более половины всех медицинских работников в мире. В Докладе о состоянии сестринского дела в мире, 2020 г. указывается также, что медсестры-мигранты составляют примерно одну восьмую часть всех медсестер в мире и что в течение следующего десятилетия демографические факторы, вероятно, будут способствовать повышению международной мобильности медицинских сестер. Параллельно в докладе отмечаются ограниченные объемы подготовки и возможности для трудоустройства медсестер во многих странах с низким уровнем дохода и в странах с уровнем дохода ниже среднего.

10. Как в докладе Консультативной группы экспертов, так и в Докладе о состоянии сестринского дела в мире, 2020 г. подчеркивается важность совершенствования системы сбора данных, связанных с кадровыми ресурсами здравоохранения, образования, управления и партнерских связей, при обеспечении целенаправленной поддержки и гарантий для наиболее нуждающихся стран.

11. Инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения, особенно в наиболее нуждающихся странах, необходимы для достижения приоритетных целей здравоохранения и более широких целей развития, связанных с образованием, занятостью, экономическим ростом, проблемами молодежи и расширением прав и возможностей женщин. Пандемия COVID-19 продемонстрировала важность таких инвестиций. Для поддержки этих усилий Секретариат активно работает с международными финансовыми учреждениями, в том числе с Европейским инвестиционным банком и Всемирным банком, в целях привлечения дополнительных инвестиций в обучение, профессиональную подготовку и рабочие места, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, в странах с низким уровнем дохода и странах с уровнем дохода ниже среднего.

12. Международный год медицинской сестры и акушерки дает ценную возможность обеспечить необходимые инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения и международное сотрудничество, призыв к которым был включен в Кодекс 10 лет назад. Опубликованный в апреле 2020 г. Доклад о состоянии сестринского дела в мире, 2020 г. также способен внести важный вклад в актуализацию документа «Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020» (Глобальные стратегические направления укрепления медсестринских и акушерских служб на 2016-2020 гг.)², который представляет собой ценный ресурс для государств-членов и заинтересованных

¹ См. по адресу <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>.

² Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. Geneva: World Health Organization; 2016.

сторон в области инвестиций и стратегических реформ, касающихся этих ключевых профессий.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

13. Ассамблее здравоохранения предлагается принять доклад к сведению и рассмотреть следующий проект решения:

семьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора и доклад Консультативной группы экспертов ВОЗ по актуальности и эффективности Кодекса, признавая также руководящую роль ВОЗ, постановила:

- (1) с удовлетворением отметить успешное завершение работы Консультативной группы экспертов ВОЗ по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, продемонстрированные ее сопредседателями лидерские качества и проявленное ее уважаемыми членами ответственное отношение к своему делу;
- (2) принять к сведению доклад Консультативной группы экспертов ВОЗ по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;
- (3) настоятельно призвать государства-члены и предложить всем соответствующим заинтересованным сторонам полностью выполнить рекомендации Консультативной группы экспертов ВОЗ по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;
- (4) поручить Консультативной группе экспертов ВОЗ по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения после пятого раунда представления национальной отчетности в 2023–2024 гг. провести новую оценку актуальности и эффективности Кодекса и представить ее результаты на рассмотрение семьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;
- (5) предложить Генеральному директору:
 - (a) содействовать эффективному выполнению рекомендаций Консультативной группы экспертов ВОЗ по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;
 - (b) провести работу со всеми регионами ВОЗ в целях актуализации документа «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в мире».

ПРИЛОЖЕНИЕ

**ДОКЛАД КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ
ПО АКТУАЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛОБАЛЬНОГО КОДЕКСА ВОЗ
ПО ПРАКТИКЕ МЕЖДУНАРОДНОГО НАЙМА
ПЕРСОНАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Февраль 2020 г.

Вместе на пути к построению более здорового мира:

осуществление Кодекса на основе поддержки и гарантий системы здравоохранения необходимо для обеспечения того, чтобы прогресс в области всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) в государствах-членах подкреплял, а не ставил под угрозу аналогичные достижения в других странах

РЕЗЮМЕ

Генеральный директор в порядке выполнения принятого в 2015 г. решения WNA68(11) созвал Консультативную группу экспертов («КГЭ») и поручил ей провести второй обзор актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения («Кодекс»). Перед КГЭ были поставлены задачи: (1) довести до сведения Генерального директора фактические данные, касающиеся актуальности и эффективности Кодекса; и (2) дать рекомендации относительно мер, необходимых для обеспечения и повышения актуальности и эффективности Кодекса. В состав КГЭ вошли 27 человек, включая представителей государств-членов, международных организаций, гражданского общества и отдельных экспертов.

КГЭ вела работу в период с июля 2019 г. по январь 2020 г. В процессе обзора КГЭ использовала материалы 13 технических записок, двух документов рабочей группы КГЭ, а также открытого публичного слушания, на котором представители государственных и негосударственных структур привели доказательства актуальности и эффективности Кодекса.

По результатам обзора Кодекса и согласно приведенному в основной части настоящего доклада обоснованию, КГЭ единодушно подтверждает, что актуальность Кодекса высока и растет. Кроме того, КГЭ считает, что, как эффективность Кодекса, так и доступность информации, обеспечивающая возможность оценки его эффективности, со времени первого обзора Кодекса в 2015 г. значительно повысились. В то же время КГЭ отмечает существенные недоработки в осуществлении Кодекса, при этом текущий уровень его осуществления недостаточен для полной реализации потенциала Кодекса, которая требуется для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и достижения Целей в области устойчивого развития.

КГЭ отмечает, что рекомендации Кодекса включались в национальное законодательство, политику и соглашения, региональные стратегии и осуществлялись по большей части бессистемно и на основе специальных решений национального руководства, а не за счет выделения целевых финансовых ресурсов. Действительно, с момента принятия Кодекса его осуществление было затруднено в связи с недостаточной финансовой и технической поддержкой. В результате сложилась вызывающая беспокойство ситуация, когда ряд особенно нуждающихся стран и регионов по-прежнему не могут извлечь пользу из всех его возможностей. КГЭ также отмечает, что осуществление Кодекса в значительной мере сдерживается недостаточным уровнем взаимодействия с негосударственными структурами.

В десятую годовщину принятия Кодекса КГЭ вновь подчеркивает важность обеспечения поддержки в сфере трудовых ресурсов здравоохранения и действенных гарантий в вопросах привлечения кадров для стран, сталкивающихся с наиболее острыми проблемами. КГЭ считает, что индекс охвата услугами ВОУЗ (ИОУ ВОУЗ) и показатель обеспеченности кадрами здравоохранения должны использоваться для выявления потребностей и предоставления целенаправленной поддержки и гарантий странам, которые сталкиваются с наиболее острыми проблемами нехватки кадровых ресурсов здравоохранения в контексте ВОУЗ.

Чтобы в полной мере реализовать значительный потенциал Кодекса, необходимы согласованные усилия по его осуществлению со стороны ВОЗ, государств-членов и соответствующих заинтересованных сторон. В целях устранения имеющихся пробелов и всесторонней реализации значительного потенциала Кодекса КГЭ рекомендует следующие меры:

(a) КГЭ рекомендует ВОЗ укреплять техническое сотрудничество с государствами-членами, полнее использовать возможности Секретариата ВОЗ и активизировать взаимодействие с соответствующими негосударственными субъектами в целях ускорения осуществления Кодекса посредством реализации мероприятий по приоритетным направлениям деятельности в течение следующих двух двухгодичных периодов (см. вставку 2).

(b) Как предусмотрено Кодексом, КГЭ призывает все государства-члены ВОЗ изыскать и направить необходимые инвестиции в подготовку, привлечение и удержание работников здравоохранения в целях эффективного осуществления ВОУЗ. Кроме того, КГЭ призывает ведущие страны назначения и партнеров по развитию, а также другие стороны, заинтересованные в предоставлении поддержки и гарантий в отношении трудовых ресурсов здравоохранения, выделять на многолетней гибкой основе средства на осуществление Кодекса как глобального общественного блага.

(c) Подчеркивая принципиальное значение подготовки и найма медико-санитарных работников для программы ВОУЗ, КГЭ призывает Генерального директора выделить в достаточном объеме нецелевые средства для поддержки деятельности Секретариата в области трудовых ресурсов здравоохранения.

