



## **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. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать второй сессии принял к сведению предыдущий вариант настоящего доклада и запросил более подробного освещения некоторых областей в докладе, который будет рассмотрен на Ассамблее здравоохранения<sup>1</sup>.
2. В 2010 г. Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла в своей резолюции 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 призывала 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

---

<sup>1</sup> См. документ EB132/23 и протокол четырнадцатого заседания Исполнительного комитета в ходе его Сто тридцать второй сессии, раздел 1.

одного из государств-членов настоящий доклад также содержит информацию о развитии трудовых ресурсов здравоохранения в поддержку всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи.

### ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

3. Почти через три года после принятия Кодекса охват назначенными национальными органами не завершен: значительное большинство страновых докладов поступают лишь из одного региона ВОЗ. 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 84 странах (см. Таблицу ниже); три четверти этих органов базируются в министерствах здравоохранения.

4. Представившие доклады страны охватывают более 80% мирового населения, проживающего в странах назначения, но это отражает ситуацию лишь в небольшом числе стран происхождения. Продолжаются усилия по расширению сферы охвата отчетностью для устранения такого несоответствия. Тридцать две страны сообщили о принятых мерах в области выполнения Кодекса. 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, охватывая следующие темы: юридические права мигрантов, двусторонние соглашения, научные исследования в области мобильности персонала здравоохранения, статистические данные и регулирование выдачи разрешений на практическую деятельность. 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 21 февраля 2013 г. назначенные национальные органы 51 страны отчитались о выполнении Кодекса с использованием инструмента национальной отчетности. Из этого 51 отчета 36 поступили из стран Европейского региона (см. Таблицу ниже).

**Таблица. Число созданных назначенных национальных органов в разбивке по регионам и число полученных отчетов по состоянию на 21 февраля 2013 г.**

Регион ВОЗ	Число созданных назначенных национальных органов	Число полученных отчетов с использованием инструмента национальной отчетности
Африка	13	1
Страны Америки	11	4
Юго-Восточная Азия	4	3
Европа	42	36
Восточное Средиземноморье	8	3
Западная часть Тихого океана	6	4
<b>Итого</b>	<b>84</b>	<b>51</b>

5. Основной проблемой является обеспечение взаимодействия всех заинтересованных сторон, участвующих в процессах принятия решений в отношении миграции и международного найма персонала здравоохранения. Как правило, наличие многочисленных государственных и частных заинтересованных сторон из разных секторов осложняет соблюдение одного основного набора принципов.

6. Другая проблема касается миграции персонала здравоохранения: скоординированные и всесторонние данные отсутствуют, а имеющимися данными обычно обмениваются многочисленные организации и субъекты внутри стран и между странами. Необходимы дополнительные усилия и техническое сотрудничество для улучшения существующих систем медико-санитарной информации, включая информацию о законах и нормативах, относящихся к найму персонала здравоохранения.

7. 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 *La Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud* (Иберо-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<sup>1</sup>, 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.

8. Некоторые государства-члены указали также на отсутствие информации о масштабах миграции (из стран происхождения) и фактических данных о воздействии этого на планирование персонала здравоохранения (в странах назначения).

---

<sup>1</sup> Civil society contribution and advocacy for implementing the WHO global code in the European Region: country case studies. Geneva, World Health Organization, в печати.

9. Отчеты назначенных национальных органов дают дополнительную детальную информацию о положении и условиях, в которых находятся работники-мигранты, с точки зрения их юридических прав, найма на работу и регулирования практической деятельности (см. Рисунок ниже). Информация, предоставленная в рамках статистического учета, и выданные разрешения на практическую деятельность персонала, получившего образование за границей, в основном, касаются лишь врачей, медицинских сестер и акушерок.

10. Дополнительную информацию можно получить из совместного обзора ВОЗ и Института миграционной политики<sup>1</sup>. В общей сложности 72% медицинских сестер и 69% врачей, родившихся в других странах, которые работают в государствах-членах ОЭСР, приходятся лишь на четыре государства-члена этой организации: Австралию, Канаду, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Соединенные Штаты Америки. Динамика потоков работников здравоохранения варьируется между этими четырьмя странами. Способы профессиональной регистрации и ресертификации, применяемые странами назначения, также меняются.

