



# ► Отраслевая справка МОТ

Дата: 11 апреля 2020 г.

## Кризис COVID-19 и сектор здравоохранения

Вспышка новой коронавирусной инфекции (COVID-19) проверяет на прочность национальные системы здравоохранения, их потенциал противодействия, степень готовности и скорость реагирования на чрезвычайные ситуации. Стремительное распространение COVID-19 подчёркивает настоятельную необходимость укрепления медицинских кадров как неотъемлемой части любой устойчивой системы здравоохранения<sup>1</sup>.

Медработники<sup>2</sup> служат фундаментом системы здравоохранения. Миллионы представителей этой профессии, в силу её характера, каждый день рискуют здоровьем, делая свою работу. Однако кто защищает самих медработников, находящихся в эпицентре борьбы с пандемией COVID-19? Чтобы обеспечить им необходимую защиту в предстоящей долгой битве за спасение жизней, первоочередное внимание должно уделяться уважению их трудовых прав и созданию для них достойных условий труда.

В настоящем документе содержится информация о воздействии пандемии COVID-19 на работников и системы здравоохранения, а также о принятых мерах раннего реагирования. Поскольку ситуация меняется очень быстро, в документе представлен предварительный анализ, который будет обновляться и дополняться в ближайшие недели.



© Pleganathan

**Штат Тамил-Наду, Индия:** опрос граждан, находящихся на самоизоляции во время пандемии коронавируса, о состоянии их здоровья.

1 Li L et al.: “COVID-19: the need for continuous medical education and training”, in The Lancet (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

2 В настоящем документе термин «работники здравоохранения» относится к: а) персоналу, прошедшему подготовку по медицинским специальностям и выполняющему клиническую работу в медицинских учреждениях; б) всем работникам, занятым в государственном и частном секторах здравоохранения, независимо от профессии; в) всем работникам, задействованным в предоставлении медицинских услуг, даже если они работают в других секторах или отраслях, таких как привлекаемые на условиях подряда службы уборки, питания, охраны или заёмного труда. См. МБТ: Расширение занятости и улучшение условий труда в службах здравоохранения: доклад, подготовленный для обсуждения на Трёхстороннем совещании по расширению занятости и улучшению условий труда в службах здравоохранения (Женева, 2017 г.).

## ► 1. Влияние COVID-19 на работников здравоохранения

К 10 апреля 2020 года более чем в 200 странах, районах и территориях Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подтвердила более 1,4 млн случаев заражения COVID-19 и свыше 87 000 смертельных исходов<sup>3</sup>.

К 8 апреля 2020 года в 52 странах ВОЗ зарегистрировала 22 073 случая заражения COVID-19 среди медицинских работников. Тем не менее ВОЗ заявляет, что в отсутствие систематической отчётности число инфицированных медработников в мире, вероятно, занижено<sup>4</sup>. Заражение медработников стало распространённым явлением с началом пандемии. Как показало обследование в Китае, к февралю 2020 года было зарегистрировано 3019 случаев заражения COVID-19 среди работников здравоохранения, у 1716 из которых диагноз был подтверждён (3,8% всех подтверждённых случаев, из них 63% в Ухани). Из общего числа 14,8% случаев классифицированы как тяжёлые или критические с пятью смертельными исходами<sup>5</sup>. В Италии на 9 апреля 2020 года было подтверждено 14 066 случаев заражения COVID-19 среди работников здравоохранения, то есть более 10% всех инфицированных<sup>6</sup>. В Ирландии каждый пятый случай заражения COVID-19 подтверждён среди медработников<sup>7</sup>. В Того зарегистрировано пять случаев инфицирования работников здравоохранения, то есть 8,6%<sup>8</sup>.

Однако многие страны не ведут систематического сбора данных о числе инфицированных медработников, поскольку там не созданы адекватные механизмы отчётности. Кроме того, во многих отчётах данные об инфицированных работниках здравоохранения не представляются в разбивке на бытовые и профессиональные источники заражения: в них обобщаются данные о случаях заражения, полученные из всех источников.

### Аспекты безопасности и гигиены труда

С каждым инфицированным работником здравоохранения в рядах борцов с пандемией появляется очередная брешь. Поэтому вопросом первостепенной важности является обеспечение безопасности и здоровья медработников. Работники лечебных заведений особенно подвержены риску инфицирования COVID-19. Сейчас стало известно, что двумя основными путями передачи вируса являются непосредственные контакты с больными и заражение воздушно-капельным путём. Пока ещё неизвестно, как долго вирус может оставаться активным на поверхностях<sup>9</sup>. Это усугубляет риск контактной передачи инфекции от больного обслуживающему персоналу, например, работникам прачечной, уборщикам и тем, кто занят утилизацией клинических отходов.

Защита работников здравоохранения в основном связана с предупреждением заражения и распространения COVID-19. Ключевое значение отводится прозрачности и своевременности распространения информации о путях передачи инфекции. Важнейшую роль также играют средства индивидуальной защиты (СИЗ) и обучение их правильному использованию. Особые меры борьбы с инфекцией, такие как визуальные предупреждения, дыхательная гигиена и соблюдение правил поведения при кашле, ношение маски, изоляция лиц с симптомами респираторной инфекции и меры защиты от воздушно-капельных инфекций, могут помочь предотвратить респираторное заражение медицинских работников и пациентов в стационарах<sup>10</sup>.

3 ВОЗ: [Coronavirus \(Covid-19\)](#) [вход на сайт выполнен 10 апреля 2020 г.].

4 ВОЗ: [Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) Situation Report – 82](#) (Женева, 11 апреля 2020 г.).

5 Z. Wu and J.M. McGoogan: [Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) outbreak in China - Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention](#), JAMA Network (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

6 Epicentro: [Daily infographic](#) [вход на сайт выполнен 10 апреля 2020 г.]. На основании профессиональных групп, а не источников риска.

7 [Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March](#), правительство Ирландии [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

8 Презентация директора по вопросам гигиены труда Министерства здравоохранения Того на веб-семинаре WHO EPIWIN, посвящённом национальным программам охраны труда медицинских работников, 7 апреля 2020 г.

9 [COVID-19 transmission questions](#), ВОЗ [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

10 МОТ и ВОЗ: [Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders](#) (Женева, 2018 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

Как показали результаты недавно опубликованного опроса членов профсоюза медицинских сестёр в США (National Nurses United), всего лишь 30% респондентов сообщили о наличии у работодателя достаточного запаса средств индивидуальной защиты на случай резкого роста числа больных, инфицированных COVID-19. Только 65% в прошлом году прошли обучение безопасным приёмам надевания и снятия СИЗ<sup>11</sup>. Кроме того, по сообщениям из Соединённых Штатов, отсутствуют ясные рекомендации о том, когда и где следует использовать маски. В одних учреждениях медработники получали выговоры за то, что ношение защитных масок вызывало беспокойство у пациентов<sup>12</sup>, а в других им угрожали увольнением за то, что они открыто жаловались на нехватку СИЗ и на условия труда во время пандемии<sup>13</sup>.

