

ТРАНСГРАНИЧНАЯ МОБИЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

.....

Цапенко И. П., Сауткина В. А.

Цапенко Ирина Павловна, Институт мировой экономики и международных отношений имени Е. М. Примакова Российской академии наук, 117997, Россия, Москва, ул. Профсоюзная, д. 23. Эл. почта: tsapenko@imemo.ru

Сауткина Вера Алексеевна, Институт мировой экономики и международных отношений имени Е. М. Примакова Российской академии наук, 117997, Россия, Москва, ул. Профсоюзная, д. 23. Эл. почта: vera-sautkina@yandex.ru

В статье представлена аналитическая картина международной миграции медицинского персонала. Дается характеристика такого нового и малоисследованного феномена, как медицинский туризм, выявлена взаимосвязь в движении медицинских работников и пациентов. Показано, что практически все страны мира в той или иной мере испытывают кадровый дефицит в сфере здравоохранения. При этом в условиях массовых потоков выходящих из развивающихся регионов мира в развитые в последних формируется спрос на специалистов, разбирающихся в социокультурных факторах заболеваемости и разных традициях врачевания. Одним из основных способов решения проблем нехватки медицинских работников на глобальном Севере является их привлечение из-за рубежа, в первую очередь с Юга.

Хотя эмиграция персонала здравоохранения может иметь некоторые позитивные эффекты и для стран исхода, по большому счету она обостряет там кадровый дефицит, особенно в экономически отсталых государствах, ухудшая доступность медицинской помощи для их населения.

Учитывая объективную невозможность на данном этапе кардинально уменьшить отток медиков из таких стран, пути смягчения негативных последствий эмиграции видятся в ограничении государствами Севера найма медперсонала из бедных стран, в оказании последней помощи по развитию здравоохранения, подготовке медицинских кадров и расширению их циркулярной миграции. При этом должен обеспечиваться баланс интересов всех участников этого процесса.

Ключевые слова: международная миграция, здравоохранение, медицинские работники, нехватка кадров, медицинский туризм, спрос на медицинские услуги, медицинская антропология, социальные последствия, страны с низкими доходами, международное сотрудничество.

Глобализация сектора здравоохранения открывает новый этап в его развитии. В значительной мере этот процесс связан с такими яркими современными феноменами, как расширение практики зарубежного найма медицинских работников и развитие медицинского туризма. Какие же возможности открываются с ростом трансграничной мобильности медперсонала и пациентов? Какие проблемы возникают в связи с такими передвижениями? Каким образом можно решить или

хотя бы смягчить эти проблемы? На эти и другие связанные с ними вопросы попытаются ответить авторы данной статьи.

Нехватка медицинских кадров и роль их миграции

Проблема дефицита врачей и среднего медицинского персонала постоянно находится в центре дискуссий, посвященных причинам ухудшения качества медицинских услуг населению. Практически все страны издавна сталкиваются с дисбалансами в кадровых ресурсах в этой сфере. Недостаток инвестиций в систему медицинского образования, несоответствие стратегий подготовки кадров для здравоохранения общественным потребностям в них усугубляют сложившуюся ситуацию.

По расчетам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в начале нулевых годов насчитывалось 57 стран, главным образом африканских и азиатских, с критическим дефицитом медицинских работников (менее 2,28 на 1 тыс. жителей страны), при котором не обеспечить прием как минимум 80% родов квалифицированным медицинским персоналом. Совокупная нехватка врачей, акушеров и медсестер в этих странах оценивалась в 2,4 млн. (WHO, 2006). А при предъявлении более строгих критериев ВОЗ к обеспечению стран медработниками — 3,45 на 1000 населения — их дефицит в начале второго десятилетия достигал уже 7,2 млн., угрожая увеличиться до 12,9 млн. к 2035 г. (WHO, 2013).

Кадровый голод ощущают и национальные системы здравоохранения на глобальном Севере. Так, в России, согласно данным Росстата на конец 2014 г., потребности российских организаций во врачах (кроме стоматологов) для замещения вакансий составляли 10,8% от общего числа рабочих мест, в акушерах — 4,6, медсестрах — 4,4% (Росстат, 2017). Более всего не хватает анестезиологов, реаниматологов, наркологов, фтизиатров, педиатров и неонатологов. Особенно остро проблема ощущается в регионах. Даже в Москве, где ситуация считается относительно благополучной, укомплектованность медучреждений врачами составляет 89,6%, средним персоналом — 89,7% (Денисенко, Чудиновских, 2015). А в США, по данным доклада Американской медицинской комиссии, к 2025 г. в стране будет ощущаться нехватка около 100 тыс. врачей, в первую очередь в системе первичной медицинской помощи (Court, 2016).

Под воздействием целого комплекса факторов (политических, социально-экономических, демографических и технологических) потребность в высококвалифицированных кадрах здравоохранения значительно возрастает. Для оперативного и адекватного реагирования на резкие смены в эпидемической обстановке, чрезвычайные ситуации и стихийные бедствия, изменения в характере заболеваемости населения, связанные с распространением неинфекционных, хронических недугов, требуется не только растущее число медицинских специалистов, но и большее разнообразие их профиля. Согласно прогнозам Всемирного банка к 2030 г. в мире появятся около 40 млн. новых должностных

позиций в области медико-санитарного и социального обслуживания населения (Global Health Workforce Alliance, 2014).

Такое количество специалистов необходимо не только обучить, но и обеспечить ими территории, испытывающие дефицит медицинских кадров. Однако во многих странах усилия органов власти, осуществляющих финансовые и организационные меры в области развития и размещения трудовых ресурсов здравоохранения, не позволяют обеспечить стабильное функционирование отрасли.

Для формирования политики, способствующей преодолению имеющегося дефицита медиков, необходимо опираться на качественную информацию о состоянии кадровых ресурсов как на глобальном, так и национальном уровне. Без данных о возрастном и профессионально-квалификационном составе медицинских работников, их статусе на рынке труда, распределении по государственному и частному секторам, масштабах и структуре подготовки таких кадров, ожиданиях самого медперсонала не представляется возможным проводить достоверные межстрановые сопоставления. При этом для выявления вектора развития рынка труда в сфере здравоохранения важно верно оценить спрос на медицинских работников с учетом национальных возможностей по созданию для них финансируемых рабочих мест. Нужны фактические данные о том, какого типа работники, с какими навыками и в каком количестве будут востребованы на рынке той или иной страны; как регулируется процедура их найма; какие условия труда и способы стимулирования могут быть предложены для их привлечения и удержания; как можно мотивировать повышение качества выполняемой ими работы.