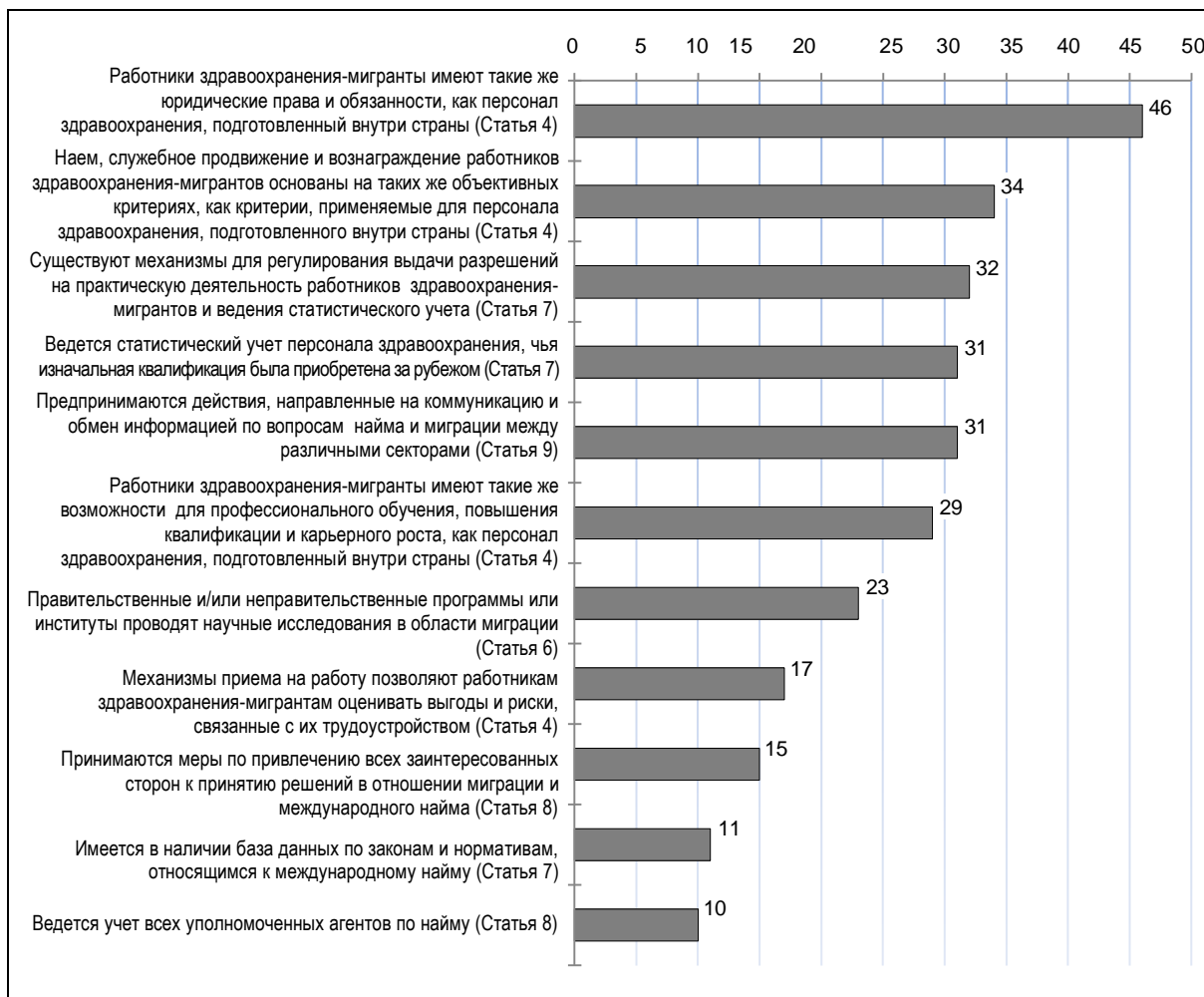
11. Со времени принятия Кодекса организации гражданского общества сообщают<sup>2</sup> о возникающих проблемах, таких как строгие экономические ограничения, оказывающие воздействие на национальные системы здравоохранения; смещение основного внимания в сторону дисбалансов в распределении трудовых ресурсов здравоохранения внутри Европейского союза; и недостаточное взаимодействие между неправительственными организациями, занимающимися вопросами развития, и другими субъектами гражданского общества, включая федерации пациентов, профсоюзы и профессиональные ассоциации, заинтересованные в развитии трудовых ресурсов здравоохранения.