Международный совет медицинских сестёр и Итальянская ассоциация медицинских сестёр предупредили о серьёзных последствиях дефицита СИЗ для медицинских работников. В условиях нехватки или поставки некачественных СИЗ медики, лечащие больных COVID-19, подвергаются высокому риску заражения<sup>14</sup>. Широкое распространение инфекции среди медработников ведёт к появлению новых ограничивающих факторов в системе здравоохранения и увеличивает нагрузку на коллег, заменяющих тех, кто уходит на карантин как минимум на 14 дней.

Ношение СИЗ, таких как маски и очки, в течение всей смены может причинять дискомфорт из-за жары, раздражения кожи и затруднённого дыхания. Предварительные данные из Ухани (Китай) о вспышке COVID-19 свидетельствуют о широком распространении (до 97%)<sup>15</sup> случаев раздражения и повреждения кожи при использовании СИЗ и об увеличении их числа с ростом продолжительности ношения СИЗ<sup>16</sup>.

Обследование в больнице Чжуннань Уханьского университета показало, что долгие часы работы и недостаточная санитарная обработка рук также

увеличивают риск заражения COVID-19 среди медперсонала<sup>17</sup>.

Это подчёркивает необходимость неуклонного следования правилам безопасности и гигиены труда как неотъемлемой части общей системы администрирования здравоохранения. В целом ряде методологий MOT содержатся подробные рекомендации, касающиеся защиты медицинских работников (см. раздел 3).

Большое значение также придаётся своевременному предоставлению информации и открытому диалогу между работниками и работодателями системы здравоохранения. Работники и работодатели системы здравоохранения должны сообщать последнюю информацию о клинических протоколах, руководствах, мерах и решениях, обеспечивающих их эффективное выполнение, а также о ситуациях на работе, подвергающих медработников опасности.

## Психическое здоровье и психосоциальная поддержка

Пандемия COVID-19 ставит медицинских работников в исключительно трудное положение. Помимо тяжёлой нагрузки они испытывают страх заразиться самим и передать инфекцию семье и друзьям. На медицинских работников и их психическое здоровье влияет и общая атмосфера беспокойства среди всего населения.

Исследование психического здоровья 230 медицинских работников инфекционной больницы третьего уровня для больных COVID-19 в Китае выявило среди работников, противостоящих вспышке COVID-19, 23% тех, кто испытывает тревогу, и 27% тех, кто страдает от стресса. Тревожное состояние чаще отмечается у медсестёр, чем у врачей<sup>18</sup>.

Администрация и работники больниц, функционирующих с высокой нагрузкой, нуждаются в психологической поддержке, чтобы справляться

11 [Survey of Nation's Frontline Registered Nurses Shows Hospitals Unprepared For COVID-19](#), Объединённый национальный профсоюз медицинских сестёр [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

12 [Why Would Hospitals Forbid Physicians and Nurses from Wearing Masks?](#), Scientific American [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

13 [Hospitals Tell Doctors They'll Be Fired If They Speak Out About Lack of Gear](#), Bloomberg [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

14 [High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority](#), Международный совет медицинских сестёр [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

15 J. Lan et al.: ["Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease - 2019"](#), Journal of the American Academy of Dermatology (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

16 J. Kantor: ["Pre-proof behavioral considerations and impact on personal protective equipment \(PPE\) use: Early lessons from the coronavirus \(COVID-19\) outbreak"](#), Journal of the American Academy of Dermatology. 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

17 R. Li et al.: ["Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China"](#), Infectious Diseases Society of America (2020) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

18 J. Z. Huang et al.: [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

с чрезмерной продолжительностью смен, высокой интенсивностью работы и беспрецедентными показателями смертности<sup>19</sup>.

Во многих странах, где закрылись школы и остановилась общественная жизнь, работники здравоохранения, многие из которых женщины, исполняют свой профессиональный долг в условиях, когда к ним предъявляются повышенные требования, и когда им приходится организовывать семейную жизнь и заботиться о домочадцах, особенно о детях, больных или инвалидах.

Кроме того, медицинские работники в районах, где регистрируются множественные случаи заражения COVID-19, стоят перед трудным выбором между приоритетами общественного здравоохранения и пожеланиями пациентов и их семей что касается лечения<sup>20</sup>. Последствием принятия трудных решений может стать чувство тревоги вплоть до стресса и посттравматических расстройств<sup>21</sup>.

Опыт борьбы с другими инфекционными вспышками, такими как эпидемия лихорадки Эбола в Западной Африке в 2014 году, говорит о том, что медработники могут подвергаться насилию, дискриминации и стигматизации в обществе и в ближайшем окружении из-за страха заражения<sup>22</sup>.

В ряде стран работники здравоохранения и других отраслей общественного обслуживания рассматривают переезд в альтернативное жильё на время пандемии, например, в недорогие гостиничные номера, чтобы защитить свои семьи от риска инфицирования COVID-19<sup>23</sup>.

Неотъемлемой частью мер реагирования на COVID-19 должны стать оказание поддержки бригадам медиков, а также их семьям и друзьям, предоставление медработникам информации и рекомендаций о том, как справиться со стрессом, и организация консультаций для тех, кто страдает от посттравматического стресса. В [ILO Guidelines on decent work in public emergency services](#) (Руководство МОТ о достойном труде в государственных экстренных службах) раскрываются меры, направленные на предупреждение и устранение факторов стресса и их последствий.

## Рабочее время

В условиях вспышки COVID-19 многим медицинским работникам приходится справляться с тяжёлой дополнительной нагрузкой, долгое время оставаясь на работе и лишаясь отдыха. Во многих странах в связи с ростом числа госпитализаций стала широко практиковаться сверхурочная работа<sup>24</sup>. В некоторых странах медработников ограничили в праве на отпуск, чтобы обеспечить постоянное присутствие достаточного числа медиков во время пандемии COVID-19.

Справедливый режим рабочего времени помогает находить баланс между благополучием медицинских работников и потребностями медицинской службы. Однако в чрезвычайных ситуациях работники здравоохранения вынуждены работать в нестандартных и порой нетипичных условиях. В руководстве МОТ [ILO Guidelines on decent work in public emergency services \(2018\)](#) излагаются принципы установления режима рабочего времени в период действия чрезвычайной ситуации.

В [Конвенции МОТ 1977 года о сестринском персонале \(149\)](#) и сопровождающей её [Рекомендации 157](#) закреплены нормы справедливой продолжительности рабочего времени медицинских сестёр<sup>25</sup>. В Конвенции предусматривается, что медсёстры пользуются условиями, по крайней мере, эквивалентными условиям других работников соответствующей страны. К условиям, особенно актуальным во время пандемии, относятся: продолжительность рабочего времени, включая регулирование и компенсацию сверхурочных часов, неудобных часов работы и сменной работы; еженедельный отдых; отпуск по беременности и родам; отпуск по болезни; социальное обеспечение. В Рекомендации предусматривается, что временные исключения из положений, касающихся нормальной продолжительности рабочего времени, должны разрешаться только в случае крайней необходимости. Кроме того, в Приложении к Рекомендации предусматривается, что «сверхурочная работа должна выполняться на добровольной основе, за исключением случаев, когда могут быть затронуты интересы больного или нет достаточного числа желающих выполнить её».