Основываясь на наиболее надежных прогнозах динамики спроса на рабочую силу и ее предложения, ВВП на душу населения, расходов на общественное здравоохранение, численности населения старше 65 лет по 165 странам, эксперты Всемирного банка смоделировали совокупные потребности в работниках здравоохранения в 2030 г. по регионам мира (см. табл. 1).

Однако эти данные не позволяют оценить, в каких конкретно странах, испытывающих дефицит медицинского персонала, и в каком количестве будет необходимо создать новые рабочие места. Очевидно также, что при оценке потребностей в медицинских работниках необходимо учитывать их трансграничные миграции.

Перемещения медицинского персонала из одного региона в другой в целях решения кадровых проблем в системах здравоохранения уже давно и довольно широко практикуются как в национальных, так и глобальных масштабах. В 1950-е гг. миграция врачей была преимущественно европейским феноменом, однако с середины 1970-х гг. примерно половина ее потоков идет из Азии, в первую очередь из Индии и Китая. Состав двадцатки главных доноров весьма неоднороден по уровню их социально-экономического развития, поскольку в этой группе помимо указанных лидеров находятся и европейские страны: Германия,

Таблица 1

Прогноз спроса на работников здравоохранения по регионам мира, млн. чел.

Регион ВОЗ	2030 г.
Африка	2,4
Страны Америки	15,3
Восточное Средиземноморье	6,2
Европа	18,2
Юго-Восточная Азия	12,2
Западная часть Тихого океана	25,9
Мир в целом	80,2

Составлено по: (ВОЗ, 2015).

Великобритания, Румыния, и американские: Канада, США, Колумбия, и африканские: Алжир и ЮАР (рис. 1).

Однако по уровню эмиграции врачей, т.е., численности врачей, работающих за пределами страны происхождения, относительно их общей численности в ней, первые позиции с показателями в 70–80% занимают страны тропической Африки, островные и прибрежные государства Карибского бассейна (рис. 2). А удельный отток медсестер достигал в 2010–2011 гг. даже более высоких отметок в Гаити (97%), Гайане (96%) и Ямайке (93%) (ОЕСД, 2015b). Симптоматично, что это страны с низким или средним уровнем дохода, медицинские работники которых ищут лучшие возможности трудоустройства и профессиональной самореализации. Среди таких лидеров нет более развитых государств: например, уровень эмиграции врачей из России и США менее 1%. Более того, утечка врачей обычно идет интенсивнее всего из тех африканских стран, где плотность этой категории работников (на 1000 жителей) наименьшая, а проблемы в области здравоохранения, в том числе связанные с распространением эпидемических заболеваний типа СПИДа и Эболы, особенно остры.

Развитые страны располагают значительными возможностями для восполнения имеющегося у них дефицита медицинских кадров: как за счет внутренних ресурсов, так и благодаря использованию труда зарубежных специалистов. Наиболее многочисленные контингенты иностранных врачей и медсестер принимают США, где в 2010–2011 гг. их проживало 221 и 561 тыс. соответственно, Великобритания (84 и 134 тыс.) и Германия (57 и 150 тыс.) (ОЕСД, 2015b). А по доле приезжих среди медперсонала лидируют Новая Зеландия, Австралия, Израиль, Ирландия и Швейцария (рис. 3).

За первое десятилетие XXI в. на фоне роста численности работников здравоохранения в странах ОЭСР их контингент иностранного происхождения увеличился не только в абсолютном (на 60%), но и в относительном измерении:

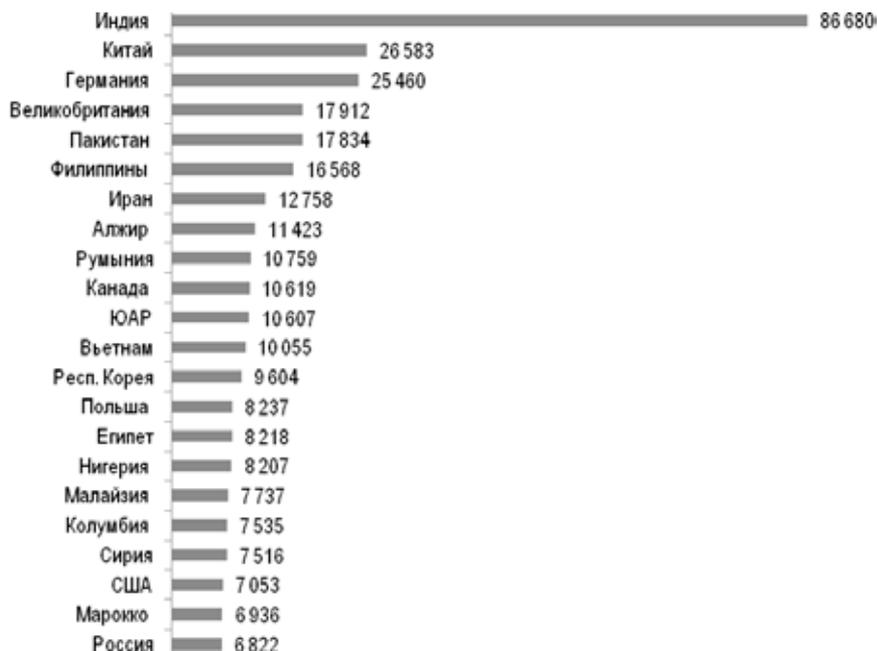


Рис. 1. Основные страны — доноры врачей, работающих в странах ОЭСР, 2010–2011 гг., чел. Составлено по: (OECD, 2015b).

