



Трудовые ресурсы здравоохранения: прогресс в принятии ответных мер в связи с нехваткой и миграцией кадров, а также в обеспечении готовности к новым возникающим потребностям

Доклад Секретариата

1. В 2010 г. Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла своей резолюцией WHA63.16 Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. Кодекс представляет собой многостороннюю рамочную основу для преодоления дефицитов на глобальном уровне в отношении трудовых ресурсов здравоохранения и для решения актуальных проблем, связанных с международной мобильностью работников здравоохранения. В 2011 г. Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA64.6 «Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения» и резолюцию WHA64.7 «Укрепление сестринского и акушерского дела». В первой из этих резолюций содержался, в частности, призыв к государствам-членам обеспечить соблюдение Кодекса; вторая резолюция призвала страны претворить в реальную практику свою приверженность укреплению сестринского и акушерского дела путем, в частности, разработки необходимых планов действий по сестринскому делу и акушерству в качестве неотъемлемой части национальных или субнациональных планов здравоохранения, развития сотрудничества в укреплении соответствующих законодательных и регуляторных процессов, а также наращивания масштабов обучения и профессиональной подготовки кадров в области сестринского и акушерского дела. Данный доклад представлен в соответствии с требованиями статей 9.2 и 7.2(с) Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, а также с положениями резолюций WHA64.6 и WHA64.7, предусматривающими представление отчетов о ходе работы. В ответ на запрос от одного из государств-членов настоящий доклад также содержит информацию о развитии трудовых ресурсов здравоохранения в поддержку всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи.

ОКАЗАНИЕ ПОДДЕРЖКИ ГОСУДАРСТВАМ-ЧЛЕНАМ, ВЫПОЛНЯЮЩИМ КОДЕКС

2. Секретариат оказывает поддержку по четырем направлениям деятельности.

Назначенный национальный орган

3. Секретариат содействует процессу назначения в каждом государстве-члене национального органа, ответственного за обмен информацией по вопросам миграции персонала здравоохранения и выполнение положений Кодекса. Назначенные национальные органы созданы в 81 стране (см. Таблицу).

Инструмент национальной отчетности

4. В консультации с государствами-членами и соответствующими заинтересованными сторонами Секретариат поддерживает разработку инструмента национальной отчетности, который должен служить в качестве механизма самооценки на уровне страны. Такой инструмент имеется в открытом доступе, предоставлен каждому назначенному национальному органу, и его распространяют в более широких масштабах через региональные бюро и офисы ВОЗ в странах, территориях и областях. К сентябрю 2012 г. назначенные национальные органы 48 стран отчитались о выполнении Кодекса с использованием инструмента национальной отчетности. Из этих 48 отчетов 35 поступили из стран Европейского региона (см. Рисунок).

Сотрудничество

5. Секретариат всемерно содействует развитию **сотрудничества среди многочисленных заинтересованных сторон**, включая правительственные и академические учреждения, а также организации и сети гражданского общества, в целях оказания поддержки информационно-разъяснительной и аналитической работе, которая предусмотрена положениями Кодекса. В частности, в Европейском регионе организовано большое число мероприятий, кульминацией которых стала разработка дорожной карты по выполнению Кодекса в Европейском регионе. Другие заметные процессы включают создание *Иbero-Американской сети по миграции работников здравоохранения* – сети, возглавляемой техническим секретариатом Министерства общественного здравоохранения Уругвая при поддержке со стороны Европейской Комиссии; организацию диалога среди национальных заинтересованных сторон (например, Бельгии, Германии и Италии в 2012 г.); обсуждение с Комитетом по развитию Европейского Парламента (Мадрид, 2012 г.); и создание в Женеве в сотрудничестве с Фондом Броше, Университетом Женевы и Гарвардским университетом летней школы по миграции и этике. Организации гражданского общества играют все более активную роль на национальном и международном уровнях в повышении степени информированности и привлечении политического внимания к вопросам трудовых ресурсов здравоохранения, в том числе путем распространения и выполнения Кодекса. Исследование, проведенное в девяти странах Европейского региона, показало, что гражданское общество также играет важную роль в мониторинге миграции трудовых ресурсов здравоохранения, подходя к этому вопросу с позиции

прав человека, которая учитывает как права работников здравоохранения, так и необходимость в наличии социально справедливых и устойчивых систем здравоохранения. Кроме того, **сотрудничество** Секретариата с **профессиональными организациями** позволило достичь соглашения о стратегических направлениях работы по укреплению медсестринских и акушерских служб на период 2011–2015 годов¹.

Таблица. Назначенные национальные органы в разбивке по регионам ВОЗ: число созданных органов и число органов, которые представили отчеты Секретариату с использованием инструмента национальной отчетности

Регион ВОЗ	Число назначенных национальных органов	
	По состоянию на 31 сентября 2012 г.	Число полученных отчетов
Африка	13	1
Страны Америки	11	4
Юго-Восточная Азия	4	3
Европа	42	35
Восточное Средиземноморье	6	1
Западная часть Тихого океана	5	4
Итого	81	48

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

6. Два с половиной года спустя принятия Кодекса создание назначенных национальных органов, их усилия по предоставлению отчетов, а также научно-исследовательская и документирующая работа различных сетей и организаций сотрудничества позволили получить более детальную картину миграции трудовых ресурсов здравоохранения между странами.

Характеристики миграции

7. Имеется четыре государства-члена ОЭСР, на которые приходится в совокупности 72% медицинских сестер и 69% врачей, родившихся в других странах, из общего числа соответствующих сотрудников, работающих в государствах-членах этой организации. По результатам обзора этих четырех стран, выполненного совместными усилиями ВОЗ и Института миграционной политики, приток врачей в Соединенные Штаты Америки остается стабильным с середины 2000-х годов², в то время как в Австралии и Канаде он увеличился. В Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, напротив, приток как врачей, так и медицинских сестер резко снизился с 2008 г., поскольку правительство изменило в противоположную сторону свою прежнюю политику активного международного найма. На первом месте среди стран происхождения врачей в Австралии, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах

¹ См. документ WHO/HRH/HPN/10.1. Доступен по адресу <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html> (по состоянию на 16 ноября 2012 г.).

² *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization*. Migration Policy Institute, 2012 (в печати).

является Индия. В Канаде Индия недавно поднялась на второе место в качестве страны происхождения врачей. Южная Африка по-прежнему является важным источником врачей во всех странах за исключением Соединенных Штатов; это самая крупная страна происхождения в Канаде. Филиппины стоят на первом месте в качестве источника медицинских сестер в Соединенных Штатах, Соединенном Королевстве и Канаде и находятся на третьем месте в Австралии. Значительная миграция кадров здравоохранения происходит даже при отсутствии активных инициатив найма того рода, который был предпринят в Соединенном Королевстве в середине 2000-х годов. Экономический кризис, по всей видимости, не оказывает значительного влияния на модели миграции¹.

Регулирование миграции

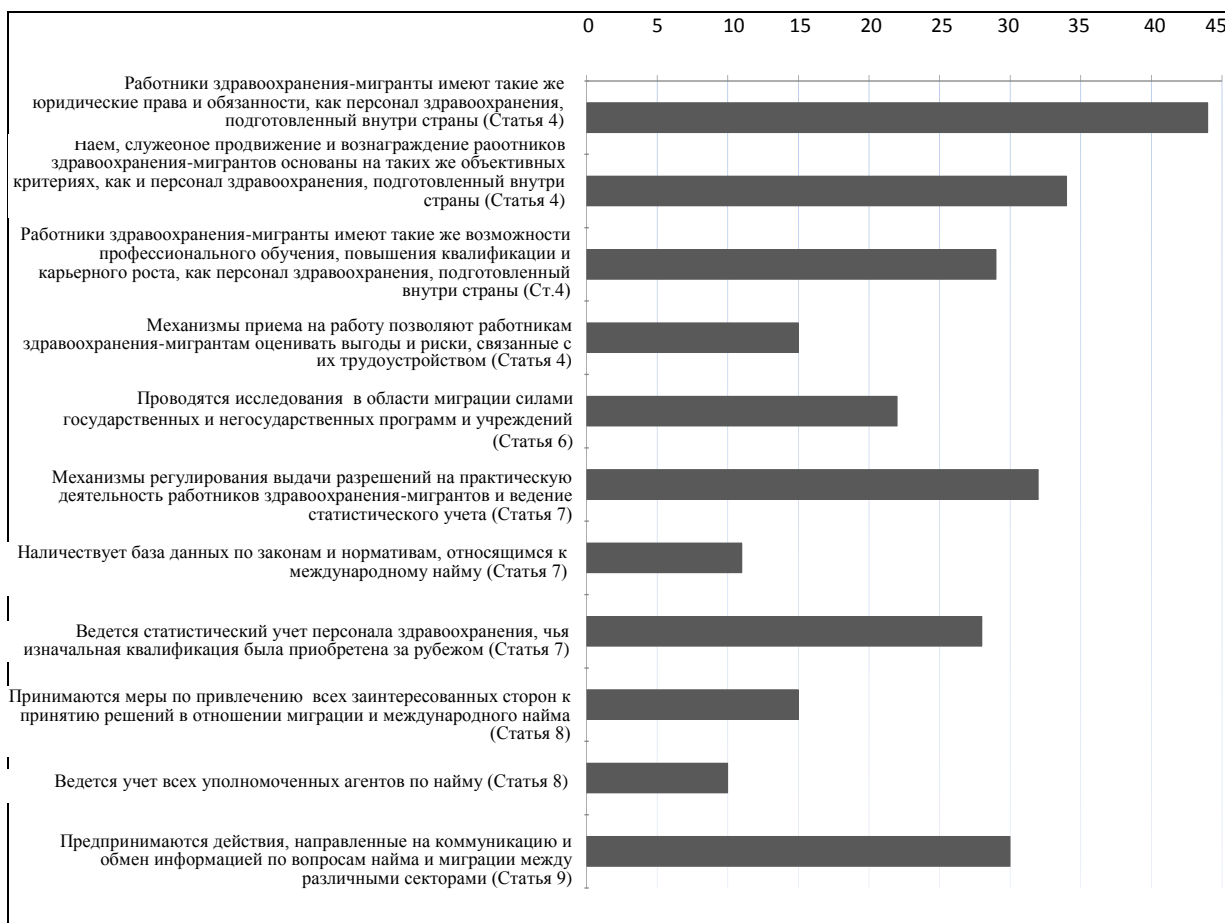
8. В принимающих странах происходят изменения в применяемых механизмах профессиональной регистрации и ресертификации. Австралия недавно ослабила требования в отношении профессиональной регистрации международных выпускников медицинских учебных заведений, которые до этого получили лицензию на практическую деятельность от «заслуживающих доверия» органов в англоязычных странах. В Соединенном Королевстве, напротив, пакет директивных положений, регламентирующих международный наем трудовых ресурсов здравоохранения, после периода значительного притока включил введение более строгих механизмов профессиональной регистрации и правил предоставления визы. Премиграционный скрининг при миграции в целях трудоустройства введен в Австралии, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах.

Положение работников здравоохранения – мигрантов

9. Отчеты назначенных национальных органов дают более детальную картину положения и условий, в которых находятся иммигрировавшие работники здравоохранения на страновом уровне (см. Рисунок). Информация, предоставляемая этими отчетами, носит более подробный характер, чем данные, имеющиеся за период до принятия Кодекса. Вместе с тем она пока еще ограничена тем фактом, что охват назначенными национальными органами не завершен, и значительное большинство страновых отчетов поступают лишь из одного региона ВОЗ. Продолжаются усилия по расширению сферы охвата отчетностью.

¹ *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization*. Migration Policy Institute, 2012, in press.

Рисунок. Основные сведения, полученные 48 назначенными национальными органами с использованием инструмента национальной отчетности (в привязке к статьям Кодекса)



Соглашения

10. Также формируется более четкая картина в отношении двусторонних, многосторонних и региональных соглашений по найму персонала здравоохранения. Большинство из них относятся к периоду до принятия Кодекса, однако некоторые были разработаны или уточнены в течение двух с половиной лет после его принятия. Примеры включают соглашения между соседними странами, такими как Кипр и Греция; и Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швеция; Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан и Узбекистан; а также между странами с различным уровнем дохода, такими как Италия и Тунис; и Германия и Хорватия. Многосторонние соглашения включают «партнерства мобильности», которые представляют собой юридически не обязывающие рамочные механизмы, направленные на оптимизацию перемещения людей между Европейским союзом и отдельными странами. Государства – члены Европейского союза присоединяются к этим партнерствам на добровольной основе. К наиболее существенным региональным

соглашениям относятся, в частности, соглашения между Бруней-Даруссаламом, Камбоджой, Индонезией, Лаосской Народно-Демократической Республикой, Малайзией, Мьянмой, Филиппинами, Таиландом и Вьетнамом. Соглашения охватывают врачей и медицинских сестер и, в отдельных случаях, акушерок. Многие соглашения были заключены на национальном уровне, другие – на субнациональном.

Сотрудничество за пределами вопросов миграции

11. Сотрудничество по вопросам развития кадров здравоохранения в контексте Кодекса имеет тенденцию выходить за рамки вопросов, только относящихся к миграции. Государства-члены сообщили о ряде более широких соглашений по финансовому и техническому сотрудничеству, включая следующие: соглашения в рамках Иbero-Американской сети по миграции работников здравоохранения; соглашение между правительствами Египта, Кубы, Нигерии и Руанды; пилотный проект «Тройной выигрыш», включающий Албанию, Боснию и Герцеговину, Вьетнам и Германию; сотрудничество между Индонезией и Японией по повышению медсестринских навыков путем обучения по месту работы.

12. В рамках Европейского союза при разработке плана действий по кадрам здравоохранения государства-члены совместно решают ключевые задачи, связанные с кадрами здравоохранения в средне- и долгосрочном плане, в целях обеспечения устойчивого положения с кадрами в Европе. Цель этой важнейшей работы триединая: прогнозирование кадровых потребностей и совершенствование методов кадрового планирования; предвосхищение будущих квалификационных потребностей в здравоохранении; и обмен передовой практикой по стратегии эффективного найма и удержания специалистов по здравоохранению.

13. Также достигнут прогресс в некоторых ключевых программных областях в соответствии с согласованными с профессиональными организациями стратегическими направлениями по укреплению медсестринских и акушерских услуг на период 2011-2015 годов. На основе интенсивных консультаций разработаны региональные и страновые планы действий в Регионе стран Америки, Европейском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья. Совместное планирование позволило укрепить регламентирующие механизмы в шести странах Африканского региона. Ускорен процесс разработки стандартов и сетей по акушерскому обучению и практике с особым вниманием к страновому опыту, в частности в Африканском и Европейском регионах. В Регионе стран Америки создано 28 медсестринских сетей. В 18 странах начаты научные исследования по укреплению различных функций медсестринской деятельности на уровне местных сообществ.

ПРЕДСТОЯЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И ТРУДНОСТИ

14. Усилия по выполнению резолюций WHA63.16 и WHA64.7 должны будут обеспечить решение различных проблем, ряд из которых изложен ниже.

15. Данные по миграции трудовых ресурсов здравоохранения скудны и часто разбросаны по многочисленным агентствам и учреждениям. Во многих странах эта

проблема проявляется отсутствием данных по трудовым ресурсам здравоохранения в целом.

16. Выполнение резолюций осложняется отсутствием общего понимания природы связей на страновом уровне между миграцией кадров здравоохранения, текущими и прогнозируемыми потребностями в трудовых ресурсах здравоохранения и краткосрочным и перспективным кадровым планированием. Кроме того, многие страны обладают лишь ограниченным потенциалом для прогнозирования будущих тенденций в отношении кадров здравоохранения.