---

<sup>1</sup> *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization*. Washington, DC, Migration Policy Institute, в печати. См. также *International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition*.

<sup>2</sup> *Civil society contribution and advocacy for implementing the WHO global code in the European Region: country case studies*. Geneva, World Health Organization, в печати.

**Рисунок. Основные сведения, полученные от 51 назначенного национального органа, которые используют инструмент национальной отчетности (в привязке к статьям Кодекса)**



## Соглашения

12. 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, Камбоджей, 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**

13. Сотрудничество по вопросам развития кадров здравоохранения в контексте Кодекса имеет тенденцию выходить за рамки вопросов, относящихся только к миграции. Государства-члены сообщали 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.

14. ВОЗ сотрудничает с Европейским союзом в разработке плана действий по трудовым ресурсам здравоохранения, предназначенного для совместного принятия ответных мер государствами-членами на ключевые проблемы, связанные с трудовыми ресурсами здравоохранения в средне- и долгосрочном плане, в целях обеспечения устойчивых трудовых ресурсов 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.

### **Укрепление сестринского и акушерского дела**

15. В документе «Стратегические направления работы по укреплению медсестринских и акушерских служб на период 2011-2015 гг.» ВОЗ уделяет особое внимание обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами и медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности людей, в контексте первичной медико-санитарной помощи.<sup>1</sup> Одним из приоритетных компонентов является профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними. В сотрудничестве с Международным советом медицинских сестер и Международной конфедерацией акушерок был проведен глобальный форум старших медицинских сестер и акушерок по неинфекционным болезням с участием представителей из 70 стран. В итоговом заявлении форума о роли медицинских сестер и акушерок четко продемонстрирована готовность содействовать выполнению повестки дня по неинфекционным заболеваниям. После форума было проведено трехстороннее совещание с участием 74 старших медицинских сестер и акушерок, представителей национальных сестринских и акушерских ассоциаций, а также регулирующих органов в области сестринского и

---

<sup>1</sup> Документ WHO/HRH/HPN/10.1. доступен на <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html> (по состоянию на 19 марта 2013 г.).

акушерского дела. На нем были рассмотрены вопросы, имеющие решающее значение для развития профессий медсестры и акушерки, предоставления качественной сестринской и акушерской помощи и эффективного регулирования аспектов, касающихся этих профессий. В поддержку этой работы опубликован документ под названием «Усиление сестринского и акушерского потенциала для содействия профилактике, лечению и ведению неинфекционных заболеваний». Другие глобальные мероприятия по осуществлению стратегических направлений включали совещание 60 экспертов, лиц, формирующих политику, и глобальных партнеров, проведенное по вопросам развития факультетов акушерства и разработки критериев для акушерских услуг.<sup>1</sup> В 22 странах проведено исследование в области сестринского дела на уровне местных сообществ, целью которого было определение факторов, воздействующих на сестринское дело на уровне местных сообществ. Исследование охватывало факторы, имеющие отношение: к образованию и специальной подготовке, регулированию, практической деятельности, должностным функциям, тенденциям в политике и практически осуществимым стратегиям для оптимизации вклада медсестер в первичную медико-санитарную помощь, в частности, в медико-санитарную помощь, ориентированную на потребности людей, и обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