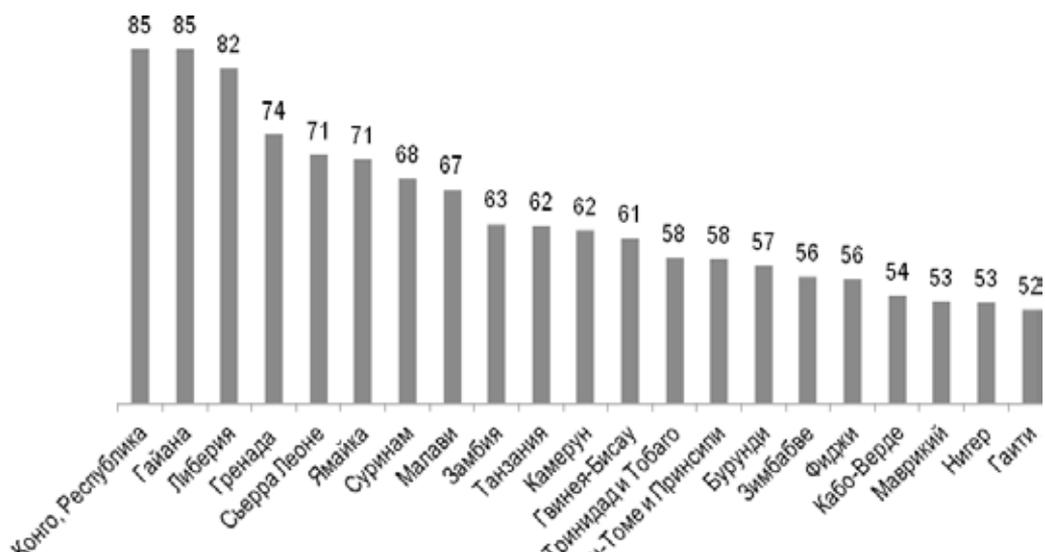


Рис. 2. Страны с наиболее высоким уровнем эмиграции врачей, 2010–2011 гг.,%. Составлено по: (OECD, 2015b).

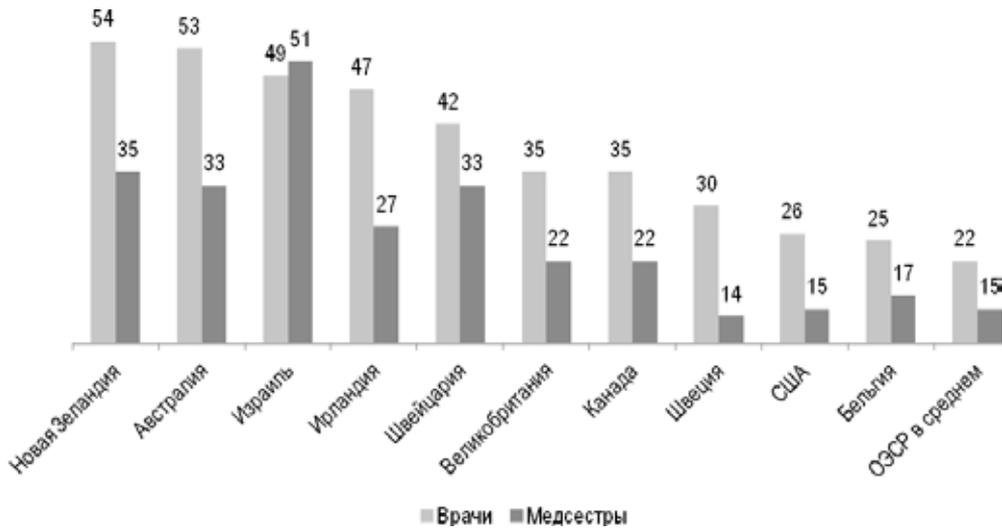


Рис. 3. Доля уроженцев других стран среди врачей и медсестер по странам проживания, 2010–2011 гг.,%. Составлено по: (OECD, 2015b).

доля мигрантов среди врачей повысилась с 19,5 до 22%, медсестер — с 11 до 14,5%. (OECD, 2015b). В результате иностранцы сыграли ключевую роль в улучшении кадрового обеспечения систем здравоохранения значительной части развитых стран, в первую очередь Бельгии, США, Австралии, Дании и Новой Зеландии.

Взаимосвязь передвижений медицинского персонала и пациентов

Изменения на рынке медицинского труда в значительной мере связаны с ростом международной мобильности не только работников здравоохранения, но и других категорий населения, в том числе непосредственно пациентов. Такие перемещения существенно влияют на условия спроса на медицинские услуги и их предложения. Необходимость рассматривать эти процессы во взаимосвязи обусловлена появлением комплекса проблем, вызванных особыми потребностями мигрантов в лечении и существованием культурных барьеров между приезжими пациентами и местным санитарно-медицинскими персоналом.

По данным ООН в 2015 г. в мире насчитывалось 244 млн. международных мигрантов, из которых свыше 140 млн. проживали в странах глобального Севера, составляя 11% населения этих регионов. В последние десятилетия страны Запада столкнулись с усилением потока мигрантов из стран Африки, Азии и Ближнего Востока. С увеличением числа приезжего населения, в том числе лиц, ищущих убежища, которых только за 2015–2016 гг. в ЕС прибыло около 2,6 млн., растет спрос на медицинские услуги разного профиля. Местный медицинский персонал не вполне готов к таким масштабам работы с пациентами, которые

привыкли получать медицинскую помощь в соответствии со способами врачевания, принятыми в странах их происхождения.

Несмотря на то что базовые медицинские услуги в целом доступны мигрантам, причем экстренные — и нелегально проживающим иностранцам, на пути их получения встают такие барьеры, как незнание языка; недостаток информации о доступных услугах; дискриминация; отсутствие услуг, специально предназначенных для приезжих и др. По этим и некоторым другим мотивам временные трудовые и учебные мигранты зачастую откладывают визиты к врачу до возвращения на родину (OECD, 2016). В ряде стран, в том числе Швеции, Греции, Финляндии, Венгрии, Польше и Словакии, среди мигрантов по сравнению с местными жителями заметно больше доля тех, кто нуждался в течение предыдущего года в медицинской помощи, но ее не получил (OECD, 2015a).

В спросе мигрантов на медицинские услуги есть и другая специфика, с которой могут быть связаны дополнительные издержки местных систем здравоохранения, в том числе на услуги переводчиков, причем особенно там, куда направляются интенсивные вынужденные потоки. Оторванность от родного места, враждебность нового социального окружения, пережитые беженцами войны и преследования провоцируют развитие стрессов и болезней нервной системы. Возможно, этим объясняются нередко более высокие показатели госпитализации недавно прибывших мигрантов, нежели местных жителей (George, Meadows, Metcalf and Rolfe, 2011).

Кроме того, в развитых странах произошел эпидемиологический переход, в результате которого основными причинами смертности там стали хронические болезни, тогда как в более бедных странах, откуда пребывают массовые контингенты мигрантов, инфекционные заболевания представляют одну из ключевых проблем для здоровья населения. Для проведения правильной диагностики требуются специалисты, которые обладают глубокими знаниями не только в области социально-экономических, но и культурно обусловленных причин нездоровья. В этих условиях повышается ценность опыта врачевания выходцев из той же этнокультурной среды, что и пациент. Тем самым иммиграция населения из стран глобального Юга притягивает по уже проторенным маршрутам потоки медицинских кадров из тех же стран.

