



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



World Health  
Organization

Western Pacific Region

**Диалог по вопросам политики ВОЗ  
для преодоления проблем,  
связанных с международным наймом  
и мобильностью персонала  
здравоохранения:  
технический доклад**

**Амстердам, 2–3 мая 2013 г.**





**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро



**World Health  
Organization**

**Western Pacific Region**

**Диалог по вопросам политики ВОЗ  
для преодоления проблем,  
связанных с международным наймом  
и мобильностью персонала  
здравоохранения:  
технический доклад**

**Амстердам, 2–3 мая 2013 г.**

## Ключевые слова

Code of Ethics  
International migration  
Health personnel  
Human rights  
Migrant workers  
Personnel recruitment  
Public health

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Ofce for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, форму заявки на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

## © Всемирная организация здравоохранения 2013

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# Содержание

<b>Благодарности</b> .....	<b>iv</b>
<b>Сокращения</b> .....	<b>iv</b>
<b>Исполнительное резюме</b> .....	<b>v</b>
<b>Введение</b> .....	<b>1</b>
<b>1. История вопроса</b> .....	<b>3</b>
1.1 Глобальный кодекс ВОЗ по практике.....	3
1.2 Поддержка ВОЗ в осуществлении Кодекса на практике.....	4
<b>2. Ход работы по формированию отчетности о внедрении Кодекса в практику в разных регионах ВОЗ</b> .....	<b>6</b>
2.1 Назначение национальных органов и отчетность.....	6
2.2 Проблемы, возникающие при осуществлении Кодекса на практике.....	7
<b>3. Проблемы и выгоды, обусловленные международной мобильностью КРЗ</b> .....	<b>10</b>
3.1 Право на свободное передвижение в сравнении с правом на охрану здоровья.....	10
3.2 Сектор здравоохранения, как и миграция, является фактором развития экономики.....	11
3.3 Динамика рынка труда медработников не должна быть полностью отдана на откуп рыночной стихии.....	12
3.4 Обеспечение устойчивости систем здравоохранения как задача первостепенной важности.....	13
3.5 Быстро изменяющаяся динамика рынка труда медработников: спрос на интеллектуальный потенциал.....	14
3.6 Соблюдение этических норм при наборе персонала.....	15
3.7 Взаимодействие со многими заинтересованными сторонами, разделяющими разные взгляды и преследующими разные интересы.....	16
<b>4. Практический опыт решения назревших проблем</b> .....	<b>18</b>
4.1 Двусторонние соглашения.....	18
4.2 Признание профессиональных квалификаций.....	24
4.3 Циркулярная миграция.....	26
4.4 Взаимодействие с множеством заинтересованных сторон, разделяющих разные взгляды и преследующих разные интересы.....	28
4.5 Взаимодействие с частным сектором.....	29
4.6 Интеграция.....	31
<b>5. Выводы</b> .....	<b>35</b>
5.1 Активизация информационно-разъяснительной работы в целях закрепления уже достигнутых успехов и повышения осознания важности принятого Кодекса.....	35
5.2 Поощрение диалога и развитие сотрудничества с заинтересованными сторонами.....	36
5.3 Поиск примеров надлежащей практики и расширение базы фактических данных.....	37
5.4 Проведение оценки изменяющихся тенденций на рынке труда медработников и формирование отчетности.....	38
5.5 Использование ситуации в связи с необходимостью реформы в целях устойчивого укрепления потенциала медицинских кадров.....	38
5.6 Ближайшие события, связанные с популяризацией применения положений Кодекса на практике.....	38
<b>Библиография</b> .....	<b>40</b>
<b>Приложение 1. Программа работы совещания</b> .....	<b>42</b>
<b>Приложение 2. Список участников</b> .....	<b>45</b>

## Благодарности

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана организовали проведение этого диалога по вопросам политики для преодоления проблем, связанных с международным наймом и мобильностью персонала здравоохранения. Совещание проходило 2–3 мая 2013 г. на базе находящегося в Амстердаме Королевского тропического института, являющегося Сотрудничающим центром ВОЗ по научным исследованиям, подготовке и развитию кадровых ресурсов здравоохранения.

Сотрудники названных региональных бюро с благодарностью отмечают вклад, внесенный Сотрудничающим центром ВОЗ, в частности выражают признательность д-ру Marjolein Dieleman и г-же Christel Jansen за их неоценимую поддержку в организации совещания.

Работа по проведению диалога по вопросам политики, а также подготовке доклада финансировалась в рамках совместной программы партнерства между Министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта Нидерландов, Европейским региональным бюро ВОЗ и Региональным бюро для стран Западной части Тихого океана.

## Сокращения

АСЕАН	Ассоциация государств Юго-Восточной Азии
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДСС	двустороннее соглашение
ЕС	Европейский союз
ЕФПОО/EPSU	Европейская федерация профсоюзов общественного обслуживания
КОП	кодекс практики
КРЗ	кадровые ресурсы здравоохранения
МОВ	меморандум о взаимопонимании
ННО	назначенный национальный орган
ОГО	организации гражданского общества
СНГ	Содружество Независимых Государств
НOSPЕЕМ	Европейская ассоциация работодателей больниц и других учреждений здравоохранения

## Исполнительное резюме

В этом докладе кратко изложены ключевые аспекты и выводы диалога по вопросам политики по преодолению проблем, связанных с международным наймом и мобильностью персонала здравоохранения, который проходил в Амстердаме в мае 2013 года. Совещание было организовано Европейским региональным бюро ВОЗ и Региональным бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана. В его работе приняли участие лица, формирующие политику в странах «донорах» и «реципиентах» кадров здравоохранения, представители межправительственных и региональных организаций, делегаты от организаций гражданского общества, работодателей в сфере здравоохранения, частных агентств по подбору персонала и академических учреждений. Целью диалога было обсудить механизмы отработки эффективного курса действий в отношении справедливого и этически ориентированного международного найма медицинских работников.

Поставленные перед совещанием конкретные задачи заключались в следующем:

- провести обзор достигнутых в настоящее время в двух вышеназванных Регионах успехов в реализации Кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения;
- разобраться в сути проблем и выгодах, обусловленных международным наймом и мобильностью медицинских работников;
- обменяться опытом, накопленным при поиске решений этих проблем, включая такие аспекты, как двусторонние соглашения, интеграция работников здравоохранения-мигрантов на рынках труда в странах-реципиентах и политика в области циркулярной миграции; и
- предложить соответствующий механизм и способствовать процессу непрерывного обмена информацией в целях дальнейшего расширения базы фактических данных и обоснования национальной и международной политики и практических действий.

Участники совещания пришли к единому мнению о том, что выработка соответствующих и эффективных политических решений по проблемам, назревшим в сфере обеспеченности кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ), представляет собой комплексный процесс и требует вовлечения множества заинтересованных сторон. Они согласились с тем, что нынешний общемировой финансовый и экономический кризис действительно изменил динамику мобильности и тенденции найма работников здравоохранения, но не лежащие в основе демографические тенденции в отношении КРЗ. В этом смысле участники также признали, что Кодекс как таковой окажется недостаточным для разработки и апробации политики формирования стабильных кадровых ресурсов здравоохранения и реального влияния на нее. Этот документ станет эффективным при условии его использования в рамках мероприятий, проводимых множеством заинтересованных сторон, а не только в качестве одного из административных инструментов, конечным результатом которого является формирование отчетности.

Участники очертили круг таких основных проблем, касающихся КРЗ, как порядок набора персонала, его закрепление, профессиональная структура и продуктивность. Они охарактеризовали ограничения, связанные с наличием необходимых данных о КРЗ, как сдерживающий фактор, а не как причину для бездействия. Они согласились с тем, что данные не являются доказательной базой и, более того, сами доказательства не тождественны стратегически важным сведениям. ВОЗ

рекомендует использовать имеющиеся данные наилучшим, насколько это возможно, образом в поддержку прогнозирования будущих сценариев, в целях вовлечения множества заинтересованных сторон и влияния на них, а также для формулирования политики. Ощущается взаимосвязанная потребность в определении и поощрении доступных перспективных методов, имеющих отношение к различным ныне практикуемым политическим инструментам и подходам, в частности к таким, как двусторонние соглашения, интеграция специалистов здравоохранения в странах назначения, взаимное признание квалификационных категорий и циркулярная миграция.

В итоге диалога по вопросам политики было предложено пять основных идейных соображений.

## **1. Активизация информационно-пропагандистской работы в целях закрепления уже достигнутых успехов и повышения осознания важности принятого Кодекса**

Ощущается постоянная потребность в том, чтобы повышать уровень осознания актуальности одобренного Кодекса. Целевая аудитория для проведения такой работы на международном уровне выходит за пределы сектора здравоохранения и включает в себя другие учреждения системы Организации Объединенных Наций и такие политические форумы высокого уровня, как «Большая восьмерка», «Большая двадцатка» и Всемирный экономический форум. Закрепляемая за специалистами ВОЗ роль сводится к созданию альянсов с названными группами и их представителями по принятию решений на высоком уровне.

Многие работодатели и рекрутинговые агентства, относящиеся к числу важнейших заинтересованных сторон в сфере этически ориентированного и эффективного международного найма персонала здравоохранения, плохо информированы о действующем Кодексе ВОЗ. Назначенные национальные органы могут сыграть ключевую роль в популяризации данного документа и вступлении в диалог с этими заинтересованными сторонами. Усилиям на поприще коммуникации могут содействовать конкретные шаги по проведению в жизнь положений Кодекса и распространению информации о нем.

С точки зрения практической деятельности ВОЗ очень важно правильно расставить приоритеты в отношении КРЗ, поскольку отряд медицинских работников является важнейшей составляющей повесток дня по укреплению систем здравоохранения и достижению всеобщего охвата медицинскими услугами. Государства-члены могут сыграть важную роль в том, чтобы КРЗ было уделено первоочередное внимание в повестке дня ВОЗ. Ныне проводимые консультации с государствами-членами ВОЗ могли бы способствовать тому, чтобы задачи укрепления потенциала медицинских кадров и систем здравоохранения превратились в неотъемлемую часть целенаправленных ключевых приоритетов повестки дня ВОЗ на ближайшие годы.

## **2. Поощрение диалога и развитие сотрудничества с заинтересованными сторонами**

Важнейшим компонентом усилий в поддержку внедрения Кодекса в практику является эффективная работа по улучшению осведомленности и развитию диалога на страновом уровне. Эту коммуникацию можно обеспечить путем общенационального диалога с участием множества заинтересованных сторон в целях обмена точками зрения, ценными достижениями и ориентирами, связанными с международным наймом и мобильностью специалистов здравоохранения. В состав таких заинтересованных сторон могут входить различные министерства; страны-партнеры по

линии двусторонних контактов; социальные партнеры; профсоюзы; организации работодателей; профессиональные ассоциации и агентства по подбору персонала как в государственном, так и в частном секторе. Важно, чтобы эти заинтересованные стороны осознавали, что Кодекс практики может служить их интересам. Разработанный ВОЗ национальный инструмент формирования отчетности может использоваться как координирующий механизм для этих совещаний, равно как и инструмент коммуникации по макроэкономике и фискальному пространству, разработкой которого сейчас занимается ВОЗ, и может способствовать взаимопониманию между министерствами здравоохранения и финансов.

Могут быть также задействованы и существующие платформы. В качестве конкретных примеров в Европейском регионе ВОЗ можно привести сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, в работе которой участвуют представители высокого уровня от различных министерств, и проект «Совместные действия Европейского союза (ЕС) по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения», который уже объединяет усилия многих заинтересованных участников. Накопленный опыт и форумы в рамках программы ОГО «Wemos Foundation» (Нидерланды) по осуществлению положений Кодекса на практике во множестве стран ЕС могут также служить отправным моментом в этой работе.

Основная задача состоит в подключении к работе различных заинтересованных сторон в секторе здравоохранения и секторах за его пределами (образование, финансы, трудовые отношения и иностранные дела), которые преследуют разные цели, чтобы в итоге можно было согласовать и внедрить единый базовый набор принципов.

### **3. Поиск примеров надлежащей практики и расширение базы фактических данных**

Ощущается необходимость в расширении базы фактических данных. Было отмечено, что ВОЗ может играть определенную роль при сборе, обобщении и пропаганде конкретных примеров осуществления Кодекса на практике и полезного опыта, в частности через веб-сайт ВОЗ или другие онлайн-форумы. На государства-члены возложена ответственность за направление в ВОЗ сведений с описанием примеров из практики, информации и данных, чтобы у ВОЗ была возможность более эффективно выполнять функцию популяризации этих сведений.

Имеются перспективы для обобщения полезного опыта, приобретенного в результате предпринятых за последнее время таких инициатив, как исследование Международной организации труда в области двусторонних соглашений с участием Филиппин, и оценка соглашения между Японией и Филиппинами, проведенная Японским агентством по международному сотрудничеству. Эти исследования могли бы быть положены в основу разработки методологии или рамочной структуры для оценки реализации и воздействия мер по управлению миграцией, что помогло бы найти ответы на следующие вопросы: что сработало, что не сработало, каковы результаты, для кого и почему предназначены эти меры. При существующих ограничениях, касающихся доступных ресурсов в поддержку научных изысканий и получения фактических данных, странам следует рассмотреть перспективы максимального использования на данном этапе потенциала школ общественного здоровья и академических кругов. Замысел состоит в том, чтобы научные вопросы, касающиеся укрепления кадровых ресурсов здравоохранения, были включены в повестку дня этих учреждений. КРЗ — это не отдельно взятая научная дисциплина, а, скорее, симбиоз многих отраслей знаний, включая экономику, миграцию, социологию и психологию. Представляется разумным



сочетать эти разделы специальных знаний для дальнейшего осмысления проблем, связанных с обеспеченностью кадрами медицинских работников, и обмена знаниями с другими участниками процесса научных исследований в области КРЗ. Этот диалог и обмен знаниями могут иметь место на семинарах и учебных курсах, организации и проведению которых содействовали многие научные направления и заинтересованные стороны в целях расширения потенциальных возможностей ученых и политиков по изучению проблематики КРЗ. Помимо этого, национальным, субрегиональным и региональным обсерваториям по КРЗ и сотрудничающим центрам ВОЗ может принадлежать важная роль в укреплении потенциала и обмене информацией.

#### **4. Проведение оценки изменяющихся тенденций на рынке труда медработников и формирование отчетности**

Действующие обсерватории по КРЗ, сотрудничающие центры ВОЗ, ЕС и Совместные действия по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения, Ассоциация государств Юго-Восточной Азии и Организация экономического сотрудничества и развития представляют собой отлаженные структуры для выполнения задачи сбора, анализа и представления данных и прогнозов по поводу быстро изменяющихся тенденций на рынке труда медицинских работников. Эта информация должна стать доступной и использоваться для упрочения не только базы теоретических знаний, бытующих представлений, потенциальных возможностей и технического ноу-хау у лиц, принимающих решения по вопросам обеспеченности кадрами здравоохранения, но и для укрепления взаимосвязи КРЗ с макроэкономическим контекстом.

#### **5. Использование ситуации в связи с необходимостью реформы в целях устойчивого укрепления потенциала медицинских кадров**

В условиях нынешнего глобального экономического кризиса бюджеты на охрану здоровья и содержание КРЗ во многих странах ограничены или сокращаются. Меняются, но не падают темпы международной мобильности медицинских кадров, и в предстоящие годы эти процессы, скорее всего, усилятся. Управление миграцией в отрыве от других процессов не должно быть поставлено во главу угла политических решений. Желание разобраться в причинах несоответствия между отечественным спросом на специалистов здравоохранения и предложением таких кадров имеет очень большое значение. Более того, кризис дает реальные возможности для реализации политики и стратегий по реформированию сектора здравоохранения и медработников, чтобы в будущем придать устойчивость обеспечению медицинскими кадрами и системам здравоохранения.