(d) КГЭ рекомендует провести дальнейшую оценку актуальности и эффективности Кодекса, которая будет рассмотрена после пятого раунда представления национальной отчетности в 2023–2024 гг. и представлена семьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Справочная информация

1. Подготовка и найм работников здравоохранения, человеческого капитала сектора здравоохранения, играют важнейшую роль в обеспечении доступа к медико-санитарным услугам – одной из двух целей всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Это также является приоритетным направлением инвестиций для правительств и обществ при осуществлении ВОУЗ¹.
2. В осуществлении ВОУЗ все большую роль играют работники здравоохранения из числа мигрантов, переезжающие с целью трудоустройства на постоянной или временной основе. Последние данные подтверждают существенную и продолжающую расти зависимость от работников здравоохранения из числа мигрантов². Это верно для государств-членов ВОЗ любого уровня дохода. Однако для ряда государств-членов ВОЗ расширение масштабов международной миграции работников здравоохранения ставит под угрозу достижение ВОУЗ.
3. Потребность в более эффективном регулировании мобильности работников здравоохранения растет не только внутри, но и за пределами сектора здравоохранения. Сегодня более эффективное регулирование международной мобильности работников здравоохранения признается в качестве важного фактора достижения ряда других целей в области устойчивого развития, включая достойную работу и экономический рост, развитие человеческого капитала, международную торговлю и безопасную, упорядоченную и законную миграцию.
4. В 2010 г., после принятия многочисленных резолюций и шестилетнего обсуждения, шестьдесят третья Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA63.16 приняла Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (далее «Кодекс»). Кодекс получил широкое признание в качестве универсальной этической основы, связывающей международный найм персонала здравоохранения с укреплением систем здравоохранения.
5. Кодекс является одним из немногих международно-правовых документов, администрируемых ВОЗ. Преимуществом Кодекса является наличие действенного механизма осуществления, мониторинга и анализа эффективности, что нетипично для международно-правового документа, не являющегося обязательным. Как в необязательных, так и в обязательных международно-правовых документах механизмы осуществления, отчетности и обзора предусмотрены редко³.

¹ См. Karin Stenberg et al, Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries, *Lancet Global Health* 2017;5:e75-87, по адресу [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext).

² См. пункты 18 и 19 ниже.

³ См. Raustiala, K, Reporting and Review Institutions in 10 Multilateral Environmental Agreements, United Nations Environment Programme, 2001, по адресу <https://www.peacepalacelibrary.nl/ebooks/files/C08-0025-Raustiala-Reporting.pdf>. Для примера, анализ 10 обязательных многосторонних природоохранных соглашений показал, что более чем в половине из них не предусмотрен либо механизм обзора осуществления, либо механизм оценки эффективности.

6. На сегодняшний день в рамках процедурных механизмов Кодекса были проведены три раунда национальной отчетности (см. документы A66/25, A69/37 и A69/37 Add.1 и A72/23), а также независимый обзор его актуальности и эффективности, осуществляемый при руководящей роли государств-членов (документ A68/32 Add.1). Результаты этих отчетов и обзора обсуждались и по ним принимались решения на соответствующих сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Консультативная группа экспертов: состав, мандат и процедура

7. В статье 9.5 Кодекса прямо указано, что «Всемирной ассамблее здравоохранения следует периодически проводить обзор актуальности и действенности Кодекса». В рамках подготовки к 10-летию юбилею Кодекса в 2020 г. шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила провести второй обзор актуальности и эффективности Кодекса (решение WHA68(11)). В отчете Секретариата, представленном семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (документ A72/23), подтверждается, что для проведения второго обзора актуальности и эффективности Кодекса будет использован тот же механизм, который применялся при проведении первого обзора, и результаты обзора будут представлены семьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

8. В порядке выполнения решения WHA68(11), принятого в 2015 г., Генеральный директор созвал Консультативную группу экспертов (КГЭ), которой было поручено подготовить и провести второй обзор. В состав КГЭ вошли 27 человек, включая представителей государств-членов (каждый регион ВОЗ был представлен двумя государствами-членами), международных организаций, представителей гражданского общества и отдельных экспертов, обладающих знаниями о разработке, обсуждении и осуществлении Кодекса (см. добавление 1, список членов КГЭ).

9. КГЭ вела работу в период с июля 2019 г. по январь 2020 г. КГЭ провела два очных совещания, состоявшихся в июне и октябре 2019 г., а также осуществляла виртуальный обмен информацией. Обсуждения в КГЭ также подкреплялись отдельными региональными процессами, а именно: процессом коммуникации и взаимодействия с государствами-членами из Европейского региона и Справочно-информационной группой ассоциированных государств-членов, внесшими вклад в работу КГЭ, обсуждением на региональном уровне в Регионе Юго-Восточной Азии, а также письмом министров здравоохранения Бенина и Намибии Директору Регионального бюро для стран Африки с призывом активизировать пропаганду Кодекса и повышать информированность о нем в государствах-членах из Африканского региона.

10. На первом совещании участники КГЭ единогласно избрали д-ра Эрленда Осхейма, директора по глобальным вопросам здравоохранения и медико-санитарной информации Директората здравоохранения Норвегии, и д-ра Унтунга Сусено, старшего аналитика по вопросам политики, бывшего Генерального секретаря Министерства здравоохранения Индонезии, в качестве сопредседателей Консультативной группы экспертов.

11. Как и в случае первого обзора (документ A68/32 Add.1), перед КГЭ были поставлены задачи: (1) довести до сведения Генерального директора фактические данные, касающиеся актуальности и эффективности Кодекса, и (2) дать рекомендации относительно мер, необходимых для обеспечения и повышения актуальности и эффективности Кодекса.

12. Так же как и в первом обзоре, для оценки актуальности и эффективности Кодекса КГЭ использовались следующие определения:

(a) **актуальность**: степень, в которой цели, принципы и статьи Кодекса сохраняют свою релевантность и могут учитываться в процессе принятия решений в отношении глобальной проблемы миграции медицинского персонала и укрепления систем здравоохранения.

(b) **эффективность**: степень, в которой цели, принципы и статьи Кодекса влияют на меры и политику в плане укрепления кадровых ресурсов здравоохранения на страновом, региональном и глобальном уровнях.

13. КГЭ отмечает, что обзор эффективности международно-правового документа является предметом острых юридических дискуссий на международном уровне¹, осложняемых различиями в концептуальных и методических подходах. В том, что касается эффективности Кодекса, КГЭ рассмотрела два аспекта: юридическую и поведенческую эффективность² Кодекса, признавая большую сложность технической оценки и воздействия на нее.

14. В процессе обзора КГЭ использовала фактологические материалы 13 технических записок и двух документов рабочей группы КГЭ, специально разработанных для использования при проведении второго обзора актуальности и эффективности Кодекса. Кроме того, в обзоре КГЭ использовались материалы открытых публичных слушаний, на которых 17 докладчиков из числа научных работников, представителей гражданского общества, международных агентств, национальных правительств, структур частного сектора, включая работодателей, центры аттестации и агентства по найму, представили доказательства актуальности и эффективности Кодекса.

¹ См. Louis Henkin, *How Nations Behave*, 2nd edition, 1979 and Raustiala, Kal, *Compliance & Effectiveness in International Regulatory Cooperation*, Case Western Journal of International Law, Volume 32, No. 421, 2000.

² Юридическая эффективность может пониматься как степень, в которой действия государства-члена или негосударственной структуры соответствуют принципам и рекомендациям Кодекса. Поведенческая эффективность, в свою очередь, определяет степень, в которой Кодекс привел к заметным желаемым изменениям в поведении.

Актуальность

Степень, в которой цели, принципы и статьи Кодекса сохраняют свою релевантность и могут учитываться в процессе принятия решений в отношении глобальной проблемы миграции медицинского персонала и укрепления систем здравоохранения.

15. КГЭ единодушно подтверждает сохраняющуюся высокую актуальность целей, принципов и статей Кодекса для мониторинга и использования в процессе принятия решений, связанных с международной миграцией и мобильностью медицинского персонала, а также в целях формирования устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в контексте укрепления систем здравоохранения. КГЭ также считает, что положения Кодекса весьма актуальны для достижения ВОУЗ и более широких Целей в области устойчивого развития, а провозглашенный в Кодексе призыв к поддержке кадровых ресурсов здравоохранения и систем здравоохранения, а также гарантий имеет принципиальное значение для осуществления повестки дня в области устойчивого развития.

16. Со времени первого обзора Кодекса в 2015 г. его высокой и растущей актуальности способствовал ряд факторов. К ним относятся: изменение общей ситуации в мире, включая значительный рост потребности в работниках здравоохранения, который опережает возможности их подготовки в ряде стран назначения; сохранение давних проблем дефицита кадров здравоохранения; и повышение осведомленности и интереса к международной мобильности работников здравоохранения в различных секторах и среди заинтересованных сторон.

Изменение общей ситуации в мире

17. В Целях в области устойчивого развития (ЦУР), принятых в 2015 г., подчеркивается необходимость более согласованного подхода, чтобы вместе обеспечить лучшее будущее для всех. ЦУР способны содействовать осуществлению призыва Кодекса улучшить согласованность действий и сотрудничество между правительствами и взаимозависимыми секторами в отношении международной миграции работников здравоохранения, формирования устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения и укрепления систем здравоохранения. Принятие ЦУР привело к двум особенно важным изменениям, которые дополнительно повышают актуальность Кодекса:

- (a) более активная приоритизация ВОУЗ со стороны ВОЗ и ее государств-членов.
 - (i) В результате принятия курса на достижение ВОУЗ стороны начали уделять повышенное внимание необходимости создания функционирующей и эффективной системы здравоохранения, для которой ключевое значение имеют стабильные кадровые ресурсы, как это четко указано в Кодексе. Следует отметить, что Кодекс связывает значительные потребности в области кадровых ресурсов здравоохранения, которые испытывают государства-члены ВОЗ, с настоятельной необходимостью обеспечения взаимной выгоды на основе укрепления международного сотрудничества. Цели, принципы и статьи Кодекса особенно актуальны в контексте глобальных усилий

«по построению более здорового мира», в рамках которых прогресс в достижении ВОУЗ в государствах-членах должен способствовать достижению аналогичных целей в других странах, а не ставить их под угрозу.