19 [Corona-Pandemie: Wie lange muss sich die Schweiz abschotten?](#), in SRF, 23 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

20 J. Cabrita: [“COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers”](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

21 [PTSD: National Center for PTSD](#), Министерство по делам ветеранов США, 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

22 [Рекомендации по поддержанию психического здоровья и психосоциального состояния во время вспышки](#), ВОЗ, 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

23 Zielinski S.: [Essential services workers consider alternate accommodations to protect their families](#), in Red Deer Advocate, 31 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

24 Интернационал общественного обслуживания: [“French health workers face rapid escalation of cases”](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

25 МБТ: [Policy Brief Health Services Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care \(2018\)](#), Женева, 2018 г.

## Защита волонтеров и работников, нанимаемых по краткосрочным договорам

Чтобы обеспечить наличие достаточного числа медицинских работников во время вспышки COVID-19, некоторые страны прибегают к профессиональной помощи волонтеров, представителей других секторов, таких как военнослужащие, вышедших на пенсию врачей, студентов медицинских вузов и медсестёр. Так, руководитель Службы здравоохранения Ирландии обратился с призывом ко всем медработникам всех специальностей, в данный момент не работающим в общественном здравоохранении, зарегистрироваться в стране и быть готовым вступить на дежурство<sup>26</sup>. Следуя примеру Ирландии, кенийские медработники обратились через социальные сети с призывом «Кения зовёт», предлагая объединить усилия в борьбе с COVID-19<sup>27</sup>. В Германии предложили ускорить выдачу разрешений на работу иностранным медработникам, которые уже находятся на территории Германии и ожидают вручения регистрационных свидетельств<sup>28</sup>. Медицинским учебным заведениям в Соединённом Королевстве настоятельно рекомендуется ускорить подготовку студентов последних курсов медицинских вузов и училищ и отменить требование о прохождении клинических экзаменов, с тем чтобы максимально ускорить аттестацию врачей<sup>29, 30</sup>. Власти Соединённого Королевства также призвали вышедших на пенсию медиков вернуться в штат Национальной службы здравоохранения<sup>31</sup>. По тому же пути идут многие другие страны, в том числе Кения<sup>32</sup> и Южная Африка<sup>33</sup>, где развернуты кампании по приёму на работу дополнительных медработников.

С ростом безработицы во многих странах и ввиду неравномерного распределения медицинских кадров приобретает популярность идея обучения фельдшеров из числа местных жителей для усиления реагирования на пандемию<sup>34</sup>. Подготовка местных фельдшеров давно практикуется в странах,

испытывающих кадровый дефицит в сфере здравоохранения. Во время недавних вспышек инфекционных заболеваний, таких как эпидемия вирусной лихорадки Эбола в Демократической Республике Конго и других странах Западной Африки, там были обучены тысячи медиков из числа местного населения, которые работали в составе междисциплинарных групп специалистов, занимающихся профилактикой, диагностированием и лечением жителей деревень, пострадавших от Эболы и находящихся в группе риска<sup>35</sup>. Стратегия местного реагирования методами профилактики и инфекционного контроля всё чаще используется в странах в целях усиления противодействия COVID-19.

Хотя эти меры обещают обеспечить необходимую медицинскую помощь, они требуют тщательного подхода к реализации на практике, чтобы медработникам обеспечивался такой же уровень защиты, как и другим работникам. Устойчивые системы здравоохранения требуют перспективного кадрового планирования. При приёме на работу временного персонала следует учитывать логистические, этические и финансовые аспекты.

Наряду с обеспечением безопасности и гигиены труда необходимо создавать другие условия занятости, включая социальную защиту, оплату труда, периоды отдыха и графики рабочего времени. Правительства должны консультироваться с социальными партнёрами по вопросам мониторинга и регулирования труда временного персонала во время кризиса сообразно обстоятельствам. Неопытные новички и возвращающиеся на работу пенсионеры особенно подвержены инфицированию и поэтому нуждаются в адекватной защите.

Правительства также должны обеспечить надлежащий надзор и организацию труда медиков и новичков, чтобы все они проходили подготовку и обладали актуальными навыками, необходимыми для работы в условиях пандемии.

26 [Be on call for Ireland](#), правительство Ирландии, 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

27 [COVID-19 response](#) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

28 [Ausländische Pflegekräfte schnell zulassen](#), Федеральное правительство Германии, 18 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

29 G. Iacobucci: [“Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students”](#), BMJ (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

30 E. Mahase: [“Covid-19 medical students to be employed by NHS as part of epidemic response”](#), BMJ (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

31 C. Dyer: [“Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told “your NHS needs you”](#), BMJ (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

32 E. Kivuva: [“Covid-19: Kenya begins hiring of 6,000 more health workers”](#), in Business Daily, 2 апреля 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

33 Citizen reporter: [“Health department embarks on massive recruitment drive”](#), in the Citizen COVID-19, 28 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

34 R. Panjabi: [“The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment”](#), in WEF, 31 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

35 S. O. Wiah et al.: [Prevent, Detect, Respond: Rapidly expanding healthcare teams through community health workers in the fight against COVID-19](#). BMJ Opinion (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

Примеры стран во вставке 1 демонстрируют комплексный подход к приёму на работу временных работников в соответствии с принципами достойного труда.

**Вставка 1.** Приём на работу временного персонала для удовлетворения краткосрочных кадровых потребностей здравоохранения: «Ирландия зовёт»<sup>1</sup>

Подготавливая систему здравоохранения к отпору COVID-19, руководитель Службы здравоохранения Ирландии (HSE) обратился с призывом ко всем специалистам-медикам всех направлений, в данный момент не работающим в общественном здравоохранении, зарегистрироваться и встать на дежурство на случай, если национальной системе здравоохранения потребуется дополнительная помощь. Призыв также обращён к волонтерам и другим лицам, обладающим навыками, которые могут потребоваться во время пандемии.

На сайте HSE была размещена страница с «часто задаваемыми вопросами», где содержится ясная информация о процессе найма, функциях, обязанностях и условиях занятости тех, кто откликнется на призыв. Среди рассматриваемых тем:

- порядок регистрации
- заполнение онлайн-формы
- функции
- сведения о времени и способе установления связи
- режим рабочего времени
- нерабочие дни и ежегодный отпуск
- заработная плата
- работники из числа пенсионеров
- заёмные работники
- квалифицированные специалисты, не зарегистрированные в соответствующих органах Ирландии
- работа студентов
- работа не по специальности
- тип трудового договора
- волонтеры
- о работе в HSE
- процесс отбора
- уход за детьми/другими лицами
- социальные выплаты
- о коронавирусе COVID-19

<sup>1</sup> [Be on call for Ireland](#), правительство Ирландии, 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

## Гендерные аспекты

Во время пандемии женщины испытывают особые проблемы. Они составляют свыше 70% всех медработников мира<sup>36</sup>. На плечи женщин ложится бремя неоплачиваемого труда по уходу за детьми или престарелыми членами семьи<sup>37</sup>. Вклад женщин в здравоохранение оценивается почти в 5% мирового ВВП, хотя почти 50% их трудового вклада фактически не признаётся и не оплачивается. Женщины, занятые в медико-социальной сфере, как правило, представлены в занятиях, где требуется низкий уровень квалификации; они зарабатывают меньше и стоят на нижних ступенях профессиональной иерархии, что обуславливает гендерный разрыв, в среднем оцениваемый в 26% в странах с высоким уровнем дохода и 29% в странах с уровнем дохода выше среднего<sup>38</sup>.

Во время пандемии женщинам приходится справляться, в том числе, с трудной задачей уравнивания возросшей трудовой нагрузки, опасений передать вирус своим близким и обязанностей по уходу за домом. Чтобы облегчить это бремя, некоторые медицинские учреждения предоставляют своим работникам бесплатные услуги ухода за детьми. Правительства должны обеспечить принятие мер в поддержку медработников, особенно тех, на ком лежит дополнительное бремя ухода за домом.

Преыдушие вспышки инфекций подчеркнули важность гендерного анализа в формировании режима готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, так как женщины играют главную роль, обеспечивая неформальные услуги по уходу и находясь в первых рядах медработников<sup>39</sup>. Груз ответственности, лежащий на плечах медицинских работников с семейными обязанностями, большинство из которых женщины, подчёркивает острую необходимость в гибких и предсказуемых режимах рабочего времени, в которых учитываются гендерные аспекты и которые позволяют и помогают мужчинам и женщинам лучше сочетать трудовые и семейные обязанности. Соответствующие рекомендации содержатся в

Приложении к [Рекомендации 1977 года о сестринском персонале \(157\)](#): «При организации рабочего времени необходимо прилагать все усилия, чтобы в соответствии с требованиями работы распределить на справедливой основе сменную работу, сверхурочную работу и работу в неудобные часы между сестринским персоналом и, в частности, между постоянным и временным, а также занятым полный и неполный рабочий день персоналом, и принимать во внимание, по мере возможности, индивидуальные желания и особые соображения, такие как климат, транспортные средства, семейные обязанности и т.д.».

Дополнительные трудности с обеспечением домашнего ухода за престарелыми и больными возникают в связи с ограничениями на передвижение и опасениями заразить других. Такой уход в основном обеспечивается женщинами, которые составляют 88% всех работников, занятых в сфере услуг персонального ухода<sup>40</sup>. Так, в Германии высоко востребован труд мигрантов в качестве работников по уходу на дому. Вспышка COVID-19 привела к значительному сокращению числа приезжих из стран Восточной Европы, которые направлялись в Германию на работу в экономике ухода. Ассоциация работников ухода на дому и медицинских сестёр Германии прогнозирует, что начиная с середины апреля от 100 000 до 200 000 нуждающихся больше не смогут заручиться услугами ухода у себя дома. Ассоциация призывает к созданию стимулов, чтобы работники по уходу на дому оставались в Германии, примером чему служит Австрия, где для удержания таких работников из числа мигрантов им выплачивается премия в размере 500 евро в месяц<sup>41, 42</sup>.

## Социальный диалог во время кризиса

[Рекомендация 2017 года о занятости и достойном труде в целях обеспечения мира и потенциала противодействия \(205\)](#) подчёркивает значение социального диалога и жизненно важную роль организаций работодателей и работников в антикризисном реагировании.

36 МБТ: [Вестник МОТ, выпуск 2: COVID-19 и сфера труда](#), Женева: МБТ, 7 апреля 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

37 МБТ: [A quantum leap for gender equality: for a better future of work for all](#), Женева, 2019 г.

38 МБТ: Расширение занятости и улучшение условий труда в службах здравоохранения: доклад, подготовленный для обсуждения на Трёхстороннем совещании по расширению занятости и улучшению условий труда в службах здравоохранения (Женева, 2017 г.).

39 С. Wenham, J. Smith and R. Morgan: [“COVID-19: the gendered impacts of the outbreak”](#), The Lancet, (14 March 2020, Vol. 395) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

40 ILOSTAT: [“These occupations are dominated by women”](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

41 [Versorgungsnotstand wegen Corona](#), 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

42 [Pressemitteilung, Berlin](#), 2020 [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

Гласное участие является важнейшим средством, позволяющим работникам, работодателям и другим участникам системы здравоохранения играть активную роль в реагировании на вспышку COVID-19. Свобода выражать свою озабоченность, к примеру, по вопросам безопасности и гигиены труда, или право отказаться от работы, если, по мнению медиков, может создаться угроза им самим или другим лицам, а также их право на организацию и свободное участие в диалоге являются важными принципами, которые необходимо отстаивать даже в чрезвычайных ситуациях, подобных пандемии COVID-19.

Во всём мире многие профсоюзы активно участвуют в мерах реагирования на COVID-19, предоставляя своим членам рекомендации и регулярно обновляемую информацию, участвуя в диалоге с организациями работодателей и правительствами и мобилизуя членов на оказание активной помощи во время вспышки.

Интернационал общественного обслуживания (PSI) выпустил информационную сводку о действиях профсоюзов во время вспышки COVID-19, в которой содержатся рекомендации по ключевым вопросам, касающимся работников<sup>43</sup>. Он развернул кампанию в поддержку общественного здравоохранения «Public Health Once and for All», привлекая внимание к важнейшим мерам реагирования на вспышку COVID-19 и одновременно выступая за реформирование систем здравоохранения, чтобы в них на первом месте стояли интересы людей; PSI подчёркивает важность систем общественного здравоохранения, которые хорошо финансируются, комплектуются и оснащаются для отпора будущим вызовам в сфере общественного здравоохранения<sup>44</sup>.

Ассоциация медицинских сестёр штата Мичиган подала жалобу на одно из медицинских учреждений за запрещение медсёстрам пользоваться собственными защитными масками. Это демонстрирует важную роль, которую профсоюзы и объединения могут играть в решении проблем, стоящих перед медработниками<sup>45</sup>.

В Аргентине федерация ассоциаций медицинских работников заключила соглашение с правительством о гарантиях выплаты всем находящимся на карантине работникам здравоохранения заработной платы в

полном размере и о предоставлении им права на бесплатный проезд на транспорте во время пандемии за счёт государственных субсидий<sup>46</sup>.

В Италии правительство и социальные партнёры заключили новое коллективное соглашение о безопасности и гигиене труда медработников<sup>47</sup>.

Социальный диалог важен не только для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, но и для повышения эффективности реагирования и координации действий в чрезвычайных ситуациях. Он необходим для своевременного обмена информацией и решения таких вопросов, как безопасность и гигиена труда, увеличение рабочей нагрузки и усиление ответственности<sup>48</sup>.