## Введение

В Амстердаме 2–3 мая 2013 г. Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Региональным бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана во взаимодействии с Сотрудничающим центром ВОЗ по научным исследованиям, подготовке и развитию кадровых ресурсов здравоохранения, расположенным в Амстердаме и учрежденным на базе Королевского тропического института, был организован диалог по вопросам политики для преодоления проблем, связанных с международным наймом и мобильностью персонала здравоохранения. В работе совещания приняли участие специалисты разных министерств, которые формируют политику в странах происхождения и странах назначения; представители межправительственных и региональных организаций; делегаты от организаций гражданского общества (ОГО); работодатели в сфере здравоохранения; частные агентства по подбору персонала и представители научного сообщества. Целью диалога было обсудить механизмы отработки эффективного курса действий в отношении справедливого и этически ориентированного международного найма медицинских работников.

Поставленные перед совещанием конкретные задачи заключались в следующем:

- провести обзор достигнутых в настоящее время успехов в реализации в регионах Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (ВОЗ, 2010 г.);
- разобраться в сути проблем и выгодах, обусловленных международным наймом и мобильностью медицинских работников;
- обменяться опытом, накопленным при поиске решений этих проблем, включая такие аспекты, как двусторонние соглашения, интеграция работников здравоохранения-мигрантов на рынках труда в странах назначения и политика в области циркулярной миграции; и
- предложить соответствующий механизм и способствовать процессу непрерывного обмена информацией в целях дальнейшего расширения базы фактических данных и обоснования национальной и международной политики и практических действий.

В этом техническом докладе кратко освещены озвученные презентации и результаты обсуждений, проходивших в рамках диалога по вопросам политики. Благодаря этим дискуссиям удалось получить более полное представление о достигнутом прогрессе и проблемах, связанных с проведением в жизнь принятого Кодекса, а также о заложенном в нем принципе получения взаимных выгод. Совещание позволило еще больше убедиться в правильности политических механизмов, которыми можно воспользоваться при анализе проблемных вопросов и выгод от международного найма и миграции персонала здравоохранения. Оно также помогло получить более полное представление о моделях заключения двусторонних соглашений (ДСС), к которым можно обратиться в целях создания благоприятного климата для сотрудничества между странами. В приложении 1 представлена программа работы совещания. Список из 40 участников диалога по вопросам политики дается в приложении 2.

В главе 1 дано описание предыстории, послужившей отправным моментом для этого диалога по вопросам политики в целях преодоления проблем, связанных с международным наймом и мобильностью персонала здравоохранения. В главе 2 представлен обзор прогресса, достигнутого в формировании отчетности о ходе работы по внедрению положений Кодекса в практику. В главе

3 говорится о проблемах и выгодах, обусловленных международным наймом и миграцией кадров медицинских работников. Глава 4 рассказывает о практическом опыте решения назревших проблем, связанных с международным наймом и миграцией работников здравоохранения, включая такие аспекты, как двусторонние соглашения, интеграция работников-мигрантов в области здравоохранения на рынках труда в странах назначения и политика в области циркулярной миграции. В главе 5 изложены ключевые идейные соображения, выработанные в ходе состоявшегося диалога по вопросам политики, и конкретные очередные шаги, которые были намечены в связи с процессом непрерывного обмена информацией в целях дальнейшего расширения базы фактических данных и информационного обеспечения при выборе направлений национальной и международной политики и практических действий.

# 1. История вопроса

Трудовые ресурсы здравоохранения являются неотъемлемой составляющей системы здравоохранения при оказании населению высококачественных медицинских услуг. Квалифицированному персоналу здравоохранения принадлежит исключительно важная роль не только в достижении связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, но и в реализации повестки дня по вопросам развития после 2015 г. наряду с обеспечением всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

В 2006 г. в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (ВОЗ, 2006 г.) говорилось о 57 странах, испытывающих критический дефицит врачей, медсестер и акушерок. Эти страны в основном расположены в Африке и Юго-Восточной Азии. С более общей точки зрения, на самом деле имеет место глобальный дефицит медицинских работников, причем большинство стран сталкивается с проблемой несбалансированности трудовых ресурсов в отечественном здравоохранении как в отношении ее географического распределения, так и в плане несоответствия профессиональной структуры, например связанной с рассогласованием между необходимыми компетенциями или практическими навыками, с одной стороны, и компетенциями и профессиональной структурой, обеспечиваемой ныне действующими медицинскими кадрами, с другой.

Кроме того, динамика рынка труда и мобильность работников здравоохранения оказываются под влиянием экзогенных факторов. Например, такие процессы, как старение населения, изменение стиля жизни и структуры заболеваемости и появление новых технологий, обуславливают повышение спроса на услуги, тогда как во многих странах относительная численность медицинских работников для удовлетворения растущего спроса не поспевает за взятыми темпами. Такая динамика может стать причиной интенсивного оттока квалифицированного медицинского персонала, переезжающего в более благополучные страны назначения. Вследствие разразившегося глобального финансово-экономического кризиса правительства некоторых стран сокращают свои бюджеты здравоохранения, что сказывается на размере оплаты труда медработников и может привести к закрытию лечебных учреждений. Эти события влияют на динамику рынка труда и мобильность работников здравоохранения. Обращение к такой проблематике является одним из приоритетов как для государств-членов, так и для ВОЗ.

## 1.1 Глобальный кодекс ВОЗ по практике

Настоящий Кодекс был одобрен 21 мая 2010 г. согласно решению 193 государств — членов Всемирной организации здравоохранения в целях преодоления проблем, связанных с международной миграцией работников здравоохранения.

Кодекс практики способствует проведению в жизнь добровольных принципов, стандартов и методов не только в интересах соблюдения этических норм при международном найме персонала здравоохранения, но и в целях укрепления систем здравоохранения путем совершенствования практики планирования, удержания и стабилизации кадровых ресурсов в области здравоохранения.

В Кодексе представлена глобальная структура для развития медицинских кадров, и этот документ актуален как для стран происхождения, так и для стран назначения.

В рамках предложенной основы для укрепления систем здравоохранения и развития кадрового потенциала Кодекс ВОЗ был задуман государствами-членами как постоянно действующий и динамично развивающийся механизм для организации диалога и сотрудничества между многими заинтересованными сторонами на локальном, национальном, региональном и глобальном уровнях.

Кодекс практики (ВОЗ, 2010 г.) выдвигает на передний план шесть принципов, относящихся к международному найму персонала здравоохранения:

1. международный набор персонала при соблюдении принципов этики;
2. развитие кадровых ресурсов здравоохранения и обеспечение устойчивости систем здравоохранения;
3. справедливое отношение к работникам здравоохранения-мигрантам в странах «реципиентах» кадров
4. международное сотрудничество;
5. оказание поддержки развивающимся странам;
6. сбор данных и обмен информацией.

## 1.2 Поддержка ВОЗ в осуществлении Кодекса на практике

ВОЗ обеспечила выделение ресурсов и организацию и проведение различных технических совещаний и диалогов по вопросам политики в порядке оказания помощи странам для проведения в жизнь положений Кодекса, выпустив следующие материалы: *Национальный механизм формирования отчетности о деятельности, связанной с исполнением Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (National Reporting Instrument of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health)* (ВОЗ, 2012 г.); *Предварительный вариант Руководства по мониторингу осуществления на практике Глобального кодекса ВОЗ (Draft guidelines for monitoring the implementation of the WHO Global Code)* (ВОЗ, 2011 г. а); и *Руководство пользователя Глобальным кодексом ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel)* (ВОЗ, 2011 г. б). ВОЗ внесла свой вклад в составление доклада *Инновации в сфере сотрудничества: путеводитель по двусторонним соглашениям, касающимся проблемы миграции медицинских работников (Innovations in cooperation: a guidebook on bilateral agreements to address health worker migration)* (Dhillon, Clark и Kapp, 2010 г.).

ВОЗ продолжает работу по повышению качества информации и знаний, накопленных о КРЗ, а также по разработке методик, альтернативных курсов действий и глобальных рекомендаций, содействуя практическим шагам на уровне стран и оказывая им поддержку. Европейское региональное бюро ВОЗ организовало тематическую дискуссию в ходе проведения на Мальте Шестидесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ с целью стимулировать дебаты по возможным эффективным направлениям политики укрепления отечественных кадров здравоохранения и способствовать выполнению обязательств по реализации положений Кодекса. Вниманию государств-членов был предложен пакет из трех информационных ресурсов в поддержку внедрения

Кодекса в практику в Европейском регионе (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г., а-с). За последние три года Региональным бюро были организованы различные семинары по наращиванию кадрового потенциала и диалоги по вопросам политики в свете содержания третьего документа — *Усилия по достижению стабильности в кадровом обеспечении здравоохранения и по укреплению систем здравоохранения (Action Towards Achieving a Sustainable Health Workforce and Strengthening Health Systems)*.

Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана сталкивается с проблемой разнонаправленной динамики в отношении международной мобильности кадровых ресурсов здравоохранения как внутри самого Региона, так и между ним и другими регионами ВОЗ. В 2011 г. его Региональный комитет одобрил Рамочную основу для действий по обеспеченности Региона Западной части Тихого океана кадровыми ресурсами здравоохранения (2011–2015 гг.) в целях укрепления потенциала КРЗ в государствах-членах Региона. В странах Региона имело место множество диалогов по вопросам политики, например на Филиппинах, в Австралии и в рамках субрегиональной сети Ассоциации государств Юго-Восточной Азии (АСЕАН).

В этом техническом докладе находят свое отражение основные моменты Амстердамского диалога по вопросам политики и актуальным проблемам в области международной мобильности и набора персонала здравоохранения, который был организован Региональным бюро ВОЗ для стран Европы и Западной части Тихого океана (2–3 мая 2013 г.), что служит очередным наглядным примером деятельности ВОЗ в духе оказания непрерывной поддержки в этом направлении.

## 2. Ход работы по формированию отчетности о внедрении Кодекса в практику в разных регионах ВОЗ

### 2.1 Назначение национальных органов и отчетность

Кодекс практики предписывает Секретариату ВОЗ периодически отчитываться перед Всемирной ассамблеей здравоохранения о ходе работы по проведению в жизнь положений Кодекса, о прогрессе в достижении поставленных целей и о своих предложениях по его совершенствованию. Государства-члены договорились относительно необходимости назначения отдельного национального органа, отвечающего за обмен информацией о миграции персонала здравоохранения, и об осуществлении принятого Кодекса на практике. Так, Назначенный национальный орган (ННО) обязан периодически направлять в Секретариат ВОЗ свои отчеты о предпринятых мерах, полученных результатах, возникших трудностях и извлеченных уроках, включая информацию и данные, касающиеся международной миграции персонала здравоохранения. Важным промежуточным этапом в реализации Кодекса станет первый доклад Секретариата ВОЗ для рассмотрения на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г. (ВОЗ, 2013 г.) и в дальнейшем через каждые три года. В этом докладе будет представлена обобщенная информация о текущем положении дел с внедрением Кодекса в практику в государствах-членах и глобальный обзор по вопросам международной миграции персонала здравоохранения, развития трудовых ресурсов и укрепления систем здравоохранения.

После консультаций с государствами-членами ВОЗ разработала для стран национальный механизм формирования отчетности и разослала им письма с напоминанием о необходимости создания ННО и представления национального отчета. Между разными регионами существуют значительные различия в отношении порядка отчетности о применении Кодекса на практике; именно в Европейском регионе ВОЗ большинство стран учредили ННО и представили свои отчеты (см. табл. 1).

**Таблица 1. Положение дел с назначением национальных координаторов и отчетностью в регионах ВОЗ**

Регион ВОЗ	Кол-во государств-членов в Регионе	Кол-во государств-членов с серьезным дефицитом медработников	Кол-во созданных назначенных национальных органов	Кол-во полученных отчетов
Африка	46	36	13	1
Северная и Южная Америка	35	5	11	4
Юго-Восточная Азия	11	6	4	3

<b>Европа</b>	53	0	43	39
<b>Восточное Средиземноморье</b>	22	7	8	3
<b>Западная часть Тихого океана</b>	27	3	6	4
<b>Итого</b>	193	57	85	54

Помимо этого, качество отчетных материалов различается между собой и варьирует от простых отчетов с ограниченным объемом информации до детальных и содержательных отчетов, в частности полученных из Германии, Норвегии, Филиппин, Финляндии и других стран (см. вставку 1).

### **Вставка 1. Содержание отчетов стран о внедрении Кодекса в практику**

Из тех стран, которые представили ВОЗ свой отчет:

- 31 страна ведет статистический учет числа медработников, которым была присвоена первичная квалификационная категория за рубежом (Статья 7);
- 31 страна сообщила о том, что процессами коммуникации и обмена информацией, касающейся положений Кодекса, миграции и набора персонала, охвачены самые разные сектора (Статья 9);
- 23 страны проводят научные исследования в области миграции (Статья 6);
- 11 стран имеют базу данных о законодательных актах и нормативных положениях, связанных с международным набором персонала (Статья 7); и
- 10 стран ведут учет всех агентств по найму, которым официально разрешено заниматься оперативной деятельностью в стране (Статья 8).

В целом государства-члены направили в ВОЗ ограниченный и неполный объем информации и фактических данных. Вследствие этого отмечается несоответствие между отчетами, поступившими из государств-членов, и взятыми обязательствами в связи с единодушным одобрением Кодекса практики 193 государствами-членами 21 мая 2010 года.

## **2.2 Проблемы, возникающие при осуществлении Кодекса на практике**

В своих национальных отчетах ННО констатируют, что одной из ключевых проблем при проведении в жизнь положений Кодекса является подключение к работе множества заинтересованных сторон, участвующих в процессе принятия решений относительно миграции медицинских кадров и их международного найма. Эти заинтересованные стороны представляют разные иерархические уровни в секторе здравоохранения и других секторах (образование, финансы, трудовые отношения



и иностранные дела) и преследуют разные интересы по отношению к Кодексу практики. В одних странах текст Кодекса был переведен на другие языки, чтобы содействовать обмену информацией внутри страны, однако во многих других странах обеспечение перевода не рассматривалось в качестве приоритетной задачи.

### **2.2.1 Лидерство, а также роль и место ННО**

Одной из причин такой разницы в подходе могло быть отсутствие достаточной политической воли на национальном уровне, чтобы следовать принятым в Кодексе обязательствам. Более того, не все ННО обладают специальными знаниями и опытом или профессиональными квалификациями по тематике КРЗ, которые представляются необходимыми для выполнения их функции, и способны создать на национальном уровне платформу для сотрудничества, дискуссии и диалога. Эти различия могут быть обусловлены нехваткой ресурсов в распоряжении ННО и выдвигают на передний план необходимость определения кандидатур таких специалистов, которые обладают наивысшим уровнем квалификации и занимают соответствующие должности для выполнения функции ННО. К тому же прошло уже достаточно времени после учреждения ННО и крайних сроков представления отчетов; между тем в ряде случаев за истекшее время изменился членский состав изначально учрежденных ННО. В некоторых случаях индивидуальное последующее наблюдение со стороны ВОЗ на региональном уровне помогло определить новый ННО, но для оказания помощи всем странам реальных возможностей не было. Наряду с этим представляется сомнительным, что такое последующее наблюдение и механизм отслеживания ситуации окажутся устойчивыми. На самом деле можно сказать, что сильное региональное лидерство со стороны Европейского регионального бюро и других игроков несопоставимо с действиями на глобальном уровне.

### **2.2.2 Наличие данных**

Еще одной проблемой, о которой говорится в отчетных материалах стран, является отсутствие согласованных и всеобъемлющих данных о мобильности персонала здравоохранения для информационного обоснования политических альтернатив. Кроме того, нередко обращается внимание на слабость институционального и министерского потенциала для решения вопросов планирования и мобильности медицинских работников, что имеет место даже в некоторых странах Европейского региона ВОЗ. Страны также сталкиваются с трудностями при выработке договоренностей о межстрановом сотрудничестве в целях обмена данными и передовым опытом в деле совершенствования структуры управления мобильностью персонала здравоохранения. Не исключено, что особый упор на формирование отчетности мог отодвинуть на задний план необходимость в конкретных действиях и инновационном сотрудничестве между направляющими и принимающими странами.

В ходе совещания обсуждался целый ряд рекомендаций по улучшению работы национального механизма отчетности о применении положений Кодекса на практике (см. вставку 2).

## **Вставка 2. Предложения по совершенствованию процесса и принципов работы национального механизма формирования отчетности**

Участники совещания согласовали между собой рекомендации по совершенствованию национального механизма формирования отчетности.