(ii) КГЭ отмечает, что многочисленные резолюции Организации Объединенных Наций и Всемирной ассамблеи здравоохранения, включая Политическую декларацию заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения (документ A/74/L.4), еще раз подтверждают важность Кодекса для достижения ВОУЗ.

(iii) КГЭ также отмечает, что в качестве нормативного акта Кодекс является важнейшим документом по вопросам ВОУЗ, администрируемым ВОЗ, и должен и далее использоваться как таковой.

(b) В 2018 г. 152 государствами–членами Организации Объединенных Наций был принят не носящий обязательного характера Глобальный договор о безопасной, упорядоченной и легальной миграции («Глобальный договор»), и была создана Сеть Организации Объединенных Наций по проблемам миграции. В ходе работы КГЭ активно обсуждались синергетические взаимосвязи между Глобальным договором и направлениями деятельности Сети Организации Объединенных Наций по проблемам миграции¹. Кодекс исключительно важен для обеспечения того, чтобы проблемы системы здравоохранения и вопросы взаимодействия с заинтересованными сторонами в секторе здравоохранения конкретно рассматривались на различных форумах, таких как Сеть Организации

¹ В качестве примера:

- i Относящийся к цели 1 Глобального договора (сбор и использование данных) показатель плотности и распределения кадров здравоохранения для основанной на фактах политики был указан в докладе Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по международной миграции и развитию (A/RES/71/159) в числе шести показателей данных по миграции уровня 1.
- ii Важность межправительственных соглашений и совершенствования процедур признания квалификации отражена в Глобальном договоре в рамках более широкой цели содействия мобильности высококвалифицированных специалистов, обеспечения занятости и решения связанных с демографией проблем глобального рынка труда. Ключевую роль в этой деятельности играет сектор здравоохранения. Например, в докладе Германии на КГЭ было отмечено, что в 2018 г. медицинскими работниками были поданы более трети заявок на признание полученной за рубежом квалификации и получение лицензий.
- iii Одна из идей Глобального договора, которая обсуждалась членами КГЭ, заключается в создании глобальных партнерских связей в целях инвестирования в профессиональную подготовку в странах происхождения для более полного удовлетворения глобальной потребности в трудовых ресурсах. В качестве примера в ходе обсуждений приводилось сестринское дело, в частности инвестиции в обучение сестринского персонала в странах происхождения, что могло бы способствовать решению проблемы нехватки медсестер в других странах.

Объединенных Наций по миграции, где обсуждаются темы, касающиеся международной мобильности работников здравоохранения.

18. Рост международной мобильности работников здравоохранения подтверждает растущую актуальность Кодекса. Последние данные говорят о том, что страны все больше полагаются на работников здравоохранения из числа мигрантов. Данные из более чем 80 государств – членов ВОЗ показывают, что более четверти работающих в них врачей и более трети стоматологов и фармацевтов (средние невзвешенные показатели) получили подготовку и/или родились в других странах¹. В Докладе о состоянии сестринского дела в мире дополнительно указывается, что примерно восьмая часть всех медсестер в мире работают не в той стране, где они родились².

19. В предыдущем докладе КГЭ за 2015 г. было сделано предположение о том, что мощные тенденции в области демографии, экономики и эпидемиологии приведут к ускоренному росту международной мобильности работников здравоохранения³. Сегодня это становится реальностью. В 2016 г. ОЭСР установила, что количество практикующих в странах ОЭСР врачей и медсестер из числа мигрантов увеличилось за предыдущее десятилетие на 60%⁴. Исходя из данных, представленных в «Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.», в странах с уровнем дохода выше среднего и странах с высоким уровнем дохода прогнозируется существенное увеличение потребности в работниках здравоохранения, которую негибкие системы кадрового обеспечения могут оказаться не в состоянии удовлетворить, что будет способствовать усилению зависимости от международной миграции⁵. Фактические данные, представленные КГЭ, позволяют предположить дальнейшее ускорение темпов роста международной мобильности медицинских работников в ближайшем будущем в соответствии с этими ожидаемыми прогнозами. В качестве примера: Европейский союз признал работников здравоохранения наряду с работниками сферы информационно-коммуникационных технологий двумя наиболее востребованными в Европейском союзе категориями специалистов, причем к 2025 г. дополнительно потребуется 1,8 миллиона работников здравоохранения⁶. Согласно полученным из Германии оценочным данным, к 2030 г. потенциальная нехватка

¹ В качестве источника использовалась платформа данных по национальным счетам кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ по состоянию на июнь 2019 г.

² См. документ ВОЗ «State of the World Nursing 2020» (Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.), который будет опубликован 7 апреля 2020 г.

³ См. Доклад Консультативной группы экспертов по актуальности и эффективности Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, документ ВОЗ A68/32 Add.1, по адресу http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_32Add1-ru.pdf.

⁴ Dumont JC, Lafortune G, International migration of doctors and nurses to OECD countries, in Buchan J, Dhillon I, Campbell J, Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base, World Health Organization, 2017.

⁵ Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г., ВОЗ, 2016 г., имеется по адресу https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/ru/

⁶ См. 2014 EU Skills Panorama 2013–2025, доступно по адресу https://skillspanorama.cedefop.europa.eu/sites/default/files/EUSP_AH_SocialCare_0.pdf.

составит приблизительно 500 000 работников здравоохранения, причем особенно острый дефицит будет наблюдаться среди медсестер и персонала по уходу за пожилыми людьми¹. Фонд охраны здоровья, фонды «Наффилд траст» и «Кингс фанд» в Соединенном Королевстве оценивают нехватку сотрудников в Национальной службе здравоохранения страны в 100 000 человек, а к 2030 г. эта цифра может возрасти до 250 000². Япония в этом плане приняла новую визовую программу, которая, как ожидается, позволит привлечь в страну до 60 000 медицинских сестер³. Кроме того, как сообщалось на семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (документ A72/23), миграция работников здравоохранения далеко не всегда направлена с глобального юга на глобальный север⁴. Проект «От утечки мозгов к притоку мозгов», осуществляемый ВОЗ при поддержке Европейского союза и Норвегии, выявил масштабные потоки миграции между регионами и в направлениях Юг-Юг и Север-Юг⁵. Анализ имеющихся в настоящее время на портале Национальных счетов по кадровым ресурсам здравоохранения данных по 80 странам подтверждает, что системы здравоохранения большинства стран одновременно сталкиваются с проблемами регулирования как притока, так и оттока работников здравоохранения.

20. Дисбаланс между спросом и предложением в отношении работников здравоохранения усугубляется комплексными чрезвычайными ситуациями и гуманитарными кризисами в ряде регионов мира. Эти ситуации и условия порождают трудноразрешимые проблемы с точки зрения признания квалификации работников здравоохранения. Глобализация профессиональной подготовки медицинского персонала также усложняет ситуацию с международной мобильностью работников здравоохранения: базирующаяся в Соединенных Штатах Америки Образовательная комиссия по делам выпускников иностранных медицинских учебных учреждений отметила, что впервые среди кандидатов, подавших заявки на сертификацию в Соединенных Штатах, большинство прошли обучение в странах, гражданами которых они не являются⁶. Возрастающий объем и уровень сложности международной

¹ См. Theme Report on Care 2030, Bertelsmann Stiftung, имеется по адресу <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030/>.

² См. Closing the Gap, Kings Fund, 2019, доступно по адресу <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2019-06/closing-the-gap-full-report-2019.pdf>.

³ См. 2018 Nikkei Asian Review article, по адресу <https://asia.nikkei.com/Spotlight/Japan-immigration/Japan-to-receive-60-000-nursing-helpers-in-new-visa-program>.

⁴ В качестве примера и как указано в докладе Секретариата A72/23, 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.

⁵ См. сводку результатов проекта ЕС A Dynamic Understanding of Health Worker Migration (Динамическое понимание миграции работников здравоохранения), (https://www.who.int/hrh/HWF17002_Brochure.pdf?ua=1), включая данные из Индии, Ирландии, Нигерии, Южно-Африканской Республики и Уганды.

⁶ Представленный на КГЭ доклад Образовательной комиссии по делам выпускников иностранных медицинских учебных учреждений (будет размещен на веб-сайте ВОЗ).

мобильности работников здравоохранения указывают на необходимость укрепления информационных систем, политики и международного сотрудничества, что еще раз подтверждает сохраняющуюся актуальность Кодекса.