Кроме того, на фоне подобных кадровых проблем усиливается необходимость внедрения антропологических принципов при организации лечения пациентов иной этнической принадлежности, имеющих другие представления о здоровье и болезни и отношении к ним. В результате сначала в Америке, а затем в европейских и других странах появилось новое научное направление — медицинская антропология. В исследованиях американских антропологов Э. Гейнса и Р. Хана, проведенных еще в 1980-е гг., западная медицина рассматривалась в качестве особой культурной традиции наряду с прочими известными системами врачевания. Была выявлена характерная черта западной традиции: четкий

иерархический характер разделения труда и профессиональных ролей, хорошо понятный другим членам общества (Hahn, Gaines, 1982). Вскоре академическое поле этого направления значительно расширилось, а специалисты, работающие в такой парадигме, стали востребованы в практической деятельности широкого круга медицинских учреждений.

В условиях современных клиник, где процесс лечения строго стандартизирован, происходит нивелирование личных особенностей пациентов. Опираясь на показания различных обследований, врачи ставят диагноз и назначают лечение, отводя при этом второстепенную роль жалобам больных. В результате современная медицина, делающая ставку на технические инновации, стала утрачивать свои гуманистические начала. Представители медицинской антропологии настаивают на необходимости вернуть пациенту возможность более подробно высказывать доктору мнения о причинах своего нездоровья. Такие специалисты привлекаются для преодоления коммуникационных барьеров между врачом и пациентом: в качестве переводчиков и защитников прав пациентов на получение медицинской помощи, оказываемой с учетом медицинских традиций и культуры стран их происхождения¹.

В ближайшей перспективе спрос на специалистов, имеющих познания в области многообразных систем врачевания и способных принимать во внимание особенности национальных систем здравоохранения, возрастет в связи с бурным развитием медицинского туризма. Это новое направление медицинской помощи, оказываемой пациентам за пределами территории их постоянного проживания, стало особенно популярным из-за значительной вариации цен и качества услуг в различных странах.

В данном случае речь идет не только об оздоровительно-лечебных поездках, но и о полноценном медицинском обслуживании, предполагающем серьезные обследования и операции. К настоящему времени формируется мировой рынок подобного рода услуг, обладающий специфической инфраструктурой (органами аккредитации, агентствами и медицинским менеджментом). В целях предотвращения возможных рисков пациенту необходима высококвалифицированная помощь в выборе страны, медицинского учреждения и даже конкретного специалиста, способного решить его проблему со здоровьем.

Основной поток нуждающихся в медицинской помощи за границей идет из тех стран, где медицинские технологии слабо развиты и отъезд откуда дает едва ли не единственную надежду на излечение или постановку правильного

¹ В России впервые в качестве самостоятельной научной дисциплины медицинская антропология стала преподаваться с 2001 г. в Саратовском государственном техническом университете. В 2005 г. в Институте антропологии и этнологии РАН сформировалась группа медицинских антропологов, члены которой развернули активную публикационную деятельность. В 2013 г. была образована Российская ассоциация медицинских антропологов, объединяющая значительный круг специалистов, которые могут выступать в качестве экспертов современных программ по здравоохранению в различных культурных условиях (Михель, 2015).

Таблица 2

Стоимость хирургических операций в некоторых странах мира, тыс. дол. США

Вид хирургической операции	США	Таиланд	Сингапур	Малайзия
Коронарное шунтирование	130	11	18,5	9
Протезирование сердечного клапана	160	10	12,5	9
Коронарная ангиопластика (операция на сосудах)	57	13	13	11

Источник: (Medical Tourism Revenue, 2013).

диагноза. Фактически эти потоки идут параллельно миграции медицинских работников, ослабляющей системы здравоохранения стран-доноров.

Вместе с тем в последнее десятилетие стал развиваться медицинский туризм из вполне благополучных государств Западной Европы и Америки в страны Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР). Подобные предпочтения основаны на том, что в этом регионе пациентам предоставляется индивидуальное лечение с использованием как самых современных технологий и аппаратуры, так и ставших широко востребованными способов и методов традиционной китайской и индийской медицины по достаточно доступным ценам. Не случайно системы здравоохранения стран АТР, таких как Гонконг, Тайвань, Сингапур, Республика Корея и Япония, уже на протяжении многих лет входят в десятку самых эффективных в мире².

Высокотехнологичная медицинская помощь в США, Канаде, Великобритании и других развитых странах в силу большой стоимости зачастую недоступна для многих пациентов, чья страховка не покрывает необходимых расходов. Поэтому при острой необходимости им приходится искать альтернативные варианты, более приемлемые по шкале «цена — качество». Для сравнения весьма показательна стоимость наиболее востребованных хирургических операций в США и некоторых азиатских странах (табл. 2).

По оценкам, представленным на первом Глобальном Конгрессе по оздоровительному туризму (GWTC), в 2017 г. 50% мирового рынка медицинского туризма придется на страны Азии, Ближнего Востока и Латинской Америки, что вполне реально, учитывая ценовую доступность и качество высокотехнологичной и прочей медицинской помощи. Кроме того, одной из важных побудительных причин, по которым жители стран с развитой медициной стран выезжают на

² Американское агентство Bloomberg ежегодно проводит исследование эффективности систем здравоохранения в 55 странах, население которых более 5 млн чел., годовой ВВП на душу населения свыше 5 тыс. дол. и средняя продолжительность жизни длиннее 70 лет. Основу формируемого рейтинга составляют данные о средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, затратах на здравоохранение в виде процента ВВП на душу населения и стоимости медицинских услуг в пересчете на душу населения. Система здравоохранения США в 2016 г. заняла лишь 50-е место из 55 и оказалась одной из самых дорогостоящих в мире (US Ranks 50th in Bloomberg's Health-Care Efficiency Index, 2016).

лечение за границу, является законодательный запрет в них на некоторые виды медицинского вмешательства, например, на репродуктивные программы (суррогатное материнство и донорство), трансплантацию органов, лечение с применением стволовых клеток и искусственное прерывание беременности и т.п.

Повышенный спрос на лечение за рубежом со стороны жителей более развитых регионов мира усиливает конкуренцию между странами, которые способны предложить самыми современными методами решать сложные проблемы пациентов. Поэтому власти развивающихся стран зачастую поддерживают развитие западного направления медицинского туризма. Ведется работа по формированию специального законодательства, регулирующего данную отрасль здравоохранения. Южно-корейское государство берет на себя риски по оказанию медицинской помощи иностранцам, в Турции субсидируется лечение зарубежных туристов.