- Использование национального механизма отчетности в качестве инструмента для повышения уровня информированности и содействия усилиям на национальном уровне, с тем чтобы такой инструмент не только обеспечивал выделение ресурсов для осуществления Кодекса практики, но и служил промежуточным результатом действий по проведению в жизнь положений Кодекса.
- Отражение более углубленной информации в отчетных материалах стран таким образом, чтобы страны, выделившие необходимые средства для получения углубленной информации, не теряли своей мотивации из-за отсутствия релевантной информации, направляемой другими странами.
- Постановка более открытых и менее закрытых вопросов, чтобы можно было получать дополнительную и более углубленную информацию.
- В дополнение к ресурсам, выделяемым по линии министерств здравоохранения, несение первичных затрат другими партнерами и заинтересованными сторонами, такими как другие министерства и, в частности, ОГО, поскольку последние нередко самым активным образом участвуют в стимулировании внедрения Кодекса в практику.
- Обеспечение обратной связи с министерствами здравоохранения относительно полноты их национальных отчетов в целях стимулирования соответствующей отчетности.
- Внедрение в практику онлайн-форума для стран в целях более интерактивного обмена фактическими данными и передовым опытом.

### **3. Проблемы и выгоды, обусловленные международной мобильностью КРЗ**

Кодекс практики имеет целью не только смягчить негативные последствия миграции персонала здравоохранения, но и довести до максимума положительное влияние на системы здравоохранения. Странам назначения предлагается сотрудничать со странами происхождения, чтобы и у тех, и у других была возможность извлечь пользу из международной миграции персонала здравоохранения. Это конкретно выражается в принципе взаимовыгодных отношений.

Как подчеркивали многие участники в своих презентациях и во время дискуссий в рамках диалога по вопросам политики, международная миграция медицинских работников — это комплексное явление, ответственность за которое лежит на множестве заинтересованных сторон как в странах происхождения, так и в странах назначения. Заинтересованные стороны, представляющие разные министерства, разные сектора и разные уровни (местный, национальный, региональный и глобальный), имеют отличающиеся (иногда противоположные) точки зрения, руководствуются своими интересами и своим представлением об истинном положении вещей. Участники согласились с тем, что любая попытка управления миграцией и получения взаимных выгод от этого процесса сопряжена с большими трудностями. Эта непростая задача усложняется еще и тем, что динамика рынка труда как важный фактор, задающий тон международной миграции персонала здравоохранения, может иметь свои особенности в зависимости от региона, страны и территории внутри того или иного государства и подвержена изменениям во времени, что сильно затрудняет процессы прогнозирования и управления проблемами и выгодами, связанными с международной мобильностью работников здравоохранения.

#### **3.1 Право на свободное передвижение в сравнении с правом на охрану здоровья**

Специалисты здравоохранения имеют право на переезд в те места, где они предпочитают работать, особенно в пределах регионов, на которые распространяется действие соглашений о свободном перемещении рабочей силы, как, например, в пределах Европейского союза (ЕС) или между странами, где существуют нормы о взаимном признании профессиональных категорий, в частности в государствах АСЕАН. Однако применительно к некоторым странам или отдельным территориям внутри страны эта свобода перемещения непосредственно ставит под угрозу соблюдение права на охрану здоровья населения.

Существуют самые разные характеристики динамики, под воздействием которой медработники могут принять решение оставить занимаемые ими посты ради поиска работы в другой стране или в другом регионе на территории той же страны. В странах с нехваткой персонала здравоохранения и относительно высокими зарплатами для медиков, например в Финляндии, специалисты здравоохранения (особенно врачи, но и медсестры тоже) во многом могут диктовать свои условия работы, в частности заявлять о своей заинтересованности трудиться в зимний сезон лишь в южной части страны или высказывать свои пожелания работать только в определенные смены. Различия

в размерах оплаты труда медработников являются важным фактором, способствующим перемещению персонала здравоохранения в страны с более высокими должностными окладами. Шведские врачи, например, могут найти работу в Катаре, Объединенных Арабских Эмиратах или Саудовской Аравии на период нескольких месяцев в течение года, чтобы получать высокую зарплату и платить небольшие налоги или вообще их не платить. Проведенные в Литве дискуссии в фокус-группах с участием медицинских работников показали, что медики не стали сравнивать свои зарплаты с окладами своих коллег за рубежом, но делали это с привязкой к заработным платам других специалистов в своей стране. Например, по имеющимся сведениям, врачи, обычно зарабатывающие примерно столько же, сколько и юристы, теперь задумываются над перспективой переезда в соседние страны, чтобы получать, как они считают, справедливую зарплату. Другие причины, по которым отдельные медработники стремятся выехать за границу, могут быть, к примеру, связаны с различиями в условиях труда и жилищных условиях, в доступности профессионального обучения и возможностях для карьерного роста, с медицинской инфраструктурой, а также с теми службами, в которых им официально будет разрешено практиковать, или с проявлениями коррупции в секторе здравоохранения.

### **3.2 Сектор здравоохранения, как и миграция, является фактором развития экономики**

Сектор здравоохранения является одним из основных мест для трудоустройства в странах, а миграция медицинских работников в масштабе глобального рынка труда представляет собой важный фактор в сфере предложения рабочей силы для этого сектора. Помимо облегчения бремени безработицы миграция может принести пользу стране происхождения в виде денежных переводов, а также новых навыков и компетенций, приобретенных мигрантами, которые возвращаются в свою страну.

В сфере здравоохранения стран ЕС работает примерно 10% от общей численности трудовых ресурсов. Это один из наиболее инновационных секторов, который способен создавать новые рабочие места (Европейский форум по здравоохранению в Гаштайне, 2010 г.). В период экономического кризиса 2008–2009 гг. и в последующем периоде глобальные уровни занятости населения в секторе здравоохранения, в отличие от других секторов, продолжали повышаться, несмотря на решения некоторых стран об уменьшении своих бюджетов здравоохранения, закрытии больниц и сокращении под влиянием кризиса фондов заработной платы КРЗ. По сравнению с аналогичным периодом 2008 г. зарегистрированные уровни занятости в службах здравоохранения в целом возросли на 2,3%<sup>1</sup>.

Миграция может оказаться фактором экономического развития в том смысле, что нетрудоустроенные медицинские работники будут искать и находить работу в территориях или странах, где они востребованы и где существуют вакантные места, благодаря чему вектор предложения рабочей

---

<sup>1</sup> На основании краткосрочных индикаторов Международной организации труда, которые отражают состояние рынков труда и данные по которым имеются лишь в некоторых странах. Рост занятости в пределах 2,3% в секторе здравоохранения основывается на данных, представленных такими отдельными странами, как Австралия, Австрия, Бельгия, Болгария, Босния и Герцеговина, Бразилия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Исландия, Ирландия, Испания, Италия, Казахстан, Канада, Кипр, Китай (Особый административный район Макао и Тайвань), Колумбия, Латвия, Литва, Люксембург, Маврикий, Мальта, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Перу, Польша, Португалия, Республика Корея, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты Америки, Таиланд, Турция, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Чили, Швейцария, Швеция, Эстония, Южная Африка и Япония.

силы будет ориентирован в сторону спроса на нее, обеспечивая тем самым более оптимальное использование имеющихся профессиональных навыков. В этом случае миграция поможет избежать ситуации, когда КРЗ будут работать на таких должностях в секторе здравоохранения, для занятия которых их уровень квалификации окажется излишне высоким, а также послужит фактором, предотвращающим нерациональное использование квалифицированных специалистов из числа КРЗ, поступающих на работу в своих странах в сектора, не имеющие отношения к здравоохранению.

Очередной выгодой от мобильности персонала здравоохранения можно считать перспективы, открывающиеся перед специалистами здравоохранения в плане повышения своих профессиональных навыков и компетенций. Мигранты могут возвращаться в родную страну, овладев навыками в период работы за границей. И, наконец, работающие за рубежом мигранты могут приносить существенный доход в виде денежных переводов в свои страны происхождения. Например, в структуре валового внутреннего продукта Филиппин поступления финансовых средств от работающих в заграничных территориях граждан составляют около 10 %.

### **3.3 Динамика рынка труда медработников не должна быть полностью отдана на откуп рыночной стихии**

Спрос на дополнительный набор медицинских работников в большинстве стран назначения, по-видимому, продолжится ввиду старения отечественных кадров и повышения спроса под влиянием демографических процессов. Правительствам нужно вмешиваться в ход развития событий с помощью соответствующих факторов оттока и притока кадров, реализуя курсы действий, меры нормативно-правового регулирования и стимулирования, чтобы обеспечить расстановку востребованных индивидуумов в нужном месте и в нужное время в целях гарантии соблюдения права населения на охрану здоровья.

Вмешательство со стороны правительств действительно необходимо вследствие трех характеристик состояния рынка труда медицинских работников.

1. Фактический спрос на рынке труда медработников продиктован потребностями населения в охране здоровья. Этот спрос не всегда уравнивается желанием или возможностью оплачивать труд на уровне индивидуума или на уровне системы здравоохранения.
2. Даже если система здравоохранения имеет возможность обеспечить достаточную численность трудовых ресурсов, это не означает, что такие ресурсы будут автоматически соразмерно распределены для удовлетворения медико-санитарных потребностей или что создана подходящая профессиональная структура с учетом конкретных запросов разных групп населения в охране здоровья.
3. Даже тогда, когда в нужном месте обеспечивается должное количество поставщиков медицинских услуг, обладающих подходящими профессиональными навыками, система здравоохранения должна иметь возможности для создания благоприятных условий труда, включая наличие оборудования и расходных материалов для эффективного функционирования КРЗ.

По прогнозам Европейской комиссии, к 2020 г. дефицит специалистов здравоохранения в странах ЕС составит примерно 1 миллион человек, если ничего не будет делаться для регулирования мер,

касающихся численности выпуска и удержания кадров (Европейский форум по здравоохранению в Гаштайне, 2010 г.), и этот дефицит, скорее всего, возрастет до 2 миллионов с учетом работников других категорий в сфере медобслуживания. Согласно прогнозам ЕС, в Европе наиболее востребованным в списке специальностей с незаполненными вакансиями станет медсестринский персонал. Масштабы, в которых ЕС и другие страны с высоким уровнем дохода, как, например, США или государства, входящие в состав Совета сотрудничества арабских государств Персидского залива<sup>2</sup>, сделают ставку на международный набор персонала, будут зависеть от наличия у них таких общих черт, как язык, культура, учебная программа или система взаимного признания уровня профессиональной подготовки другими странами. Приток кадров будет больше, если эти страны окажутся географически близкими и удобными для поездок туда и обратно, если в стране назначения сформируется сообщество мигрантов и если процедура оформления въезда в страну назначения будет относительно простой.

Такую мобильность можно наблюдать в странах Содружества независимых государств (СНГ)<sup>3</sup>. Не считая Беларуси, Российской Федерации и Казахстана (с 2012 г.), в странах СНГ нет общего рынка труда. Тем не менее в этом регионе наблюдается значительная международная мобильность и набор специалистов здравоохранения, особенно на временной основе, и, несмотря на нынешний экономический кризис, Российская Федерация является главной страной назначения. Притягательность Российской Федерации определяется не только большим спросом на персонал здравоохранения и более высокими зарплатами по сравнению с другими странами СНГ, но и отсутствием лингвистического барьера. Между странами СНГ и Российской Федерацией сохраняются персональные, социальные и культурные связи; налицо географическая близость и автоматическое взаимное признание дипломов медицинских работников, выданных до 26 декабря 1991 года. Более того, у людей нередко бывает возможность безвизового переезда из одной страны в другую, существуют и другие нормативно-правовые акты, благодаря которым в странах СНГ упрощен доступ на отечественные рынки труда.

### **3.4 Обеспечение устойчивости систем здравоохранения как задача первостепенной важности**

В идеальном случае активный международный набор персонала представляется последней надеждой для стран, сталкивающихся с проблемой обеспеченности КРЗ. Среди вариантов первого выбора можно назвать активизацию мер по организации курсов обучения, совершенствование подходов к удержанию кадров и повышению их продуктивности, улучшение набора профессиональных навыков и гибкости (или эффективного использования) медицинских кадров на национальном уровне.

Международная мобильность и набор персонала являются неотъемлемой составляющей более масштабной картины, в которой динамика рынка труда медицинских кадров и другие факторы оттока, притока и удержания персонала играют определенную роль в принципиальном решении отдельных медработников выезжать или не выезжать за границу в целях трудоустройства.

---

<sup>2</sup> Совет сотрудничества арабских государств Персидского залива объединяет в своем составе Бахрейн, Катар, Кувейт, Объединенные Арабские Эмираты, Оман и Саудовскую Аравию.

<sup>3</sup> Содружество Независимых Государств было учреждено в 1991 г. и включает в себя Азербайджан, Армению, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украину.



Стремление управлять миграцией не является рациональным решением проблемы несоответствия между предложением и спросом на рабочую силу. Странам следует поставить перед собой следующие вопросы: «Что является причиной такой мобильности медицинских работников и что можно предпринять, чтобы удерживать специалистов здравоохранения на местах после окончания учебного заведения?»; «Какую систему здравоохранения, включая медицинские кадры, нам бы хотелось иметь в будущем?»; «Действительно ли нам потребуются врачи и медсестры для оказания медико-санитарной помощи постоянно растущей численности населения с неинфекционными заболеваниями, или же мы можем допустить наличие альтернативных моделей, в рамках которых более значимую роль будут играть группы поддержки, волонтеры и новые кадры?» Примерами конкретных стран, размышляющих над перспективой внедрения альтернативных моделей медобслуживания, являются Финляндия (см. вставку 3), Нидерланды и Норвегия (см. вставку 4).

### **3.5 Быстро изменяющаяся динамика рынка труда медработников: спрос на интеллектуальный потенциал**

Вследствие ограниченного объема доступных фактических данных и методологий прогнозирования страны нередко излишне доверяют сиюминутным количественным показателям для информационного обоснования выбора курсов действия и стратегий.

Динамика рынка труда медицинских работников быстро меняется и чутко реагирует на изменения, в частности в сфере экономики и политики. Глобальный экономический кризис оказал влияние на факторы оттока и притока рабочей силы как в странах происхождения, так и в странах назначения. Например, вследствие кризиса в странах ЕС характеристики мобильности изменились, но это не привело к сдерживанию общих тенденций мобильности персонала здравоохранения. Если миграционные потоки из таких стран, как Болгария, Венгрия, Румыния и Эстония, возросли, то тенденции миграции рабочей силы в Ирландии и Португалии изменились на противоположные — с найма персонала здравоохранения из числа иностранцев на отток из страны медицинских кадров. Другие страны, как, например, Польша, отмечают возвращение на родину ранее выехавших специалистов.

В то же время нынешний кризис открывает перспективы для изменения принципов организации медобслуживания, в частности ввиду необходимости повышения уровня эффективности помощи происходит смещение акцента с третичного и вторичного уровней на уровень первичной медико-санитарной помощи. Такой сдвиг, в свою очередь, меняет профиль поставщиков услуг, которые будут востребованы в будущем. Например, в Нидерландах нехватку медицинских работников численностью 400 000 человек предсказывали еще несколько лет назад, но поскольку правительство стало проводить в жизнь политику стимулирования подготовки и трудоустройства кадров, обеспечивающих оказание долгосрочной медицинской помощи и уход за престарелыми, составленные прогнозы оказались в конечном итоге неточными.

Многим странам необходимо расширять свои потенциальные возможности по сбору, анализу и использованию точных данных для составления такой политической картины, которая убеждала бы политиков предпринимать конкретные действия. Только при наличии точных и оперативных данных и при условии прогнозирования будущих сценариев правительства смогут рассчитывать

на ожидаемый эффект от расширения масштабов профессионального обучения медработников, а также на то, что будущие выпускники сумеют найти работу у себя на родине.

Австралия, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Соединенное Королевство, США и Финляндия являются конкретными примерами тех стран, которые имеют в своем распоряжении информационную систему, позволяющую получать эти сведения и данные эпидемиологической разведки и составлять прогнозы на будущее. Вместе с тем, судя по ситуации во многих странах, доступная информация зачастую касается только врачебного и медсестринского персонала (так как эти категории медработников подлежат регистрации), но не затрагивает кадровый состав более низкого уровня. Был учрежден отдельный проект ЕС «Совместные действия ЕС по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения», чтобы гармонизировать используемые языковые средства и методологии, накопить специальные знания и опыт и добиться увеличения количества стран-членов ЕС, обеспечивающих сбор точных данных и адекватное планирование трудовых ресурсов здравоохранения.