16. В Регионе Восточного Средиземноморья была разработана стратегия по усилению сестринского и акушерского дела (2012-2020 гг.) в качестве основы для поддержки стран в разработке их соответствующих планов. В трех государствах-членах учреждены советы медицинских сестер и акушерок. В Европейском регионе разработаны стратегические направления для сестринских и акушерских служб (2011-2015 гг.) и план действий. В Регионе стран Америки создано 20 сестринских сетей с рабочими планами по образованию, практической деятельности и научным исследованиям, в которых основное внимание уделяется Целям тысячелетия в области развития и первичной медико-санитарной помощи. План развития сестринского дела в Центральной Америке был одобрен министерствами здравоохранения девяти стран и субрегиональными комитетами. В Африканском регионе были разработаны региональный прототип учебного курса по дослужебной подготовке с учетом квалификационных требований для программ по подготовке медицинских сестер и акушерок, а также профессиональная регулятивная система. Их целью является содействие улучшению качества программ обучения в государствах-членах. Новые виды деятельности включают создание программ по охране психического здоровья в отдельных сообществах для медицинских сестер и акушерок в Шри-Ланке, Регион Юго-Восточной Азии, выпуск программы по безопасности пациентов для специалистов здравоохранения и дальнейшее развитие программ по подготовке медицинских сестер с упором на первичную медико-санитарную помощь в Регионе Западной части Тихого океана.

---

<sup>1</sup> Глобальная консультация по вопросам создания и развития надлежащих кадровых ресурсов акушерского дела в странах с низким и средним уровнем дохода, Женева, 4-6 декабря 2012 года.

## ПРЕДСТОЯЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И ТРУДНОСТИ

17. Усилия по выполнению резолюций WHA63.16 и WHA64.7 должны включать ответные меры на различные проблемы, включая отсутствие 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.

18. Для преодоления кризиса в области трудовых ресурсов здравоохранения необходима политическая приверженность; такая приверженность должна подкрепляться соответствующими инвестициями. Усилия для поддержки институционального и индивидуального потенциала планирования и формирования кадров для обсерваторий здравоохранения требуют времени, для того чтобы получить заметный эффект.

19. Для осуществления резолюций необходимо срочно расширить региональные и национальные обсерватории по трудовым ресурсам здравоохранения. С помощью такого механизма можно способствовать выполнению принципов Кодекса в рамках проведения различных мероприятий по созданию потенциала и разработке политики для улучшения понимания компонентов, касающихся подготовки, найма, использования, удержания и мобильности, – все эти компоненты имеют отношение к трудовым ресурсам здравоохранения.

20. ВОЗ будет развивать заложенные основы для поддержки сестринского и акушерского дела в глобальных масштабах в области политики, управления, образования, регулирования и практической деятельности и проводить многосторонние переговоры в соответствии с Кодексом.

21. Текущий глобальный экономический кризис и связанные с ним возрастающие уровни безработицы не являются значительными движущими силами в отношении как миграции трудовых ресурсов здравоохранения, так и значительных масштабов увольнений среди персонала здравоохранения. Однако похоже, что в ряде стран давление на общественные финансы начинает оказывать негативное воздействие на подготовку, распределение и эффективность деятельности трудовых ресурсов здравоохранения.

22. В недавнем прошлом значительное внимание уделялось наиболее острым проявлениям кризиса трудовых ресурсов здравоохранения, а именно нехватке трудовых ресурсов здравоохранения в так называемых «кризисных странах» и миграции. Однако в настоящее время растет осознание того, что кризис нельзя свести только к этим двум измерениям, несмотря на их важность. Кризис трудовых ресурсов здравоохранения является глобальной и многоаспектной проблемой. Ее решение требует 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 нехваткой трудовых ресурсов здравоохранения. Обновленные подходы к преодолению кризиса трудовых ресурсов здравоохранения будут поэтому иметь ключевое значение для движения вперед к достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

### **ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

23. Ассамблее здравоохранения предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =