



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят девятая сессия**

Копенгаген, 14–17 сентября 2009 г.

Пункт 7(с) предварительной повестки дня

EUR/RC59/9
+ EUR/RC59/Conf.Doc./3
24 июля 2009 г.
90433
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения
в Европейском регионе ВОЗ**

Равный доступ к медицинским работникам – это важный фактор эффективности систем здравоохранения, и поэтому он имеет ключевое значение для полной реализации права каждого человека на здоровье. Европейский региональный комитет ВОЗ на своей пятьдесят седьмой сессии в сентябре 2007 г. принял резолюцию EUR/RC57/R1 о стратегиях развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе, особо подчеркивая единодушное признание широкого кризиса в области кадровых ресурсов здравоохранения, а также ответственность государств-членов за разработку национальных планов и стратегий развития кадров здравоохранения и необходимость коллективных усилий по решению проблем международной миграции медико-санитарного персонала. В резолюции было придано приоритетное значение процессу разработки вариантов политики по управлению миграцией; Региональному директору было предложено способствовать выработке набора основных этических принципов и рекомендаций по международному найму работников здравоохранения.

В соответствии с полномочиями, полученными от Регионального комитета, а также ценностями и принципами, изложенными в Таллиннской хартии, и в рамках глобальных усилий, предпринимаемых под руководством ВОЗ во исполнение резолюций WHA57.19 и WHA 58.17, в которых Генеральному директору предлагалось осуществлять руководство разработкой и реализацией глобального кодекса практики по международному найму медико-санитарного персонала на основе этических принципов, Региональное бюро расширило свою базу фактических данных в отношении тенденций и характера миграции работников здравоохранения извне и в рамках Европейского региона, активизировало свою информационно-пропагандистскую деятельность по международному найму на основе этических принципов и продолжает работу по созданию и укреплению сетей и партнерств для обеспечения устойчивого наличия кадровых ресурсов здравоохранения. В данном документе, а также в справочном документе EUR/RC59/BD/1 “Кодекс практики Всемирной организации здравоохранения по международному найму медико-санитарного персонала”, приводится краткая информация о результатах работы за период с 2007 г., проведенной как на глобальном, так и на региональном уровнях, по составлению кодекса практики по найму работников здравоохранения и их миграции на основе принципов этики и справедливости, обсуждаются преимущества и недостатки основных вариантов стратегий и указываются направления дальнейших действий в двухгодичном периоде 2010–2011 гг.

Предполагается, что при обсуждении Региональным комитетом стратегий развития кадровых ресурсов здравоохранения основное внимание будет уделяться усилению национального потенциала стран для обеспечения стабильного развития кадровых ресурсов здравоохранения в целом, а также роли и ответственности государств-членов и Регионального бюро, в частности, в отношении международного найма медико-санитарного персонала на основе этических принципов.

На рассмотрение Регионального комитета предлагается проект резолюции, в которой указываются основные направления политики в этой области.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Общие сведения	1
Достигнутый прогресс в разработке глобального кодекса практики.....	4
Незавершенная повестка дня: Нерешенные задачи и последующие шаги.....	7
Особенности Европейского региона.....	9
Последствия финансового кризиса для рынка труда	12
Путь вперед.....	13
Библиография	14

Общие сведения

1. Способность любой системы здравоохранения хорошо функционировать, решая новые задачи, связанные со старением населения, внедряя инновационные технологии и оперативно реагируя как на новые и вновь возникающие инфекционные болезни, так и постоянно возрастающие показатели заболеваемости и инвалидности в связи с неинфекционными заболеваниями, и сохранять при этом возможность устойчивого финансирования, зависит от наличия работников здравоохранения, их квалификации, знаний и мотивации (1). Укрепление кадровых ресурсов имеет, таким образом, ключевое значение для того, чтобы системы здравоохранения могли достичь цели более эффективного и справедливого распределения показателей здоровья населения.

2. Результаты анализа, проведенного Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), показывают, что если системы здравоохранения окажутся не в состоянии адаптироваться к новым реальностям и повысить эффективность своей деятельности, то к 2050 г. финансовые потребности здравоохранения могут повыситься дополнительно на 6% от внутреннего валового продукта (ВВП) (2). Более высокий рост прогнозируемых расходов на медицинскую помощь по сравнению с общим ростом социально-экономического развития частично может быть связан с изменениями в потребностях в медико-санитарной помощи, например в отношении длительного лечения и ухода в результате эпидемиологического и демографического сдвига (3). Однако факторы со стороны предложения, такие как более широкое использование технологий и улучшение условий работы, также будут играть важную роль, в зависимости от того, насколько системы здравоохранения способны эффективно адаптироваться к изменениям и их последствиям (1).

3. Наличие квалифицированных, производительных и высокоэффективных кадров здравоохранения имеет также важное значение для экономики в целом и, таким образом, для роста благосостояния. В Европе они составляют примерно 10% от общего числа работающих. В странах Европейского союза (ЕС) расходы, связанные с персоналом и наймом на работу сотрудников, составляют около 70% от общего объема бюджетов здравоохранения. Хотя новейшие технологические достижения в области здравоохранения могут изменить характер предоставления услуг (5), ожидается, что модель деловой деятельности в секторе здравоохранения по-прежнему будет требовать больших трудозатрат.

4. Крайне важно, чтобы государства разработали стратегии, которые обеспечат достаточную численность работников здравоохранения с соответствующими навыками, адекватным образом распределенных по типу, уровню и локализации служб и находящихся в такой рабочей среде, которая мотивирует их к эффективной работе. Это тем более актуально, поскольку ликвидация дисбаланса между предложением и спросом на кадры здравоохранения занимает гораздо больше времени – до 10 лет для некоторых специальностей – чем устранение аналогичных дисбалансов в отношении физических или финансовых ресурсов (6). Традиционные подходы к планированию, подготовке, распределению кадров здравоохранения и управлению ими более не отвечают требованиям для удовлетворения потребностей в кадрах (7), поскольку динамика развития международного и внутреннего рынка рабочей силы в области здравоохранения характеризуется, в числе прочих, такими факторами, как повышение доли государственно-частных партнерств, прямые иностранные инвестиции, медицинский туризм и рост мобильности пациентов. Привычная картина, когда государство непосредственным образом осуществляет набор, подготовку и распределение всех кадров здравоохранения, уже не отражает реальность во многих странах, где как спрос, так и предложение постоянно меняются.

5. Это включает в себя необходимость постоянной оценки меняющихся медико-санитарных потребностей населения и стандартов предоставления услуг, расчета потребностей в кадровых ресурсах для удовлетворения этих потребностей и соответствия стандартам и осуществления стратегий, позволяющих достичь желаемого уровня укомплектования штатов, профессиональной структуры занятости, географического распределения и производительности труда (8). Это, в свою очередь, требует понимания меняющейся динамики кадрового предложения и спроса как внутри стран, так и на региональном/международном уровнях, в условиях постоянно усиливающейся глобализации, в мире, характеризующемся более свободным движением капитала, товаров, услуг и рабочей силы. В этом плане возникает ряд задач, требующих решения.

6. Первая задача заключается в том, чтобы определить оптимальное соотношение численности работников здравоохранения различного профиля и уровня квалификации, что особенно актуально в период, когда услуги здравоохранения становятся все в большей мере ориентированными на пациента и предоставляются и координируются большим числом работников здравоохранения. Различные соотношения, используемые в качестве международных стандартов для этой цели, не могут быть в равной мере применимы ко всем странам вследствие различий в демографии, заболеваемости или формах организации работы. В странах с низкими показателями обеспеченности населения медико-санитарным персоналом нередко наблюдается ассиметричное соотношение врачей и медсестер, что еще более ухудшает показатели деятельности и эффективности, так как работники здравоохранения с высокой квалификацией могут заниматься выполнением работы, которая легко и без всякого риска могла бы быть поручена вспомогательному персоналу (9). Также может иметь место проблема равноправия доступа, когда те или иные потребности не удовлетворяются, поскольку нет специалистов определенного профиля или они есть, но их труд используется неадекватно.

7. Вторая задача заключается в том, чтобы обеспечить сбалансированное географическое распределение кадров здравоохранения. Почти во всех странах, как развитых, так и развивающихся, имеются трудности в обеспечении удаленных, сельских и бедных районов кадрами здравоохранения. Применялись различные стратегии, от принуждения до предоставления стимулов, иногда с определенным успехом, однако, по данным доклада недавнего консультативного совещания экспертов ВОЗ, “успех в одной стране, районе или сообществе необязательно гарантирует такой же успех в другом месте или в другое время” (10). Иными словами, стратегии по исправлению географических дисбалансов должны осуществляться с учетом факторов времени и условий (11).

8. Третья и пожалуй самая сложная задача заключается в том, чтобы получить полное представление о динамике национальных кадровых ресурсов здравоохранения - включая всех работников, активно функционирующих на рынке труда, вне зависимости от их трудовой занятости в настоящий момент, - характер которой меняется в зависимости от движения кадров здравоохранения, поступающих на рынок и покидающих его (12). Большинство кадров, которые поступают на рынок, - это выпускники национальных учебных заведений; остальные являются мигрантами, которые либо прибывают по собственной инициативе, либо привлечены по контракту. Возможны также случаи возвращения, когда работники, ранее покинувшие рынок, вновь возвращаются к трудовой активности. Это могут быть люди, которые ранее временно прекратили работу по семейным причинам, по состоянию здоровья и в связи с другими обстоятельствами, либо которые вышли на пенсию, однако желают продолжать трудиться на контрактной основе, или же покинувшие страну и впоследствии вернувшиеся. Что касается исходящих потоков, они обусловлены плановым и непредсказуемым уходом, таким как выход на пенсию, а также внеплановыми событиями,

такими как уход с работы до достижения пенсионного возраста вследствие болезни или смерти, переход на работу в другой сектор экономики или отъезд из страны (эмиграция).

9. Важно помнить о том, что миграционные потоки – это лишь один из аспектов динамики рынка труда в сфере здравоохранения. Это означает, что эти потоки нельзя анализировать вне контекста и что меры вмешательства по отношению к ним должны учитывать целостную динамику рынка. Важно также понимать, какие существуют мотивы для эмиграции, каким образом она происходит, какое воздействие она оказывает на самих мигрантов, а также на страны-экспортеры и страны-импортеры кадров (12).

10. Эффективное построение политики, направленной на решение этих проблем, требует наличия оперативных и достоверных данных о численности, уровне подготовки, распределении и профессионально-квалификационной структуре кадров здравоохранения, а также хорошего понимания факторов, которые влияют на их мобильность и эффективность деятельности (13). Недостаток надежных и оперативных данных по кадровым ресурсам здравоохранения (КРЗ) в Европейском регионе ВОЗ (по таким показателям, как возрастно-половой состав, участие в рынке труда, рабочие часы, производительность, оплата труда, институциональное и географическое распределение, а также распределение по типу и уровню служб как в государственном, так и в частном секторе) – это общая проблема для большинства стран, что не позволяет проводить достоверный анализ и прогнозирование потребностей в КРЗ. Имеются также пробелы в качественной информации об имеющемся потенциале и применяемых методиках подготовки кадров, о существующих условиях труда, о практике управления и о запросах и ожиданиях работников. Рациональное развитие политики на национальном и региональном уровнях требует наличия данных этого типа для того, чтобы обеспечить адекватное удовлетворение текущих и прогнозируемых потребностей в услугах здравоохранения.

11. Равный доступ к медицинским работникам – это важный фактор эффективности систем здравоохранения, и поэтому он имеет ключевое значение для полной реализации права каждого человека на здоровье. Миграционные потоки работников здравоохранения из стран с низким уровнем доходов в страны с более высоким уровнем доходов подрывают право на здоровье в первой группе стран и представляют серьезную стратегическую проблему для их правительств. Право на здоровье является также международным обязательством¹. Государства должны не только “уважать, защищать и соблюдать” право на здоровье в рамках своих собственных границ, но от них требуется также “уважать соблюдение права на здоровье в других странах и не допускать нарушения этого права в других странах третьими сторонами”². Это может интерпретироваться как этическое обязательство и ответственность за “ненанесение вреда” другим странам. Это имеет особое значение при проведении анализа сложной проблемы миграции работников здравоохранения, в особенности ввиду необходимости соблюдения правильного баланса между уважением и защитой прав работников здравоохранения-мигрантов и смягчением последствий для систем здравоохранения в тех развивающихся странах, из которых они приехали (12).

12. Вопрос о миграции работников здравоохранения занимает приоритетное положение в повестке дня ВОЗ начиная с 2004 г., когда Всемирная ассамблея здравоохранения впервые с тревогой отметила, что высококвалифицированные, обладающие специальными навыками работники здравоохранения из развивающихся стран продолжают нарастающими темпами эмигрировать в другие страны, что ослабляет системы здравоохранения в странах их происхождения. В связи с этим, в резолюции

¹ Как указано в Статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (ICESCR) (14).

² См. Замечание общего порядка 14 в отношении интерпретации Статьи 12 ICESCR (15).

WHA57.19 Ассамблея предложила Генеральному директору возглавить, по согласованию с государствами-членами и всеми соответствующими партнерскими организациями, разработку и внедрение кодекса практики по международному найму работников здравоохранения (16).

Достигнутый прогресс в разработке глобального кодекса практики

13. В ходе выполнения этой резолюции, на Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2005 г. был представлен доклад секретариата с обзором достигнутого прогресса. Ассамблея здравоохранения приняла, соответственно, резолюцию WHA58.17, где были обозначены дополнительные вопросы, относящиеся к международной миграции работников здравоохранения и заслуживающие пристального внимания. Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения также предложила Генеральному директору активизировать усилия по выполнению в полной мере резолюции WHA57.19 и представить Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2006 г. доклад о выполнении этой резолюции. Соответственно, доклад о ходе работы был представлен Ассамблее здравоохранения в 2006 г. В этом докладе (17) представлено краткое описание работы, проведенной с 2004 г. по выполнению рекомендаций, содержащихся в резолюции WHA57.19, включая разработку кодекса практики по международному найму медико-санитарного персонала.

14. Резолюция, принятая Региональным комитетом на пятьдесят седьмой сессии в сентябре 2007 г. (18), призвала государства-члены разработать свои национальные стратегии и планы в области кадровых ресурсов здравоохранения. Особо подчеркивая единодушное признание широкого кризиса в области кадровых ресурсов здравоохранения, Региональный комитет также придал приоритетное значение процессу разработки вариантов политики для более эффективного управления миграцией. В резолюции Региональному директору было предложено способствовать выработке набора основных этических принципов и рекомендаций по международному найму работников здравоохранения и разработке глобального кодекса практики в этой области.

15. В январе 2008 г. Исполнительный комитет на своей Сто двадцать второй сессии принял к сведению доклад секретариата (19), описывающий работу по составлению проекта кодекса и ход глобального консультативного процесса. Секретариат предложил также приступить в начале 2008 г. к консультациям с государствами-членами по разработке глобального кодекса практики международного найма работников здравоохранения и представить подготовленный проект кодекса для обсуждения на Сто двадцать четвертой сессии Исполкома в январе 2009 г. и затем, при наличии соответствующего решения Исполкома, на Шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2009 г.

16. В поддержку деятельности ВОЗ по разработке кодекса практики был начат многосторонний процесс “Инициатива по политике в области миграции работников здравоохранения (HWMI)”. Эта инициатива включает: (i) консультативный комитет по глобальной политике (GPAC), руководимый Глобальным альянсом по трудовым ресурсам здравоохранения и неправительственной организацией (Реализация прав: Глобальная этическая инициатива); и (ii) техническую рабочую группу, руководимую ВОЗ (TWG). Вскоре после принятия в Европейском региональном бюро ВОЗ была создана региональная техническая группа экспертов по миграции работников здравоохранения для сбора фактических данных и обеспечения технического руководства при принятии стратегических решений. Техническая группа экспертов провела кабинетный анализ существующих кодексов и других вариантов политики в

отношении международного найма работников здравоохранения с участием государств - членов Европейского региона ВОЗ для оценки различных инструментов политики с точки зрения имеющегося практического опыта, который может быть использован при разработке глобального кодекса практики.

17. В марте 2008 г. TWG разработала проект основных положений кодекса практики, который был впервые представлен на Первом глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения (Кампала, Уганда, март 2008 г.). В Кампальской декларации было также подчеркнуто важное значение разработки кодекса практики по международному найму работников здравоохранения. Принимая во внимание реальность миграции работников здравоохранения, имеющей как положительные, так и отрицательные стороны, Кампальская декларация и Программа глобальных действий (20) призывают страны внедрять в практику механизмы воздействия на рынок труда в сфере здравоохранения, направленные на удержание кадров, и призывают ВОЗ ускорить переговоры в отношении кодекса практики по международному найму медико-санитарного персонала. Во время этого форума по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ был начат диалог между “странами-экспортерами” и “странами-импортерами” кадров, а также проведен круглый стол для обсуждения новейших идей и фактических данных в области политики по вопросам миграции работников здравоохранения. Доклад об этом мероприятии (21) был опубликован и распространен среди государств-членов в целях дальнейшего обсуждения и консультаций.

18. В последующем начиная с марта 2008 г. состоялся трехнедельный виртуальный “глобальный диалог по проблемам миграции работников здравоохранения”, в котором приняли участие свыше 600 отдельных лиц и организаций из 70 стран. Этот диалог явился форумом для представления основных положений кодекса практики и рассмотрения отзывов, поступивших от множества заинтересованных сторон, включая работников здравоохранения, руководителей, деятелей профсоюзов и международные организации. Одновременно с проведением этих глобальных мероприятий в марте 2008 г. по инициативе Регионального бюро и с его участием был проведен многосторонний диалог по вопросам миграции работников здравоохранения и разработки глобального кодекса практики с представителями дипломатических миссий, гражданского общества и международных организаций, который состоялся в Брюсселе в сотрудничестве с Центром европейской политики (ЕРС) в рамках его программы “Коалиция в интересах здравоохранения, этики и общества”.

19. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: “Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние”, прошедшая в Таллинне в июне 2008 г., стала поворотным моментом в формировании новых концептуальных представлений о взаимосвязях между системами здравоохранения, здоровьем и экономическим благосостоянием людей. Таллиннская хартия (22), принятая на Конференции и в последующем одобренная на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2008 г. в Тбилиси (23), содержит руководящие принципы и стратегическую основу для укрепления систем здравоохранения в Регионе. Хартия призвана подкрепить выводы о том, что экономически эффективное и рациональное инвестирование в системы здравоохранения может принести значительную пользу для здоровья, благосостояния и общего благополучия людей.