### **3.6 Соблюдение этических норм при наборе персонала**

Набор персонала в соответствии с принципами этики и эффективная интеграция работников здравоохранения-мигрантов в стране назначения являются необходимым условием для обеспечения безопасности и благополучия мигрантов, а также качества услуг медработников, получивших образование в других странах.

Непростая задача, связанная с международным наймом персонала здравоохранения, состоит в обеспечении того, чтобы мигранты не подвергались эксплуатации или проявлениям несправедливости, особенно если речь идет о недокументированной миграции. Соблюдение этических норм при наборе персонала имеет большое значение не только с точки зрения гарантии прав и благосостояния мигранта, но и для обеспечения эффективности найма, расстановки и интеграции специалистов, их удержания внутри системы здравоохранения и достижения максимального уровня интеграции и продуктивности.

В процессе интеграции в систему здравоохранения страны назначения медицинских работников, говорящих на другом языке, представляющих иную культуру, имеющих разный уровень профессиональной подготовки и вышедших из другой системы здравоохранения, могут также возникать проблемы, касающиеся качества помощи и безопасности пациента в стране назначения. В целях обеспечения безопасности и благосостояния мигранта, равно как и качества услуг, оказываемых медработниками с иностранными дипломами, следует принимать во внимание четыре ключевых параметра, относящихся к интеграции работников здравоохранения, получивших образование в других странах.

- Профессиональная интеграция включает в себя этапы регистрации, аккредитации, лицензирования, профессионального обучения и проверки клинических и/или языковых навыков и умений.
- Интеграция с точки зрения соответствия иммиграционным требованиям связана с типом визы (образованием) и приобретением вида на жительство и языковыми навыками.
- Интеграция по месту работы связана с прохождением вводного курса или инструктажа в отношении новой производственной среды, получением равного доступа для карьерного роста



и реализации других возможностей, а также предоставлением рабочего места, где сослуживцы прошли соответствующую подготовку, чтобы способствовать интеграции коллеги, получившего образование в другой стране.

- Интеграция работников и членов их семей нуждается в персональной поддержке, то есть в такой составляющей, которой нередко уделяется наименьшее внимание, но которая играет важнейшую роль в обеспечении производительности труда работников здравоохранения-мигрантов, поскольку учитываются их более широкие запросы, и в стране назначения они чувствуют себя как дома. Примерами поддержки может служить возможность отправлять свои религиозные обряды; знание порядка функционирования государственных и частных служб, как, например, жилищного сектора, детских образовательных учреждений, программ страхования, служб здравоохранения, особенностей банковских счетов и договоров на оказание услуг телефонной связи, а также доступность информации о том, куда можно обратиться за этими услугами.

### **3.7 Взаимодействие со многими заинтересованными сторонами, разделяющими разные взгляды и преследующими разные интересы**

Проблемные вопросы и выгоды, связанные с международной мобильностью и подбором персонала здравоохранения, указывают на необходимость осуществления сбалансированного подхода к разным правам, перспективам, ценностям и интересам. Этот баланс требует участия всех вовлеченных заинтересованных сторон, политической приверженности и проявления качеств лидера.

Как было сказано выше, в связи с организацией этого диалога, по сути дела, и реализацией соглашений между заинтересованными сторонами в странах перед ННО возникают серьезные трудности в связи с применением Кодекса на практике. Интересы разных заинтересованных сторон, участвующих в решении проблемы международной мобильности специалистов здравоохранения, представляют собой политически чувствительный момент, который может помешать вовлечению политиков и принятию долгосрочных политических обязательств. Однако в тяжелые времена нередко бывает проще преодолевать политические и правовые барьеры. В целях создания предпосылок для взятия политических обязательств на самом высоком уровне, чтобы вплотную заниматься вопросом международной мобильности работников здравоохранения, во многих странах необходимо продолжать уже предпринятые усилия, проводя информационно-разъяснительную работу и повышая осознание актуальности решения названной проблемы.

Деятельность ОГО, средства массовой информации и оперативное использование данных, фактической информации, прогнозных моделей и сценариев — все эти слагаемые могут сыграть важную роль в изменении умонастроений среди политиков и в формулировании соображений, лежащих в основе предпринимаемых ими действий. Адресованная политикам информация должна быть простой и всеобъемлющей и нацеленной на пусковые факторы, относящиеся к сфере политики, на которую распространяется влияние политических деятелей и которая сфокусирована на краткосрочной перспективе. Кроме того, средства массовой информации могут показать конкретные примеры недобросовестного отношения, чтобы стимулировать рассмотрение затронутых проблем и дискуссии в парламенте.

Очередная проблема, связанная с применением Кодекса практики, заключается в том, что министерства здравоохранения не всегда успешно справляются с функцией «привратника», когда речь заходит о проведении положений Кодекса в жизнь. Необходимо активное подключение к этой работе министерств здравоохранения, образования, труда и иностранных дел и простых специалистов, в том числе организаций работодателей, профсоюзов, профессиональных ассоциаций и агентств по набору персонала. Такое взаимодействие с участием множества заинтересованных сторон может натолкнуться на дополнительные трудности в условиях с относительно ограниченным практическим опытом не только запуска процессов участия и начала диалога между многочисленными заинтересованными сторонами, но и оказания им поддержки в организации совместной работы.

### **Вставка 3. Международная мобильность и набор персонала — составная часть более масштабной картины: на примере Финляндии**

В настоящее время из всех стран ЕС в Финляндии наблюдаются самые высокие темпы старения населения, и она занимает четвертое место в списке стран мира со стремительно стареющим населением. В ближайшие годы выйдут на пенсию примерно 50 % трудовых ресурсов страны (включая медицинских работников). Учитывая будущую нехватку квалифицированного персонала, сектор здравоохранения приступил к подготовке международного найма специалистов здравоохранения в более крупном масштабе и более организованным образом. В связи с начавшимся процессом были проведены рабочие совещания с участием Министерства социальных дел и здравоохранения, Министерства образования, профсоюзов, организаций работодателей, профессиональных ассоциаций и крупных муниципальных образований. На этих совещаниях заинтересованные стороны обсуждали целесообразность набора иностранных специалистов здравоохранения, особенно в отдаленной перспективе. Участники согласились с тем, что такой набор персонала не решает основополагающей проблемы структурного и растущего дефицита кадров в рамках действующей структуры системы здравоохранения. Заинтересованные стороны уже приступили к подготовке кратко- и долгосрочных предложений по сокращению нехватки медицинских работников в стране. Эти долгосрочные предложения предусматривают внесение изменений в модели организации медобслуживания престарелых; пересмотр структуры кадровых ресурсов здравоохранения; более пристальное внимание к вопросам здорового образа жизни и профилактики и вовлечение в производственный процесс внутри страны безработных, как, например, иммигрантов. Эти варианты политического курса будут предложены вниманию нового правительства после выборов в 2015 году. Вместе с тем такая стратегия, как сокращение сроков обучения помощников медсестер по уходу за пожилыми людьми с изначально установленных трех лет до одного или двух лет, вызвала массу волнений и протестных настроений, в частности со стороны профессиональных ассоциаций. Для подготовки системы здравоохранения и отряда медицинских работников к предстоящему периоду требуется проявление твердой политической воли и духа политического предпринимательства. В своем стремлении реализовать структурные преобразования в секторе здравоохранения страны вправе воспользоваться нынешним экономическим кризисом и необходимостью сокращения бюджета здравоохранения.

## 4. Практический опыт решения назревших проблем

В Кодексе практики подчеркивается важность укрепления систем здравоохранения и трудовых ресурсов здравоохранения каждой страны, чтобы преодолеть проблемы дефицита кадров медработников и добиться самодостаточности. Кодекс также акцентирует внимание на необходимости искать решение проблем, обусловленных мобильностью работников здравоохранения, и предлагает организационные принципы сотрудничества между странами в вопросах международного найма персонала здравоохранения. Такие двусторонние, региональные и/или многосторонние договоренности могли бы включать в себя меры, которые позволяют странам происхождения извлекать пользу из международного набора персонала, например путем поддержки курсов обучения специалистов, обеспечения доступности специализированной подготовки кадров, передачи технологии, навыков и умений, а также поддержки возвратной миграции, временной или постоянной. В том же духе Кодекс практики поощряет циркулярную миграцию персонала здравоохранения, с тем чтобы приобретаемые знания и навыки приносили пользу как странам происхождения, так и странам назначения.

Во всем мире уже удалось осуществить немало мероприятий в соответствии с положениями Кодекса практики. Неуклонно растет влияние стандартов набора персонала с учетом этических соображений и всевозможных кодексов практики, и по-прежнему продолжается разработка ДСС в новом формате. На национальном уровне имеют место нововведения в деле укрепления потенциала медицинских кадров и системы здравоохранения в плане их самодостаточности и в странах происхождения, и в странах назначения. В качестве некоторых конкретных примеров за пределами Европейского региона и Региона Западной части Тихого океана можно назвать программу расширения сектора здравоохранения Эфиопии и национальный план развития кадров здравоохранения Руанды. В странах назначения в повестку дня включены такие вопросы, как укрепление потенциала медицинских кадров и обучение медработников нового поколения по линии официальной помощи в целях развития. На рис. 2 представлен обзор кодексов практики (КОП), разработанных за последнее десятилетие и касающихся международной мобильности персонала здравоохранения.

### 4.1 Двусторонние соглашения

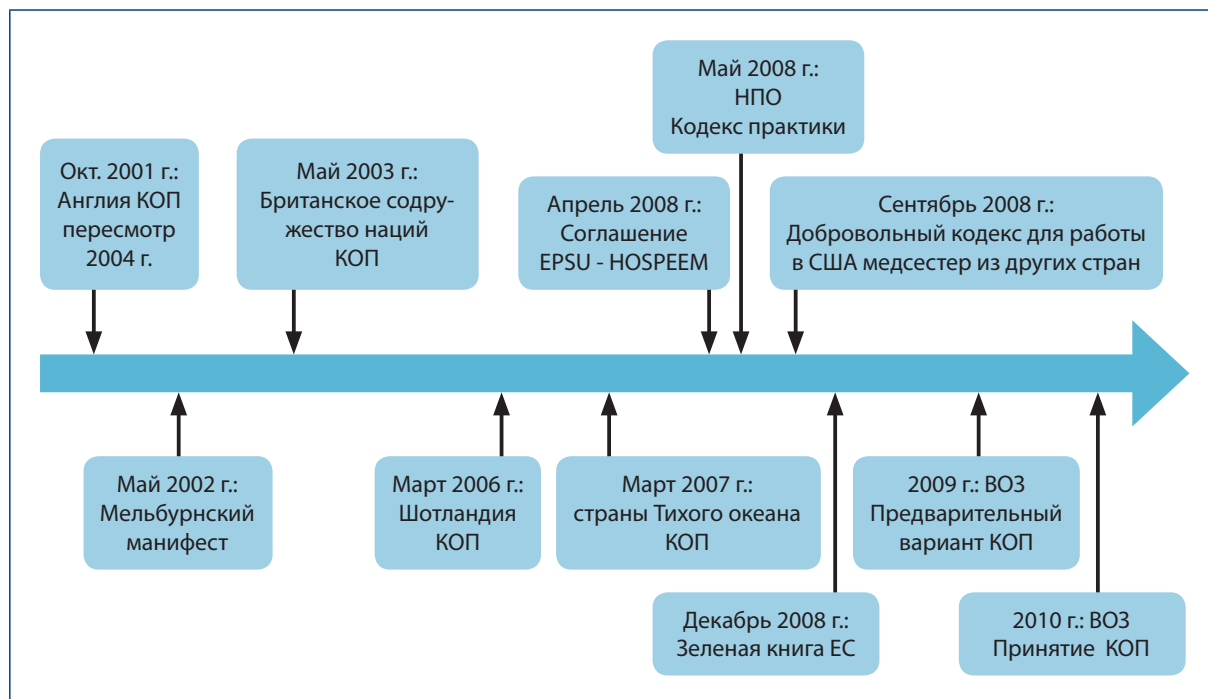
Статья 5.2 Кодекса ВОЗ по практике гласит:

Государства-члены должны использовать данный Кодекс в качестве руководства при заключении двусторонних и/или региональных, и/или многосторонних соглашений, чтобы способствовать развитию международного сотрудничества и координации в отношении международного найма работников здравоохранения. Подобные соглашения должны учитывать потребности развивающихся стран и стран с переходной экономикой в результате принятия надлежащих мер.

Нередко бывает так, что ДСС заключаются между соседними странами и/или между государствами с разными уровнями доходов и взаимными потоками медицинских работников. Поставленная цель заключается в повышении эффективности совместной работы по управлению потоками специалистов здравоохранения между странами. ДСС могут иметь самую разную форму — от

одностороннего меморандума о взаимопонимании (МОВ) до правового документа. Они также могут обслуживать различные интересы или задачи в области управления миграцией, начиная от ограничения числа медработников, которых допускается нанимать в той или иной стране, и заканчивая защитой прав мигрантов для содействия миграции персонала здравоохранения между странами. Кодексы практики могут быть разработаны специально для медицинских работников, или же связанные с ними аспекты могут учитываться в рамках более масштабных соглашений, регулирующих процессы миграции рабочей силы между странами.

**Рисунок 1. Кодекс практики и его место в решении проблем, связанных с мобильностью кадров медработников**



Примерами первых ДСС могут служить такие договоренности, как соглашение между Соединенным Королевством и Южной Африкой; МОВ между Филиппинами и Объединенными Арабскими Эмиратами; МОВ между Намибией и Кенией и «Соглашение о совместном управлении миграционными потоками» между Францией и Сенегалом. В начале XX столетия проекты соглашений главным образом разрабатывались в одностороннем порядке и преимущественно отвечали устремлениям страны назначения, когда ставились вопросы о дефиците трудовых ресурсов, защите постколониальных связей или содействии расширению экономической интеграции. Цели, преследуемые странами происхождения, состояли в обеспечении улучшения условий жизни и труда для работников-мигрантов, стимулировании совершенствования навыков и умений своих медработников и уменьшении бремени безработицы у себя в стране. Конкретными примерами в данном случае является ДСС между Филиппинами и Объединенными Арабскими Эмиратами или ДСС между Филиппинами и канадской провинцией Саскачеван.

В XXI веке подготовка ДСС обычно проходит при более тесном сотрудничестве между странами происхождения и странами назначения. Поставленные цели в основном направлены на содействие мобильности рабочей силы и гарантии социальной защиты мигрантов, а вопросы миграции и ее выгоды в интересах развития рассматриваются с более общих позиций. Проблемы, связанные

с «утечкой мозгов», анализируются более четко и предусматривают коллективную ответственность не только страны происхождения и страны назначения, но и работников-мигрантов в целях получения максимальных выгод и уменьшения ущерба от миграции. Такими примерами могут служить соглашения между Францией и Сенегалом, между Францией и Бенином, между Испанией и Марокко/Западной Африкой, а также между Филиппинами и Бахрейном.

Примеры новаторских подходов, вытекающих из этих ДСС, говорят о стремлении:

- стимулировать совместную деятельность и инвестиции в лечебно-профилактические учреждения, как, например, в учебные клиники и научно-исследовательские институты (Филиппины и Бахрейн);
- поддерживать усовершенствованную систему обучения и подготовки молодежи с помощью отчислений/пожертвований от компаний, нанимающих работников на условиях МОВ (Филиппины и провинция Саскачеван);
- совместно реализовывать научные проекты в поддержку развития людских ресурсов (Филиппины и провинция Манитоба);
- содействовать поступлению на связанные со здравоохранением курсы на базе высших учебных заведений (Намибия и Кения);
- более активно использовать специализированные учебные заведения (Судан и Саудовская Аравия).

На основании результатов обзора различных ДСС Консультативный совет по глобальной политике в области миграции медицинских работников выстроил две модели ДСС в целях выяснения потенциальной формы и содержания, которое может быть предусмотрено в рамках отдельно взятого ДСС, для всестороннего осмысления проблемы, связанной с мобильностью и международным наймом персонала здравоохранения, и выполнения функции руководства для тех стран (особенно из числа развивающихся), которые заинтересованы в разработке механизма ДСС.

Лорд Nigel Crisp, член Консультативного совета по глобальной политике в области миграции медицинских работников и бывший директор Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства, делает следующее заявление: «У нас есть видение мира, который изобилует благоприятными возможностями для работы и обучения за рубежом, а также для обмена идеями и специальными знаниями и опытом в нашем стремлении к совершенствованию глобального здравоохранения, и в котором каждая страна также имеет в своем распоряжении надежную минимальную численность квалифицированных медицинских работников».

#### **4.1.1 Филиппины**

В 2011 г. в заморских территориях работало около 10,5 миллиона филиппинцев, из которых более 40% были трудоустроены по временным контрактам в основном в таких странах, как Гонконг, Катар, Объединенные Арабские Эмираты, Саудовская Аравия и Сингапур. Ежегодно в период между 2008 и 2012 гг. от 17 000 до 22 000 специалистов здравоохранения, главным образом медсестры, уезжали из страны для работы за границей (по данным Филиппинского Управления трудоустройства в заморских территориях).

Правительство Филиппин проводит активную работу в соответствии с условиями двусторонних, региональных и многосторонних соглашений, договоренностей и диалога в порядке защиты интересов уехавших в заморские территории филиппинских специалистов на этапе до их выезда, в период и после завершения работы за рубежом вплоть до реинтеграции на Филиппинах. Согласно приобретенному Филиппинами опыту, не всегда бывает возможным заключение ДСС со странами назначения. В этом случае допускаются такие альтернативные варианты решения вопроса, как создание технических комитетов и установление связей с иностранными посольствами, чтобы по мере возможности управлять миграционным процессом должным образом. Еще одна проблема состоит в том, что условия ДСС не всегда отслеживаются, полностью выполняются или соблюдаются. Примером ДСС, которое последовательно проводилось в жизнь, является соглашение между Филиппинами и западными провинциями Канады (Альберта, Британская Колумбия, Манитоба и Саскачеван).

Несмотря на то что правительство Филиппин играет активную роль в управлении миграцией, работающие в заморских территориях филиппинские специалисты все же сталкиваются с проблемами после выезда за границу, например в связи с нарушениями надлежащей практики трудоустройства (в частности, назначение завышенной оплаты за принятие на работу или незаконный набор персонала); с трудоустройством, допускающим такие нарушения, как несоблюдение условий контракта, конфискация паспортов или проездных документов (или когда трудящийся мигрант нарушает законы и нормативные акты страны назначения); и в связи с тем, что касается профессиональных навыков (как, например, несоответствие между умениями мигранта и навыками и умениями, необходимыми для выполнения порученной работы).

Извлеченные из филиппинского опыта уроки говорят о том, что более пристальное внимание следует уделять формулированию практических методических указаний и проведению регулярных обзоров действующих соглашений (например, путем создания комитетов по обзору). Кроме того, в ДСС можно было бы включать дополнительные положения, чтобы обеспечить получение Филиппинами выгод от международного найма персонала здравоохранения посредством совершенствования системы развития трудовых ресурсов (например, путем оказания поддержки или обеспечения доступности курсов обучения, передачи навыков и умений и предоставления помощи на случай возвратной миграции).

#### **4.1.2 Республика Молдова**

После экономического кризиса в середине 1990-х годов в Республике Молдова наблюдался массовый отток трудовых ресурсов. По истечении десяти лет в стране восстановилась социальная и политическая стабильность, однако трудящиеся по-прежнему стараются изо всех сил, в то время как люди трудоспособного возраста покидают страну из-за различий в уровнях жизни между Республикой Молдова и соседними с ней странами. В ответ на эту ситуацию страна вступила в договорные отношения путем заключения ДСС с несколькими странами, в частности с Венгрией, Италией и Польшей.

В соответствии с «соглашениями о социальной защите мигрантов» Республика Молдова и страны назначения гарантируют работающим мигрантам справедливое отношение, соблюдение одинаковых социальных прав и выполнение таких же обязательств, как и в случае граждан страны постоянного проживания. Такое соглашение обязывает страну назначения вносить взносы в фонд



социального страхования работающих мигрантов и членов их семей и повышает степень взаимной применимости права на получение социальных пособий в странах.

По условиям «соглашений о миграции рабочей силы» Республика Молдова и страны назначения договариваются между собой по таким вопросам, как обеспечение равного отношения к работающим мигрантам по месту работы; уважение права работников-мигрантов вступать в профсоюзы или профессиональные ассоциации; обмен миграционными данными, представляющими взаимный интерес; посещение учебных курсов на этапе предварительного подбора персонала и накануне отъезда, связанных с изучением языка и культуры, развитием компетенций и профессиональных навыков; достижение договоренностей о циркулярной миграции и оказание помощи при реинтеграции мигрантов. Однако деятельность в этом направлении является относительно новой, а ограниченный практический опыт позволил извлечь лишь несколько полезных уроков.

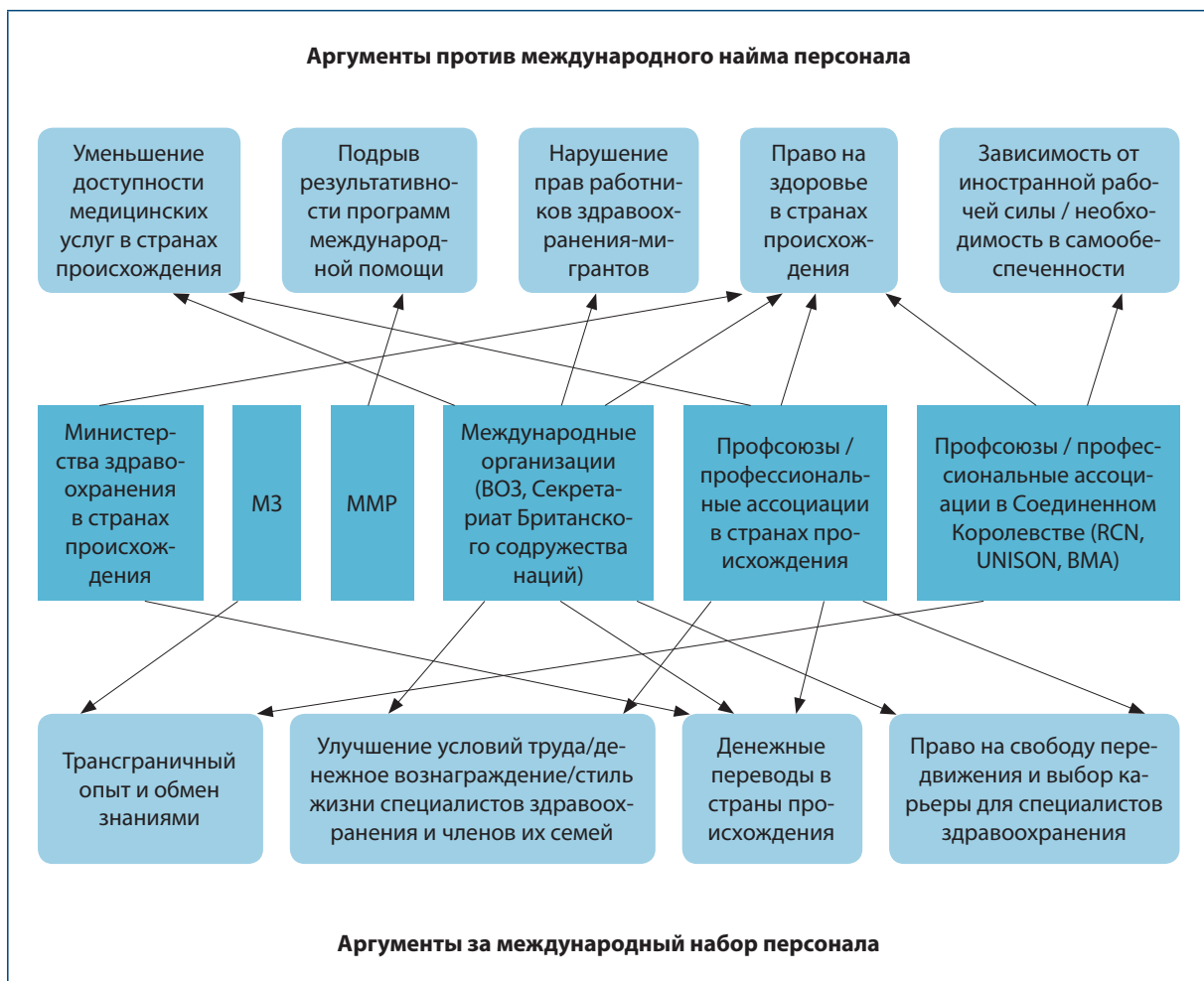
Приобретенный Республикой Молдова опыт показал, что миграция — это чувствительный вопрос, что граждан нужно убеждать в получаемых от нее выгодах и что непросто заручиться внутренней политической поддержкой в пользу миграции. К тому же не всегда бывает легко добиться сотрудничества от стран назначения. Наличие международной рамочной основы может способствовать переговорному процессу, и явиться инструментом для оценки воздействия ДСС на целевые группы бенефициаров.

### **4.1.3 Соединенное Королевство**

Как принимающая страна Соединенное Королевство также накопило определенный опыт при обсуждении условий ДСС, начиная с первых лет 2000-х годов при заключении ДСС с Германией, Индией, Индонезией, Испанией, Италией, Китаем, Филиппинами, Францией и Южной Африкой. Причина, по которой появились эти ДСС, была связана с решением Соединенного Королевства о расширении в конце 1990-х годов национальной службы здравоохранения. В целях обеспечения притока востребованного числа врачей и медсестер страна выделила средства на организацию национальных курсов обучения и активно использовала возможности международного найма для быстрого пополнения рабочей силы. После критики со стороны заинтересованных сторон в странах происхождения, как, например, в Южной Африке, Соединенное Королевство приступило к обсуждению вопросов о заключении ДСС со странами-поставщиками специалистов здравоохранения и разработало национальный кодекс по практике международного набора персонала. Особенно заметной оказалась реализация ДСС с Индией, Испанией, Филиппинами и Южной Африкой. Эти ДСС главным образом охватывали медсестринский персонал, хотя впоследствии действие некоторых из них распространилось в том числе и на врачей. На рис. 3 представлен обзор заинтересованных сторон в Соединенном Королевстве, включая их аргументы против международного набора персонала или за него.

Накопленный опыт показал, что при мониторинге и регулировании практики частных поставщиков медицинских услуг и частных агентств по подбору персонала возникают трудности. Конкурентоспособность государственных лечебных учреждений может пострадать при регулировании практики найма персонала исключительно в государственном секторе. Помимо этого, ДСС имеет свои последствия с точки зрения времени, трудовых ресурсов и административного бремени на уровне национальных органов и учреждений, которые могут ограничить их заинтересованность в присоединении к этим соглашениям.

**Рисунок 2. Заинтересованные стороны в Соединенном Королевстве и их аргументы против международного набора персонала или за него**



#### 4.1.4 Извлеченные уроки

Примеры из практики на Филиппинах, в Республике Молдова и Соединенном Королевстве говорят о том, что ДСС могут выполнять отдельные или все перечисленные ниже функции:

- одна из возможных мер для реагирования на критические высказывания о практике набора персонала внутри страны или за ее пределами;
- дипломатический инструмент в целях содействия миру, стабильности, безопасности и нормальным международным отношениям;
- рамочная основа для коммуникации и сотрудничества;
- способность создать конструктивную и взаимовыгодную рамочную структуру для получения максимальной пользы и минимизации издержек миграции, что в совокупности поможет
  - ограничить активный набор персонала (например, по линии Соединенное Королевство — Южная Африка и Соединенное Королевство — некоторые регионы Индии);
  - способствовать въезду и доступности трудоустройства квалифицированных специалистов (например, по линии Соединенное Королевство — Испания и Соединенное Королевство — Филиппины);



- увеличить долю легальной миграции и занятости;
- содействовать соблюдению этических норм при наборе персонала работодателями и агентствами по найму, предотвращать незаконные поборы и чрезмерные сборы с работающих и минимизировать случаи незаконного трудоустройства и ввоза иностранной рабочей силы;
- обеспечить посещение учебных курсов на этапе предварительного подбора персонала и накануне отъезда, связанных с изучением языка и культуры, развитием компетенций и профессиональных навыков;
- обеспечить более полное соблюдение требований и условий трудоустройства;
- обеспечить равное отношение к работающим мигрантам по месту работы;
- гарантировать уважение права работников-мигрантов вступать в профсоюзы или профессиональные ассоциации;
- обеспечить справедливое и быстрое разрешение трудовых споров;
- повысить уровень социальной защиты и степень взаимной применимости права на выплату социальных пособий в странах;
- обеспечить соблюдение договоренностей о циркулярной миграции и об оказании помощи при реинтеграции после возвращения;
- создать условия для обмена данными по миграции, представляющими взаимный интерес.

Тем не менее эти страны столкнулись с несколькими проблемами, связанными с обсуждением условий ДСС и их проведением в жизнь. Во-первых, страна назначения не всегда готова присоединиться к соглашению со страной происхождения. Во-вторых, при осуществлении и мониторинге ДСС в полном объеме могут возникнуть значительные трудности. Соблюдение условий ДСС частным сектором сопряжено со сложностями, поскольку нередко набор персонала по-прежнему происходит по другим каналам, как, например, через частный сектор или другими законными или незаконными путями. Такое недостаточно полное следование условиям ДСС ограничивает масштаб его действия и влияния. Суть одного важного фактора сводится к тому, чтобы установить, является ли ДСС единственным «законным» путем набора персонала или представляет собой только один из нескольких путей. В настоящее время накоплено недостаточно фактических данных о воздействии и устойчивости механизма ДСС, что затрудняет получение четкого ответа на вопрос о том, удастся ли в конечном итоге компенсировать необходимые временные затраты и вложения в людские ресурсы, равно как и административное бремя выполнения условий ДСС.

## 4.2 Признание профессиональных квалификаций

Одним из главных стимулов к миграции медицинских работников и факторов, содействующих их эффективной интеграции в систему здравоохранения страны назначения, является признание последней их профессиональных квалификаций.

### 4.2.1 ЕС

На основании принятой в 1989 г. Директивы ЕС об общей системе для признания дипломов о высшем образовании (вместе с поправками, внесенными в 1992 г.) в 2005 г. была разработана Директива ЕС о признании профессиональных квалификаций, которая вступила в силу в 2007 г.

и в которую неоднократно вносились поправки. Названная Директива охватывает 800 общепризнанных профессий, в том числе 7 в области здравоохранения. Из общего количества заявок по поводу признания профессиональных квалификаций 60% запросов поступают от медицинских работников. Благодаря введению на территории ЕС минимальных требований к уровню профессиональной подготовки профессиональные квалификации врачей, медсестер, акушерок, стоматологов и фармацевтов подлежат автоматическому признанию.

На данном этапе ЕС анализирует необходимость обновления этих минимальных требований к профессиональной подготовке кадров. Он также рассматривает возможность повышения уровня безопасности пациентов через совершенствование обмена информацией между странами и административными органами в пределах ЕС о специалистах здравоохранения, которым предъявлено обвинение в совершении профессиональных или уголовных правонарушений в стране, где они работают.

Соответствующие обращения направляются в контрольный орган страны назначения. Несмотря на упомянутую Директиву, этот процесс занимает долгое время и является нелегкой административной обузой для потенциальных специалистов здравоохранения-мигрантов. Некоторые страны по-прежнему пытаются препятствовать притоку медицинских работников, получивших образование в других странах, в частности обязывают их проходить тестирование на знание языка до выдачи разрешения. Признание специалиста на территории стран ЕС основывается на профессиональных навыках, а не на уровне знания языка. У стран должна быть возможность настаивать на проверках знания языка, но только после признания профессиональных квалификаций, причем есть большие сомнения относительно требования свободного владения языком.

Медицинские работники из третьих стран сталкиваются с дополнительными сложностями, когда решается вопрос о признании их профессиональных квалификаций. Соответствующее государство-член ЕС может признать уровень профессиональной подготовки специалиста в каждом конкретном случае. Только по истечении трехлетнего опыта работы в одной из стран-членов ЕС специалистам из третьих стран разрешается практиковать в других государствах-членах ЕС.

#### **4.2.2 АСЕАН**

Страны АСЕАН<sup>4</sup> разработали Азиатское рамочное соглашение с целью создать благоприятные условия для свободного перемещения специалистов и квалифицированной рабочей силы на территории государств-членов АСЕАН, чтобы повысить эффективность и конкурентоспособность, потенциал и предложение кадровых ресурсов и улучшить распределение набора необходимых услуг на пространстве АСЕАН и за его пределами.

В качестве составной части этой рамочной структуры страны внедрили в практику соглашение о взаимном признании, которое распространяется на практикующих медработников (врачей, медсестер и стоматологов) и специалистов в целях содействия мобильности практикующих медработников в пределах АСЕАН, обмена информацией и активизации сотрудничества в отношении взаимного признания практикующих медработников, содействия внедрению передовой практики, что

---

<sup>4</sup> Вовлеченные страны включают в себя Бруней-Даруссалам, Вьетнам, Индонезию, Камбоджу, Лаосскую Народно-Демократическую Республику, Малайзию, Мьянму, Сингапур, Таиланд и Филиппины.

касается стандартов и квалификационных категорий, и создания благоприятных возможностей для наращивания кадрового потенциала и повышения квалификации практикующих медработников.

Медицинские специалисты-иностранцы могут подавать заявки на признание в стране назначения. Профессиональные квалификации работников могут быть признаны и аттестованы при условии их активной и непрерывной работы по специальности в родной стране как минимум в течение пяти лет, при соответствии требованиям, предъявляемым к непрерывному профессиональному развитию, и в том случае, если они не нарушали какие-либо профессиональные или этические нормы.

Вместе с тем соглашение о взаимном признании не умаляет, не лишает или не вносит коррективы в незыблемость прав, власти и полномочий каждого государства — члена АСЕАН. За национальными профессиональными органами нормативного контроля в сфере медицины остается право регулировать присвоение квалификационных категорий, предъявлять дополнительные требования или проводить дополнительные оценки, отслеживать и проверять соблюдение установленных требований и принимать необходимые меры в случае отклонения от них. Вопросы принятия, осуществления, обмена информацией и обзора соглашения о взаимном признании (каждые пять лет) подлежат обсуждению членами Совместного координационного комитета АСЕАН по практикующим медицинским работникам. По каждой профессии (врачи, медсестры и стоматологи) учрежден отдельный комитет, заседания которого проходят на регулярной основе.

Благодаря этим комитетам страны согласуют между собой и обсуждают национальные дорожные карты для проведения соглашения в жизнь, узнают и получают представление о запросах и требованиях каждой страны, а также обмениваются информацией о нормативно-правовой практике во всех странах. Планы на будущее предусматривают обмен информацией о результатах проверки учебных заведений для подготовки врачей, стоматологов и медсестер и о системе подготовки специалистов.

### **4.2.3 Извлеченные уроки**

Практический опыт стран ЕС и АСЕАН указывает на то, что взаимное признание профессиональных квалификаций может обусловить улучшение и повышение эффективности нормативного регулирования профессиональной деятельности специалистов здравоохранения, работающих в стране назначения. Оно также содействует перемещению работников здравоохранения между странами. Однако оно требует интенсивного обмена и сотрудничества между странами, прежде чем автоматическое признание профессиональных квалификаций окончательно войдет в практику. На данный момент есть лишь ограниченный объем информации об опыте реализации этих начинаний.

## **4.3 Циркулярная миграция**

Вокруг понятия циркулярной миграции существует немало идей, но нет единого определения. Для примера можно привести две дефиниции:

- «...форма миграции, процедура управления которой допускает определенную степень легальной мобильности туда и обратно между двумя странами» (Европейская комиссия, 2007 г.); и

- «...временные, периодически повторяющиеся перемещения в официальном или неофициальном порядке через государственные границы, как правило, в целях трудоустройства и с участием тех же мигрантов. <...> это явление может отличаться от постоянной миграции (для проживания) и обратной миграции (один выезд и возвращение)...» (Wickramasekara, 2011 г.).

Как гласит Статья 3.8 Кодекса ВОЗ, «Государства-члены должны способствовать циркулярной миграции работников здравоохранения для достижения необходимого уровня навыков и знаний на благо как стран происхождения, так и стран назначения».

Приведенные определения показывают, что циркулярную миграцию не так просто отличить от временной миграции. Заинтересованные стороны, выступающие за циркулярную миграцию, приравнивают миграцию в этой форме к «тройному выигрышу» для стран-реципиентов трудовых ресурсов (куда направлен устойчивый поток работников, способных выполнять квалифицированную или неквалифицированную работу без несения затрат на интеграцию при условии временного пребывания возвратных мигрантов); для стран-доноров трудовых ресурсов (которые оказываются в выигрышном положении за счет поступления денежных переводов и повышения навыков и умений у тех, кто возвращается обратно); и для индивидуальных мигрантов (для которых расширение программ циркулярной миграции повышает реальные шансы на более безопасную, легальную миграцию и на упрощенную процедуру возвращения на прежнее место работы и воссоединения с семьей в родной стране).

Контраргументы состоят в том, что циркулярная миграция может обеспечить сокращение социальных и политических издержек миграции, ограничить права работника и причитающиеся выплаты (такие как пенсионное пособие и медицинская страховка), а также в том, что в действительности издержки процесса возвратной миграции, по всей вероятности, не будут полностью покрыты мигрантами. Другие риски могут быть связаны с коротким сроком действия контрактов, который негативно отражается на способности мигрантов оказывать помощь своим родным, и с возможной практикой найма в обход этических норм. То, что работодатель вправе решать, кто возвратится после продления срока контракта, ослабляет положение работников.

В целом, существует недостаточно конкретных примеров и фактических данных о воздействии циркулярной миграции на специалистов здравоохранения, что крайне осложняет проведение оценки сбалансированности затрат и выгод от реализации модели этого типа.

Одним из таких примеров являются результаты дискуссий в фокус-группах с участием врачей и медсестер из Республики Молдова, работающих в Румынии в рамках ДСС между двумя странами. Состоявшиеся дискуссии показали, что многие из 650 молдавских врачей, зарегистрированных Ассоциацией врачей Румынии, хотели бы создать в Румынии отдельную ассоциацию врачей из Молдовы, которая бы поддерживала прямые связи и сотрудничала с правительством Республики Молдова. Названные работники здравоохранения выразили свою готовность на какое-то время оказывать медицинские услуги населению Республики Молдова, проживающему в приграничных районах, как это делают работающие в Румынии медики из Болгарии и Венгрии. Можно было бы определить условия, способствующие тому, чтобы эти медработники оказывали помощь населению своей страны в рамках программ циркулярной миграции. К примеру, один из существующих барьеров в решении вопросов циркулярной миграции или реинтеграции в Республике Молдова

сводится к тому, что Республика Молдова не признает факт прохождения молдавскими врачами специализации в Румынии.

Республика Молдова взяла курс на содействие реинтеграции медицинских работников в национальную систему здравоохранения, как только они принимают решение о возвращении на родину, но до настоящего времени фактических данных на этот счет не имеется. Поскольку страна все еще не преодолела последствия экономических преобразований, она не готова к тому, чтобы вести активную пропаганду среди мигрантов, убеждая их вернуться в страну (как это делает правительство Малайзии). Республика Молдова взаимодействует с теми мигрантами, которые хотят вернуться на родину, прислушиваясь к их чаяниям и запросам членов их семей. Конкретным примером в плане возвращения в страну других работников здравоохранения-мигрантов могут служить медработники, которые сумели успешно реинтегрироваться в систему здравоохранения Молдовы.

Несмотря на интерес, проявляемый к концепции циркулярной миграции, ограниченный известный практический опыт реализации этой формы миграции не позволяет создать надежную базу фактических данных о ее осуществлении и результативности.

#### **4.4 Взаимодействие с множеством заинтересованных сторон, разделяющих разные взгляды и преследующих разные интересы**

Серьезной проблемой при внедрении положений Кодекса в практику является подключение к этой работе множества заинтересованных сторон, участвующих в процессе принятия решений по вопросам миграции рабочей силы и международного найма. Филиппины разработали собственный национальный механизм формирования отчетности о применении Кодекса практики, который использовался для повышения уровня информированности заинтересованных сторон и сплочения их усилий внутри страны для начала диалога по проблеме, связанной с международной мобильностью персонала здравоохранения. Под эгидой сети КРЗ на Филиппинах удалось собрать вместе представителей различных государственных структур, от которых зависит положение КРЗ, включая профсоюзы, агентства по подбору персонала, общенациональные и местные государственные больницы, частные клиники и профессиональные ассоциации.

Разные сектора имели свое представление о сути проблем, касающихся международной мобильности медицинских работников. Сектор здравоохранения был обеспокоен сбоями в системе оказания медико-санитарной помощи, а также проблемами удержания персонала и его социальной защиты. Представителей сектора занятости населения волновали вопросы безработицы и справедливого решения проблем трудоустройства. Обеспокоенность Министерства финансов и экономики касалась притока денежных средств, переводимых работниками из заморских территорий. Представители научных и профессиональных кругов выражали озабоченность относительно нормативно-правового регулирования, международных стандартов и признания компетенций. Представители других сторон поднимали вопросы политики в области миграции, трудовых отношений и т. д.

#### **Вставка 4. Дискуссии с участием многих секторов по гендерной проблематике и трудовым ресурсам здравоохранения в Норвегии**

Острые дискуссии в Правительстве Норвегии состоялись до принятия решения о внедрении Кодекса ВОЗ. В дальнейшем дискуссии между заинтересованными сторонами проходили в 2011 и 2012 гг., и еще одно обсуждение состоится в сентябре 2013 года. Уменьшение доли лиц, вовлеченных в активную трудовую деятельность, в сравнении с численностью тех, кто зависит от служб здравоохранения, требует наращивания отечественного и муниципального медсестринского потенциала и проведения дискуссий, в том числе по вопросу о том, как обеспечить более полное соответствие системы повышения квалификации КРЗ уровню спроса на рынке труда медработников.

Как и во многих других странах, отряд медицинских работников в Норвегии в значительной мере представлен женщинами, что является одной из причин занятости неполный рабочий день, которая в настоящее время дошла до высоких уровней. На каждую профессионально подготовленную медсестру приходится 50 % активно работающих по причине неполной занятости. Правительство Норвегии дало указание больницам сократить численность персонала, занятого неполный рабочий день, так как некоторые медсестры хотят работать на полную ставку. Однако оно не в силах решить вопрос о переходе на режим работы в течение полного рабочего дня ввиду действующих соглашений и норм регулирования на муниципальном уровне. В результате этого в настоящее время проходят переговоры между муниципальными образованияами и больницами в целях поиска решения вопросов, касающихся потребностей работников здравоохранения — женщин. Когда 10 % работников здравоохранения будут работать на полной ставке, как они того желают, произойдет существенное повышение производительности труда медицинских кадров.

## **4.5 Взаимодействие с частным сектором**

Диалог по вопросам политики на Филиппинах показал, что существуют реальные возможности для объединения точек зрения различных заинтересованных сторон и их переориентации в сторону общих позиций, связанных с положениями Кодекса практики. Частные агентства по найму в стране также проявляют интерес к сотрудничеству.

Сотрудничество имеет большое значение, поскольку есть потребность в регулировании практики подбора персонала в частном секторе, чтобы обеспечить не только следование агентствами по найму принципам упомянутого Кодекса, но и применение на практике этических норм. Важным ситуативным фактором на Филиппинах может оказаться то, что международная мобильность и международный подбор работников здравоохранения связан с большим объемом работы и высокой активностью агентств по найму.

На данном этапе Голландская ОГО «Wemos Foundation» в сотрудничестве с другими национальными ОГО занимается осуществлением трехлетнего проекта в восьми странах ЕС по содействию реализации положений Кодекса практики. Опыт в этой области, приобретенный в Нидерландах, показал,



что не было сложностей с установлением контактов и обменом информацией с агентствами по найму, но при попытке подключить их к этой работе и предпринять совместные действия возникли дополнительные трудности, и на это ушло время, поскольку такие задачи не входят в круг приоритетных для частных кадровых агентств. Иногда ранее установленные контакты терялись, а уровень активности агентов по найму, судя по всему, совпадал с интенсивностью притока в Нидерланды медицинских кадров из других стран. Агентства по подбору персонала, как представляется, проявляли более высокую активность и желание сотрудничать лишь в периоды набора большого числа специалистов.

Во время проведения в Амстердаме диалога ВОЗ по вопросам политики представитель одного из голландских агентств по набору персонала сослался на конкретный пример рекрутинговой компании, которая не имела ни малейшего понятия о существовании Кодекса практики. В целях отработки эффективной практики найма специалистов в соответствии с этическими принципами агентства руководствовались собственным опытом международного подбора персонала здравоохранения, учитывая, что не сработало, а что получилось хорошо. Они разработали программу обучения и интеграции специалистов для обеспечения эффективной практики найма, в соответствии с которой каждый аспект подбора персонала, его трудоустройства и интеграции основывается на приобретенном ими передовом опыте.

В 2008 г. Голландская ассоциация организаций здравоохранения (*Brancheorganisaties Zorg*) учредила добровольный Знак качества для агентств по подбору иностранной рабочей силы (*Keurmerk Bemiddelingsbureaus Buitenlandse Werknemers*). Этот Знак качества применим исключительно к деятельности голландских кадровых агентств, и поэтому его действие не распространяется на иностранные рекрутинговые агентства, нанимаемые голландскими поставщиками медицинских услуг в целях подбора персонала здравоохранения из других стран. До настоящего времени за Знаком качества пока не обращалось ни одно из агентств в Нидерландах.

Европейская ассоциация работодателей больниц и других учреждений здравоохранения (HOSPEEM) занимается координацией точек зрения и действий национальных ассоциаций работодателей, функционирующих в больничном секторе и секторе оказания медико-санитарной помощи. В 2008 г. HOSPEEM и Европейская федерация профсоюзов общественного обслуживания (ЕФПОО/ EPSU) подписали свод правил об Этических принципах трансграничного найма персонала и его удержания в больничном секторе. Члены HOSPEEM и EPSU должны придерживаться этих правил и обеспечить внедрение их в практику в течение ближайших трех лет.

Специализированные кадры представляет особую ценность для работодателей в секторе здравоохранения. В Нидерландах Министерство здравоохранения ежегодно выделяет 1 миллиард евро для организации и проведения последипломной специализированной подготовки врачей в стационарных учреждениях. Период подготовки узкого специалиста в среднем занимает 6 лет и обходится примерно в 150 000 евро на каждого обучающегося в год. Обучение специализированных медсестер, например планирующих работать в отделениях интенсивной терапии или операционных, в среднем продолжается 2 года и обходится в 30 000 евро на каждую медсестру в год.

В целях оптимального использования этих ресурсов принятый EPSU-HOSPEEM свод правил соответствует принципам регистрации и сбора данных; планирования кадров; равнодоступности профессионального обучения и карьерного роста; открытости и транспарентности информации



о вакантных должностях в стационарных учреждениях на пространстве ЕС; справедливости и прозрачности контрактной деятельности; регистрации, выдачи разрешений и признания квалификационных категорий; надлежущего введения в курс дела, предоставления жилья и обеспечения уровня жизни; соблюдения равных прав и отсутствия дискриминации; поощрения практики найма в соответствии с этическими принципами и свободы создания ассоциаций.

В 2012 г. силами социальных партнеров в 27 государствах-членах ЕС был составлен совместный аналитический доклад об использовании этого инструмента. Были выявлены следующие факторы успеха в популяризации и осуществлении свода правил EPSU-HOSPEEM: перевод на другие языки; совместные координационные комитеты; семинары или совещания с представителями профсоюзов и организаций работодателей, государственных органов на национальном и локальном уровне; и информация в интернете, руководство для пользователя и другие формы помощи. Одна из проблем в применении на практике свода правил EPSU-HOSPEEM заключалась в том, что повестка дня социальных партнеров была нередко адресована множеству секторов и включала в себя вопросы, способные повлиять на ход дискуссий по содержанию этого свода правил.

Оперативное взаимодействие с работодателями и менеджерами по кадровому обеспечению в здравоохранении имеет большое значение, особенно в пределах ЕС, где правительство не играет никакой роли при выдаче разрешений на работу и где вопросами регистрации и лицензирования занимаются профессиональные ассоциации. Профессиональные ассоциации играют немаловажную роль в вопросах мобильности и найма медицинских работников, а также оказывают помощь в получении точных и актуальных данных об обеспеченности кадрами здравоохранения и состоянии рынка труда.

Одним из двенадцати принципов, лежащих в основе свода правил EPSU-HOSPEEM, является свобода создания ассоциаций. Как только трудящийся мигрант начинает работать в стране назначения, профессиональные ассоциации могут играть определенную роль не только в защите работников-мигрантов от дискриминации в оплате труда или трудоустройстве ниже уровней квалификации, но и в их поддержке для достижения равных возможностей, чтобы мигранты могли вносить свой вклад в оказание качественной медико-санитарной помощи в стране. Следует и впредь продолжать изучение этого механизма в целях совершенствования практики подбора персонала в соответствии с этическими принципами, а также эффективной интеграции.

## 4.6 Интеграция

Процесс подбора персонала может соответствовать нормам этики (что проявляется в уважении прав и обеспечении благосостояния мигранта) и быть эффективным (при создании условий для максимального использования труда мигранта в стране назначения). Чтобы соответствовать принципам этики и быть эффективной, интеграция работников здравоохранения-мигрантов должна находить поддержку в стране назначения в отношении юридического статуса, профессиональных навыков и квалификаций, нормативно-правовых положений, производственной среды, коллег по работе, личной и семейной жизни. Интеграция не достигается сразу же после прибытия работников-мигрантов в страну, а лишь тогда, когда, находясь в новой стране и на новом рабочем месте, они чувствуют себя комфортно и как дома.

Однако на пути эффективной и соответствующей нормам этики интеграции могут возникать трудности, которые проявляются в нередко затяжном и сложном процессе найма, трудоустройства и интеграции и для преодоления которых нужно сделать многие шаги и подключить множество ответственных агентств и органов власти. В табл. 2 представлен конкретный пример с описанием действий, которые должны быть предприняты медсестрой из Филиппин или одной из стран ЕС до получения визы и регистрации в качестве медсестры в Соединенном Королевстве (легализация и профессиональная интеграция). При обращении за этими услугами медицинские работники-иностранцы могут сталкиваться со многими трудностями в процессе их общения с разными органами власти и регистрации и агентствами, причем можно легко сбиться с пути, контактируя с различными системами.

**Таблица 2. Конкретные шаги в связи с легализацией и профессиональной интеграцией в Соединенном Королевстве медсестринского персонала из Филиппин или одной из стран ЕС**

Конкретные шаги, связанные с процессом международного найма в целях легализации и профессиональной интеграции	Филиппины	ЕС
1. Доверительный фонд Национальной системы здравоохранения назначает агентство по подбору персонала; по каждой стране в отдельности	•	•
2. Агентство распространяет рекламу или использует сетевые ресурсы для возбуждения интереса	•	•
3. Процесс подбора согласован с Доверительным фондом/агентством	•	•
4. Собеседование в стране с представителем Доверительного фонда (и сотрудником агентства)	•	•
5. Фонд отбирает кандидатуры медсестер	•	•
6. Агентство передает сведения с именами и фамилиями медсестер в Совет Соединенного Королевства по сестринскому делу и акушерству (NMC)	•	•
7. NMC направляет медсестрам комплект документов заявителя	•	•
8. Медсестры пересылают обратно в агентство заполненные формы документов	•	•
9. Комиссия по регулированию профессиональной деятельности (Филиппин) направляет в агентство подтверждение подлинности профессиональных квалификаций	•	
10. Агентство пересылает NMC полный комплект документов	•	•
11. NMC готовит письмо с указанием периода адаптации (если потребуется) или сообщает об удовлетворении/отклонении заявки	•	•

Конкретные шаги, связанные с процессом международного найма в целях легализации и профессиональной интеграции	Филиппины	ЕС
12. Агентство направляет письмо/информацию NMC в иммиграционную службу Соединенного Королевства	•	
13. Иммиграционная служба Соединенного Королевства рассматривает заявку и может выдать разрешение	•	
14. Разрешение пересылают в агентство по найму	•	
15. Агентство пересылает разрешение посольству Соединенного Королевства в стране	•	
16. Посольство Соединенного Королевства проверяет подлинность персональных данных о медсестре	•	
17. Посольство Соединенного Королевства выдает визу	•	
18. Управление Филиппин по найму в заморских территориях дает окончательное разрешение и выездную визу	•	
19. Агентство бронирует авиабилет	•	•
20. Медсестры прибывают на территорию Соединенного Королевства	•	•
21. Медсестры проходят предписанный NMC период адаптации / обучение по Программе для медсестер из заморских территорий	•	
22. Сведения о медсестрах вносятся в реестр NMC	•	•

То, что этот процесс может занимать до одного года, порой подталкивает медицинского работника принять решение о переселении с помощью неофициальных каналов, что делается максимально быстро при наименьшем количестве шагов. Более того, без хорошо организованной траектории интеграции можно легко нанять медицинского работника-иностранца, но не обеспечить его удержание.

В Финляндии кадровым агентством OPTTEAM была выполнена реконструкция шагов, которые должны быть сделаны медсестрой из Филиппин в целях обеспечения интеграции в стране как по месту работы, так и на индивидуальном уровне (см. рис. 4). Голландское агентство по подбору персонала «T&S Care» представило описание аналогичного процесса, в соответствии с которым значительное внимание уделяется профессиональной, производственной и персональной интеграции, на примере которой показана важная роль «привратника» в лице работодателей и агентов по найму при обеспечении эффективной интеграции специалистов здравоохранения в стране назначения в соответствии с этическими принципами.

Рисунок 3. Конкретные шаги в связи с легализацией, профессиональной и персональной интеграцией и обустройством на рабочем месте в Финляндии медсестры из Филиппин



В целях содействия этому интеграционному процессу в США были созданы добровольные программы предварительного скрининга в странах происхождения для отбора персонала здравоохранения, желающего переехать в США на основании соответствия миграционным критериям. Благодаря скринингу уменьшается количество излишних обращений. Норвегия осуществляет в Индии и Российской Федерации пилотную программу, которая предоставляет информацию потенциальным мигрантам в посольствах Норвегии. В Соединенном Королевстве действует общенациональный процесс регистрации для оформления въезда специалистов здравоохранения через один пункт, а Австралия недавно перешла на процедуру регистрации на базе единого национального органа штата, отказавшись от такой практики во множестве штатов.

## 5. Выводы

Участники диалога ВОЗ по вопросам политики для преодоления проблем, связанных с международным наймом и мобильностью персонала здравоохранения, представляли как страны происхождения, так и страны назначения, национальный и региональный уровни, многие министерства, ОГО, организации работодателей в области здравоохранения, агентства по подбору персонала, научные сообщества и институты информатизации. В ходе работы совещания в очередной раз подчеркивалось, что структура кадровых ресурсов здравоохранения является комплексной, но динамичной. Экономический кризис внес свои коррективы в динамику, но не в базовые демографические тенденции формирования отряда КРЗ. Участники согласились с тем, что Кодекс практики как таковой является необходимым, но недостаточным для реального влияния, разработки и апробации курсов действий по подготовке стабильных медицинских кадров. Кодекс станет эффективным при условии его использования в рамках мероприятий, проводимых множеством заинтересованных сторон, а не только в качестве одного из административных инструментов, конечным результатом которого является формирование отчетности.

Круг касающихся КРЗ основных проблем во всех странах включает в себя порядок набора персонала, методы его удержания, профессиональную структуру и продуктивность медицинских работников. Ограничения, связанные с наличием необходимых данных о КРЗ, будут ощущаться и впредь, но не должны становиться причиной бездействия. ВОЗ рекомендует использовать имеющиеся данные наилучшим образом, насколько это возможно, в поддержку прогнозирования будущих сценариев, в целях вовлечения необходимых для конкретных действий многочисленных заинтересованных сторон и влияния на них, одновременно соглашаясь с тем, что данные не являются доказательной базой, а сами доказательства не тождественны стратегически важным сведениям. Существующая надлежащая и перспективная практика в отношении ДСС, интеграция специалистов здравоохранения в стране назначения, взаимное признание квалификационных категорий, циркулярная миграция и подключение к работе множества заинтересованных сторон — все эти слагаемые могут быть использованы в качестве призыва к действию.

В процессе диалога по вопросам политики в области применения Кодекса на практике большое значение придавалось пяти основным идейным соображениям.

### **5.1 Активизация информационно-разъяснительной работы в целях закрепления уже достигнутых успехов и повышения осознания важности принятого Кодекса**

Ощущается постоянная потребность в том, чтобы повышать уровень осознания актуальности одобренного Кодекса. Целевая аудитория для проведения такой работы на международном уровне выходит за пределы сектора здравоохранения и включает в себя другие учреждения системы Организации Объединенных Наций и такие политические форумы высокого уровня, как «Большая восьмерка», «Большая двадцатка» и Всемирный экономический форум. Закрепляемая

за специалистами ВОЗ роль сводится к созданию альянсов с названными группами по принятию решений на высоком уровне и их представителями.

Многие работодатели и рекрутинговые агентства, относящиеся к числу важнейших заинтересованных сторон в сфере этически ориентированного и эффективного международного найма персонала здравоохранения, плохо информированы о действующем Кодексе ВОЗ. Назначенные национальные органы могут сыграть ключевую роль в популяризации данного документа и вступлении в диалог с этими заинтересованными сторонами. Усилиям на поприще коммуникации могут содействовать конкретные шаги по проведению в жизнь положений Кодекса и распространению информации о нем.

С точки зрения практической деятельности ВОЗ очень важно правильно расставить приоритеты в отношении КРЗ, поскольку отряд медицинских работников является важнейшей составляющей повестки дня по укреплению систем здравоохранения и достижению всеобщего охвата медицинскими услугами. Государства-члены могут сыграть важную роль в том, чтобы КРЗ было уделено первоочередное внимание в повестке дня ВОЗ. Ныне проводимые консультации с государствами-членами ВОЗ могли бы способствовать тому, чтобы задачи укрепления потенциала медицинских кадров и систем здравоохранения превратились в неотъемлемую часть целенаправленных приоритетов повестки дня ВОЗ на ближайшие годы.

## **5.2 Поощрение диалога и развитие сотрудничества с заинтересованными сторонами**

Важнейшим компонентом усилий в поддержку внедрения Кодекса в практику является эффективная работа по улучшению осведомленности и развитию диалога на страновом уровне. Эту коммуникацию можно обеспечить путем общенационального диалога с участием множества заинтересованных сторон в целях обмена точками зрения, ценными достижениями и ориентирами, связанными с международным наймом и мобильностью специалистов здравоохранения. В состав таких заинтересованных сторон могут входить различные министерства; страны-партнеры по линии двусторонних контактов; социальные партнеры; профсоюзы; организации работодателей; профессиональные ассоциации и агентства по подбору персонала как в государственном, так и в частном секторе. Важно, чтобы эти заинтересованные стороны осознавали, что Кодекс практики может служить их интересам. Разработанный ВОЗ национальный инструмент формирования отчетности может использоваться как координирующий механизм для этих совещаний, а также как инструмент коммуникации по макроэкономике и фискальному пространству, разработкой которого сейчас занимается ВОЗ; кроме того, он может способствовать взаимопониманию между министерствами здравоохранения и финансов.

Могут быть также задействованы и существующие платформы. В качестве конкретных примеров в Европейском регионе ВОЗ можно привести сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, в работе которой участвуют представители высокого уровня от различных министерств, и проект «Совместные действия ЕС по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения», который уже объединяет усилия многих заинтересованных участников. Накопленный опыт и форумы

в рамках программы ОГО «Wemos Foundation» (Нидерланды) по осуществлению положений Кодекса на практике во множестве стран ЕС могут также служить отправным моментом в этой работе.

Основная задача состоит в подключении к работе различных заинтересованных сторон в секторе здравоохранения и секторах за его пределами (образование, финансы, трудовые отношения и иностранные дела), которые преследуют разные интересы и цели, чтобы можно было согласовать и внедрить единый базовый набор принципов.

### **5.3 Поиск примеров надлежащей практики и расширение базы фактических данных**

Ощущается необходимость в расширении базы фактических данных. Было отмечено, что ВОЗ может играть определенную роль при сборе, обобщении и пропаганде конкретных примеров осуществления Кодекса на практике и полезного опыта, в частности через веб-сайт ВОЗ или другие онлайн-форумы. На государства-члены возложена ответственность за направление в ВОЗ сведений с описанием примеров из практики, информации и данных, чтобы у ВОЗ была возможность более эффективно выполнять функцию популяризации этих сведений.

Имеются перспективы для обобщения полезного опыта, приобретенного в результате предпринятых за последнее время таких инициатив, как исследование Международной организации труда в области двусторонних соглашений с участием Филиппин, и оценка соглашения между Японией и Филиппинами, проведенная Японским агентством по международному сотрудничеству. Эти исследования могли бы быть положены в основу разработки методологии или рамочной структуры для оценки реализации и воздействия мер по управлению миграцией, что помогло бы найти ответы на следующие вопросы: что сработало, что не сработало, каковы результаты, для кого и почему предназначены эти меры. При существующих ограничениях, касающихся доступных ресурсов в поддержку научных изысканий и получения фактических данных, странам следует рассмотреть перспективы максимального использования на данном этапе потенциала школ общественного здоровья и академических кругов. Замысел состоит в том, чтобы научные вопросы, касающиеся укрепления кадровых ресурсов здравоохранения, были включены в повестку дня этих учреждений. КРЗ — это не отдельно взятая научная дисциплина, а, скорее, симбиоз многих отраслей знаний, включая экономику, миграцию, социологию и психологию. Представляется разумным сочетать эти разделы специальных знаний для дальнейшего осмысления проблем, связанных с обеспеченностью кадрами медицинских работников, и обмена знаниями с другими участниками процесса научных исследований в области КРЗ. Этот диалог и обмен знаниями могут иметь место на семинарах и учебных курсах, организации и проведению которых содействовали многие научные направления и заинтересованные стороны в целях расширения потенциальных возможностей ученых и политиков по изучению проблематики КРЗ. Помимо этого, национальным, субрегиональным и региональным обсерваториям по КРЗ и сотрудничающим центрам ВОЗ может принадлежать важная роль в укреплении потенциала и обмене информацией.



## **5.4 Проведение оценки изменяющихся тенденций на рынке труда медработников и формирование отчетности**

Действующие обсерватории по КРЗ, сотрудничающие центры ВОЗ, ЕС и Совместные действия по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения, Ассоциация государств Юго-Восточной Азии и Организация экономического сотрудничества и развития представляют собой отлаженные структуры для выполнения задачи сбора, анализа и представления данных и прогнозов по поводу быстро изменяющихся тенденций на рынке труда медицинских работников. Эта информация должна стать доступной и использоваться для упрочения не только базы теоретических знаний, бытующих представлений, потенциальных возможностей и технического ноу-хау у лиц, принимающих решения по вопросам обеспеченности кадрами здравоохранения, но и для укрепления взаимосвязи КРЗ с макроэкономическим контекстом.

## **5.5 Использование ситуации в связи с необходимостью реформы в целях устойчивого укрепления потенциала медицинских кадров**

В условиях нынешнего глобального экономического кризиса бюджеты на охрану здоровья и содержание КРЗ во многих странах ограничены или сокращаются. Меняются, но не падают темпы международной мобильности медицинских кадров, и в предстоящие годы эти процессы, скорее всего, усилятся. Управление миграцией в отрыве от других процессов не должно быть поставлено во главу угла политических решений. Желание разобраться в причинах несоответствия между отечественным спросом на специалистов здравоохранения и предложением таких кадров имеет очень большое значение. Более того, кризис дает реальные возможности для реализации политики и стратегий по реформированию сектора здравоохранения и медработников, чтобы в будущем придать устойчивость обеспечению медицинскими кадрами и системам здравоохранения.

## **5.6. Ближайшие события, связанные с популяризацией применения положений Кодекса на практике**

Кодекс предоставляет возможности для повышения информированности участников процесса на страновом и международном уровнях, чтобы они приняли на себя обязательства по стабилизации ситуации с медицинскими кадрами. Страны смогут направлять в адрес ВОЗ и других заинтересованных сторон соответствующую информацию, сообщать о передовом опыте и знаниях для преобразования последних в конкретные действия. События 2013 г., в ходе которых в глобальном масштабе можно будет пропагандировать проведение в жизнь положений Кодекса, включают в себя следующее:

- Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 20–28 мая в Женеве, Швейцария;

- панельная дискуссия в ходе работы Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения «Компетенции работников здравоохранения: время, чтобы мыслить нестандартно» (совместные устроители и организаторы — Бельгия и Бразилия) 20 мая в Женеве, Швейцария;
- заседание в рамках Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, посвященное Глобальному кодексу ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения «Поддержим взятый курс на осуществление Кодекса» 22 мая в Женеве, Швейцария;
- Рабочее совещание по профессиональному медицинскому образованию в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана 10–12 июня в Маниле, Филиппины;
- Консультативное совещание высокого уровня и обзор реализации стратегий развития систем здравоохранения в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана 22–24 июля в Маниле, Филиппины;
- Консультативное совещание стран с высоким уровнем дохода по кадровым ресурсам здравоохранения в связи с проведением Третьего глобального форума по кадровым ресурсам 4–5 сентября в Осло, Норвегия;
- Шестьдесят третья сессия Европейского регионального комитета ВОЗ 16–19 сентября в Измире, Турция;
- конференция по системам здравоохранения, включая заседание по кадровым ресурсам здравоохранения, в ознаменование прогресса, достигнутого после принятия Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», 17–18 октября в Таллинне, Эстония;
- Шестьдесят четвертая сессия Регионального комитета ВОЗ для стран Западной части Тихого океана 21–25 октября в Маниле, Филиппины;
- тридцать пятая годовщина принятия Алма-Атинской декларации 5–6 ноября 2013 г. в Алматы, Казахстан;
- Третий глобальный форум по кадровым ресурсам здравоохранения 10–13 ноября в Ресифи, Бразилия; и
- Министерская конференция по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними 10–12 декабря в Ашхабаде, Туркменистан.

## Библиография

Dhillon IS, Clark ME, Kapp RH (2010). *Innovations in cooperation: a guidebook on bilateral agreements to address health worker migration*. Washington, DC, Aspen Institute ([http://aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/pubs/Bilateral%20Report\\_final%20code.pdf](http://aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/pubs/Bilateral%20Report_final%20code.pdf), accessed 13 May 2013).

European Commission (2007). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee of the Regions on circular migration and mobility partnerships between the European Union and third countries*/\* COM/2007/0248 final\*/Brussels, 16.5.2007 ([http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type\\_doc=COMfinal&an\\_doc=2007&nu\\_doc=248](http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2007&nu_doc=248)).

European Health Forum Gastein (2010). Possible shortage of up to two million health care workers by 2020 – EU taking action to prevent impending crisis in providing health care [press release]. Gastein, European Health Forum Gastein (<http://www.ehfg.org/681.html>, accessed 31 May 2013).

International Labour Office (2010): *The sectoral dimension of the ILO's work- Update of sectoral aspects regarding the global economic crisis: Tourism, public services, education and health*. ILO, Governing Body, Committee on Sectoral and Technical Meetings and Related Issues. GB.307/STM/1, 307th Session, March 2010.

ВОЗ (2010). *Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-ru.pdf), доступен с 13 мая 2013 г.).

WHO (2011a). *Draft guidelines for monitoring the implementation of the WHO Global Code*. Geneva, World Health Organization ([http://who.int/hrh/migration/draft\\_guidelines.pdf](http://who.int/hrh/migration/draft_guidelines.pdf), accessed 13 May 2013).

WHO (2011b). *User's guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Geneva, World Health Organization ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HSS\\_HRH\\_HMR\\_2010.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf), accessed 13 May 2013).

WHO (2012). *National Reporting Instrument of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_CODE\\_NationalReportingInstEn.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_CODE_NationalReportingInstEn.pdf), accessed 13 May 2013).

WHO (2013). *The health workforce: advances in responding to shortages and migration, and in preparing for emerging needs*. Report by the Secretariat. Geneva, World Health Organization ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_25-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_25-en.pdf), accessed 31 May 2013).

WHO Regional Office for Europe (2012a). *Implementing the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in the European Region: A Policy Brief*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/173054/Policy-Brief\\_HRH\\_draft-for-RC62-discussion.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/173054/Policy-Brief_HRH_draft-for-RC62-discussion.pdf), accessed 13 May 2013).

WHO Regional Office for Europe (2012b). *Toolkit for Country Health Workforce Strengthening*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/172413/Toolkit-for-Country-Health-Workforce-Strengthening-FINAL.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/172413/Toolkit-for-Country-Health-Workforce-Strengthening-FINAL.pdf), accessed 13 May 2013).

WHO Regional Office for Europe (2012c). *Action Towards Achieving a Sustainable Health Workforce and Strengthening Health Systems: Implementing the WHO Global Code of Practice in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/172201/Action-towards-achieving-a-sustainable-health-workforce-and-strengthening-health-systems.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/172201/Action-towards-achieving-a-sustainable-health-workforce-and-strengthening-health-systems.pdf), accessed 13 May 2013).

Wickramasekara, P (2011). *Circular Migration: A Triple Win or a Dead End*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.gurn.info/en/discussion-papers/no15-mar11-circular-migration-a-triple-win-or-a-dead-end>, accessed 31 May 2013).

## Приложение 1. Программа работы совещания

**Четверг, 2 мая 2013 г.**

### **Приветствие и открытие совещания.**

#### **Задачи и обзор программы совещания.**

Hans Kluge, директор, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ.

#### **Представление участников.**

#### **Обзор ситуации с мобильностью медицинских работников в международном масштабе и развития событий в этом направлении.**

Gulin Gedik, руководитель группы, Развитие кадровых ресурсов, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, и  
Галина Перфильева, руководитель программы, Кадровые ресурсы здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

### **Заседание 1. Проблемы, возникающие в сфере международного найма и мобильности персонала здравоохранения.**

#### **Глобальные проблемы в сфере международного найма и мобильности кадров медицинских работников.**

Peggy Clark, Консультативный совет по глобальной политике в области миграции медицинских работников, Институт Аспена, США.

#### **Актуальные проблемы рынка труда медицинских работников и связанные с этим последствия.**

Christiane Wiskow, Международная организация труда, Женева.

#### **Влияние кризиса и процессов расширения ЕС на эффективность работы систем здравоохранения.**

Matthias Wismar, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Брюссель.

#### **Мобильность кадров медицинских работников в странах СНГ.**

Ольга Чудиновских, директор, Центр демографической политики, Российская Федерация.

*Дискуссия (ведущий Mihály Kökény)*

**Четверг, 2 мая 2013 г. (продолж.)**

**Заседание 2. Механизмы для поиска решения проблем и получения дополнительных выгод от международного найма и мобильности персонала здравоохранения.**

**Меры ЕС в ответ на проблемы с медицинскими кадрами: политика и конкретные действия.**

Caroline Hager, Генеральный директорат Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей.

**Совместные действия ЕС по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения.**

Michel Van Hoegaerden, Совместные действия по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения, Федеральная государственная служба здравоохранения, Бельгия.

**Вовлечение гражданского общества**

Remco van de Pas и Linda Mans, ОГО «Wemos Foundation», Нидерланды.

**Диалог на страновом уровне по вопросам разработки политики с участием многих заинтересованных сторон.**

Kenneth Ronquillo, Департамент здравоохранения, Филиппины.

**Страновой подход к уменьшению эффекта оттока медицинских работников.**

Otto Christian Rø, Норвежский директорат здравоохранения, Норвегия.

*Дискуссия (ведущий Hans Kluge).*

**Заседание 3. Двусторонние трудовые соглашения: введение в тематику и практический опыт стран.**

**Введение в тематику двусторонних соглашений.**

Peggy Clark, Консультативный совет по глобальной политике в области миграции медицинских работников, Институт Аспена, США.

**Двусторонние трудовые соглашения: на примере Филиппин.**

Liberty Tesorero Casco, Филиппинское управление по трудовой занятости населения в заморских территориях.

**Анализ опыта принимающей страны: на примере Соединенного Королевства.**

Евгения Плотникова, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство.

**Опыт Республики Молдова: проблемы и успехи.**

Victor Lutenco, директор, Бюро по связям с диаспорами, Республика Молдова.

*Дискуссия (ведущая Marjolein Dieleman).*

**Пятница, 3 мая 2013 г.**

**Заседание 4: Международный набор и интеграция работников здравоохранения-мигрантов.**

**Свод правил EPSU-HOSPEEM соблюдения этических принципов найма и закрепления кадров в больничном секторе и последующего наблюдения за ситуацией.**

Tjitte Alkema, Генеральный секретарь, HOSPEEM, Нидерланды.

**Интеграция работников здравоохранения-мигрантов в странах назначения.**

Jim Buchan, специалист-советник, Инициатива «Health workforce Australia».

**Международный набор персонала — это только частичное решение проблемы: на примере Финляндии.**

Ulla-Maija Laiho, Министерство занятости и экономического развития, Финляндия.

**Кадровое агентство «T&S Care».**

Linda den Teuling, директор-распорядитель, Нидерланды.

*Дискуссия (ведущая Gulin Gedik).*

**Заседание 5. Признание квалификационных категорий и другие действия.**

**Директива ЕС по признанию профессиональных квалификаций.**

Caroline Hager, Генеральный директорат Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей.

**Ситуация, сложившаяся в Болгарии.**

Todorica Kostadinova, декан факультета, Медицинский университет Варны.

**Договоренность о взаимном признании.**

Zabedah Baharudin, Министерство здравоохранения, Малайзия

**Циркулярная миграция.**

Christiane Wiskow, Международная организация труда, Женева.

*Дискуссия (ведущая Marjolein Dieleman).*

**Заседание 6. Взаимные выгоды и солидарность: выводы и первоочередные действия.**

*Дискуссия (ведущие Jim Buchan и Hans Kluge).*



## Приложение 2. Список участников

### Австралия

Проф. James Buchan  
Специалист-советник  
Инициатива «Health Workforce Australia»  
Мельбурн

### Бельгия

Г-н Lieven De Raedt  
Назначенный национальный орган  
Федеральная государственная служба здравоохранения, безопасности пищевой цепи и окружающей среды  
Херцеле

Г-н Michel Van Hoegaerden  
Руководитель программы  
Совместные действия по планированию и прогнозированию кадров здравоохранения  
Федеральная государственная служба здравоохранения, безопасности пищевой цепи и окружающей среды  
Брюссель

### Болгария

Проф. Todorka Kostadinova  
Декан факультета общественного здравоохранения  
Медицинский университет Варны  
Варна

### Финляндия

Г-жа Ulla-Maija Laiho  
Директор по вопросам развития  
Министерство занятости и экономического развития  
Хельсинки

### Франция

Г-жа Michèle Audéoud-Fauris  
Поверенная в европейских и международных делах  
Министерство социальных дел и здравоохранения  
Генеральный директорат организации медико-санитарной помощи  
Стратегический департамент

## **Германия**

Г-жа Julia Warich  
Назначенный национальный орган  
Советник  
Германское агентство по международному сотрудничеству  
Бонн

## **Венгрия**

Д-р Edit Eke  
Центр подготовки кадров по управлению службами здравоохранения  
Университет Земмельвейса  
Будапешт  
Д-р Mihály Kökény  
Советник по вопросам политики  
Будапешт

## **Малайзия**

Д-р Zabedah Baharudin  
Зам. директора  
Секция либерализации и глобализации  
Отдел медицинской практики  
Министерство здравоохранения  
Патраджайя

## **Норвегия**

Проф. Otto Christian Rø  
Директор проекта  
Норвежский директорат здравоохранения  
Департамент глобального здравоохранения  
Осло

## **Филиппины**

Г-жа Liberty Tesorero Casco  
Зам. руководителя  
Трудоустройство и соцобеспечение  
Филиппинское управление трудовой занятости населения в заморских территориях  
Мандалуйонг сити

Д-р Kenneth Ronquillo  
Директор  
Бюро развития кадровых ресурсов здравоохранения  
Департамент здравоохранения  
Манила

## **Республика Молдова**

Д-р Eugenia Berzan  
Руководитель, Департамент иностранных дел и европейской интеграции  
Министерство здравоохранения  
Кишинев

Г-н Victor Lutenco  
Бюро по связям с диаспорами  
Кишинев

Г-жа Lilian Moraru  
Зам. директора  
Главное управление международного права  
Министерство иностранных дел и европейской интеграции  
Кишинев

## **Румыния**

Г-жа Adriana Galan  
Национальный институт общественного здоровья  
Бухарест

## **Российская Федерация**

Г-жа Ольга Чудиновских  
Зав. секцией, Центр демографической политики  
Экономический факультет  
Московский государственный университет  
Москва

Г-жа Зульфия Ижаева  
Назначенный национальный орган  
Руководитель отдела  
Федеральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения  
Министерство здравоохранения  
Москва

## **Швейцария**

Г-жа Delphine Sordat Fornerod  
Назначенный национальный орган  
Зам. руководителя подразделения по глобальному здравоохранению  
Федеральный департамент внутренних дел  
Федеральное бюро общественного здравоохранения  
Отдел по международным делам  
Берн

## **Турция**

Г-жа Elif Islek  
Назначенный национальный орган  
Генеральный директорат по научным исследованиям в области здравоохранения  
Министерство здравоохранения  
Чанкайя

## **Соединенное Королевство**

Д-р Евгения Плотникова  
Научный сотрудник  
Эдинбургский университет  
Эдинбург

## **Международные организации и партнеры**

### **Институт Аспена**

Г-жа Margaret Clark  
Директор  
Консультативный совет по глобальной политике в области миграции медицинских работников  
Институт Аспена  
Вашингтон  
США

Г-жа Katie Drasser  
Зам. директора  
Аспенское глобальное здравоохранение и развитие  
Институт Аспена  
Вашингтон  
США

### **Генеральный директорат Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей**

Г-жа Caroline Hager  
Специалист по вопросам политики  
Брюссель  
Бельгия

### **Европейская ассоциация работодателей больниц и других учреждений здравоохранения (HOSPEEM)**

Г-н Tjitte Alkema  
Генеральный секретарь  
Брюссель  
Бельгия

Г-жа Elisa Benedetti  
Специалист по вопросам политики  
Брюссель  
Бельгия

### **Международная организация труда**

Г-жа Christiane Wiskow  
Специалист по службам здравоохранения  
Женева  
Швейцария

### **Голландская ОГО «Wemos Foundation»**

Г-жа Anke Tijtsma  
Директор  
Амстердам  
Нидерланды

Г-жа Linda Mans  
Советник по вопросам здравоохранения, Кадровые ресурсы для программы здравоохранения  
Амстердам  
Нидерланды

Г-н Remco van de Pas  
Старший советник по вопросам политики здравоохранения  
Программные ресурсы для здравоохранения  
Амстердам  
Нидерланды

### **Кадровое агентство «T&S Care»**

Г-жа Linda den Teuling  
Директор-распорядитель  
Валвейк  
Нидерланды

### **Всемирная организация здравоохранения**

#### **Европейское региональное бюро**

Г-н Arcadie Cotruta  
Национальный специалист-профессионал  
Страновой офис ВОЗ, Республика Молдова

Д-р Hans Kluge  
Директор  
Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Г-жа Sharon Miller  
Ассистент программы  
Кадровые ресурсы здравоохранения

Д-р Галина Перфильева  
Руководитель программы  
Кадровые ресурсы здравоохранения

Г-н Matthias Wismar  
Политолог  
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

### **Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана**

Д-р Gulin Gedik  
Руководитель группы  
Развитие кадровых ресурсов

### **Королевский тропический институт, Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям, подготовке и развитию кадровых ресурсов здравоохранения**

Д-р Marjolein Dieleman  
Директор  
Нидерланды

Г-жа Christel Jansen  
Советник по системам здравоохранения и кадровым ресурсам здравоохранения  
Нидерланды

## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая югославская  
Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

### **Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)