**Вставка 2. Республика Корея:**  
договорённость, достигнутая трёхсторонним комитетом сектора здравоохранения о контрмерах в отношении COVID-19<sup>1</sup>

В Республике Корея трёхсторонние члены комитета сектора здравоохранения при Экономическом, социальном и трудовом совете достигли соглашения о путях преодоления кризиса, вызванного распространением COVID-19, и о защите медицинских работников на местах. К основным положениям соглашения относятся:

- i. создание условий труда, позволяющих обеспечить безопасность медицинской службы;
- ii. повышение стабильности занятости и лечение медицинских работников;
- iii. преодоление дефицита медицинских товаров и повышение устойчивости системы здравоохранения;
- iv. расширение возможностей общественного здравоохранения и взаимодействие с частным сектором медицинских услуг

<sup>1</sup> Экономический, социальный и трудовой совет: Healthcare Sector Committee Agreed on COVID-19 Countermeasures, ESLC Newsletter, 26 марта 2020 г.

<sup>43</sup> Интернационал общественного обслуживания: [“Coronavirus: Guidance Briefing for Union Action – Update”](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

<sup>44</sup> Интернационал общественного обслуживания: [“Public Health, Once and for All! - concept note”](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

<sup>45</sup> С. Rainey: [“Michigan Nurses Association files complaint against Mercy Health Partners Hackley campus”](#), in Newschannel 3, 23 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

<sup>46</sup> [Argentina battles Covid-19 with trade union support](#), Uni Global Union, 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

<sup>47</sup> [Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da Covid-19»](#) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

<sup>48</sup> МБТ: [Guidelines on decent work in public emergency services](#), Женева, 2018 г.



## ► 2. Воздействие на систему здравоохранения

Способность систем здравоохранения к быстрой антикризисной реорганизации путём мобилизации медицинских работников при сохранении основных непрерываемых услуг является критически важной и одновременно трудной задачей. К основным мерам относятся безопасность и гигиена труда, достойные условия труда, психологическая поддержка медработников, профессиональная подготовка и обучение в целях оперативного перепрофилирования кадровых и приёма новых работников здравоохранения в соответствии с требованиями системы здравоохранения. Готовность к чрезвычайным ситуациям также включает оптимизацию платформ обслуживания, таких как телемедицина<sup>49</sup>.

Повысить качество медицинских услуг и улучшить практику работы медиков во время пандемии помогают новые технологии, такие как онлайн-услуги и мобильные медицинские приложения, 3D-печать и искусственный интеллект<sup>50</sup>. В ряде стран для отслеживания путей распространения COVID-19 на национальном уровне используются данные о местонахождении, получаемые с мобильных телефонов<sup>51</sup>. В Нидерландах студенты-медики работают в колл-центре, куда больные с тяжёлыми симптомами могут позвонить и получить направление на лечение. С внедрением и расширением масштаба использования цифровых технологий для информирования, обучения и направления усилий работников здравоохранения, особенно в бедных и удалённых районах, может повышаться прозрачность и качество услуг, равно как и эффективность администрирования в условиях пандемии.

### Занятость в сфере здравоохранения и нехватка кадров

Сектор здравоохранения является одним из основных источников занятости: в большинстве регионов мира темпы роста занятости в сфере здравоохранения выше, чем в других секторах. В глобальной медико-социальной сфере насчитывалось свыше 105 млн рабочих мест в 2013 году, 130 млн рабочих мест в 2018 году и около 136 млн рабочих мест в 2020 году<sup>52</sup>. Кроме того, системы здравоохранения обладают потенциалом создания большего числа достойных рабочих мест благодаря стимулированию развития других секторов, таких как производство технологического оборудования<sup>53</sup>. К примеру, в Соединённых Штатах сектор здравоохранения способствовал преодолению финансового кризиса 2007–08 годов; в период с 2006 по 2016 год темпы роста занятости в медицинских учреждениях составили 20% по сравнению с 3% в остальной части экономики<sup>54</sup>. Прогнозируется, что эта тенденция роста занятости продолжится: 18 из 30 наиболее быстро растущих профессий относятся к сфере здравоохранения и смежным отраслям, где к 2028 году прогнозируется создание 3,4 млн новых рабочих мест<sup>55</sup>.

Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста ООН признала здравоохранение одним из ключевых секторов экономики и отметила необходимость инвестиций в наращивание его кадровых возможностей для достижения Целей в области устойчивого развития<sup>56</sup>. Однако, как показывают

49 Европейское региональное бюро ВОЗ: [Усиление мер реагирования систем здравоохранения на COVID-19 — Техническое рабочее руководство № 1](#) (Копенгаген, 2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

50 МБТ: [The future of work in the health sector. Working Paper No. 325](#), Женева, 2019 г.

51 А. Hutchinson: [“More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns”](#), in Social Media Today, 24 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 10 апреля 2020 г.].

52 Источники: база данных ILO WESO 2015 г.; расчёты МОТ 2018 г. на основе микроданных обследований рабочей силы и домашних хозяйств; расчёты на основе данных ILOSTAT 2020 г. (Женева, готовится к публикации).

53 МБТ: Расширение занятости и улучшение условий труда в службах здравоохранения: доклад, подготовленный для обсуждения на Трёхстороннем совещании по расширению занятости и улучшению условий труда в службах здравоохранения (Женева, 2017 г.).

54 E. Salsberg and R. Martiniano: [“Health Care Jobs Projected To Continue To Grow Far Faster Than Jobs In The General Economy”](#), in Health Affairs, 9 мая 2018 г.

55 Бюро трудовой статистики США: [Employment projections 2018-2028](#). Economic news release, 9 сентября 2019 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

56 ВОЗ: [Working for health and growth: Investing in the health workforce](#), доклад Комиссии высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста (Женева, 2016 г.).

данные, почти все системы здравоохранения сталкиваются с трудностями с набором, расстановкой и удержанием достаточного числа хорошо обученных, поддерживаемых и мотивированных работников здравоохранения. Оценивается, что к 2030 году во всём мире будет недоставать 18 млн работников здравоохранения и что дефицит в первую очередь отразится на странах с низким и средним уровнем дохода. Неравномерное распределение медицинских кадров между странами и внутри стран является препятствием на пути достижения справедливости в сфере здравоохранения; нехватка медработников в первую очередь влияет на беднейшие слои населения, особенно в сельских районах. В 2014 году доля населения, не имеющего доступа к медицинским услугам из-за нехватки медработников, оценивалась в 84% в странах с низким уровнем дохода, 55% в странах с доходом ниже среднего уровня и 23% в странах с доходом выше среднего уровня. В ряде стран Африки и Азии более 90% населения не имеют доступа к медицинской помощи в условиях острого дефицита кадров здравоохранения (меньше трёх медработников на 10 000 человек)<sup>57, 58</sup>.

В недавно опубликованном докладе о состоянии сестринского дела в мире за 2020 год подчёркивается необходимость создания к 2030 году как минимум 6 млн новых рабочих мест для медсестёр, что позволит восполнить прогнозируемый дефицит среднего медперсонала, прежде всего в странах с низким и средним уровнем дохода, а также обеспечить его более равномерное распределение по всему миру<sup>59</sup>.