По данным Российской ассоциации медицинского туризма, в 2016 г. на лечение за границу из страны выехало 80 тыс. чел.³ Около 43% медицинских туристов из России обратились в азиатские клиники и курорты, 31% — предпочли лечение в Европе. Среди мотивов, по которым россияне выезжали на лечение за рубеж, у 42% — обращение к определенному специалисту с мировым именем за высокотехнологичной медицинской помощью, 33% — более высокий уровень сервиса, 15% — получение экстренной помощи, 10% — более низкие цены (Зачем россияне едут в зарубежные клиники? 2017).

Популярность лечения в Китае среди россиян основана на удачном сочетании там передовых западных технологий с традиционными приемами народной медицины, сжатых сроках лечения и наличии переводчиков в частных клиниках. Однако статистических данных о российских медицинских туристах в КНР практически нет, так как многие выезжают в качестве обычных туристов, а уже на месте обращаются в медицинские центры. Китайские врачи нередко используют непроверенные средства, запрещенные в России, в результате невозможно предусмотреть все последствия от полученного лечения. Риски от подобного рода услуг остаются очень высокими из-за возможных осложнений, которые проявляются не сразу. Именно поэтому так необходима помощь специалиста, способного дать необходимую консультацию на основе тщательного анализа данных о здоровье пациента. В действительности для привлечения клиентов широко используются услуги руководителей туристических групп, которым клиники выплачивают комиссионные.

В такой ситуации в целях снижения рисков следует обращаться в медицинские учреждения, имеющие аккредитацию, которую проводит международная организация *Joint Commission International (JCI)*. Как правило, такие клиники

³ Для сравнения в том же 2016 г. в Россию приехали на лечение всего 13,5 тыс. иностранных пациентов. Наиболее востребованными оказались стоматология, офтальмология, гинекология (ЭКО), ортопедия и пластическая хирургия.

имеют специальные отделы для работы с пациентами из-за рубежа и предоставляют весь пакет необходимых услуг. Подобный сервис значительно увеличивает стоимость лечения, поэтому малообеспеченные граждане вынуждены рисковать своим здоровьем (Марченко, 2013).

В целях преодоления возможных рисков, связанных с некачественно оказываемой помощью иностранным пациентам, необходима работа по концептуализации феномена медицинского туризма. Речь идет о его направлении, связанном с получением высокотехнологичной помощи, которое показано сугубо клинически. В настоящее время организацией такой деятельности занимаются в основном туроператоры, что может быть приемлемым лишь в случае оздоровительных коммерческих туров. Однако весь комплекс услуг, связанных с лечением серьезных нарушений здоровья пациентов, должны оказывать специально обученные специалисты-медики. Более того, вопросы развития этого нового направления современного здравоохранения, возникшего благодаря распространению медицинского туризма, необходимо решать на государственном уровне.

Проблемы, порождаемые эмиграцией медиков, и возможные пути их решения

Миграция работников здравоохранения с территорий, страдающих от их недостатка, усугубляет дисбалансы в структуре и распределении медицинских кадров. Вследствие этого в свою очередь обостряется проблема доступности медицинской помощи населению таких ареалов, в первую очередь малоимущим⁴. С ограничениями в кадровой доступности медицинской помощи сталкиваются жители как развивающихся, так и развитых стран, особенно в удаленных и сельских районах.

По данным доклада Американской медицинской комиссии, 65 млн. жителей США не имеют доступа к врачам первичной помощи, которые уполномочены направлять пациентов, нуждающихся в более сложном лечении, к специалистам. При этом в трети штатов потребности населения в медицинской помощи удовлетворяются менее, чем: в Коннектикуте — на 15%, Миссури — 30, Род-Айленде — 33, Аляске — 35, Северной Дакоте — 37% (Court, 2016). В Болгарии жители сельских районов вынуждены совершать дальние поездки для получения необходимых медицинских услуг.

Последствия эмиграции медицинских кадров из регионов глобального Севера также ощутимы в отдельных медицинских специальностях. Например, в конце нулевых годов в Венгрии и Словакии эмиграционные намерения были наиболее выражены у анестезиологов и реаниматологов, врачей общей практики

⁴ Специалисты выделяют следующие виды доступности медицинской помощи: экономическую, физическую, территориальную, транспортную, временную, информационную, психологическую, организационную и кадровую. Все они взаимосвязаны между собой, поэтому требуют комплексного подхода к их обеспечению (Улумбекова, 2011).

и хирургов, притом что именно в этих специальностях отмечалась наибольшая нехватка кадров (OECD, 2016).

Основные способы решения или, по крайней мере, смягчения подобных проблем в развитых регионах мира: наращивание и актуализация структуры подготовки медицинских кадров, прием иностранных студентов для обучения по медицинским специальностям с перспективой их последующего трудоустройства на родине, повышение привлекательности медицинского труда для местных работников здравоохранения и, разумеется, создание благоприятных условий для притока зарубежных кадров.

В России, где огромные пространства затрудняют создание новых и сохранение старых объектов медицинской инфраструктуры, а пациенты во многих регионах страдают от недостатка практически всех видов доступной медицинской помощи, подходы к решению данной проблемы во многом зависят от финансовых возможностей местных властей. Так, в Калининградской области разработаны две специальные программы по привлечению врачей в регион. Первая нацелена на молодых выпускников медицинских вузов, а вторая — на опытных, уникальных специалистов, подбираемых для конкретных медучреждений. Врачам будут оказывать материальную поддержку в течение 3 лет, предоставлять жилье, оплачивать обучение для повышения квалификации. Под узких специалистов планируется приобретать высокотехнологичное оборудование. Благодаря такой политике уже в 2016 г. в регион удалось привлечь 51 специалиста и сократить дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов и патологоанатомов (Калининградские власти разработали спецпрограммы, 2017).

Однако для жителей территорий Дальневосточного федерального округа (ДФО), куда весьма проблематично привлечь медицинский персонал, доступность, качество и безопасность медицинских услуг в большой мере зависят от уровня достатка пациента. Представители высокодоходных групп населения и региональной элиты «осаждают» клиники приграничных государств: Республики Кореи, Китая, Японии и Таиланда. По оценкам экспертов, в последние годы в этих странах объем медицинского туризма в разы вырос именно за счет жителей территорий ДФО (Дьяченко, Дьяченко, 2015).