17. Одно из препятствий для прогресса – это сложность вовлечения многочисленных заинтересованных сторон, которые участвуют в принятии решений, влияющих на миграцию и международный найм трудовых ресурсов здравоохранения. Это касается как трудовых ресурсов здравоохранения в целом, так и медсестринских и акушерских кадров в частности.

18. С такими проблемами более трудно справляться в тех странах, где потенциал руководства и управления трудовыми ресурсами здравоохранения все еще низкий, поскольку усилия для поддержки институционального и индивидуального потенциала планирования и формирования кадров для обсерваторий здравоохранения требуют времени, для того чтобы получить заметный эффект, в частности поскольку политическая приверженность к преодолению кризиса в области трудовых ресурсов здравоохранения лишь отчасти находит свое практическое воплощение в реальных инвестициях.

Меняющийся ландшафт в области трудовых ресурсов здравоохранения

19. Выполнение вышеупомянутых резолюций также должно быть приведено в соответствие с тем фактом, что оно происходит в контексте выраженного и стремительного изменения применяемых подходов к решению вопросов трудовых ресурсов здравоохранения в различных странах.

20. В резкую противоположность ситуации, которая превалировала еще в недавнем прошлом, ответственные лица, определяющие политику как на глобальном, так и на страновом уровнях, в настоящее время ясно осознают острую необходимость решения кризиса кадров здравоохранения. Произошел сдвиг от приоритета интенсивной информационно-разъяснительной работы к потребности в претворении данной осознанной необходимости в реальные инвестиции.

21. Политический императив движения к всеобщему охвату открывает возможности, которые следует использовать для значительного повышения уровня интеграции между планированием трудовых ресурсов здравоохранения, с одной стороны, и проведением политики и принятием общих мер по укреплению систем здравоохранения – с другой. Он также призывает к установлению связей с другими секторами, гражданским обществом и политическими структурами. Эти изменения происходят в ряде стран. В некоторых из них они выполняются в рамках работы по повышению эффективности внешней помощи, предпринимаемой через механизм МПЗ+.

22. На сегодня текущий глобальный экономический кризис и вызванный им рост безработицы не являются значительными движущими силами в отношении как миграции трудовых ресурсов здравоохранения, так и сколько-нибудь значительных масштабов увольнений среди персонала здравоохранения. Однако поступают тревожные сигналы, свидетельствующие о том, что в ряде стран давление на общественные финансы начинает оказывать негативное воздействие на процессы подготовки и распределения работы трудовых ресурсов здравоохранения и на показатели эффективности их работы. Это может оказать неблагоприятные последствия для выполнения вышеуказанных резолюций.

23. В данном стремительно меняющемся контексте возникает необходимость тщательного мониторинга. Этому может способствовать система отчетности, созданная в рамках Кодекса, а также национальные и региональные сети по трудовым ресурсам для обсерваторий здравоохранения, которые располагают хорошими возможностями для содействия мониторингу и прогнозированию возникающих тенденций.

24. В недавнем прошлом уделялось значительное внимание наиболее острым проявлениям кризиса трудовых ресурсов здравоохранения, а именно: дефицит в так называемых «кризисных странах» и миграция. Однако в настоящее время растет осознание того, что кризис нельзя свести только к этим двум измерениям, несмотря на их важность. Кризис трудовых ресурсов здравоохранения – это поистине глобальная и многоаспектная проблема. Ее решение требует значительно более всесторонней глобальной стратегии для трансформирования процессов формирования трудовых ресурсов здравоохранения, включая анализ рынка труда, а также глубокие преобразования в сфере обучения и профессиональной подготовки трудовых ресурсов здравоохранения на национальном и транснациональном уровнях. Крайне важно, чтобы страны, желающие улучшить доступ к медицинским услугам, могли эффективно решать проблемы, связанные с дефицитом трудовых ресурсов здравоохранения. Обновленные подходы к преодолению кризиса трудовых ресурсов здравоохранения будут поэтому иметь ключевое значение для движения вперед к достижению всеобщего охвата.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

25. Исполнительному комитету предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =