

## ВОПРОСЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ МИГРАЦИИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Важной проблемой развития кадров здравоохранения является миграция. С распадом СССР и формированием открытой экономики возможности для миграции в Кыргызстане существенно увеличились. Этому процессу способствовал экономический кризис, низкая заработная плата и неудовлетворительные социальные условия, которые наблюдались в 1990-х годах практически во всех странах постсоветского пространства. Отток квалифицированных медицинских кадров из страны и внутри страны в другие отрасли экономики препятствует развитию системы здравоохранения.

В Кыргызстане с кадровыми ресурсами в системе здравоохранения, особенно в сельской и отдаленной местностях, остается напряженность.

На 1 января 2011 г. в системе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики было занято 12 541 врач (22,9 на 10 000 населения) и 28 499 среднего медицинского персонала (52,0 на 10 000 населения). За период с 2006 по 2010 годы отмечается некоторое снижение количества врачебного (2006 -19,6 и 2010 - 18,7) и сестринского персонала (2006 -45,8 и 2009 - 43,6 на 10 000 нас.), непосредственно оказывающих практическую помощь. Отток медицинских кадров идет преимущественно за счет Ошской, Джалал-Абадской, Чуйской и Иссык-Кульской областей(1).

Данная ситуация приводит к ряду негативных последствий: «утечку мозгов» в более богатые страны (Казахстан, Россия), но и из государственного сектора в частный сектор здравоохранения, к дискриминации сельского населения по доступности к качественной медицине из-за низкого качества предоставляемых медицинских услуг. В результате усиливающейся эмиграции кадров, которая уже привела сельские и отдаленные районы к «кадровому голоду» и уже ставит под угрозу доступности к медицинским услугам населению Кыргызстана.

В то же время миграция – процесс двухсторонний. Его нельзя прекратить волевым усилием руководства, поскольку будут затронуты основные права человека на выбор места проживания и места работы.

Миграция часто происходит поэтапно. Иногда люди перебираются из бедных районов в более богатые города в пределах страны, а затем в страны с высоким уровнем дохода. В большинстве стран наблюдается также движение из государственного сектора в частный, особенно, в случае значительной разницы в уровнях дохода.

Миграция работников здравоохранения не происходит в отрыве от других динамических изменений на рынке труда здравоохранения. Миграция может быть симптомом глубоких проблем самих систем здравоохранения, например, проблемы удержания медицинских профессионалов или улучшения планирования кадровых ресурсов для снижения уровня переизбытка или недостатка кадров. Следовательно, необходимо обращать внимание на общую практику обеспечения кадровыми ресурсами систем здравоохранения и особенно на равное и справедливое отношение ко всем медицинским профессионалам, а также на эффективное использование их навыков.

Системы здравоохранения в ряде стран с высоким уровнем дохода в значительной мере зависят от врачей и медсестер, подготовленных за границей. На протяжении последних 30 лет численность работников-мигрантов в области здравоохранения во многих европейских странах ежегодно возрастала более чем на 5%. В странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) около 20% врачей являются мигрантами. В некоторых странах Персидского залива, таких как Кувейт и

Объединенные Арабские Эмираты, более 50% работников здравоохранения являются мигрантами.

Медсестры из Филиппин (110 000) и врачи из Индии (56 000) составляют самую значительную долю работников-мигрантов в странах ОЭСР. Однако страны, численность населения которых меньше, чем в Индии и Филиппинах, могут испытывать более значительное воздействие в контексте показателей эмиграции. Из некоторых стран с низким уровнем дохода в поисках лучших возможностей для трудоустройства уезжает более 50% высококвалифицированных работников здравоохранения (2).

Всемирная организация здравоохранения уделяет большое внимание проблеме развития кадров здравоохранения. Так, эти вопросы явились предметом рассмотрения на сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ).

В 2004 г. на 57 сессии ВАЗ была принята резолюция WHA57.19 «Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах», в которой, в частности, государства-члены призываются разработать стратегии для смягчения неблагоприятных последствий миграции персонала здравоохранения и сведения к минимуму ее отрицательного воздействия на системы здравоохранения; разработать и осуществить политику и стратегии, которые способствуют сохранению персонала здравоохранения, включая укрепление людских ресурсов в целях планирования и управления здравоохранением, но не ограничиваясь этим, и пересмотр ставок заработной платы, а также осуществление систем стимулирования (3).