В результате недостаточного финансирования и связанного с этим истощения кадрового ресурса национальных систем здравоохранения в мире растет число людей, не имеющих доступа к базовым видам медицинской помощи. По разным оценкам для обеспечения подготовки медицинских работников и достойной оплаты их труда расходы на финансирование систем здравоохранения должны составлять не менее 10% величины национального дохода (для беднейших регионов мира это труднодостижимо) (Сауткина, 2011).

Поэтому практика компенсации дефицита медицинского персонала в богатых государствах за счет найма специалистов из неблагополучных регионов мира, влекущего у последних огромные кадровые потери, угрожает ухудшению

ем состояния систем здравоохранения и здоровья населения таких регионов. Соотношение численности работников сферы здравоохранения, выехавших из стран с их критической нехваткой, и масштабов дефицита медработников на их территориях возросло в мировой совокупности этих стран с 9% в 2000/2001 гг. до 20% в 2010–2011 гг. Этот показатель достиг 74% в соответствующих ареалах Латинской Америки и 27% — Юго-Восточной Азии (OECD, 2015b).

В то же время в русле современного, продвигаемого ООН подхода к миграции, акцентирующего ее благотворные эффекты для стран исхода, видятся позитивные стороны и в эмиграции врачей.

Во-первых, это сглаживание диспропорций рынка медицинской рабочей силы, на котором дефицит может сосуществовать с относительным избытком ее для некоторых категорий. Показательно, что примерно 10% обследованных в 2002 г. в Великобритании иностранных врачей, в том числе 19% уроженцев Индии, не имели работы на родине до эмиграции. Однако у выходцев из стран с низкими доходами этот показатель составлял всего 4%, и, естественно, их отток не способен кардинально изменить ситуацию в соответствующем сегменте сферы труда (Kangasniemi, Winters, Commander, 2004).

Во-вторых, по каналам переводов мигрантов-медиков в страны исхода поступают дополнительные финансовые средства. Так, 45% обследованных в Великобритании в 2002 г. иностранных врачей отправляли на родину переводы, размер которых составлял в среднем 16% заработков этих медработников, достигая 22% у выходцев из стран с низкими доходами (Kangasniemi et al., 2004). Подобные переводы, материально поддерживая родственников эмигрантов, вместе с тем не способны оказать принципиального влияния на социальную, в том числе медико-санитарную ситуацию в стране исхода.

В-третьих, возвращающиеся мигранты-медики привозят на родину новые знания и навыки, способствуя трансляции технологических инноваций и современных социальных норм. Однако этот процесс не носит массового характера. В начале нулевых годов лишь 41% работавших в Великобритании иностранных врачей, в том числе 50% из стран с низкими доходами, намеревались вернуться на родину, объясняя это семейными связями, реально же репатриантов бывает гораздо меньше, чем планирующих переезд (Kangasniemi et al., 2004).

В целом мигранты традиционно занимают двойственное положение в экономических отношениях. В принимающих обществах, включая и сферу здравоохранения, они являются одновременно как производителями, так и потребителями товаров и услуг, а в отдающих социумах — порождают встречное движение ресурсов. Перемещения населения в целом, включая медицинский туризм, служат механизмом территориального перераспределения потребностей в медицинских услугах: с одной стороны, они сокращают или откладывают их предъявление в странах исхода, а с другой — увеличивают их и модифицируют их структуру в странах назначения. Однако отдельно взятые передвижения медицинских

специалистов влияют на удовлетворение этих потребностей, ограничивая его в странах-донорах и расширяя и диверсифицируя предложение медицинских услуг в странах-реципиентах.

В принятой ООН в 2015 г. Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. среди главных целей устойчивого развития значится: «Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах» (ООН, 2015). Для сохранения и развития человеческих ресурсов в сфере здравоохранения отдающих стран осуществляются комплексные меры в рамках международного сотрудничества.

Во-первых, чтобы ослабить негативные эффекты эмиграции медперсонала в системе здравоохранения более бедных стран, предпринимаются попытки ограничить наем медицинских работников из развивающихся регионов в развитые. Так, еще в 2010 г. был принят Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (ВОЗ, 2010). В этом документе, который носит добровольный характер, подчеркивается необходимость соблюдать принцип равенства прав всех работников здравоохранения — как приезжих, так и местных. Не рекомендуется нанимать медико-санитарный персонал из стран, испытывающих значительный дефицит работников здравоохранения. Кроме того, в целях расширения обмена навыками и знаниями предлагается способствовать «циркулярной миграции работников здравоохранения» между странами.

Хотя пока нет специальных исследований влияния этих мер на миграцию медперсонала, косвенно на их эффект может указывать сокращение в странах ЕС доли медработников, прибывших из третьих стран. Если в 2002–2003 гг. среди медсестер, работавших в Великобритании (тогда участнице ЕС), 94,1% были родом из стран, не входивших в эту организацию, то в 2010–2011 гг. — уже только 29,6%, а в 2014–2015 гг. — лишь 8,1%. Аналогичным образом число вновь зарегистрированных медсестер в Ирландии, которые получили медицинское образование за пределами Евросоюза, сократилось с 78,6% в 2006 г. до 18,9% в 2013 г. (рассчитано по: (ОЕСД, 2015b)).

Во-вторых, принимая во внимание значимость не только материальных, но и нематериальных стимулов для продолжения работы медицинских работников на родине, таких как условия труда, медико-санитарная обстановка в стране, возможности обучения в течение жизни и т.п., важная роль в сдерживании эмиграции медицинских кадров отводится официальной помощи в виде финансовой поддержки (финансирование объектов инфраструктуры, поставок оборудования и фармацевтических препаратов и т.п.) и технического содействия (командирование специалистов развитых стран в развивающиеся для трансфера экспертного знания и обмена лучшими практиками).

Финансовая помощь на нужды развития здравоохранения призвана выступать в качестве механизма финансовой компенсации потерь стран — доноров медперсонала, однако на практике она может использоваться для затыкания дыр в бюджете, а не для инвестиций в сферу здравоохранения, или же обрачиваться распылением средств. Как показывает эконометрический анализ, такая помощь имеет лишь ограниченный и краткосрочный эффект (удвоение помощи вызывает через 3 года снижение на 5% темпов роста эмиграции врачей). Техническое содействие демонстрирует несколько большую эффективность (7%) (Moullan, Bourgueil, 2014). Но оно также не может устранить глубинных причин эмиграции медиков из бедных стран, коренящихся в общей социально-экономической отсталости последних.