21. Рост международной мобильности работников здравоохранения сопровождается соответствующим увеличением числа частных агентств по найму. Подтверждения этому можно найти в разных частях света, в том числе, например, в Судане и Соединенных Штатах¹. Члены КГЭ обсудили представленную Группе информацию о неэтичном обращении с работниками здравоохранения из числа мигрантов в процессе найма². КГЭ также обсудила общий опыт работников здравоохранения из числа мигрантов и беженцев, которые переезжают из одной страны в другую, в том числе серьезные трудности, с которыми они сталкиваются в процессе адаптации, ассимиляции, аккультурации и интеграции в новую систему здравоохранения и социокультурную среду³. Мнения и жизненный опыт растущего числа работников здравоохранения в глобальном масштабе дополнительно подчеркивают актуальность статей Кодекса, касающихся справедливого найма, программ вводного инструктажа и ознакомления, обеспечения равных возможностей для профессионального развития и надлежащего надзора за соответствующими негосударственными структурами в принимающих государствах-членах.

Многолетние проблемы, связанные с трудовыми ресурсами здравоохранения

22. КГЭ признает, что связанные с дефицитом трудовых ресурсов здравоохранения проблемы, которые играли определяющую роль при разработке Кодекса, в силу демографических и эпидемиологических факторов сегодня не менее, а возможно и более актуальны, чем 10 лет назад. В документе «Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.» были отмечены проблемы глобального дефицита и несбалансированного распределения кадровых ресурсов здравоохранения, а также значительные расхождения между потребностями в медико-санитарных работниках и финансовыми возможностями для обеспечения занятости. Возможности системы образования и способность удерживать работников здравоохранения в областях наибольшего спроса во многих странах все еще ограничены.

¹ В качестве примера: Комиссия по делам выпускников иностранных школ медицинских сестер, крупнейшая в мире организация по аттестации медсестер и работников смежных медицинских специальностей, сообщила о росте размеров и диапазоне деятельности компаний по международному найму персонала (как по укомплектованию персоналом, так и по трудоустройству) в Соединенных Штатах. Представитель КГЭ из Судана также отметил, что количество частных компаний по подбору кадров в Судане выросло с нескольких единиц на момент принятия Кодекса до примерно 300 в 2019 г. См. Доклад об исследовании отраслевого рынка агентств по подбору персонала для здравоохранения, данные которого свидетельствуют о существенном увеличении как числа компаний, так и о его ежегодном росте, по адресу <https://www.ibisworld.com/united-states/market-research-reports/healthcare-staff-recruitment-agencies-industry/> и Shaffer, Franklin et al, The Recruitment Experience of Foreign-Educated Health Professionals to the United States, American Journal of Nursing, 2020 по адресу https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2020/01000/CE__Original_Research__The_Recruitment_Experience.19.aspx.

² См. Pittman P and Pulver A, Unethical International Nurse-Staffing Agencies – The Need for Legislative Action, New England Journal of Medicine, 2020.

³ См. документ 2 и фактологическую справку рабочей группы КГЭ.

Для многих стран серьезной проблемой остается активная и неэтичная практика найма персонала. Во многих странах необходимо улучшить сбор данных о трудовых ресурсах здравоохранения, а также укрепить потенциал в области эффективного регулирования и планирования трудовых ресурсов и их мобильности. Кроме того, КГЭ обсудила важность совместной работы представителей различных медицинских профессий для обеспечения ВОУЗ, включая должностных лиц медицинских подразделений, помощников врачей, вспомогательный медицинский персонал и других.

23. Развивающиеся страны и страны с переходной экономикой сталкиваются с особыми трудностями в планировании, обучении, найме, организации работы и удержании необходимых работников здравоохранения. Анализ дефицита финансирования, связанного с ЦУР 3, показал, что во многих странах с низким уровнем дохода возможности внутреннего финансирования ограничены¹. Таким образом, остаются весьма актуальными статьи Кодекса, призывающие страны-доноры, страны назначения, международные организации и финансовые учреждения оказывать дополнительную техническую и финансовую поддержку для подготовки кадров здравоохранения в странах с ярко выраженной уязвимостью в этой сфере.

24. Данные, полученные КГЭ, свидетельствуют о том, что в последние годы международная официальная помощь в целях развития (ОПР), выделяемая на подготовку кадров здравоохранения, носила ограниченный характер, что идет вразрез с целями, принципами и статьями Кодекса. Анализ донорского финансирования здравоохранения за период 1990–2016 гг. показал, что на мероприятия по развитию трудовых ресурсов здравоохранения выделяется менее 7% от общего объема ОПР в области здравоохранения. В 2016 г. на эти цели было выделено лишь 4% от всей ОПР для здравоохранения. Кроме того, ресурсы главным образом использовались для финансирования текущих расходов и мероприятий, связанных с краткосрочными проектами, при этом на решение системных кадровых проблем здравоохранения в странах-получателях выделялись лишь ограниченные ресурсы². Недостаточная поддержка деятельности в области трудовых ресурсов здравоохранения по линии ОПР резко контрастирует с объемом инвестиций, необходимых для обеспечения ВОУЗ, притом что на образование и трудоустройство медико-санитарных работников приходится самая большая доля расходов на обеспечение ВОУЗ во всех странах с низким и средним уровнем дохода.

¹ См. Karin Stenberg et al, Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries, *Lancet Global Health* 2017; 5:e75-87, по адресу [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext),

² См. Micah, Angela et al, Donor Financing of Human Resources for Health, 1990 to 2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients, *Globalization and Health*, доступно по адресу <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192106/>.

Повышение заинтересованности среди других секторов и сторон

25. Сегодня признается, что здравоохранение является одним из основных и в то же время растущим сектором занятости¹. Поэтому вопрос повышения международной мобильности работников здравоохранения для удовлетворения спроса на рабочую силу, особенно в странах с уровнем дохода выше среднего и высоким, становится все более актуальным для различных секторов и международных заинтересованных сторон.

26. Полученные КГЭ данные свидетельствуют о росте числа межправительственных соглашений, связанных с международной мобильностью медицинских работников². Однако анализ соглашений, о которых был уведомлен Секретариат ВОЗ, также показывает, что министерства здравоохранения и заинтересованные стороны в области здравоохранения не участвуют на систематической основе в переговорах по этим соглашениям и в их исполнении. КГЭ были представлены примеры конкретного рассмотрения проблем систем здравоохранения и их трудовых ресурсов, как это предусмотрено Кодексом, путем привлечения министерств здравоохранения и профильных заинтересованных сторон к процессу заключения и исполнения двусторонних соглашений³.

27. По мнению КГЭ, спустя 10 лет после его принятия Кодекс стал общепризнанным универсальным этическим стандартом для международного найма медико-санитарного персонала и укрепления систем здравоохранения⁴. Цели, принципы и статьи Кодекса служат основой для ведения глобального диалога, развития сотрудничества и принятия мер по укреплению систем здравоохранения и их трудовых ресурсов. Кодекс является всеобъемлющим документом, который направлен на осуществление общей повестки дня, а не на защиту узких национальных интересов. Он актуален для стран с различными уровнями дохода и адресован как государствам-членам, так и профильным негосударственным структурам. Судя по фактам, полученным КГЭ, в том числе по примерам из Индонезии, Норвегии и Судана, Кодекс позволяет заинтересованным сторонам в области здравоохранения вести постоянный диалог с другими секторами, что в противном случае могло бы оказаться невозможным.

¹ См. Buchan J, Dhillon I, Campbell J, Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base, World Health Organization, 2017.

² В период между вторым и третьим раундами представления национальной отчетности число двусторонних соглашений, о которых был уведомлен Секретариат, увеличилось. ВТО предоставила КГЭ дополнительные данные, свидетельствующие о более широком распространении в последние годы двусторонних торговых соглашений, некоторые из которых включают положения о мобильности трудовых ресурсов здравоохранения.

³ Заслуживающие внимания примеры были приведены в отношении соглашений, заключенных Германией, Ирландией, Ямайкой, Японией, Суданом и Соединенным Королевством Великобритании и Северной Ирландии.

⁴ В качестве иллюстрации можно отметить, что поиск научных статей в Google по ключевому слову «WHA63.16» дает 4031 результат. Как было установлено ранее, Кодекс также признается различными государственными и негосударственными заинтересованными сторонами.

28. Ввиду меняющегося глобального контекста, многолетних проблем в области трудовых ресурсов здравоохранения и роста заинтересованности среди различных секторов и сторон, как отмечено выше, КГЭ считает, что Кодекс весьма актуален. Кодекс обладает значительным потенциалом для реализации основных элементов Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., таких как всеобщий охват услугами здравоохранения, безопасная, упорядоченная и законная миграция, развитие человеческого капитала и международная торговля. КГЭ настоятельно подчеркивает, что потенциал Кодекса должен быть реализован в полной мере.

29. КГЭ выделяет один элемент, который негативно сказывается на актуальности и легитимности Кодекса: перечень стран, испытывающих серьезный дефицит кадров здравоохранения. Иногда этот перечень неправильно истолковывается, что приводит к неоптимальному применению принципов Кодекса в контексте соответствующего диалога по вопросам политики внутри стран и между ними. Регулярное обновление этого перечня и предоставление Секретариатом ВОЗ соответствующих руководящих указаний необходимо для обеспечения актуальности Кодекса и его полномасштабного применения.

(а) В целях, принципах и статьях Кодекса подчеркивается – с использованием различных терминов – необходимость поддержки и защиты работников и систем здравоохранения «развивающихся стран», «развивающихся стран, стран с переходной экономикой и небольших островных государств», а также стран, «являющихся особо уязвимыми к дефициту кадров здравоохранения и/или обладающих ограниченной возможностью выполнять рекомендации»¹. В конкретном контексте рекомендации не прибегать к практике активного найма на работу персонала из наиболее уязвимых систем здравоохранения (последнее предложение статьи 5.1) особый акцент сделан на *«развивающиеся страны, которые испытывают серьезную нехватку работников здравоохранения»*.

(b) Следует отметить, что в Кодексе не конкретизированы «страны, испытывающие серьезную нехватку работников здравоохранения», и в нем отсутствует указание на перечень таких стран. Однако в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. на основе ранее полученных данных было определено 57 стран, испытывающих серьезную нехватку работников здравоохранения. Этот список использовался, корректировался и расширялся рядом стран назначения², чтобы ограничить активную деятельность по найму персонала из-за рубежа.

(с) В 2006 г. для целей научных исследований, ведения диалога по вопросам политики и информационно-разъяснительной работы был составлен перечень стран, в которых наблюдается серьезный дефицит кадров здравоохранения и слабый охват услугами, связанными с Целями тысячелетия в области устойчивого

¹ См. статьи Кодекса 1.4, 2.3, 3.2, 3.3, 5.2 и 8.7.

² В качестве примеров можно привести Германию, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Южную Африку.

развития (ЦРТ). В настоящее время он уже не актуален как перечень стран, требующих первоочередного внимания при оказании поддержки в области подготовки кадров здравоохранения и нуждающихся в мерах защиты от активного найма персонала. КГЭ видит большую ценность, как это четко сформулировано в Кодексе, и в предоставлении поддержки, связанной с трудовыми ресурсами здравоохранения, и во введении мер защиты от найма на работу персонала из стран, которые особо уязвимы к дефициту кадров здравоохранения. Однако существующий список и лежащая в его основе методика, по мнению КГЭ, ориентированы на достижение ЦРТ и являются устаревшими и статичными.

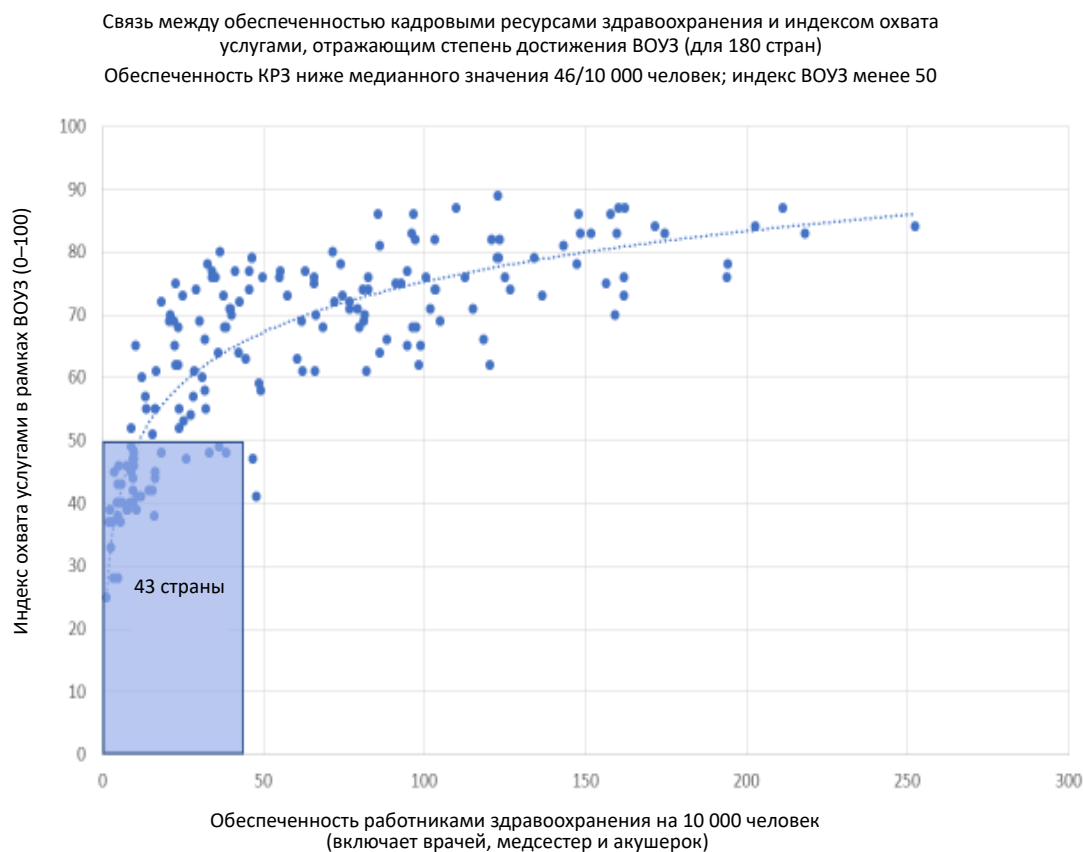
(d) После представления различных вариантов и широкого обсуждения¹ КГЭ пришла к выводу о том, что индекс охвата услугами, отражающий степень достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ИОУ ВОУЗ)², (официальный показатель выполнения ЦУР 3.8.1) и обеспеченность кадрами здравоохранения (официальный показатель ЦУР 3.С.1) должны использоваться для выявления стран, которые сталкиваются с наиболее острой проблемой нехватки медико-санитарных работников в контексте ВОУЗ и в отношении которых требуется проявлять особую осторожность в плане активного международного найма персонала. Исходя из этого анализа, который будет регулярно обновляться параллельно с подготовкой докладов о ходе исполнения Кодекса, КГЭ предполагает, что страны, у которых значение ИОУ ВОУЗ находится в первом квартиле, а показатель обеспеченности врачами, медсестрами и акушерками ниже медианного, должны на приоритетной основе получать усиленную поддержку в области трудовых ресурсов здравоохранения и защиты от активного найма персонала³. Насчитывается 43 страны, которые попадают в нижний квартиль ИОУ ВОУЗ и также имеют обеспеченность врачами, медсестрами и акушерками ниже медианной (см. рисунок 1 ниже, с более подробной методологической информацией можно ознакомиться на веб-сайте ВОЗ).

¹ См. документ Рабочей группы 1.

² Значения ИОУ ВОУЗ рассчитываются по **отслеживаемым процедурам**, к которым относятся охрана репродуктивного и материнского здоровья, здоровья новорожденных и детей, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний, а также потенциал служб здравоохранения и доступность услуг.

³ Использование определенных контрольных показателей как для ИОУ ВОУЗ, так и для обеспеченности врачами, медсестрами и акушерками в совокупности позволяет учитывать страны, в которых важную роль в оказании услуг, связанных с обеспечением ВОУЗ, играют другие категории работников здравоохранения, все более значимые во многих странах, например клиницисты, получившие ускоренное медицинское образование, а также должностные лица медицинских учреждений, вспомогательные медицинские сотрудники и помощники врачей.

Рисунок 1. Страны с низким ИОУ ВОУЗ и низким показателем обеспеченности работниками здравоохранения¹



(е) КГЭ рекомендует, чтобы 43 странам, включенным в вышеупомянутый перечень, уделялось приоритетное внимание в плане подготовки кадров и поддержки систем здравоохранения, как это предусмотрено в Кодексе. Также в соответствии с положениями Кодекса для этих стран должны быть предусмотрены меры защиты от активного найма персонала. В отношении последнего КГЭ предлагает подход, который допускает заключение межправительственных соглашений и не ограничивает право личности на свободу передвижения, но предусматривает применение дополнительных гарантий в процессе ведения переговоров по соответствующим двусторонним соглашениям. Эти шаги должны включать: (1) Проведение анализа рынка труда в секторе здравоохранения, чтобы убедиться в наличии достаточного внутреннего предложения в странах происхождения с учетом моделей оказания медицинской помощи и круга обязанностей работников здравоохранения различных профессий. (2) Прямое взаимодействие с заинтересованными сторонами сектора здравоохранения, в том числе с министерствами здравоохранения. (3) Уведомление о проведении

¹ Для этого анализа использовались последние данные за 2010–2019 гг., опубликованные на платформе национальных систем учета кадров здравоохранения (НСУКЗ), по состоянию на 20 января 2020 г.

соответствующего анализа рынка труда в секторе здравоохранения и о заключении соглашений в рамках процесса отчетности по Кодексу и национального учета кадров здравоохранения (НСУКЗ). Этот подход в настоящее время тестируют Германия и ВОЗ. Список стран, методика и соответствующие руководящие принципы должны публиковаться на веб-сайте ВОЗ с регулярными обновлениями, согласующимися с докладами о ходе работы Секретариата.

(f) Кроме того, КГЭ отмечает повышение качества данных по трудовым ресурсам здравоохранения в связи с улучшением отчетности в рамках НСУКЗ. Поскольку фактические данные о стоматологах, фармацевтах, смежных медицинских профессиях и других квалифицированных поставщиках услуг во всех странах во все большей степени поддаются количественной оценке, при обновлении перечня уязвимых стран в будущем, рассчитывая показатель обеспеченности медицинскими работниками (показатель 3.С.1 Целей в области устойчивого развития) и ИОУ ВОУЗ, следует учитывать максимальное количество единообразных наборов данных по медико-санитарным работникам¹. В среднесрочной перспективе необходимо также обеспечить возможность проведения анализа, позволяющего максимально увеличить объем имеющихся данных для более точного учета всей динамики рынка труда в области здравоохранения² при классификации уязвимости трудовых ресурсов здравоохранения по всем странам.

Эффективность

Степень, в которой реализация целей, принципов и статей Кодекса влияет на шаги и меры политики в отношении усиления кадров здравоохранения на страновом, региональном и глобальном уровнях.

30. Члены КГЭ солидарны в том, что эффективность Кодекса и доступность основополагающей информации для ее оценки со времени проведения первого обзора актуальности и эффективности Кодекса в 2015 г. значительно улучшились. Однако КГЭ также пришла к выводу, что текущий уровень осуществления Кодекса недостаточен для полной реализации его потенциала в контексте сегодняшних глобальных, региональных и национальных вызовов.

31. КГЭ рассматривала как правовую, так и поведенческую эффективность Кодекса. Правовую эффективность можно оценить, измеряя степень, в которой действия

¹ Также проводился анализ обеспеченности кадрами здравоохранения по пяти профессиям: врачи, медсестры, акушерки, стоматологи и фармацевты. Последние данные о контингенте всех пяти профессий со значениями ИОУ ВОУЗ были доступны по 154 странам, а о трех профессиях (врачи, медсестры и акушерки) – по 180 странам. Государствам-членам рекомендуется расширить объем имеющихся данных о большем числе профессий путем постепенного внедрения Национальных систем учета кадров здравоохранения.

² Речь идет, например, о показателях НСУКЗ, касающихся подготовки кадров, обеспеченности работниками ряда профессий, направления и скорости изменения уровня обеспеченности кадрами, распределения, демографических характеристик, показателей занятости и миграции трудовых ресурсов здравоохранения.

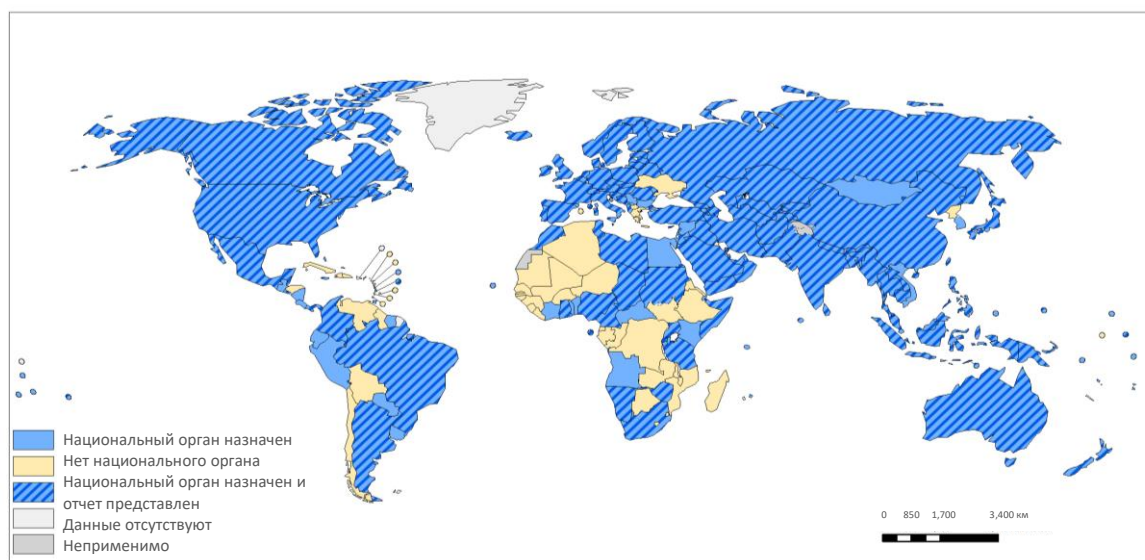
государств-членов и негосударственных структур соответствуют принципам и рекомендациям Кодекса, при этом для определения ключевого показателя соблюдения Кодекса используется национальная отчетность. Поведенческую эффективность оценить сложнее, поскольку это требует определения того, в какой степени Кодекс привел к необходимому изменению поведения среди ключевых заинтересованных сторон, с тем чтобы соответствовать «духу» Кодекса¹.

Правовая эффективность

32. КГЭ отмечает значительный рост осведомленности государств-членов и их приверженности Кодексу в последние несколько лет. На сегодняшний день национальный орган для содействия осуществлению Кодекса назначили **три четверти** государств-членов ВОЗ (146 из 194). Кроме того, **110 государств-членов**, в которых проживает более 80% мирового населения, направили в Секретариат национальные отчеты об осуществлении Кодекса (см. рисунок 1). При этом на момент проведения первого обзора актуальности и эффективности Кодекса (2015 г.) отчеты государств-членов были получены только от 56 стран, в основном из Европейского региона. Разнообразие отчетности также существенно повысилось благодаря активному представлению данных многими государствами-членами из регионов Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии, а также Европейского региона (см. рисунок 2). Однако в нескольких странах, интересы которых призван защищать Кодекс, особенно в Африканском регионе, отчетность в связи с Кодексом и осуществление его положений по-прежнему находятся на низком уровне.

¹ См. RANGONE, N. (2018). Making Law Effective: Behavioural Insights into Compliance. European Journal of Risk Regulation, 9(3), 483–501.

Рисунок 2. Государства-члены, назначившие национальный орган (ННО) и представившие национальные отчеты по осуществлению Кодекса (по состоянию на 15 мая 2019 г.)



Границы и названия, показанные на этой карте, а также используемые на ней обозначения не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса тех или иных стран, территорий, городов и районов или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Источник данных: Всемирная организация здравоохранения
Создание карты: Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций (IER)



Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ, 2019.
Все права защищены.

33. КГЭ признает, что хотя объемы отчетности по Кодексу все еще ниже по сравнению с очень успешной и гораздо лучше обеспеченной ресурсами Рамочной конвенцией по борьбе против табака, они значительно выше, чем по ряду многосторонних природоохранных соглашений, упомянутых выше, по большинству из которых отчетность предоставляют менее 50% государств-участников¹.

34. Помимо количества и разнообразия данных национальной отчетности об осуществлении Кодекса, также повысилось их качество. Улучшение данных и информации о мобильности медико-санитарных работников является ключевым содержательным (статья 6) и процедурным (статьи 7 и 9) требованием Кодекса. Более

¹ Raustiala, Kal, Reporting and Review Institutions in 10 Multilateral Environmental Agreements, United Nations Environment Programme, 2001, см. по адресу <https://www.peacepalacelibrary.nl/ebooks/files/C08-0025-Raustiala-Reporting.pdf>. Проанализированы следующие многосторонние природоохранные соглашения: Рамсарская конвенция о водно-болотных угодьях (1971 г.), Конвенция о всемирном наследии (1972 г.), Конвенция о международной торговле видами дикой фауны и флоры, находящимися под угрозой исчезновения (1973 г.), Конвенция по сохранению мигрирующих видов диких животных (1979 г.), Конвенция по морскому праву (1982 г.), Монреальский протокол (1987 г.), Базельская конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением (1989 г.), Рамочная конвенция об изменении климата (1992 г.) и Киотский протокол (1997 г.), Конвенция о биологическом разнообразии (1992 г.) и Конвенция по борьбе с опустыниванием (1994 г.).

активное представление данных в рамках Кодекса, НСУКЗ и совместного вопросника ОЭСР, Евростата и Европейского регионального бюро ВОЗ впервые позволило получить глобальную картину международной мобильности работников здравоохранения. Данные о доле мигрантов среди работников здравоохранения в настоящее время имеются на портале НСУКЗ для более чем 80 стран по пяти профессиям: стоматологам, врачам, акушеркам, медсестрам и фармацевтам.

35. Наряду с улучшением данных также пополнилась информация о двусторонних соглашениях: в ходе второго и третьего раундов национальной отчетности Секретариату было сообщено о 120 двусторонних соглашениях и предоставлены тексты 30 соглашений. Секретариат ВОЗ совместно с партнерами из МОТ и ОЭСР занимается анализом этих двусторонних документов и подготовкой руководящих указаний, направленных на максимальное использование Кодекса в будущих соглашениях.

36. Полученные КГЭ данные подтверждают правовую эффективность Кодекса во многих из 110 государств – членов ВОЗ, представивших в Секретариат национальные отчеты об осуществлении Кодекса. КГЭ отмечает, что оценка правовой эффективности Кодекса отвечает на вопрос о его эффективности лишь частично, поскольку некоторые государства-члены могут отчитываться о соблюдении Кодекса механически, не внедрив на практике требуемые механизмы стратегического руководства и управления.

Поведенческая эффективность

37. Оценивать поведенческую эффективность международных соглашений сложнее, чем правовую. В попытке оценить поведенческую эффективность Кодекса КГЭ помогли надежные механизмы его осуществления и мониторинга. Особенно полезна в этом плане статья 8 «Осуществление Кодекса», так как в ней определены практические меры по воплощению рекомендаций Кодекса в те желательные действия, которые предусмотрены Кодексом (см. вставку 1).

Вставка 1. Осуществление Кодекса (статья 8)

Государствам-членам предлагается:

8.1: повышать информированность о Кодексе

8.2: включить Кодекс в законы и политику

8.3: консультироваться со всеми соответствующими заинтересованными сторонами

8.4: привлекать все заинтересованные стороны (негосударственные структуры) к работе на индивидуальной и коллективной основе для обеспечения достижения целей Кодекса

8.5: вести реестр всех агентов по найму, уполномоченных заниматься деятельностью в их юрисдикции

8.6: поощрять использование передовых методов, прибегая к услугам лишь тех агентств по найму, которые соблюдают руководящие принципы Кодекса

8.7: фиксировать и оценивать масштабы активного международного найма работников здравоохранения из стран, испытывающих серьезный дефицит кадров

38. Государства-члены сообщают о существенных улучшениях в осуществлении многих из указанных мер:

(a) Статья 8.1. Более 30 стран сообщили о публикации Кодекса в ходе каждого из трех раундов представления отчетности. Помимо шести языков Организации Объединенных Наций Кодекс к настоящему времени переведен на венгерский, голландский, индонезийский, итальянский, каталонский, немецкий, норвежский, польский, румынский, тайский, фарси, финский и японский языки.

(b) Статья 8.2. 40 государств-членов сообщили о включении Кодекса в национальное законодательство и политику, причем еще в четырех государствах-членах ВОЗ этот процесс продолжается.

(i) Принятые меры включают: учет рекомендаций Кодекса в национальном законодательстве¹ и национальных стратегических планах², учет в кадровой и миграционной политике и/или их разработку³ и создание новых административных и координационных функций⁴.

(1) В частности, после совещания КГЭ в июне 2019 г. постоянный секретарь Министерства здравоохранения Ямайки учредил должность сотрудника, ответственного за трудовые ресурсы здравоохранения, в обязанности которого входит более эффективный мониторинг и поддержка притока и оттока медико-санитарных работников.

(ii) Кроме того, 44 страны указали, что рекомендации Кодекса были учтены в заключенных ими межправительственных соглашениях⁵.

(c) Статьи 8.3 (взаимодействие с заинтересованными сторонами), 8.5 (реестр агентов по найму) и 8.6 (использование агентств по найму, соблюдающих принципы Кодекса): исходя из информации, предоставленной государствами-членами, КГЭ отметила планомерный прогресс в отношении каждой из этих мер с каждым раундом представления национальной отчетности.

39. Исходя из представленных фактических данных, КГЭ также отмечает, что принципы и статьи Кодекса находят отражение в региональной политике (в качестве примеров можно привести Глобальный подход Европейского союза к управлению

¹ Бахрейн, Сальвадор, Германия и Индонезия.

² Бангладеш, Камерун, Доминиканская Республика, Эсватини, Ирландия, Иордания, Мьянма, Сьерра-Леоне и Южная Африка.

³ Канада (свод законов провинции Саскачеван), Финляндия, Судан, Южная Африка, Швейцария, Тринидад и Тобаго, свод законов Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и свод законов Шотландии.

⁴ Германия, Нигерия, Норвегия, Южная Африка, Судан и Соединенные Штаты Америки.

⁵ См. Evidence Brief Number 2, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Reliance, Compliance and Effect (2010–2019), WHO.

миграцией, Десятилетие укрепления кадров здравоохранения, провозглашенное в Регионе Юго-Восточной Азии (2015–2024 гг.), и план развития трудовых ресурсов здравоохранения, разрабатываемый Сообществом по вопросам развития стран юга Африки (SADC)) и в соответствующих кодексах негосударственных субъектов (например, в кодексе практики Европейской ассоциации больниц и работодателей системы здравоохранения (HOSPЕЕМ) и Европейской федерации профсоюзов работников коммунального хозяйства (EPSU) в Общем кодексе этичного международного найма Аттестационной комиссии для выпускников иностранных школ подготовки медсестер (CGFNS)).

40. КГЭ также отмечает растущее признание Кодекса различными секторами государственного аппарата, международными организациями и гражданским обществом. Благодаря созданию Международной платформы МОТ/ОЭСР/ВОЗ по мобильности работников здравоохранения расширились партнерские связи Секретариата ВОЗ с другими международными учреждениями (в частности, с МОМ, Всемирным банком и ВТО) и профильными негосударственными структурами. КГЭ также отмечает, что прямые ссылки на Кодекс содержатся более чем в 4 тысячах научных статей – в таком же количестве статей упоминается Международный свод правил ВОЗ и ЮНИСЕФ по сбыту заменителей грудного молока (1981 г.), который был принят несколькими десятилетиями ранее¹. КГЭ также были предъявлены примеры того, какую роль Кодекс играет в наделении министерств здравоохранения полномочиями для участия в дискуссиях с другими секторами, а также в инициировании обсуждения проблем системы здравоохранения.

41. Несмотря на явные и существенные улучшения, имевшие место со времени проведения обзора в 2015 г., в осуществлении Кодекса (и, следовательно, в его эффективности) сохраняются критические пробелы. КГЭ с беспокойством отмечает недостаточно серьезное отношение к Кодексу ряда государств-членов и регионов, испытывающих особые трудности в связи с международной мобильностью работников здравоохранения². КГЭ обращает внимание на необходимость предоставления государствам-членам более действенных глобальных руководящих указаний и технической поддержки для эффективного проведения Кодекса в жизнь: в ходе третьего раунда представления отчетов по Кодексу просьбы об оказании такой поддержки поступили от 64 государств-членов. Аналогичным образом существует возможность более стратегически ориентированного взаимодействия с региональными органами и институциональными механизмами и оказания им поддержки в осуществлении Кодекса.

42. КГЭ отмечает наличие пробелов в привлечении негосударственных структур к осуществлению Кодекса. Крайне необходимо существенно повысить осведомленность о Кодексе и приверженность его положениям среди работников здравоохранения, государственных и частных работодателей, регулирующих органов, агентств по найму

¹ См. Evidence Brief Number 2, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Reliance, Compliance and Effect (2010–2019), WHO.

² Восемьдесят четыре государства-члена в течение трех раундов подряд не представляли национальные отчеты.

персонала для государственного и частного секторов, научных кругов и гражданского общества в целях дальнейшего осуществления Кодекса и повышения его эффективности. Существует также очевидная возможность для усиления синергии и согласованности между Кодексом, осуществляемым в основном по инициативе государств-членов, и теми этическими инициативами, которые реализуются другими участниками сектора здравоохранения: работодателями, работниками и агентами по найму. Более активное взаимодействие с негосударственными субъектами и совершенствование процессов представления ими отчетности также могут способствовать обеспечению подотчетности правительств.

43. Что особенно важно, КГЭ подчеркивает необходимость дальнейшего взаимодействия со странами назначения, донорскими и финансовыми учреждениями для обеспечения того, чтобы техническая и финансовая поддержка в сфере трудовых ресурсов здравоохранения, предусмотренная Кодексом и требуемая для достижения ВОУЗ, реально предоставлялась.

Выводы и рекомендации

44. По итогам проведенного обзора КГЭ единогласно подтверждает значительную и растущую актуальность Кодекса. КГЭ также отмечает наличие убедительных доказательств осведомленности о Кодексе и его эффективности. Тем не менее в осуществлении Кодекса заметны серьезные пробелы. Для полной реализации потенциала Кодекса необходимы слаженные усилия ВОЗ, государств-членов и соответствующих заинтересованных сторон. Сегодня более чем когда-либо очевидна необходимость Кодекса для осуществления Повестки дня в области устойчивого развития, в том числе для достижения ВОУЗ.

45. С исторического момента принятия Кодекса прошло 10 лет. По мнению КГЭ, за это время степень зрелости Кодекса как международного нормативно-правового документа повысилась. Он получает все большее признание как в области здравоохранения, так и в других секторах. В ряде случаев он также использовался для обеспечения большей согласованности действий, укрепления международного сотрудничества и совершенствования систем здравоохранения, как и было предусмотрено в его целях и руководящих принципах.

46. КГЭ отмечает, что интеграция рекомендаций Кодекса в национальное законодательство, политику, соглашения и региональные стратегии, а также их практическое выполнение, как правило, носят бессистемный характер и осуществляются не на основе целевого финансирования, а по инициативе руководства страны. Таким образом, к сожалению, некоторые особенно нуждающиеся страны и регионы все еще не могут воспользоваться возможностями, которые заложены в Кодексе.

47. КГЭ констатирует, что с тех пор, как Кодекс был принят, для его претворения в жизнь оказывается недостаточная финансовая и техническая помощь. Через год после его принятия государства-члены в резолюции WHA64.6 (2011 г.) призвали дополнительно поддерживать осуществление Кодекса техническими, финансовыми и политическими ресурсами. Аналогичные рекомендации звучали в многочисленных

резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения, докладах о ходе работы Секретариата и в первом докладе КГЭ для Всемирной ассамблеи здравоохранения¹. Опыт проведения в жизнь других успешных международно-правовых документов, курируемых ВОЗ, показывает, что для максимизации их воздействия требуется финансовая поддержка, направленная на их осуществление². В связи с этим возникает вопрос о том, каких результатов можно было бы ожидать при выделении на выполнение Кодекса достаточных ресурсов.

48. Кодекс является ведущим нормативным документом по ВОУЗ, который находится в ведении ВОЗ. Инвестиции в укрепление Секретариата ВОЗ, в более активный, всеохватный и гибкий процесс взаимодействия с государствами-членами и представления отчетности, а также в усиление роли негосударственных структур ускорят прогресс на пути к достижению ВОУЗ и в целом к осуществлению Повестки дня в области устойчивого развития.

49. КГЭ признает, что заложенные в Кодексе институциональные механизмы, механизмы обмена информацией и мониторинга служат главными факторами его успешного осуществления. Они должны поддерживаться и укрепляться в ходе предстоящих раундов представления отчетности государствами-членами и негосударственными субъектами.

50. В целях устранения имеющихся пробелов и всесторонней реализации значительного потенциала Кодекса КГЭ рекомендует следующие меры.

- (а) КГЭ рекомендует ВОЗ развивать техническое сотрудничество с государствами-членами, укреплять потенциал Секретариата ВОЗ и расширять взаимодействие с профильными негосударственными структурами для ускоренного осуществления Кодекса путем проведения следующих мероприятий в ходе текущего и предстоящего двухгодичных периодов (см. вставку 2).

Вставка 2. Мероприятия по осуществлению Кодекса в 2020–2023 гг.

Приоритетные направления деятельности по осуществлению Кодекса (2020–2023 гг.):

1. Оказание технической поддержки государствам-членам: в ходе третьего раунда представления отчетности по Кодексу просьбы об оказании поддержки поступили от 64 государств-членов.
2. Усиление институционального управления трудовыми ресурсами здравоохранения, включая управление мобильностью медико-санитарных работников, во всех государствах-членах ВОЗ. Адресная поддержка также должна оказываться тем государствам-членам, которые еще не назначили национальный орган или не участвовали в процессе представления отчетности по Кодексу.

¹ Перечислить все резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения и доклады о ходе работы Секретариата, в которых содержатся такие требования.

² Показательным примером служит Рамочная конвенция по борьбе против табака, на практическое осуществление которой ежегодно выделяется 20 млн долл. США.

3. Разработка глобальных руководящих указаний и инструментов: руководств по применению и осуществлению Кодекса, базы данных и передовой практики заключения двусторонних соглашений, глобального статистического отчета о международной мобильности работников здравоохранения, оценки расходов и платежей на обучение, подходов к лучшему пониманию и улучшению жизни медицинских работников-мигрантов.
4. Укрепление процессов отчетности государств-членов, связанных с четвертым раундом представления национальных отчетов, включая улучшение синергии с НСУКЗ.
5. Пересмотр инструмента отчетности независимых заинтересованных сторон и укрепление процесса отчетности в целях более полного учета информации, поступающей от негосударственных субъектов.
6. Взаимодействие с региональными экономическими организациями и процессами гармонизации и оказание им поддержки.
7. Укрепление взаимодействия с представителями частного сектора, в том числе участие в разработке дополнительных кодексов для больниц, профсоюзов и агентств по найму персонала.
8. Регулярное обновление перечня стран, испытывающих серьезный дефицит кадров здравоохранения, при этом Секретариату рекомендуется изучить возможность проведения анализа, учитывающего всю динамику рынка труда в секторе здравоохранения при определении степени уязвимости трудовых ресурсов.
9. Активизация информационно-разъяснительной работы в отношении Кодекса, в том числе в партнерстве со странами назначения и донорскими и финансовыми учреждениями, в целях усиления поддержки стран с наибольшей уязвимостью кадровых ресурсов здравоохранения, связанных с обеспечением ВОУЗ.
10. Обеспечение накопления и распространения знаний и установление горизонтальных связей с другими секторами и негосударственными структурами путем регулярного созыва и учета результатов совещаний в рамках Международной платформы МОТ/ОЭСР/ВОЗ по мобильности работников здравоохранения.

(b) Как предусмотрено Кодексом, КГЭ призывает все государства-члены ВОЗ изыскать и направить необходимые инвестиции в подготовку, привлечение и удержание работников здравоохранения в целях эффективного осуществления ВОУЗ. Кроме того, КГЭ призывает ведущие страны назначения и партнеров по развитию, а также другие стороны, заинтересованные в предоставлении поддержки и гарантий в отношении трудовых ресурсов здравоохранения, выделять на многолетней гибкой основе средства на осуществление Кодекса как глобального общественного блага.

(c) Подчеркивая принципиальное значение подготовки и найма медико-санитарных работников для программы ВОУЗ, КГЭ призывает Генерального директора выделить в достаточном объеме нецелевые средства для поддержки деятельности Секретариата в области трудовых ресурсов здравоохранения.

(d) КГЭ рекомендует провести дополнительную оценку актуальности и эффективности Кодекса, которая должна быть рассмотрена после завершения пятого раунда национальной отчетности в 2023–2024 гг. и представлена на семьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Добавление

СОСТАВ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ**Представители государств-членов**

1. Эрленн Осхейм, Норвежский директорат здравоохранения, **Норвегия (сопредседатель)**
2. Хамед Аль-Балуши, Министерство здравоохранения, **Оман**
3. Эш-Шейх-Бадр, Федеральное министерство здравоохранения, **Судан**
4. Данстан Брайан, Министерство здравоохранения, **Ямайка**
5. Чарльз Дарр, Управление ресурсов и услуг здравоохранения, **Соединенные Штаты Америки**
6. Шинта Деви, Министерство здравоохранения, **Индонезия**
7. Анил Кумар Гупта, Министерство здравоохранения и охраны семьи, **Индия**
8. Жислен Арно Олло, Министерство здравоохранения, **Бенин**
9. Лейла Джордан, Департамент здравоохранения, **Австралия**
10. Грета Кановник, Министерство здравоохранения, **Польша**
11. Морин Маккарти, Департамент здравоохранения, **Австралия**
12. Кавита Нарайян, Министерство здравоохранения и охраны семьи, **Индия**
13. Триса Ваджуни Путри, Министерство здравоохранения, **Индонезия**
14. Кеннет Г. Ронкильо, Департамент здравоохранения, **Филиппины**
15. Унтунг Сусено Сутарджо, Министерство здравоохранения, **Индонезия (сопредседатель)**
16. Ава-Гей Тимберлейк, Министерство здравоохранения, **Ямайка**
17. Селин Усику, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, **Намибия**

Независимые эксперты (включая бывших сопредседателей)

1. Аула Аббара, **Сирийская сеть общественного здравоохранения**
2. Джеймс Бакен, **Технологический университет, Сидней**
3. Рупа Чанда, **Индийский институт управления, Бангалор**
4. Майкл Клеменс, **Центр глобального развития**
5. Жан-Кристоф Дюмон, **Организация экономического сотрудничества и развития**
6. Габриэль Жакоб, **Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (бывший сопредседатель КГЭ)**
7. Соня Нар, медсестра, **Ирландия**
8. Фрэнсис Омасва, **Африканский центр глобального здравоохранения и социальных преобразований**
9. Виродж Тангчароэнсатхиен, Программа разработки международной политики в области здравоохранения, **Таиланд (бывший сопредседатель КГЭ)**
10. Жаклин Уикерс, **Международная организация по миграции**

Наблюдатели от государств-членов, присутствовавшие на совещании КГЭ в октябре 2019 г.

1. Ульрих Дитц, Федеральное министерство здравоохранения, Германия
2. Барбара Люббен, Федеральное министерство здравоохранения, Германия

= = =