## Нахождение точки равновесия между государственным и частным секторами медицинских услуг

Хотя во многих странах частный сектор играет всё возрастающую роль в оказании медицинских услуг, ведущая роль сектора общественного

здравоохранения в обеспечении равного доступа к медицинскому обслуживанию как одному из прав человека особенно проявляется во время кризиса. В течение многих лет растущая коммерциализация медицинских услуг вызывает беспокойство ряда сторон. В заключениях совещания 1998 года об условиях занятости и условиях труда на фоне реформы сектора здравоохранения отмечается:

«...здравоохранение для всех должно служить общественным интересам. Это не обязательно означает, что оно должно организовываться и осуществляться государственными службами — оно может функционировать и на частной основе. Здравоохранение не является товаром и поэтому не может быть предметом торговли»<sup>60</sup>.

В условиях продолжающейся пандемии COVID-19 некоторые страны, включая Ирландию и Испанию, усиливают роль частных больниц, интегрируя их в систему общественного здравоохранения на время кризиса. По словам должностных лиц государственных органов Ирландии, такой подход обеспечит согласованность действий в системе здравоохранения примерно с 2000 дополнительных коек и позволит расширить ресурсы тестирования и лечения, которые дадут существенный и крайне необходимый эффект в плане укрепления способности системы общественного здравоохранения реагировать на кризис<sup>61, 62</sup>.

Частный сектор может сыграть свою роль и в борьбе с пандемией COVID-19 — дополняя усилия государственной системы здравоохранения. В ряде стран отдельные предприятия берут на себя инициативу по временному изменению бизнес-моделей на время кризиса, помогая производить товары медицинского назначения, такие как СИЗ или дезинфицирующие средства на основе этанола<sup>63</sup>. Анализируя дополнительные действенные альтернативы участия частного сектора в преодолении чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения, Международная организация работодателей инициировала обсуждения с многосторонними организациями и

57 МБТ: Расширение занятости и улучшение условий труда в службах здравоохранения: доклад, подготовленный для обсуждения на Трёхстороннем совещании по расширению занятости и улучшению условий труда в службах здравоохранения (Женева, 2017 г.).

58 ILOSTAT: [COVID-19: Are there enough health workers?](#) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

59 ВОЗ: [State of the world's nursing 2020](#) (Женева, 2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

60 МБТ: протокол совместного совещания об условиях занятости и труда в условиях реформирования сектора здравоохранения (Женева, 1999 г.), заключения, п. 2.

61 [“Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic”](#), the journal, 24 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

62 А. Райне: [“Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown”](#), in Business Insider, 16 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

63 По многочисленным сообщениям в журналах, на радио и телевидении.

предпринимательским сообществом о вызовах и возможностях в государственно-частном сотрудничестве<sup>64</sup>.

## Решение проблемы, связанной с потерей доходов участников системы здравоохранения

Хотя основное внимание уделяется защите и поддержке медицинских работников, находящихся в эпицентре борьбы с COVID-19, пандемия воздействует на всех участников системы здравоохранения, включая самозанятых работников и медицинские предприятия<sup>65</sup>.

К ним относятся многие работники медицинской службы и экономики ухода, которые в настоящее время находятся на переднем крае борьбы с инфекцией и подвергаются серьёзному риску заражения. Поэтому отсутствие всеобщего охвата пособиями по болезни определяется как один из главных вызовов, стоящих на пути успешной реализации стратегий по сдерживанию коронавируса; в ряде стран уже предпринимаются конкретные шаги для исправления ситуации<sup>66</sup>. Кризис COVID-19 вскрывает значительные пробелы в охвате не только медицинскими услугами, но и пособиями по болезни, что лишает защиты работников здравоохранения и экономики ухода, участвующих в нестандартных формах занятости или самозанятости. Нестабильность доходов в случае болезни или ухода за больными членами семьи вынуждает их выходить на работу даже при плохом самочувствии и повышает риск их заражения. Кроме того, усугубляется риск обнищания заболевших и членов их семей<sup>67</sup>.

У медицинских работников должен быть доступ к лечению и возмещению финансовых потерь в случае инфицирования COVID-19 на работе в рамках особых программ страхования производственного травматизма либо, если таких программ страхования

не существует, в виде прямой компенсации со стороны работодателей в соответствии с [Конвенцией 1964 года о пособиях в случаях производственного травматизма \(121\)](#).

Правительства ряда стран, таких как Германия, Швейцария, Италия и Испания, призвали системы здравоохранения сводить к минимуму контакты пациентов с основными службами и, по мере возможности, переносить профилактические и плановые приёмы. Хотя эти меры направлены на снижение риска передачи инфекции и высвобождение ресурсов системы здравоохранения, ожидается, что они окажут негативное влияние на доходы врачей и стоматологов, поскольку число посещающих их пациентов значительно сокращается, а текущие эксплуатационные расходы, например, аренда кабинетов и электропитание медицинских приборов, сохраняются. Так, Швейцарская медицинская ассоциация в настоящее время уточняет возможности получения краткосрочной компенсации пострадавшими врачами, стремясь как можно скорее информировать своих членов о вариантах получения компенсационных выплат<sup>68</sup>. Несмотря на потерю части дохода, врачи готовятся к увеличению рабочей нагрузки после отмены мер социального дистанцирования и восстановления нормального функционирования систем здравоохранения.

Больницы несут значительные убытки в тех случаях, когда в рамках национальных стратегий обеспечения готовности им предписывается освободить койки за счёт выписки пациентов и отсрочивания плановых операций. Федерация больниц Германии оценивает финансовые потери в 3,7 млрд евро и выражает обеспокоенность финансовой жизнеспособностью нескольких больниц. Федерация призвала Федеральное министерство здравоохранения рассмотреть возможность покрытия дополнительных расходов, вызванных мерами чрезвычайного характера, в том числе касающихся штатных и дополнительных медицинских кадров<sup>69</sup>.

64 МОТ: [“Private sector contributions in health emergencies”](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

65 МБТ: “Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations”, Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, готовится к публикации).

66 МБТ: “COVID 19 health crisis: the need for sickness benefit during sick leave and quarantine”, Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, готовится к публикации).

67 Ibid.

68 [Das Virus macht auch Ärzte arbeitslos – warum ausgerechnet in Corona-Zeiten manche Mediziner wenig zu tun haben](#) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

69 [DKG zur Behauptung des Ministers die Kliniken erhielten 7,8 Milliarden Euro zusätzlich 7,8 Milliarden Euro angebliche Zusatzfinanzierung der Kliniken hält einem Fakten-check nicht stand](#), in DKG Press, 21 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

## Международное сотрудничество

Глобальная нехватка и неравное распределение квалифицированных работников здравоохранения серьёзно осложняют реагирование на вспышки неожиданных и легко передаваемых инфекций, таких как COVID-19.

Поскольку пандемия продолжает распространяться, даже хорошо обеспеченные ресурсами системы здравоохранения находятся на грани срыва в попытках дать ей отпор. Стремительный рост числа случаев заболевших во всём мире подчёркивает настоятельную необходимость укрепления менее обеспеченных ресурсами систем здравоохранения, чтобы они могли противостоять вспышке COVID-19. Это предполагает решение проблем кадрового обеспечения здравоохранения и расширение сети диагностических лабораторий, механизмов эпидемиологического надзора и коммуникационных стратегий в отношении рисков<sup>70</sup>. Многие страны не могут укрепить свой потенциал незамедлительно. Поэтому необходимо предпринимать глобальные действия в поддержку принимаемых этими странами мер реагирования на вспышки болезней и другие чрезвычайные ситуации.

В Европе несколько стран столкнулись с огромными вызовами, связанными с уходом и лечением беспрецедентного числа госпитализированных больных. Это вызвало к жизни заметные проявления международной солидарности со стороны таких стран, как Китай, Куба и Российская Федерация, которые направили врачей и оборудование в серьёзно пострадавшие страны, в том числе в Италию, чтобы на месте оказать помощь в борьбе с пандемией<sup>71</sup>. Одновременно усиливается трансграничное сотрудничество между странами. Так, в районах на границе между Францией и Германией больные перевозятся из перегруженных французских больниц в учреждения со свободными койками в Германии, а Швейцария и

Германия принимают нуждающихся в интенсивной терапии пациентов из Италии.

Это подчёркивает крайнюю необходимость адекватных государственных расходов в целях создания сильных, устойчивых и надёжных систем здравоохранения, которые, в первую очередь, способны в целом обеспечить справедливый доступ к качественному медицинскому обслуживанию и которые располагают достаточными ресурсами для реагирования на неожиданные вспышки заболеваний, такие как пандемия COVID-19.

## Общественное здравоохранение и его финансирование<sup>72</sup>

Помимо адекватной социальной защиты работников здравоохранения в условиях кризиса COVID-19 не менее важно обеспечить всему населению доступ к приемлемой по цене медицинской помощи. Социальная защита играет ключевую роль в предотвращении и смягчении кризиса в области здравоохранения<sup>73</sup>. Это означает, прежде всего, недопущение обнищания отдельных лиц и домашних хозяйств как прямого результата их обращения за медицинской помощью, а также поощрение мер профилактики в быту.

Общественное здравоохранение соответствует принципам основанного на правах подхода к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, который обеспечивает финансовую защиту и эффективный доступ к медицинским услугам<sup>74</sup>. Механизмы коллективного финансирования общественного здравоохранения за счёт взносов в систему социального обеспечения, налогов или и тех и других, дают положительный перераспределительный эффект и не перекладывают финансовые риски и риски рынка труда на частных лиц. Соответственно, экономические соображения, предшествующие обращению за медицинской помощью, когда возникает такая необходимость, не становятся причиной отсрочки или отказа от помощи. Это особенно актуально в условиях кризиса в сфере

70 J. Hopmann et al.: [Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries](#), JAMA Network (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

71 [Gemeinsam für Italien](#), in tagesschau.de, 23 марта 2020 г. [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

72 Данный раздел подготовлен сотрудниками Департамента социальной защиты МБТ. Чтобы ознакомиться с более подробной информацией, см.: МБТ: "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles", Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, 2020 г.) и МБТ: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, готовится к публикации).

73 МБТ: "Social Protection Monitor: Social protection responses to the COVID-19 crisis around the world" Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, готовится к публикации).

74 МБТ: "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles", Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, 2020 г.).

здравоохранения, вызванного инфекционными заболеваниями.

В ответ на кризис COVID-19 правительства многих стран принимают меры, направляя дополнительные бюджетные средства в систему здравоохранения. Так, правительство Соединённого Королевства выделило 6,1 млрд долл. США в рамках крупнейшего за последние 30 лет пакета мер бюджетного стимулирования в поддержку национальной службы здравоохранения<sup>75</sup>. Правительство Испании выделило Министерству здравоохранения один миллиард евро, правительство Италии ассигновало 3,5 млрд евро на борьбу с пандемией, а правительство Германии приняло ряд финансовых мер, гарантирующих финансирование больниц, амбулаторий и учреждений долговременной медицинской помощи, в счёт покрытия расходов на борьбу с пандемией COVID-19<sup>76</sup>. В ряде стран, таких как Испания, где медицинское обслуживание осуществляется в частном порядке и где поставщики услуг, как правило, не являются участниками социальных медицинских программ, такие интеграционные действия были предприняты в рамках антикризисного реагирования<sup>77</sup>. Это

подчёркивает важность создания стройной системы здравоохранения, в которой государству принадлежит центральная роль и которая может дополняться частным предложением медицинских услуг в условиях государственного регулирования. В странах, где финансовое бремя медицинского обслуживания ложится на домашние хозяйства или покрывается за счёт добровольного частного страхования, правительства вынуждены расширять меры в сфере общественного здравоохранения, чтобы не допустить лишений среди населения.

Прочная и хорошо продуманная структура финансирования необходима для поощрения соблюдения поставщиками медицинских услуг критериев всеобщей доступности, наличия, приемлемости и качества медицинской помощи в соответствии с актами по правам человека и международными нормами социального обеспечения<sup>78</sup>, а также для укрепления национальной системы здравоохранения в целом. Это требует тесной и эффективной координации действий сторон в финансировании, закупочной деятельности и предоставлении медицинских услуг.

75 P. Russell: [Budget: Extra £5 Billion for the NHS to Combat COVID-19](#) (2020 г.) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

76 [COVID-19 Response monitor](#) [вход на сайт выполнен 6 апреля 2020 г.].

77 МБТ: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, Департамент социальной защиты МБТ (Женева, готовится к публикации).

78 Согласно Рекомендации 202 национальные минимальные уровни социальной защиты должны включать «доступ к национально установленным видам товаров и услуг, составляющим важнейшие медицинские услуги, в том числе по охране материнства, соответствующие критериям наличия, доступности, приемлемости и качества;» (п. 5 а)).

### **Вставка 3.** Последовательное наращивание потенциала противодействия шокам: антикризисное реагирование в Китае

Способность Китая принимать меры реагирования на беспрецедентный кризис в сфере здравоохранения коренится в осуществлявшихся в течение десятилетий инвестициях в систему здравоохранения и адресных усилиях, направленных на расширение охвата общественным здравоохранением в последние десятилетия, в том числе в ответ на кризисы в сфере здравоохранения и экономики.

Перед лицом COVID-19 правительство Китая приняло конкретные антикризисные меры социальной защиты. К ним относились сокращение или приостановление на срок до пяти месяцев обязательств по уплате взносов в систему социального медицинского страхования, чтобы ослабить давление на работодателей<sup>1</sup>. Правительство также приняло рациональные меры административного характера в поддержку физического дистанцирования, например, путём предоставления медицинских консультаций по хроническим и обычным заболеваниям в режиме онлайн и подачи заявлений о возмещении расходов в электронной форме<sup>2</sup>.

#### Какие уроки можно извлечь из этого опыта?

Оценки эффективности любых ответных мер системы социальной защиты в разгар или по следам кризиса рискуют оказаться преждевременными. Однако ясно то, что последовательное расширение охвата общественным здравоохранением в Китае позволило со временем значительно увеличить инвестиции в систему и её инфраструктуру, что способствовало расширению использования её услуг. Стратегический подход Китая к последовательному расширению охвата служит важным уроком и открывает определённые возможности для тиражирования, хотя и в меньших масштабах, даже в странах с низким уровнем дохода и ограниченными ресурсами.

Согласованные действия систем здравоохранения и социальной защиты стали залогом успехов Китая в «выравнивании» кривой заражения.

1 Это соответствует сокращению поступлений взносов на 71 млрд долл. США. См.: [ссылка на сайт](#) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

2 [National Medical Insurance Bureau: Online consultation for patients with common or chronic diseases during the epidemic can be reimbursed](#), Китайская Народная Республика (КНР) [вход на сайт выполнен 9 апреля 2020 г.].

### ► 3. Инструменты и ответные меры МОТ

В то время как другие чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения, такие как вспышки вирусной лихорадки Эбола и тяжёлого острого респираторного синдрома (SARS), продемонстрировали эффективность краткосрочного экстренного планирования, пандемия COVID-19 подчёркивает необходимость согласованных и стабильных инвестиций в здравоохранение. Она бросает вызов традиционным взглядам на систему здравоохранения как обузу для национальной экономики, подчёркивая её значение для роста экономики и благополучия общества.

Кризис COVID-19 привлекает внимание к уже перегруженным системам общественного здравоохранения многих стран, равно как и к проблемам найма, расстановки, удержания и защиты достаточного числа хорошо обученных, поддерживаемых и мотивированных работников здравоохранения. В нём отражается настоятельная необходимость стабильных инвестиций в системы здравоохранения, включая кадры медицинских работников, в создание достойных условий труда и обеспечение лечебных учреждений необходимым оборудованием.

Выполняя рекомендации [Комиссии высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста ООН](#), МОТ в 2017 году объединила усилия с ВОЗ и ОЭСР для учреждения программы [Работать ради здоровья](#) и Многопартнёрского целевого фонда. В рамках новой программы странам и трёхсторонним участникам оказывается помощь в разработке стратегий расширения инвестиций в кадровые ресурсы здравоохранения путём повышения качества данных о рынке труда в сфере здравоохранения, обеспечения участия многих сторон и проведения социального диалога.

Социальный диалог необходим для создания устойчивых систем здравоохранения, которым, соответственно, отводится решающая роль в антикризисном реагировании и повышении степени готовности к чрезвычайным ситуациям.

В [Рекомендации 2017 года о занятости и достойном труде в целях обеспечения мира и потенциала](#)

[противодействия \(205\)](#) рассматриваются чрезвычайные ситуации, подобные той, с которой столкнулись страны в условиях пандемии COVID-19. В ней содержатся подробные указания в отношении действий, которые трёхсторонним участникам необходимо предпринимать в области занятости и достойного труда — как в целях предотвращения кризисных ситуаций и восстановления, так и в интересах укрепления потенциала противодействия. В ней подчёркивается важность социального диалога и отмечается жизненно важная роль организаций работодателей и работников в антикризисном реагировании<sup>79</sup>.

Концепция участия организаций работников и работодателей в разработке политики в сфере здравоохранения уже изложена в [Конвенции 1977 года о сестринском персонале \(149\)](#), в которой предусматривается, что «[...] политика в отношении сестринских служб и сестринского персонала ... в рамках общей программы здравоохранения [...] разрабатывается по консультации с заинтересованными организациями работодателей и работников [...]» и предусматривается содействие «участию сестринского персонала в планировании сестринских служб и проведению консультаций с таким персоналом относительно решений, касающихся его» и «определение условий занятости и труда [...] предпочтительно путём переговоров между заинтересованными организациями работодателей и работников».

Чтобы решить проблему «утечки мозгов», с которой сталкиваются развивающиеся страны, органы регулирования трудовой миграции в своих решениях должны ставить на первое место интересы сектора здравоохранения — с точки зрения общественного здравоохранения и экономических перспектив. Дополнительные возможности для стран происхождения и назначения мигрантов могут открываться благодаря созданию справедливого миграционного режима и организации диалога по вопросам заключения двусторонних соглашений, основанных на правах и учитывающих гендерные аспекты.

79 [COVID-19 and R205: what role for workers' organizations?](#) (Женева, 2020 г.).

Трудовые права и их защита, а также меры в сфере социального обеспечения являются залогом качественного медицинского обслуживания и защиты медработников, их семей и всего населения во время текущей пандемии и в последующий период. На работников здравоохранения, равно как и на всех других работников, должны распространяться нормы, защищающие их здоровье и безопасность, обеспечивающие адекватное финансовое возмещение утраченных доходов и покрывающие расходы на лечение в случае болезни<sup>80</sup>.

Соответствующие международные трудовые нормы должны применяться, с тем чтобы обеспечить соблюдение стандартов, качество услуг и их соответствие общественным целям по окончании пандемии COVID-19.

## **Инструменты МОТ, относящиеся к работникам здравоохранения**

- [ILO Guidelines on decent work in public emergency services \(2018\)](#)
- [WHO-ILO Guidelines on occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders \(2018\)](#)
- [ILO WASH@Work \(2016\)](#)
- [ILO-WHO HealthWISE - Work Improvement in Health Services \(2014\)](#)
- [ILO-ICN-WHO-PSI Framework guidelines for addressing work-place violence in the health sector \(2005\)](#)
- [Руководство по системам управления охраной труда \(МОТ-СУОТ 2001\)](#)

<sup>80</sup> МБТ: Расширение занятости и улучшение условий труда в службах здравоохранения: доклад, подготовленный для обсуждения на Трёхстороннем совещании по расширению занятости и улучшению условий труда в службах здравоохранения (Женева, 2017 г.).



## ► Приложение. Конвенции и рекомендации МОТ

Основные конвенции и рекомендации МОТ, относящиеся к сектору здравоохранения:

- [Конвенция 1948 года о свободе ассоциации и защите права на организацию \(87\)](#)
- [Конвенция 1949 года о праве на организацию и на ведение коллективных переговоров \(98\)](#)
- [Конвенция 1951 года о равном вознаграждении \(100\)](#)
- [Конвенция 1958 года о дискриминации в области труда и занятий \(111\)](#)
- [Конвенция 1977 года о сестринском персонале \(149\)](#)
- [Рекомендация 1977 года о сестринском персонале \(157\)](#)
- [Конвенция 1978 года о трудовых отношениях на государственной службе \(151\)](#)
- [Конвенция 1981 года о безопасности и гигиене труда \(155\)](#)
- [Конвенция 2006 года об основах, содействующих безопасности и гигиене труда \(187\)](#)
- [Конвенция 2019 года об искоренении насилия и домогательств в сфере труда \(190\)](#)
- [Рекомендация 2019 года об искоренении насилия и домогательств в сфере труда \(206\)](#)

Международные трудовые нормы, касающиеся социальной защиты:

- [Рекомендация 1944 года о медицинском обслуживании \(69\)](#)
- [Конвенция 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения \(102\)](#)
- [Конвенция 1964 года о пособиях в случаях производственного травматизма \(121\)](#)
- [Конвенция 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни \(130\)](#)
- [Рекомендация 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни \(134\)](#)