Для того чтобы разомкнуть этот порочный круг, требуются не только совместные усилия мирового сообщества, но и воля национальных правительств к преобразованиям во имя прогресса⁵. Согласованность международного управления трудовыми ресурсами здравоохранения может быть достигнута лишь при условии учета интересов как отдающих, так и принимающих стран и взаимовыгодного характера миграции медперсонала.

Таким образом, миграция медицинских кадров носит глобальный характер. Хотя немалая часть таких передвижений осуществляется между развитыми странами, основной поток медицинского персонала идет туда из развивающихся регионов мира. Зарубежный персонал составляет существенную и быстро растущую долю в общей численности медицинских работников в государствах глобального Севера, компенсируя кадровый дефицит их систем здравоохранения. Кроме того, приезжие специалисты, знакомые с разными, в том числе восточными традициями врачевания, все более востребованы в условиях массовой иммиграции и медицинского туризма представителей незападных этносов и цивилизаций. Такими перемещениями вызван рост спроса на особые виды лечебных услуг, оказание которых предполагает использование антропологического подхода, в частности учет этнокультурной принадлежности пациентов.

Однако отток медицинских специалистов из развивающихся стран обостряет их кадровые проблемы, ухудшая состояние общественного здравоохранения и доступность медицинской помощи и тем самым создавая угрозы для здоровья их населения. Хотя утечку медицинских кадров не остановить в условиях социально-экономической отсталости, остроту этой проблемы могут смягчить компенсация богатыми государствами потерь бедных стран, содействие развитию последних и придание миграции медицинского персонала циркуляционного характера.

⁵ Однако, как показывает опыт, социально-экономическое развитие наиболее бедных стран обычно сопровождается ростом мобильности их населения. Поэтому следует учитывать, что в перспективе оно может на время вызвать новый всплеск эмиграции медперсонала.

Библиографический список

1. ВОЗ (2010). Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. Режим доступа: http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/ru/index1.html
2. ВОЗ (2015). Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Проект, представленный на 138-й сессии Исполнительного комитета ВОЗ. Режим доступа: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/ru/
3. Денисенко, М. Б., Чудиновских, О. С. (2015). К вопросу об организации международной миграции медицинских работников в России. *Демографические исследования*, 26, 31–49.
4. Дьяченко, С. В., Дьяченко, В. Г. (2015). Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью. *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*, 2, 2–24.
5. Зачем россияне едут в зарубежные клиники? (2017, Март 1). Omskinform.ru. Режим доступа: <http://health.omsinform.ru/news/3505>
6. Калининградские власти разработали спецпрограммы для привлечения в регион врачей (2017, Апрель 27). Interfax-russia.ru. Режим доступа: <http://www.interfax-russia.ru/NorthWest/news.asp?id=828221&sec=1671>
7. Михель, Д. В. (2015). *Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания*. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т.
8. Марченко, О. Г. (2013). Мировой медицинский туризм смещается в страны АТР. Аналитический обзор. *Современные проблемы науки и образования*, 6. Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=>
9. ООН (2015). Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 г. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/instruments/docs_subj_ru.asp?subj=86
10. Росстат (2017, Апрель 28). О численности и потребности организаций в работниках по профессиональным группам на 31 октября 2014 г. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/2015/potrorg/potr14.htm
11. Сауткина, В. А. (2011). Нехватка медперсонала становится проблемой и для бедных, и для богатых стран. *Человек и труд*, 3, 41–43.
12. Улумбекова, Г. Э. (2011). Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами. *Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития*, 4, 36–44.
13. Court, E. (2016, April 4). America's facing a shortage of primary-care doctors. MarketWatch: Stock Market News — Financial News. Retrieved from: <http://www.marketwatch.com/story/americas-1-million-doctor-shortage-is-right-upon-us-2016-04-01>
14. George, A., Meadows, P., Metcalf, H. & Rolfe, H. (2011). Impact of migration on the consumption of education and children's services and the consumption of health services, social care and social services. NIESR. Retrieved from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/257236/impact-of-migration.pdf

15. Global Health Workforce Alliance — Working Group No. 1 (2014, September 28). Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Retrieved from: http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1
16. Hahn, R. A. & Gaines, A. D. (1989). Physicians of Western Medicine: An Introduction. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 6 (3), 215–218.
17. Kangasniemi, M., Winters, L. & Commander, S. (2004, February). Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK. Retrieved from: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0618.pdf>
18. Medical Tourism Revenue (2013, February). Penang Monthly. Retrieved from: http://penangmonthly.com/article.aspx?pageid=7659&name=medical_tourism_revenue
19. Moullan, Y. & Bourgueil, Y. (2014). The International Migration of Doctors: Impacts and Political Implications. *Questions d'économie de la santé*, 203, 1–7.
20. OECD (2015a). *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In*. Paris.
21. OECD (2015b). *International Migration Outlook*, 2015. Paris.
22. OECD (2016). *International Migration Outlook*, 2016. Paris.
23. US Ranks 50th in Bloomberg's Health-Care Efficiency Index (2016, October 5). Insulinalgorithms.com. Retrieved from: <http://www.insulinalgorithms.com/us-ranks-50th/>
24. WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva.
25. WHO (2013). *A Universal Truth: No health without a workforce*. Geneva.

Статья поступила в редакцию 06.03.2017.

.....

CROSS-BORDER MOBILITY IN HEALTHCARE

Tsapenko I.P., Sautkina V.A.

Tsapenko Irina Pavlovna, Institute of World Economy and International Relations, Russian Academy of Sciences, 117997, Russia, Moscow, ul. Profsoyuznaya, 23. E-mail: tsapenko@bk.ru

Sautkina Vera Alexandrovna, Institute of World Economy and International Relations, Russian Academy of Sciences, 117997, Russia, Moscow, ul. Profsoyuznaya, 23. E-mail: vera-sautkina@yandex.ru

The article presents an analytical picture of the international migration of health personnel. The authors describe medical tourism which is a new and unexplored phenomenon and reveal the interrelation in the movement of health workers and patients. They show that almost all countries experience to some extent staff shortages in the health sector. In the context of massive flows of immigrants from the developing regions to the developed ones the latter are in demand for medical professionals versed in socio-cultural factors of illness and different traditions of treatment. One of the main ways of alleviating the shortage of medical personnel in the global North is to attract such workers from abroad, mainly from the South.

Although the emigration of health professionals may have some positive effects for the countries of origin, by and large it sharpens the shortage of medical personnel there and especially in economically backward countries, worsening access of their population to medical care.

Given the objective impossibility to radically reduce the outflow of doctors from such countries at present, mitigating the negative effects of emigration can be reached by limiting the

States of the North the recruitment of health personnel from poor countries, providing development assistance for health care, promoting medical education and training of health personnel and expanding circular migration. Such measures should take into account interests of all participants of the migration process.

Key words: international migration, health care, health workers, shortage of personnel, medical tourism, demand for medical services, medical anthropology, social consequences, low-income countries, international cooperation.

References

1. VOZ (2010). Globalaposnyj kodeks VOZ po praktike mezhdunarodnogo najma personala zdavoohraneniya [Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel]. Retrieved from: http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/ru/index1.html
2. VOZ (2015). Globalnaya strategiya dlya razvitiya kadrovyyh resursov zdavoohraneniya: trudovye resursy 2030 g. Proekt, predstavlenyj na 138-j sessii Iсполnitelaposnogo komiteta VOZ. [Global Strategy for the Development of Human Resources for Health: Human Resources 2030 Draft submitted to the 138th session of the WHO Executive Board]. Retrieved from: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/ru/
3. Denisenko, M. B. & Chudinovskih, O. S. (2015). K voprosu ob organizacii mezhdunarodnoj migracii medicinskih rabotnikov v Rossii [On the organization of international migration of medical workers in Russia]. *Demograficheskie issledovaniya* [Demographic research], 26, 31–49.
4. Dyachenko, V. G. (2015). Ob istokah socialaposnogo neravenstva pri obespechenii dalaposnevostochnikov medicinskoj pomoshchaposyu [On the origins of social inequality while providing medical assistance to the Far East]. *Vestnik obshchestvennogo zdorovaposya i zdavoohraneniya Dalaposnogo Vostoka Rossii* [Bulletin of Public Health and Health of the Russian Far East], 2, 2–24. Retrieved from: <http://www.fesmu.ru/voz/20162/2016201.aspx>
5. Zachem rossiyanе edut v zarubezhnye kliniki? (2017, March 1) [Why do Russians go to foreign clinics?]. Omskinform.ru. Retrieved from: <http://health.omskinform.ru/news/3505>
6. Kaliningradskie vlasti razrabotali specprogrammy dlya privlecheniya v region vrachej. (2017, April 27) [The Kaliningrad authorities have developed special programs to attract doctors to the region]. Interfax-russia.ru. Retrieved from: <http://www.interfax-russia.ru/NorthWest/news.asp?id=828221&sec=1671>
7. Mihel, D. V. (2015). *Medicinskaya antropologiya: issleduya opyt bolezni i sistemy vrachevaniya* [Medical anthropology: exploring the experience of disease and the system of healing]. Saratov: Sarat. State. Tech. Un-t.
8. Marchenko, O. G. (2013). Mirovoj medicinskij turizm smeshchaetsya v strany ATR. Analiticheskij obzor [World medical tourism is shifting to the countries of the Asia-Pacific region. Analytical review]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [The current problems of science and education], 6. Retrieved from: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=>
9. OON (2015). Preobrazovanie nashego mira: Povestka dnya v oblasti ustoychivogo razvitiya na period do 2030 goda. Rezolyutsiya, prinyataya Generalnoy Assambleey 25 sentyabrya 2015 g. [Transformation of our world: An Agenda for Sustainable Development

- for the period up to 2030. Resolution adopted by the General Assembly on September 25, 2015]. Retrieved from: http://www.un.org/ru/documents/instruments/docs_subj_ru.asp?subj=86
10. Rosstat (2017, April 28). O chislennosti i potrebnosti organizacij v rabotnikah po professionalnym gruppam na 31 oktyabrya 2014 g. [On the number and needs of organizations in workers by professional groups On October 31, 2014]. Retrieved from: http://www.gks.ru/free_doc/2015/potrorg/potr14.htm
 11. Sautkina, V. A. (2011). Nekhvatka medpersonala stanovitsya problemoj i dlya bednyh, i dlya bogatyh stran [Lack of medical personnel becomes a problem for both the poor and rich countries]. *Chelovek i trud* [Man and work], 3, 41–43.
 12. Ulumbekova, G. E. (2011). Dostupnostapos i kachestvo medicinskoj pomoshchi v Rossijskoj Federacii. Metody ocenki i sravnenie pokazatelej s razvitymi stranami [Availability and quality of care in the Russian Federation. Methods of assessment and comparison of indicators with developed countries]. *Menedzhment kachestva v sfere zdravooohraneniya i socialaposnogo razvitiya* [Quality management in health and social development], 4, 36–44.
 13. Court, E. (2016, April 4). America’s facing a shortage of primary-care doctors. MarketWatch: Stock Market News — Financial News. Retrieved from: <http://www.marketwatch.com/story/americas-1-million-doctor-shortage-is-right-upon-us-2016-04-01>
 14. George, A., Meadows, P., Metcalf, H. & Rolfe, H. (2011). Impact of migration on the consumption of education and children’s services and the consumption of health services, social care and social services. NIESR. Retrieved from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/257236/impact-of-migration.pdf
 15. Global Health Workforce Alliance — Working Group № 1 (2014, September 28). Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Retrieved from: http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1
 16. Hahn, R. A. & Gaines, A. D. (1989). Physicians of Western Medicine: An Introduction. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 6 (3), 215–218.
 17. Kangasniemi, M., Winters, L. & Commander, S. (2004, February). Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK. Retrieved from: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0618.pdf>
 18. Medical Tourism Revenue (2013, February). Penang Monthly. Retrieved from: http://penangmonthly.com/article.aspx? pageid=7659&name=medical_tourism_revenue
 19. Moullan, Y. & Bourgueil, Y. (2014). The International Migration of Doctors: Impacts and Political Implications. *Questions d’économie de la santé*, 203, 1–7.
 20. OECD (2015a). *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In*. Paris.
 21. OECD (2015b). *International Migration Outlook, 2015*. Paris.
 22. OECD (2016). *International Migration Outlook, 2016*. Paris.
 23. US Ranks 50th in Bloomberg’s Health-Care Efficiency Index (2016, October 5). Insulinalgorithms.com. Retrieved from: <http://www.insulinalgorithms.com/us-ranks-50th/>
 24. WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva.
 25. WHO (2013). *A Universal Truth: No health without a workforce*. Geneva.