Эмиграция медицинского персонала в другие страны весьма ощутима, что создает существенные проблемы для стран с низким и средним уровнем доходов. Хотя свободная циркуляция врачей, медсестер и другого медицинского персонала может способствовать обмену информацией и приобретению знаний, страны с низким уровнем доходов оказываются наиболее уязвимыми к утечке мозгов – потере своих наиболее квалифицированных работников. Отъезд высококвалифицированных работников здравоохранения может неблагоприятно сказываться на качестве медицинской помощи в системах здравоохранения стран исхода, а истощение кадровых ресурсов может ставить под угрозу будущие макроэкономические перспективы. Хотя характер миграции (например, временный или постоянный) играет большую роль в ее возможном влиянии, эмиграция часто имеет больше негативных, чем позитивных последствий для стран, уже испытывающих дефицит основного медицинского персонала (Forcier et al., 2004)(4). Эмпирические данные свидетельствуют о том, что миграционные потоки являются значительными, и эмиграция из развивающихся стран может повлечь за собой отрицательные последствия для уровня медицинской рабочей силы и эффективности систем здравоохранения дальнейшего обсуждения доказательной базы.

В то время как оценки миграции, полученные из стран исхода, скорее всего, ненадежные и, возможно, недооценивают выходные потоки работников здравоохранения (Stilwell et al., 2003), цифры, полученные из принимающих стран, указывают на значительный размер таких потоков. Например, число работающих в Соединенных Штатах медсестер из других стран оценивается в 80 000 (ILO, 1998). Также имеются данные о том, что эмиграция медицинского персонала из развивающихся стран, скорее всего, будет продолжаться. Обследование, проведенное в ряде африканских стран, например, выявило, что от одной четверти медицинского персонала в Уганде и почти до двух третей – в Гане выразили намерение эмигрировать (WHO, 2003b)(4).

Получены документальные подтверждения того, что эмиграция отрицательно влияет на уровень медицинских кадров и эффективность систем здравоохранения. Между 1978 и 1985 годами на Ямайке в результате эмиграции было “потеряно” 80% и 95% квалифицированных врачей и медсестер, соответственно. Почти половина выпускников Всеиндийского института медицинских наук в Нью-Дели впоследствии покинули страну, и меньше 10% врачей, подготовленных в Замбии после обретения ею независимости,

практикуют сегодня в этой стране (ILO, 1998; Couper, 2002). Аналогичные результаты были зарегистрированы в других местах (Ghana Ministry of Health, 2000; Huddart & Picazo, 2003). Рассчитать стоимость таких потерь – хотя пока они с трудом поддаются количественной оценке – можно на основе статистики по подготовке кадров. Например, в Гренаде на каждого врача, который добавляется к рабочей силе этой страны, приходится 22 обучившихся (ILO, 1998). Подобно преждевременной смертности от ВИЧ/СПИДа, эмиграция влечет за собой значительные потери в эффективности систем здравоохранения (4).

Различия в заработной плате между странами-импортерами и странами-экспортерами рабочей силы определены как одна из наиболее распространенных и важных причин миграции. Высокая зарплата в странах-импортерах является притягивающим фактором, миграции.

Опросы, проведенные в шести африканских странах (Камерун, Гана, Сенегал, Южно-Африканская Республика, Уганда и Зимбабве), показали, что уровень зарплаты был наиболее часто приводимой причиной в отношении намерения эмигрировать (между 68% и 84% респондентов) (WHO, 2003b). ПАОЗ (2001) было установлено, что низкая зарплата относится к числу наиболее важных выталкивающих факторов миграции из стран Карибского бассейна. Также Buchan et al. (2003) сообщают, что исследования, проведенные в Норвегии и Ирландии в фокусных группах, в которые входили медсестры из Филиппин, возможность получать более высокую зарплату называлась в качестве основного мотива для миграции (4).

В докладе ККЗР<sup>1</sup> была также выделена проблема, которая будет иметь значение для всего региона, — проблема управления кадрами, в особенности вопрос миграции среднего медицинского персонала. Согласно докладу, только доля незанятых сестринских должностей составляет 35 процентов, а расчетные потери государственных доходов на подготовку медицинских сестер базового уровня составляют 16,7 млн долларов США(5). Министры здравоохранения этого региона уже одобрили программу «управляемой миграции». Комиссия рекомендует выяснить, до какой степени торговля услугами медицинских сестер и постоянная миграция среднего медицинского персонала являются признаками более глубоких системных процессов в области здравоохранения и в более широком социально-экономическом контексте.

Миграция работников здравоохранения существовала всегда. Потоки обычно направлялись из городских районов с низким доходом в городские районы с более высоким доходом. Из более бедных стран – в более богатые и из развивающихся стран – в развитые. Внутренняя миграция часто является первым шагом в процессе, который ведет к международной миграции. Как говорят, потоки направляются вверх по лестнице роста благосостояния. Медицинские работники мигрируют из государственного в частный сектор, из больниц – в фармацевтические компании.

Внутренние мигранты часто составляют значительную часть медицинских профессионалов, и все же их трудно выделить при существующей на сегодняшний день статистике. Исход из государственного сектора в частный нередко определяется как значительный. Но в большинстве стран это наблюдение редко подкрепляется реальными данными. Не существует надежных систем мониторинга для того, чтобы сравнить убыль медицинских работников в государственном секторе из-за внутренней миграции по сравнению с международной миграцией. Однако информация о распределении между внутренней и международной миграцией является важной при планировании всеобщего медицинского обслуживания и для достижения этой цели.

Международная миграция часто повторяет картину внутренней миграции. Исход из районов с более низким доходом в районы с более высоким доходом и из менее доходных

---

<sup>1</sup> Примечание: Карибская комиссия по здравоохранению и развитию (ККЗР) была создана с целью оказания содействия странам-членам Карибского сообщества и общего рынка (КАРИКОМ) в формировании программ здравоохранения и развития.

секторов в более доходные создает проблемы с достижением цели всеобщего медицинского обслуживания населения. Международную миграцию часто рассматривают как причину резкого дефицита медицинских специалистов, который наблюдается в развивающихся странах. Мотивы миграции характеризуются факторами “отталкивания и притяжения”. В таблице 1 ниже суммируются некоторые из возможных основных факторов отталкивания и притяжения, относящихся к работникам здравоохранения. До определенной степени они являются зеркальным отражением друг друга – по вопросам относительной оплаты, перспектив карьерного роста, условий труда в странах исхода и странах назначения. Там, где разрыв (или предполагаемый разрыв) значительный, будет ощущаться притяжение страны назначения. Однако существуют и другие причины, которые могут также действовать как важные факторы отталкивания в определенных странах в определенное время, например, опасения за личную безопасность в областях конфликтов или экономическая нестабильность. Другие факторы притяжения, например, возможность свободно передвигаться или принимать участие в гуманитарной деятельности, также могут иметь значение.

*Таблица 1*

**Основные факторы “отталкивания” и “притяжения” международной миграции**  
(6)

<b>Факторы отталкивания</b>	<b>Факторы притяжения</b>
<p>Низкая оплата (абсолютная и/или относительная)</p> <p>Плохие условия труда</p> <p>Недостаток ресурсов</p> <p>Ограниченные возможности карьерного роста</p> <p>Ограниченные возможности получения образования</p>	<p>Более высокая оплата</p> <p>Возможность зарабатывать и отправлять деньги домой</p> <p>Более благоприятные условия труда</p> <p>Возможность карьерного роста</p> <p>Лучшее обеспечение систем здравоохранения</p> <p>Наличие условий для получения дальнейшего образования</p>
<p>Воздействие ВИЧ/СПИДа</p> <p>Нестабильная/опасная рабочая среда</p> <p>Экономическая нестабильность</p>	<p>Политическая стабильность</p> <p>Возможность свободы передвижения</p> <p>Гуманитарная деятельность</p>

Существует два основных показателя относительной важности миграции и международного найма для страны: приток работников в страну из других стран (и/или отток в другие страны) и реальная численность иностранных работников здравоохранения, находящихся в стране в определенный промежуток времени. В некоторых из недавно опубликованных политических документов и докладов по международной миграции специалистов в области здравоохранения подчеркивалась необходимость совершенствования мониторинга трансграничных миграционных потоков. На сегодняшний день даже самые лучшие из доступных данных, касающихся любой, отдельно взятой страны, не отличаются полнотой и не позволяют провести сравнение между странами, что сводит на нет, любую попытку представить общую международную картину миграции. Тем не менее, имеется возможность сосредоточиться на конкретных странах и, используя доступные данные, рассмотреть ситуацию в любой отдельно взятой стране в рамках международной динамики. Таким образом, можно будет оценить связи с другими странами, касающиеся потоков работников здравоохранения.

За последние 30 лет в Западной Европе число специалистов в области здравоохранения, получивших образование за пределами страны проживания,

значительно возросло. Примеры для некоторых европейских стран, показывающие процент врачей, получивших образование за рубежом, представлены в таблице 2. Они отражают колебания – от очень низких уровней до очень высоких.

**Таблица 2**

**Врачи, работающие в некоторых европейских странах, получившие образование за рубежом**

Страна пребывания	1970	2005
	%	%
Франция	1	6
Германия	5	5
Швеция	5	5
Дания	3	11
Нидерланды	1	6
Португалия	1	4
Соединенное Королевство	26	33

*Источник:* Mejia (6), данные по 1970-м гг.; Mullan (7) и различные источники из профессиональных реестров по 2000-м гг. (предварительные данные).

В последние годы в Европе миграции придается дополнительное значение из-за того, что в ЕС были приняты 12 новых членов (стимулирование трудовой миграции является ключевым моментом политики ЕС, основанной на принципе свободного передвижения людей в соответствии с требованиями единого европейского рынка). При существующем разрыве между доходами в старых членах ЕС и вновь вступивших странах Восточной и Центральной Европы, который намного больше, чем в случае предыдущего расширения Евросоюза, кроме “естественного” потока мигрантов, пересекающих границы по личным мотивам, существует процесс “активного” найма медсестер, врачей и других работников здравоохранения.

В этом контексте миграция представляет собой специфическую проблему, когда некоторые восточноевропейские страны (а в некоторых случаях и развивающиеся страны за пределами Европы) сталкиваются с серьезной “утечкой мозгов”, что поднимает важные этические вопросы.

Обобщение ситуационных исследований, подготовленное Европейским региональным бюро ВОЗ, высвечивает колебания уровней потоков работников и повышение политического внимания к воздействию миграции работников здравоохранения. Доступные данные не позволяют нарисовать общеевропейскую картину тенденций в отношении потока врачей, медсестер и других работников здравоохранения. Также невозможно определить соотношение между временными и постоянными мигрантами или сравнить уровни миграции между странами. Эта общая нехватка специфических данных, относящихся к работникам здравоохранения, особенно для восточной части Региона, говорит о необходимости проведения первичных исследований, скоординированных со всеми вовлеченными в процесс миграции странами.

“Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.” С целью преодоления существующего на сегодняшний день кадрового кризиса призывает увеличить инвестиции в развитие людских ресурсов, повысить производительность и способствовать справедливому распределению и использованию рабочей силы. В нем также подчеркивается, что для увеличения эффективности кадров здравоохранения нужны новые стратегии, и содержится призыв к правительствам обеспечить совместно с партнерами лидерство в планировании, разработке и внедрении необходимых стратегий.

Безусловным требованием является укрепление кадровых ресурсов, для того, чтобы системы здравоохранения могли противостоять разрушительным заболеваниями достичь национальных глобальных целей в области здравоохранения. Сильная инфраструктура

трудовых ресурсов является основополагающим условием преодоления существующего на сегодняшний день разрыва между обещаниями и реальностью в области охраны здоровья и предвидения проблем здравоохранения 21-го века.

Миграция работников здравоохранения может иметь как положительные, так и отрицательные стороны. В некоторых странах она может решить проблему недостатка персонала, помочь странам справиться с избытком персонала и может быть средством, позволяющим работникам здравоохранения в индивидуальном порядке расширить собственные возможности и повысить уровень жизни. Но при этом миграция может также создавать дополнительный дефицит работников здравоохранения в странах, которые уже испытывают недостаток в них, снижая тем самым качество медицинской помощи и доступ к ней. Она также может влиять на моральное состояние кадровых ресурсов здравоохранения.

Поэтому правительства должны разрабатывать программы, учитывающие мотивацию, условия труда, достойную зарплату и другие факторы, чтобы ограничить отток медицинских кадров.

#### **Литература:**

1. Манас таалими: Отчет оценки реализации Национальной программы реформы здравоохранения. – 2011. - Апрель.
2. Центр ВОЗ для СМИ. WWW: <http://whodc.mednet.ru/>
3. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC1/r/Part2-Res-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/r/Part2-Res-ru.pdf).
4. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health / Thomas Bossert [... et al.].
5. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Tough choices : investing in health for development : experiences from national follow-up to the Commission on Macroeconomics and Health.
6. Buchan J., Parkin T, Sochalski J. International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications. – Geneva: World Health Organization, 2003
7. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2003.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf), 21 июня 2007 г.).
8. Mullan F. The metrics of the physician brain drain // New England Journal of Medicine. – 2005. - 353(17):1810–1818 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/353/17/1810>, по состоянию на 21 июня 2007 г.).