20. В основе Таллиннской хартии лежит приверженность государств-членов делу всеобщего соблюдения основополагающего права человека на здоровье в соответствии с положениями Устава и Одиннадцатой общей программы работы ВОЗ. В соответствии с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах и, в частности, с Замечанием общего порядка к его Статье 12 (15), государства имеют основное обязательство по обеспечению соблюдения права на необходимую первичную

медико-санитарную помощь, которое включает обязанность обеспечивать доступ к учреждениям здравоохранения, к минимальному базовому питанию, к базовому жилью и к основным лекарственным средствам, а также обеспечивать справедливое распределение всех объектов здравоохранения и принятие и осуществление общенациональной государственной стратегии по охране здоровья.

21. Таллиннская хартия признает, что инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения имеют решающее значение, поскольку это затрагивает и другие страны в условиях глобализации рынка работников здравоохранения; в ней сказано, что “международный найм кадров здравоохранения следует осуществлять с соблюдением принципов этики и межстрановой солидарности и руководствуясь кодексом практики”. В качестве справочных документов для обсуждений на Таллиннской конференции – на отдельном сопроводительном заседании по вопросам удержания медико-санитарного персонала, международного найма и глобального кодекса практики в этой области – были подготовлены три аналитических документа по вопросам политики в области кадровых ресурсов здравоохранения, включая один документ по вопросам миграции (12).

22. В августе 2008 г. секретариат завершил подготовку первого проекта кодекса практики ВОЗ и в период с 1 сентября по 3 октября 2008 г. организовал глобальные публичные слушания в сети Интернет по этому первому проекту (24). Были получены замечания от широкого круга заинтересованных сторон, в том числе от государств-членов, национальных организаций, ассоциаций работников здравоохранения, межправительственных и неправительственных организаций, академических учреждений и отдельных лиц. Региональное бюро осуществляло координацию и представило обобщенные замечания по проекту кодекса, высказанные в ходе этих публичных слушаний, основанные не только на результатах совместной работы с НВМИ, GPAC и TWG и участия в их многочисленных совещаниях, но также с учетом широких консультаций с государствами-членами.

23. В январе 2009 г. доклад о ходе работы, проект резолюции и пересмотренный проект кодекса практики (25) были представлены на обсуждение Сто двадцать четвертой сессии Исполнительного комитета. Исполнительный комитет принял к сведению доклад и высказал предположение о необходимости дополнительных консультаций с государствами-членами по проекту кодекса. Исполнительный комитет также предложил, чтобы эта тема была включена в повестку дня сессий всех шести региональных комитетов, намечаемых к проведению в 2009 г.

24. В апреле 2009 г. Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с правительством Норвегии было проведено консультативное совещание высокого уровня на тему “Здравоохранение в период глобального экономического кризиса”, которое подготовило целый ряд рекомендаций. Одна из них касается расширения масштабов обучения работников здравоохранения и обеспечения найма на работу с соблюдением этических принципов, даже в период экономического кризиса, в целях инвестирования средств в подготовку специалистов здравоохранения и работников здравоохранения на местном уровне на будущее и в целях содействия разработке кодекса найма на работу с соблюдением этических принципов в рамках различных секторов и на трансграничном уровне (26).

25. Вопросы актуальности и высокой значимости наличия глобального кодекса практики были включены в повестку дня других форумов, включая группу восьми промышленно развитых стран (Группа G8), которая на своем саммите Хоккайдо-Тояко в Японии приняла заявление (27), призывающее ВОЗ разработать добровольный кодекс практики.

26. На встрече стран Группы G8, состоявшейся в Аквиле, Италия, в июле 2009 г., во исполнение рекомендаций, принятых в Японии годом ранее, в справочном докладе были определены следующие потенциальные направления деятельности Группы G8: “Оказывать поддержку наиболее нуждающимся странам в разработке и принятии национальных планов в области подготовки, сохранения и использования кадровых ресурсов, включая работников местного и среднего уровней, для достижения порогового показателя ВОЗ 2,3 работника на 1000 человек и в соответствии с Кампальской декларацией и Программой глобальных действий, принятых Глобальным альянсом по трудовым ресурсам здравоохранения в 2008 г.; содействовать участию стран Группы G8 в решении вопросов, касающихся факторов как вызывающих, так и сдерживающих международную миграцию работников здравоохранения; и оказывать содействие в завершении работы по подготовке кодекса практики международного найма медико-санитарного персонала” (28).

27. Важно отметить, что в Декларации, принятой 8 июля 2009 г. лидерами стран Группы G8, озаглавленной “*Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития*”, сказано, что “для достижения целей всеобщего доступа к услугам здравоохранения, особенно в сфере первичного медико-санитарного обслуживания, необходимо укреплять системы здравоохранения за счет улучшения условий труда медицинского персонала, к которому относятся как специалисты-медики, так и работники общинных служб здравоохранения, и совершенствовать информационные системы и системы финансирования сектора здравоохранения, включая систему социальной защиты, с уделением особого внимания наиболее уязвимым группам. Мы подтверждаем нашу готовность заняться решением проблемы дефицита медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в Африке, и мы принимаем к сведению Кампальскую декларацию 2008 г. и Программу для глобальных действий, принятые Глобальным альянсом по трудовым ресурсам здравоохранения” (29).

Незавершенная повестка дня: нерешенные задачи и последующие шаги

28. В условиях постоянной глобализации, происходящей в мире, и особенно в нынешние времена финансового кризиса и экономического спада, необходимы широкие консультации и выработка консенсуса в отношении кодекса практики по международному найму медико-санитарного персонала под руководством ВОЗ, что становится все более настоятельной и актуальной задачей по мере того, как страны предпринимают усилия к достижению своих долгосрочных целей укрепления систем здравоохранения при усилении внимания к первичной медико-санитарной помощи и снижению несправедливости путем действий, направленных на социальные и экономические детерминанты здоровья.

29. Каковы основные задачи, требующие дальнейших консультаций и выработки консенсуса, хотя уже давно существует согласие в том, что кодекс, после принятия в виде официальной резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения, будет необязательным к исполнению документом, рекомендующим ряд добровольных стандартов поведения государств-членов и других организаций и заинтересованных сторон? Во-первых, несмотря на свой необязательный характер, принятый на международном уровне кодекс может способствовать принятию национальных законов, стратегий и правил и будет обеспечивать основу для любых двусторонних, многосторонних или региональных кодексов, принимаемых странами и их учреждениями (например, агентствами по найму, работодателями), устанавливая, таким образом, сильные моральные и этические критерии. Тем не менее, многие страны могут испытывать трудности с соблюдением его рекомендаций или руководящих принципов либо потому, что они объединены на

федеративных началах или сильно децентрализованы, в связи с чем не располагают юрисдикцией для обеспечения соблюдения различных элементов, либо просто по причине нежелания стран, в которых эмигрирующие кадры здравоохранения являются не только очень значительным источником иностранной валюты за счет посылаемых ими домой переводов, но также одним из путей регулирования избытка работников здравоохранения в стране. Возможно также нежелание и, таким образом, несоблюдение данного кодекса в странах-импортерах ввиду проблем с трудоустройством, а также некоторым противодействием со стороны профессиональных ассоциаций, которые могут не желать увеличения численности медико-санитарного персонала до такой степени, что их возможности ведения переговоров с финансирующими учреждениями снижаются. Все это указывает на необходимость нахождения должного баланса между: (i) индивидуальными правами работников здравоохранения и теми людьми, которые имеют право пользоваться наивысшими достижимыми стандартами медицинской помощи со стороны специалистов, в подготовку которых они вносили свой вклад в виде налогов и других средств; (ii) странами-экспортерами и странами-импортерами в отношении того, как они осуществляют стратегическое управление своей политикой в области кадровых ресурсов в соответствии с долгосрочными целями укрепления системы здравоохранения; (iii) международными и национальными конвенциями, договорами и другими соглашениями, регулирующими потоки рабочей силы между государствами и защиту прав работников в странах-импортерах.

30. Во-вторых, кодекс практики, имеющий необязательный к исполнению характер, также должен обеспечивать баланс между идеальной и оптимальной или реально достижимой ситуацией. Например, хотя немногие государства-члены и заинтересованные стороны будут возражать против принципа обеспечения взаимной выгоды для стран-экспортеров и стран-импортеров, эффективная реализация этого принципа может быть очень сложной или вовсе невозможной, если понятия “взаимности” и “выгоды” не будут четко определены, обсуждены и согласованы (30). При равенстве всех прочих условий, добровольные пожертвования или повышение размеров помощи на нужды развития, предоставляемые странам-экспортерам, и/или соглашения о двустороннем сотрудничестве между их образовательными учреждениями будут с большей вероятностью согласованы и реализованы, чем обязательные, “уравнительные” денежные компенсации (31).

31. Третьей и, пожалуй, важнейшей задачей является необходимость обеспечить устойчивость кадровых ресурсов здравоохранения, в особенности в странах-экспортерах, испытывающих острую нехватку и/или проблемы с распределением работников здравоохранения, что еще больше осложняет задачу соблюдения этических международных принципов в отношении найма рабочей силы из этих стран, а также продемонстрировать солидарность и глобальную поддержку в целях оказания им помощи в удержании и распределении их работников здравоохранения. Миграция из стран Африки в страны ОЭСР составляет около 12% общих кадров здравоохранения, которые необходимы африканским странам в достижении их Целей тысячелетия в области развития; это указывает на необходимость уделения повышенного внимания подготовке кадровых ресурсов, их удержанию и общему руководству (2). С другой стороны, рост информированности заинтересованных сторон, особенно профессиональных ассоциаций, в странах-импортерах о нехватке медико-санитарного персонала в результате международной миграции может быть эффективным средством информационно-пропагандистского воздействия.

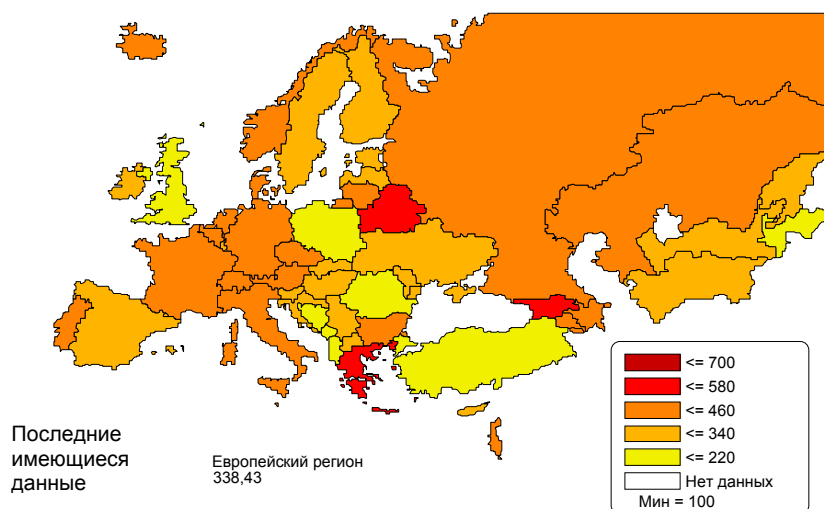
32. Наконец, что не менее важно, задачи мониторинга и оценки реализации кодекса, а также сбор и обмен данными и информацией в этой области, что также является сложным вопросом, необходимо решать с учетом интересов всех сторон, для того чтобы обеспечивать устойчивость кадровых ресурсов здравоохранения во всех государствах-членах.

Особенности Европейского региона

33. Затронутые выше проблемы касаются также Европейского региона ВОЗ. Однако данный Регион имеет ряд особенностей, включая, не в самую последнюю очередь, быстрое постарение населения, что требует более долгосрочной помощи со стороны работников здравоохранения; в сочетании с более строгими ограничениями на общую продолжительность рабочего дня и отгулов за переработку, в особенности в странах ЕС, это делает существующую и будущую нехватку кадровых ресурсов здравоохранения еще более актуальной проблемой. Только за период с 1995 г. по 2000 г. число врачей в странах ЕС в возрасте 45 лет и старше возросло более, чем на 50%. Аналогичным образом, во многих странах - членах ЕС более половины медсестер имеют возраст более 45 лет (4).

34. Кроме того, в разных странах Европы имеются большие различия в отношении наличия (рис. 1) и распределения (табл. 1) работников здравоохранения, в особенности врачей и медсестер, что делает проблему внутрирегиональной миграции также актуальной и важной в Европейском регионе, хотя многие государства - члены Европейского региона традиционно являлись странами, принимающими эмигрирующих работников здравоохранения из развивающихся стран, в основном из стран Африки. При этом, но в меньшей степени, они также утратили часть своего врачебного и среднего медицинского персонала за счет эмиграции из Европы в Северную Америку и в другие страны. Некоторые страны, такие как Соединенное Королевство и Ирландия, до недавнего времени являлись основными импортерами кадров здравоохранения, главным образом из стран Африки и Азии с низким уровнем доходов, но также из стран Карибского бассейна (в случае Англии), а также из других европейских стран, в основном входящих в состав ЕС (рис.2 и табл. 2). Эти страны являлись также, в меньшей степени, экспортерами работников здравоохранения: из Ирландии в Англию, из Англии в Соединенные Штаты Америки. Другие страны, такие как Италия, Португалия и Испания, привлекают работников из других европейских стран (Италия из Румынии, Португалия из Испании, Испания из Португалии), а также из других регионов мира, главным образом из Латинской Америки.

Рисунок 1. Распределение врачей в Европейском регионе ВОЗ (на 100 000 населения)



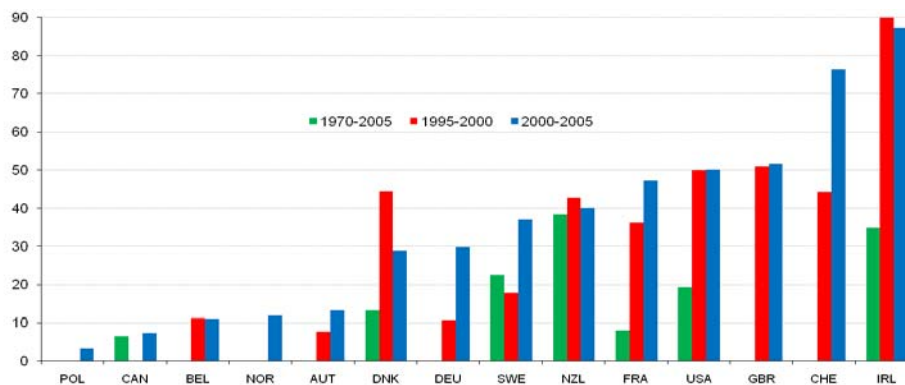
Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех» (32)

Таблица 1. Различия в Европейском регионе ВОЗ: Работники здравоохранения (на 100 000 населения)

	Врачи	Врачи общей практики	Медсестры	Фармацевты
Европейский регион	339,71	68,05	727,45	52,28
ЕС	322,38	96,71	745,64	71,43
СНГ	376,78	28,78	794,73	20,55
Самые низкие	115,02 (Албания)	17,56 (Азербайджан)	310,8 (Турция)	3,35 (Узбекистан)
Самые высокие	534,59 (Греция)	177,3 (Бельгия)	1549,78 (Ирландия)	154,0 (Финляндия)

Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех» (32)

Рисунок 2. Доля врачей, получивших образование за рубежом, в общем увеличении числа практикующих врачей в некоторых странах ОЭСР (%) в 1970–2005 гг.



Источник: OECD Health data 2007 (33) и OECD International Migration Outlook 2007 (34)

Таблица 2. Растущая зависимость от иностранных и получивших образование за рубежом врачей и медсестер в Европе и в других странах

		Врачи				Медсестры			
		2000 г.		2005 г.		2000 г.		2005 г.	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Получившие образование за рубежом	Австрия	461	1,8	964	3,3				
	Дания	1 695	7,7	2 769	11,0				
	Англия	25 360	27,3	38 727	32,7				
	Финляндия	687	3,6	1 816	7,2				
	Франция ¹	7 644	3,9	12 124	5,8				
	Ирландия	1 198	10,3	3 990	27,2				
	Швеция ¹	3 633	4,3	5 061	4,9				
	Швейцария	2 982	11,8	5 302	18,8				
	Канада	13 342	23,1	13 715	22,3				
	Новая Зеландия	2 970	34,5	3 203	35,6				
	Япония	95	-	146	-				
	Соединенные Штаты Америки ¹	207 678	25,5	208 733	25,0				
	Получившие образование за рубежом	Дания	4 618	6,0	5 109	6,2			
Финляндия		122	0,2	274	0,3				
Швеция ¹		2 517	2,5	2 878	2,7				
Канада		14 910	6,4	19 230	7,6				
Иностранцы	Новая Зеландия ¹	6 317	19,3	9 334	24,3				
	Бельгия	1 009	0,7	1 448	1,0				
	Германия	27 427	4,2	25 462	3,8				
	Турция	25	-	45	-				
Иностранцы	Бельгия	1 341	3,1	1 633	3,4				
	Германия	14 603	4,0	18 582	4,6				
	Норвегия	2 327	15,1	2 833	31,5				
	Словацкая Республика ¹	130	0,7	139	0,8				

Примечания: "-" означает, что процент ниже 0,1%.

¹ 2004 г. вместо 2005 г.

Источник: International Migration Outlook (OECD) 2007 (34)

35. Еще одной отличительной чертой Европейского региона ВОЗ является то, что кодексы или руководства по международному найму с соблюдением этических норм уже имеются в таких странах, как Соединенное Королевство и Ирландия, или приняты некоторыми региональными ассоциациями (например, Европейской ассоциацией работодателей больниц и других учреждений здравоохранения (HOSPEEM)). Хотя планирующие органы и агентства по найму должны принимать их во внимание при прогнозировании потребностей в работниках здравоохранения или их найме из других стран, эффективность этих инструментов еще не подвергалась оценке, главным образом ввиду отсутствия системы отслеживания потоков работников здравоохранения, в особенности более низкой квалификации, которые обычно используются при оказании долгосрочной медицинской помощи (3). Немногие страны располагают надежными и оперативными данными о том, сколько работников здравоохранения они теряют или принимают на работу, особенно если их мобильность носит временный характер или если работники здравоохранения посещают другую страну на короткий период времени, например, на выходные дни в качестве замены других работников. Этот тип мобильности вероятно в большей степени распространен в ЕС, где существует гарантированная свобода передвижения. Данное явление с трудом поддается количественной оценке, и его последствия не вполне изучены. Лица, формирующие политику, должны знать о его наличии и стараться оценивать его значение и последствия для национальных кадров здравоохранения.

36. В декабре 2008 г. Европейская комиссия опубликовала “Зеленую книгу” по европейским кадрам здравоохранения и приступила к ее обсуждению со всеми заинтересованными сторонами (35). Целью “Зеленой книги” является повышение уровня информированности о проблемах в области кадровых ресурсов здравоохранения, стоящих перед ЕС, получение более четкой картины того, в какой степени аналогичные проблемы стоят перед национальными органами управления здравоохранением, и создание более прочной основы для рассмотрения возможных действий на уровне ЕС, направленных на эффективное решение этих проблем без негативных последствий для систем здравоохранения за пределами ЕС. Наряду с другими проблемами кадровых ресурсов здравоохранения, в “Зеленой книге” представлена картина миграции работников здравоохранения в ЕС и за его пределы; дисбаланс мобильности в рамках ЕС; и особенно перемещение определенных категорий работников здравоохранения из более бедных в более богатые страны в пределах ЕС и “утечка мозгов” из развивающихся стран.

Последствия финансового кризиса для рынка труда

37. Текущий финансовый кризис повлечет последствия для сектора здравоохранения в целом и для кадров здравоохранения в частности. Даже несмотря на то, что его последствия в полной мере еще предстоит испытать и документировать, уровень спроса на ряд услуг, по-видимому, повысится как раз в то время, когда финансовые ресурсы для их предоставления могут оказаться в дефиците. Сниженный в настоящее время спрос в результате дефицита предложения или неспособности платить также может вызвать повышение спроса на медицинскую помощь в будущем, что может усугубить ситуацию в результате необходимости нахождения компромисса между инвестициями в обучение и подготовку кадров здравоохранения на будущее и использованием ограниченных финансовых средств в связи с текущей нехваткой бюджета.

38. Во многих странах Западной Европы в 2008 г. в начале кризиса все еще отмечался рост уровня найма в секторе здравоохранения. Так, например, в австрийской земле Тироль было зарегистрировано повышение уровня найма в этом секторе на 10%. В Германии были наняты 33 000 новых работников (+3,2%), однако с ноября 2008 г. там отмечается тенденция к росту безработицы среди врачей, стоматологов и других работников здравоохранения (36). В целом, предложение кадров здравоохранения в ближайшей перспективе вероятно будет расти, поскольку ранее не занятые теперь начинают искать работу, а работающие в настоящее время будут стремиться к увеличению числа рабочих часов, которые они хотели бы получать. В более долгосрочной перспективе, однако, ограничения финансирования могут приводить к росту несоответствия между предложением и спросом. Кроме того, меры, направленные на сдерживание затрат, вероятно приведут к повышению рабочей нагрузки на отдельных сотрудников, что может вызывать случаи рабочего стресса. Хотя статистических данных не имеется, кризис, по-видимому, может вызвать сдвиги в характере мобильности, поскольку работники (и их семьи) будут стремиться к перемещению из более серьезно затронутых стран в те страны, где перспективы найти работу лучше, или вернуться домой из стран временного пребывания вследствие ухудшений ситуации на рынке труда.

39. Предпринимаются различные меры в отношении уровней оплаты труда работников здравоохранения. Болгария и Венгрия заморозили заработную плату в государственных больницах. Венгрия отменила выплаты ежегодной тринадцатой зарплаты. Ирландия и Литва также рассматривают возможность снижения оплаты труда. С другой стороны, такие страны как Греция и Финляндия, повысили уровни оплаты труда, Румыния также рассматривает возможность повышения на 7% (37).

40. Меньшее число работников здравоохранения преждевременно выходят на пенсию, и в больницах остается меньше вакантных позиций по основным должностям. Медицинские сестры более старшего возраста, по-видимому, откладывают выход на пенсию, а те, которые трудятся на условиях неполного рабочего дня, берут больше рабочих смен. Больницы откладывают работы по расширению своих мощностей. Некоторые администраторы больниц сообщают, что большее число пациентов откладывают плановые операции, что вызывает уменьшение потребностей в работе медицинских сестер. Откладывание выхода на пенсию можно рассматривать в качестве реакции на желание работодателей удержать более пожилых работников в течение нескольких дополнительных лет на рабочем месте, чтобы избежать дефицита кадров. Однако это поведение может резко измениться, если экономика улучшится.

41. Другим последствием может быть неполное трудоустройство новых выпускников: в резком контрасте с недавними временами, когда больницы стремительно нанимали выпускников для заполнения дефицита среднего медицинского персонала, теперь больницы сокращают набор кадров, и рабочие места начального уровня становятся менее доступными. Администраторы больниц признают наличие временных сдвигов на рынке труда, поскольку экономика заставляет руководителей более внимательно относиться к расходам и численности персонала. Нет стимула для того, чтобы нанимать неопытных медицинских сестер, отчасти поскольку требуются время и средства, чтобы их обучить.

42. Наконец, имеются неподтвержденные данные о том, что вследствие финансового кризиса, в сочетании с мерами, направленными на увеличение внутренней подготовки кадров и “регулирование” международного найма, поток медицинских работников-иммигрантов в Ирландию и Соединенное Королевство, возможно, снизился, однако документальное подтверждение такой тенденции является сложной задачей, что вновь указывает на необходимость сбора данных о характере и тенденциях миграции.

Путь вперед

43. В справочном документе “Развитие стратегий кадров здравоохранения в Европейском регионе”, подготовленном для пятидесят седьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (38), были суммированы ключевые задачи, которые сегодня стоят перед государствами-членами: переход от сбора и анализа информации к практическим действиям, совершенствование обучения в целях повышения эффективности деятельности и управления кадрами здравоохранения. В нем также подчеркивается важное значение нормативно-правовой деятельности в области кадровых ресурсов здравоохранения, включая международную координацию. В условиях текущего финансового кризиса все эти вопросы сегодня являются столь же или даже более актуальными, чем когда-либо ранее. Важно, чтобы государства-члены продолжали уделять внимание разработке долгосрочных стратегий развития кадровых ресурсов и планов обеспечения их устойчивости, понимая при этом, что самообеспеченность ресурсами может быть труднодостижимой при возрастающей глобализации мира, сопровождающейся усилением потоков товаров, услуг и самой рабочей силы. Это потребует создания и ведения базы данных и использования набора сопоставимых показателей, касающихся кадровых ресурсов и миграции.

44. В настоящее время проводятся широкие консультации в рамках Европейского региона с участием международных и региональных организаций. Продолжается активное обсуждение как “Зеленой книги” ЕС, так и реализации принятой в 2007 г. “Европейской программы действий по борьбе с критической нехваткой медицинских работников в развивающихся странах”. Европейское региональное бюро ВОЗ, с другой стороны, активно вовлечено в процесс составления кодекса практики путем участия в

работе различных политических организаций и технических групп, таких как Глобальная инициатива по вопросам миграции работников здравоохранения, сбора информации по миграции в Европе и ведения иной информационно-пропагандистской деятельности, особенно с профессиональными ассоциациями. Однако остается задача обеспечения того, чтобы глобальный кодекс по миграции работников здравоохранения в его окончательном виде отражал европейские ценности справедливости, солидарности и участия, а также принципы прозрачности, этики, добросовестности и взаимной выгоды. Это означает нахождение правильного баланса между правами медико-санитарного персонала на миграцию и правами, ожиданиями и обязанностями государств, агентств по найму и работодателей для того, чтобы полученные преимущества, как для отдельных лиц, так и для государств, были взаимными и справедливыми, чтобы условия найма на работу не допускали эксплуатации и чтобы было достигнуто согласие относительно улучшения политики удержания кадров в странах-экспортерах, в особенности испытывающих серьезную нехватку работников здравоохранения.

45. Работа Регионального бюро по сбору фактических данных для оказания технического содействия и проведения диалога по вопросам политики в отношении кадровых ресурсов здравоохранения с государствами-членами проводится на постоянной основе в рамках двусторонних соглашений о сотрудничестве с 15 государствами-членами и их профессиональными ассоциациями³. Аналогичным образом, проводится также разработка показателей по кадровым ресурсам здравоохранения в партнерстве со Статистическим бюро Европейских сообществ (Евростат) и ОЭСР, а также ведется работа по нахождению путей решения проблемы географического дисбаланса в распределении трудовых ресурсов вместе со штаб-квартирой ВОЗ. Региональное бюро будет продолжать консультации со всеми государствами-членами в отношении трансграничных проблем кадровых ресурсов здравоохранения, таких как миграция медико-санитарного персонала, и будет продолжать выполнять информационно-пропагандистскую и координирующую роль со своими партнерами в отношении разработки и последующего принятия кодекса практики, а также согласования и стандартизации показателей кадровых ресурсов здравоохранения для мониторинга миграции в Европейский регион, внутри самого Региона и за его пределами.

Библиография⁴

1. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2006 г.: совместная работа на благо здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06_overview_ar.pdf).
2. *The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/25/15/41509236.pdf>).
3. Fujisawa R, Colombo F. *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (OECD Working Papers No 44; [http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/\\$FILE/JT03261422.PDF](http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/$FILE/JT03261422.PDF)).
4. Dubois C, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>).

³ Например, симпозиум по международному найму работников здравоохранения на основе этических принципов, организованный Региональным бюро во время ежегодного форума Европейской федерации медицинских ассоциаций (Братислава, Словакия, апрель 2009 г.).

⁴ Все веб-сайты указаны по состоянию на 15 июля 2009 г.

5. Vaitheeswaran V. Health care and technology: Medicine goes digital. Special Report. *The Economist*, 16 April 2009 (http://www.economist.com/specialreports/displaystory.cfm?story_id=13437990).
6. *Migration of health personnel in the WHO European Region (draft)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (в печати).
7. Dussault G, Dubois C. *Human resources for health policies: a critical component in health policies*. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>).
8. Birch S et al. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. *Canadian Public Policy*, 2007, 33(Suppl.):1–16.
9. Bourgeault IL et al. *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_epb_11.pdf).
10. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*; Geneva, World Health Organization, (http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf).
11. *Report of the first expert consultation on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention, Geneva, 2–4 February 2009*. Geneva, World Health Organization (в печати).
12. Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_epb_10.pdf).
13. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). A framework for collaborative pan-Canadian health human resources planning. Ottawa, Health Canada, 2007 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-eng.php>).
14. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 1966 (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm).
15. *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment no. 14 (2000)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council, 2000 ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.EN?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.EN?OpenDocument)).
16. *Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA57.19 о международной миграции медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-ru.pdf).
17. *Международная миграция медико-санитарного персонала: задача, стоящая перед системами здравоохранения в развивающихся странах. Доклад Секретариата*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (документ A59/18; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_18-ru.pdf).
18. *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC57/R1 о стратегиях развития кадров здравоохранения в Европейском регионе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8?language=Russian).

19. *Международная миграция медико-санитарного персонала: задача, стоящая перед системами здравоохранения в развивающихся странах. Доклад Секретариата.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (документ EB122/16 Rev.1; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_16Rev1-ru.pdf).
20. *Health Workers for All and All for Health Workers. The Kampala Declaration and Agenda for Global Action.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/workforcealliance/Kampala_declaration_final.pdf).
21. *Recruitment and retention of health workers: Policy options towards global solidarity. Report of WHO round table, Kampala, Uganda, 6 March 2008.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91417.pdf>).
22. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438r.pdf>).
23. *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC58/R4 о стратегическом управлении/руководстве системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58_rres04.pdf).
24. *Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики. Резюме публичных слушаний.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (документ EB124/Inf.Doc./2; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_ID2-ru.pdf).
25. *Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики. Доклад Секретариата.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (документ EB124/13; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-ru.pdf).
26. *Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: Задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Рекомендации совещания, Осло, 1–2 апреля 2009 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г. (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_crisis_mtg_rec_rus.pdf).
27. *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration.* Tokyo, Ministry of Foreign Affairs of Japan, 2008 (http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/doc080714__en.html).
28. *Promoting Global Health L'Aquila G8 Health Experts' Report.* Rome, Prime Minister's office, 2009, (http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Health_Experts_Report_and_Accountability,0.pdf).
29. *G8 Leaders Declaration: Responsible leadership for a sustainable future.* Rome, Prime Minister's office, 2009, (http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final,1.pdf).
30. *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel: Background paper.* Geneva. World Health Organization, 2009, (http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/background_paper_code.pdf).
31. *Recruitment of health workers: towards global solidarity.* Oslo, Directorate for Health and Social Affairs, 2007 (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf).
32. *Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайновая база данных].* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/hfadb>).

33. *OECD health data 2007*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
34. *International migration outlook 2007*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
35. *Green paper on the European workforce for health*. Brussels, European Commission, 2008 (COM(2008) 725 final) (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:EN:PDF>).
36. *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. Overview of the situation in the WHO European Region (background paper)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
37. Country analysis and forecasts [веб-сайт]. London, Economist Intelligence Unit, 2009 (<http://countryanalysis.eiu.com/>).
38. *Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/rc57/rdoc09.pdf>).