



Европейская министерская конференция  
933 по системам здравоохранения  
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-  
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“  
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

## АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

# Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?

James Buchan



## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

HEALTH PERSONNEL - trends

HEALTH MANPOWER - trends

EMIGRATION AND  
IMMIGRATION

DELIVERY OF HEALTH CARE -  
organization and  
administration

HEALTH POLICY

EUROPE

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

---

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

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

---

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

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

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

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

## Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Управление воздействием миграции работников здравоохранения – вопрос политики	1
Понимание необходимости ответных мер в области политики	6
Разработка адекватных политических подходов к управлению миграцией	19
Выводы	26
Библиография	28

## Автор

**James Buchan**, Faculty of Social Sciences and Health Care, Queen Margaret University, Массельбург, Эдинбург, Соединенное Королевство

**Под редакцией  
Европейского  
регионального бюро  
ВОЗ и Европейской  
обсерватории по  
системам и политике  
здравоохранения**

**Главный редактор**  
Govin Permanand

**Соредакторы**  
Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

**Ответственные за выпуск**  
Kate Willows  
Jonathan North

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

ISSN 1998-4081

## Основные положения

- Международная миграция работников здравоохранения становится все более важным пунктом глобальной повестки дня в области здравоохранения, начиная с конца 1990-х годов. Что касается Европы, то присоединение к Европейскому союзу (ЕС) все большего числа стран с начала 2004 г. привело к повышению мобильности работников здравоохранения и возникновению в связи с этим ряда дополнительных проблем в этом Регионе.
- Динамика международной мобильности, миграции и найма определяется комплексом факторов, включая индивидуальные побудительные причины и различные подходы правительств к управлению, содействию или попыткам ограничить отток или приток работников здравоохранения.
- 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.
- Существуют разные виды миграции, которые могут отличаться в зависимости от того, является ли страна экспортером или импортером работников здравоохранения; они могут оказывать различное воздействие и требовать неоднозначного внимания политиков.
- Миграция работников здравоохранения является частью более широких динамических изменений и мобильности на рынках труда работников здравоохранения и с политической точки зрения не должна рассматриваться изолированно.
- Чтобы ответить на политические вызовы и управлять миграцией, необходимо действовать по трем направлениям:
  - улучшать имеющиеся данные о миграционных потоках медицинских профессионалов для более эффективного мониторинга тенденций;
  - уделять более пристальное внимание различным вариантам управления процессами миграции с целью снижения любого

отрицательного воздействия на обеспеченность работниками здравоохранения; и

- во всех сталкивающихся с данной проблемой странах – обеспечить эффективность кадровой политики, планирования и практических действий в секторе здравоохранения, что позволит лучше удовлетворять потребности в кадрах.
-

## Реферат

Миграция квалифицированных работников в целом увеличивается. В секторе здравоохранения врачи, медсестры и другие специалисты здравоохранения всегда пользовались возможностью мигрировать в поисках новых благоприятных перспектив, в том числе для карьерного роста. Однако в последние годы уровень миграции такого рода значительно вырос.

Страны исхода, которые теряют квалифицированный медицинский персонал за счет внешней миграции, могут обнаружить, что их системы здравоохранения страдают, например, от недостатка персонала и низкого морального духа оставшихся работников, а также наблюдать снижение качества и количества предоставляемых услуг. Но при этом миграция работников здравоохранения может иметь и положительные стороны, например, для стран-экспортеров, у которых имеется переизбыток персонала, или являться решением проблемы недостатка персонала в принимающих странах. Кроме того, благодаря миграции у работников здравоохранения появляются личные возможности для совершенствования своих навыков, карьерного роста и повышения уровня жизни.

Миграция работников здравоохранения является частью широких динамических изменений и мобильности на рынках труда работников здравоохранения и, следовательно, в политическом смысле не должна рассматриваться изолированно. Более того, динамика международной мобильности, миграции и найма является сложным процессом и касается прав индивидуума вообще и права на выбор, мотивов и установок работников здравоохранения, подходов правительств к управлению, облегчению или ограничению притока или оттока работников, а также посреднической роли кадровых агентств.

В Европейском регионе ВОЗ после присоединения еще большего числа стран к Европейскому союзу (ЕС) в 2004 г. и в 2007 г. расширились масштабы для мобильности медицинских профессионалов. Некоторые страны, особенно расположенные в восточной части Региона, озабочены внешней миграцией работников здравоохранения в результате присоединения.

В этом аналитическом обзоре рассматриваются вопросы политики, касающиеся международной миграции работников здравоохранения в Европе, а также возможностей управления миграцией медицинских специалистов для уменьшения любого отрицательного воздействия на обеспеченность ими. Он сфокусирован на трех взаимосвязанных аспектах:

- мониторинг миграции (понимание тенденций и характера потоков);
- побудительные причины миграции (причины, заставляющие работников здравоохранения переезжать и воздействие миграции на разработку политики); и

- управление миграцией (какие ставятся цели и какие действия реально осуществимы для надлежащего управления миграцией).

### **Мониторинг**

В любом исследовании миграции работников здравоохранения необходимо определить отношение числа въезжающих в страну или выезжающих из нее к общей численности кадровых ресурсов здравоохранения. Например, фактически многие работники здравоохранения могут оставаться в стране, но уйти из сектора здравоохранения. Существуют также различные виды миграции, требующие рассмотрения. Поэтому имеются два важных момента в измерении уровня миграции, которые требуют внимания лиц, ответственных за разработку политики: какой процент составляют работники-мигранты от общей численности имеющихся в стране трудовых ресурсов для работы в секторе здравоохранения и врачебной практики (это показывает, до какой степени страна зависит от работников здравоохранения – мигрантов); и поток работников в страну и/или из страны (важно для оценки, насколько значительным может быть отток). Измерение потока может также дать представление о существующих сегодня миграционных связях между странами.

Имеющиеся данные подтверждают, что в целом миграционные потоки работников здравоохранения увеличились. Это касается потоков как в направлении из других регионов в Европу, так и из стран, присоединившихся к ЕС, в Западную Европу и в других направлениях. Однако на сегодняшний день движение из недавно присоединившихся к ЕС стран в "старые" государства-члены ЕС не происходит с той интенсивностью, которая прогнозировалась до его расширения.

### **Побудительные причины**

Разные причины заставляют людей сниматься с места. Миграция – это не только движение в один конец – из страны исхода в страну назначения. Работники здравоохранения могут покинуть одну страну, чтобы работать в другой, а затем либо вернуться домой, либо переехать в третью страну, или сочетать и то и другое. Они могут даже оставаться жить в одной стране и регулярно пересекать границу, чтобы работать в другой. Если ответственные лица стремятся разработать такую политику, которая даст возможность эффективно управлять потоками рабочей силы, им необходимо понимать, что является пусковыми механизмами миграции отдельных лиц и профессиональных групп.

### **Управление**

Для смягчения любого отрицательного воздействия на обеспеченность

работниками здравоохранения разработчикам политики следует рассмотреть три типа мероприятий.

### ***Мероприятия по улучшению мониторинга миграции работников здравоохранения***

Разработчикам политики следует обеспечить доступность двух основных показателей, необходимых для оценки относительной значимости миграции и международного найма: основные направления потоков работников, въезжающих в страну из других стран (и/или потоков, выезжающих из страны в другие страны) и фактическое число международных работников здравоохранения в стране в любой момент времени.

### ***Мероприятия по направлению миграционных потоков***

Можно активно использовать некоторые мероприятия в области политики, чтобы направлять международные входящие и исходящие потоки работников здравоохранения, включая двусторонние соглашения и кодексы поведения, однако отсутствие в настоящее время исследований и оценок в этой области является серьезным препятствием для осуществления такой политики. Следовательно, приоритетом для разработчиков политики должно быть содействие в улучшении доказательной базы путем обмена опытом и оценки результатов его использования

### ***Мероприятия по усовершенствованию политики и практических действий в области кадровых ресурсов***

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 (независимо от того, получили они подготовку в стране или за рубежом), а также на эффективное использование их навыков. Это требует сотрудничества между различными подразделениями правительств и с другими заинтересованными лицами. Достигнутые в этом направлении улучшения помогут снизить любое отрицательное воздействие миграции, которая в противном случае может сказываться на показателях работы систем здравоохранения.

---



## Краткий аналитический обзор

### Управление воздействием миграции работников здравоохранения – вопрос политики

Международный найм и миграция работников здравоохранения становились все более важными вопросами глобальной повестки дня в области здравоохранения, начиная с конца 1990-х годов. (1–6). Врачи, медицинские сестры и другие работники здравоохранения всегда использовали возможность передвижения через национальные границы в поисках новых возможностей и более благоприятных перспектив для карьерного роста (7). Хотя миграция обученных работников растет в целом ряде секторов (8), значительный рост миграции работников здравоохранения в последние годы поднимает перед странами целый ряд специфических политических вопросов и превращается в сферу особого международного внимания.

Этот краткий аналитический обзор представляет собой обзор вопросов политики, относящихся к международной миграции работников здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Основанный на данных обзора опубликованных докладов и изданий для служебного пользования, а также на других имеющихся данных, он концентрирует внимание на вопросах международной миграции (перемещение работников здравоохранения через национальные границы). В отношении Европы это означает миграцию в ее пределах – между европейскими странами, а также из Европы в другие страны мира и наоборот. Последнее стало приобретать особое значение для Европейских стран, сохранивших тесные постколониальные связи со странами Африки, Азии и Южной Америки. Важно отметить, что внутренняя миграция работников здравоохранения (то есть передвижение внутри страны) также является для некоторых стран очень важным вопросом политики: зачастую она усугубляет существующие проблемы географической диспропорции в распределении медицинских кадров, однако этот вопрос в данном аналитическом обзоре не рассматривается.

В последние несколько лет вопросы влияния миграции трудовых ресурсов здравоохранения на показатели работы систем здравоохранения стали важной темой международных дебатов относительно проводимой политики, как в Европе, так и во всем мире. Потенциальное негативное воздействие миграции работников здравоохранения из некоторых развивающихся стран было отмечено во *"Всемирном докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006 г."* (9) и обсуждалось на Ассамблее Всемирной организации здравоохранения (10). В Европе этот вопрос внимательно рассматривался в Европейском союзе (ЕС) и в Совете Европы. Он был обозначен как важнейшая проблема кадровых ресурсов здравоохранения

### Вставка 1. Миграция работников здравоохранения: вопросы политики и необходимая доказательная база

#### Страны-экспортеры

- Политика*
- Следует ли поддерживать (или поощрять) отток (для стимуляции притока денежных средств или для решения проблемы переизбытка кадров)?
  - Следует ли ограничивать (или уменьшать) отток (для уменьшения "утечки мозгов")? Если да, то как, и что является эффективным и этически приемлемым?
  - Следует ли регулировать деятельность агентств по найму?
- Доказательная база*
- Какие типы и сколько работников покидают страну?
  - Какие страны являются принимающими для выезжающих?
  - В какой мере выездной поток является постоянным или временным (краткосрочным или долгосрочным)?
  - Какая часть исходящего потока мигрантов направляется для трудоустройства в секторе здравоохранения или получения медицинского образования в других странах? Какая его часть преследует цели, не связанные со здравоохранением?
  - Каков размер исходящего потока в другие страны по сравнению с исходящим потоком в другие сектора внутри страны?
  - Каково воздействие исходящего потока мигрантов?
  - Почему работники здравоохранения покидают страну?
  - Как проводить мониторинг потоков?

#### Страны-импортеры

- Политика*
- Насколько устойчив входящий поток?
  - Является ли входящий поток мигрантов рентабельным путем решения проблемы нехватки обученного персонала?
  - Допустим ли входящий поток с этической точки зрения?
  - Нужно ли регулировать деятельность агентств по найму?
- Доказательная база*
- Какие страны являются источником для притока?
  - В какой мере приток является постоянным или временным?
  - Какая часть входящего потока мигрантов направляется для трудоустройства в секторе здравоохранения или получения медицинского образования? Какая часть мигрантов преследует цели, не связанные со здравоохранением?
  - Насколько эффективно осуществляется управление входящим потоком?
  - Почему приезжают работники здравоохранения?
  - Как проводить мониторинг потоков?

#### Международные организации

- Как проводить мониторинг международных потоков работников здравоохранения?
- Следует ли международным организациям вмешиваться в процесс (например, разрабатывать этические нормы, поддерживать межправительственные контакты, поддерживать введение регулирующих нормативов)?

*Источник:* Buchan (11).

в Европейском регионе ВОЗ и был освещен на 57-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2007 г. (6).

Вопросы политики, стоящие перед национальными правительствами и международными агентствами, вызванные потоками работников здравоохранения, пересекающих национальные границы европейских стран и стран за пределами Европы, суммированы во вставке 1.

Международная миграция работников здравоохранения зачастую рассматривается как элементарная односторонняя "утечка мозгов", в результате которой системы здравоохранения в странах, теряющих обученные кадры в результате внешней миграции, страдают от нехватки персонала, низкого морального состояния оставшихся, а также от неудовлетворительного качества и недостаточного количества услуг и ограниченного доступа к ним (4, 12). Однако динамика международной мобильности, миграции и найма является сложной. Она определяется правом индивидуумов на выбор (13), побудительными причинами и установками работников здравоохранения, различными подходами правительств к управлению, облегчению или попыткам ограничить приток и отток работников здравоохранения, а также посреднической ролью агентств по найму (14).

Миграция может быть временной или постоянной, добровольной или вынужденной, она может "подстегиваться" различными обстоятельствами в стране назначения и/или исхода (2). Различные виды миграционных потоков могут иметь различные пусковые механизмы, оказывать различное влияние и иметь различные последствия для политики, но доступные данные не позволяют с легкостью дифференцировать эти виды потоков. Нехватка международных стандартов в отношении документации, касающейся миграции, осложняет сравнение ее общих уровней между странами (15). Кроме того, зачастую ощущается нехватка специфических данных о миграции медицинских специалистов (16). Поэтому не представляется возможным, используя доступные данные, воспроизвести в масштабах Региона (тем более, в глобальном масштабе) подробную картину, отражающую тенденции миграционных потоков врачей, медсестер и других работников здравоохранения, или оценить соотношение между временными и постоянными мигрантами.

В Европе еще одним фактором является вступление в ЕС дополнительного числа государств-членов в 2004 и в 2007 гг., повысившее мобильность врачей, медсестер и другого персонала. Некоторые страны, особенно страны восточной части Региона, обеспокоены оттоком работников здравоохранения в результате присоединения к ЕС и тем, что отток кадров может возрасти, поскольку они теперь являются частью значительно расширившегося свободного рынка мобильных работников здравоохранения. В докладе, написанном до расширения 2004 г., указано, что в 2000 г. в 15

государствах-членах ЕС проживало 13 миллионов не граждан, половина из которых были гражданами других стран ЕС. При этом чистый приток мигрантов в ЕС в 2000 г. составлял 680 000 человек или 2,2 на 1000 населения. Разрыв в доходах между присоединившимися странами Центральной и Восточной Европы и уже входившими в ЕС государствами-членами оценивался в 60% – намного больше, чем в период предыдущего расширения ЕС (17).

ЕС подчеркнул свою озабоченность по поводу влияния миграции работников здравоохранения на системы здравоохранения развивающихся стран, для которых "утечка мозгов" имеет особое значение (18). В рамках ЕС на мобильность работников здравоохранения влияет Болонский процесс, начатый в 1999 г., целью которого является создание к 2010 г. общеевропейского пространства высшего образования для содействия признанию квалификаций в рамках Европы (4). Совсем недавно ЕС рассмотрел возможность создания в ЕС системы, аналогичной системе грин-карт США, обеспечив единую точку входа на рынок труда в масштабах ЕС для высококвалифицированных специалистов, не являющихся гражданами ЕС, среди которых, по имеющимся данным, должны быть врачи и медсестры. Однако схема подверглась критике по целому ряду направлений, и поэтому ратификация соглашения всеми 27 государствами-членами вряд ли возможна в краткосрочной перспективе (19).

Европейский региональный комитет ВОЗ на своей 57-й сессии, состоявшейся в Белграде в сентябре 2007 г., рассмотрел вопросы развития кадровых ресурсов здравоохранения, включая миграцию, и принял резолюцию EUR/RC57/R1, которая призывает государства-члены:

- улучшать и расширять базу информации и знаний о кадровых ресурсах здравоохранения;
- развивать, внедрять и обеспечивать широкомасштабное осуществление стратегий развития кадров в качестве одного из элементов развития систем здравоохранения;
- проводить оценку тенденций миграции профессиональных кадров здравоохранения и связанных с этим последствий; и
- ориентировать, где это возможно, планирование кадровых ресурсов на достижение здоровья для всех.

Некоторые вопросы, относящиеся к миграции работников здравоохранения в Европе, проиллюстрированы во вставке 2; даны отдельные примеры политических вызовов, с которыми сталкиваются правительства.

**Вставка 2. Примеры политических вызовов в Европейском регионе**

В Хорватии изучение установок студентов-медиков последнего года обучения выявило, что 76% будут рассматривать эмиграцию, если не смогут работать по выбранной специальности у себя в стране. Предпочтительным направлением был назван ЕС, и самой частой причиной эмиграции - высокая зарплата.

В Чешской Республике для мониторинга точного числа мигрирующих работников здравоохранения отсутствуют доступные статистические данные.

Многие румынские медсестры работают в настоящее время за границей по временным контрактам. Не ясно, собираются ли они возвращаться в Румынию после окончания контракта, но их опыт и знания, приобретенные во время работы за границей, могли бы принести пользу системе здравоохранения Румынии.

В Сербии, если тенденция повышения безработицы среди врачей будет прежней, потребуются соответствующие механизмы на национальном уровне для регистрации как уезжающих за границу специалистов, так и уровня миграции работников здравоохранения в целом.

*Источник: Wiskow (21).*

Миграция работников здравоохранения может иметь как положительные, так и отрицательные стороны. Она может быть решением проблемы дефицита персонала в некоторых странах и может помочь странам-экспортерам, у которых имеется переизбыток кадров. Она может также повысить вероятность возвращения денежных средств в страну исхода и предоставить возможность отдельным работникам здравоохранения улучшить свои навыки, расширить карьерные возможности и повысить уровень жизни. Международный найм работников здравоохранения смягчил проблему недостатка квалифицированных медицинских кадров в некоторых странах. Он предлагает кратковременное решение, которое может быть привлекательным для разработчиков политики, учитывая, что обучение медсестры может занять 3–5 лет, а квалифицированного врача высшей категории – 15–20 лет. Набор из других стран может обеспечить таким персоналом быстрее и, кроме того, затраты на обучение могут ложиться на кого-то другого. Такой активный найм медсестер, врачей и других работников здравоохранения является дополнением к любым естественным миграционным потокам.

Оставшаяся часть этого краткого обзора посвящена вопросу, как управлять миграцией профессионалов, предоставляющих услуги здравоохранения, с тем, чтобы уменьшить любое отрицательное воздействие на обеспеченность ими. Она касается в основном трех связанных между собой аспектов: измерение уровня миграции (понимание тенденций) и оценка имеющихся

в наличии кадров/потоков), побудительные причины миграции (почему профессионалы здравоохранения снимаются с места, и как это влияет на выработку политики) и управление миграцией (какие действия являются желательными, а какие необходимыми и целесообразными для управления миграцией).

## **Понимание необходимости ответных мер в области политики**

### *Измерение миграции*

Любое исследование миграции работников здравоохранения должно быть основано на понимании масштаба проблемы: например, сколько работников уезжает из страны (или въезжает в страну) по отношению к общей численности трудовых ресурсов здравоохранения. Например, многие работники здравоохранения, которые уходят из сектора здравоохранения, фактически остаются в стране. В секторе здравоохранения, как правило, существуют динамичные рынки труда; наблюдается отток и приток работников, а также движение между организациями в пределах сектора. Все показатели, используемые для оценки тенденций на рынке труда в здравоохранении, должны улавливать его динамические изменения (22–24).

Работники, присоединяющиеся к кадровым ресурсам здравоохранения страны, могут быть мигрантами из других стран, но могут также вливаться в их ряды после обучения, других видов деятельности и т. д. Аналогичным образом, некоторые из тех, кто покидает сектор здравоохранения, эмигрируют, но другие уйдут на пенсию, будут работать в других, не имеющих отношения к здравоохранению областях и т. д. Ниже (рис. 1) дан простой пример, иллюстрирующий сектор здравоохранения как единую систему; могут быть разработаны более сложные модели с отдельными блоками для каждой организации внутри сектора.

Эмиграция может быть наиболее очевидным аспектом выходящего миграционного потока, но совсем не обязательно, что она будет составлять самую большую часть оттока работников из сектора здравоохранения. Другие выходящие потоки, такие, как выход на пенсию или передвижение в пределах страны, могут быть более значительными. Разработчики политики должны рассматривать миграцию работников здравоохранения в широком контексте динамических изменений в области трудовых ресурсов здравоохранения (14). Таким образом, в первую очередь, следует иметь четкое представление об относительной значимости входящих и/или выходящих миграционных потоков. Этого можно достичь путем проведения оценки воздействия миграции на общую численность (имеющихся в наличии) работников в системе и оценки размера миграционного потока относительно других потоков.

**Рисунок 1. Модель: имеющиеся ресурсы – потоки****Приток**

- вновь подготовленные
- иммигранты
- вернувшиеся
- и т.д.



**Имеющиеся ресурсы –  
кадровые ресурсы  
сектора  
здравоохранения**

**Отток**

- пенсионеры
- эмигранты
- ушедшие из сектора
- и т.д.

Источник: Buchan & Seccombe (25).

Важно отметить, что миграция является связующим звеном между национальными рынками труда, и объемы рабочей силы на этих рынках могут значительно отличаться. Данные относительно общего размера и плотности имеющихся работников здравоохранения в разных странах Региона указывают на значительные колебания. Согласно оценке, недавно проведенной ВОЗ, в Европейском регионе ВОЗ имеется 16,6 миллиона работников здравоохранения, в среднем 18,9 на 1000 населения. Это составляет около 10% всего работающего населения (26). ВОЗ также опубликовала более детальные оценки, используя недавно полученные данные, показывающие существенные колебания в численности работников здравоохранения на 100 тыс. населения. Плотность работников здравоохранения, как правило, самая высокая в странах ЕС (табл. 1). Страны с более низкой плотностью, вероятно, скорее всего, являются наиболее уязвимыми в отношении любого отрицательного воздействия эмиграции.

В отчете для Международной организации труда отмечено, что в целом между 1995 и 2000 гг. занятость в секторе здравоохранения в западно-европейских странах с развитой экономикой увеличилась; при этом в странах с переходной экономикой занятость увеличилась в лучшем случае минимально, а многие страны сообщили о ее фактическом снижении (21). Однако в последних докладах, подготовленных для Европейского регионального бюро ВОЗ, сообщается о предполагаемой нехватке квалифицированных работников здравоохранения в ближайшие годы и не только по причине миграции. Например, в таких странах, как Дания, Исландия, Норвегия, Франция и Швеция, происходит старение сестринского персонала: средний возраст работающих медсестер составляет 41–45 лет (26).

#### *Имеющиеся ресурсы и потоки мигрантов работников здравоохранения*

Как показано на рис. 1, существует два важных критерия измерения миграции, которые необходимо учитывать разработчикам политики:

- имеющиеся запасы работников-мигрантов в стране, выраженные в процентах от общей численности имеющих ресурсы, которые могут работать в секторе здравоохранения или заниматься практической медицинской деятельностью; это является показателем, в какой степени страна рассчитывает на работников-мигрантов в области здравоохранения или зависит от них; и
- размер потока работников в страну и/или из страны; он является мерой динамичности процесса и решающим фактором для оценки, насколько значительным может быть фактор оттока работников здравоохранения для страны исхода, и может обеспечить понимание текущих миграционных связей между странами.

Разработчики политики должны иметь возможность сравнивать размер выходящего потока работников здравоохранения в другие страны с размером потоков между секторами и регионами внутри страны. Только тогда они смогут оценить, является ли миграция за пределы страны значимой проблемой (14).

Существует четыре основных источника данных об имеющихся трудовых ресурсах и потоках: (а) переписи населения, (б) исследования трудовых ресурсов (которые могут помочь определить объем имеющихся в наличии кадров), (в) процедуры регистрации, сертификации и подтверждения квалификаций, и (г) разрешения на работу и данные миграционных служб

**Таблица 1. Число работников здравоохранения на 100 тыс. населения, 2002 г.**

Группы стран	Врачи	Медсестры	Акушерки	Фармацевты
Европейский регион ВОЗ	351,22	669,02	45,07	50,93
Европейский союз	343,56	708,26	35,95	77,54
Республики Центральной Азии	293,14	767,68	66,90	16,38
Содружество независимых государств	373,55	794,18	54,15	18,44

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (26).



(которые могут помочь в определении входящего и выходящего потока). Ни одна из европейских стран не может предоставить точные, полные и современные данные по всем имеющимся в стране трудовым ресурсам иностранного происхождения и потокам работников здравоохранения. Они также используют разные определения и терминологию, например, "родившиеся за рубежом", "прошедшие обучение за рубежом" и "страна происхождения". Существуют ограничения в использовании каждого из четырех источников данных, что делает весьма затруднительным сравнение уровней миграции и потоков между странами (3, 16). Например, в недавно проведенном исследовании миграции работников здравоохранения в четырех странах (21) (вставка 2) отмечено:

- в Хорватии не существует доступных официальных источников данных по международной миграции работников здравоохранения или мониторингу внутренней мобильности;
- в Чешской республике отсутствуют источники статистических данных для мониторинга численности мигрирующих работников здравоохранения, хотя определенную информацию о предположительной эмиграции можно было получить, используя процедуры подтверждения квалификаций Медицинской палаты и профессиональных ассоциаций;
- В Румынии данные о миграции работников здравоохранения не являются общедоступными, а данные, которые можно получить "фрагментированные, неполные и плохого качества"; и
- В Сербии информацию о миграции работников здравоохранения можно получить из данных переписи, которые подтверждают, что миграция медсестер в основном является постоянной (большинство из них находятся за границей более 10 лет), хотя для миграции врачей характерны более смешанные тенденции.

Другим ограничением имеющихся данных является то, что фактически невозможно проследить численность оттока медицинских работников в тех случаях, когда они не занимают ту же рабочую позицию в принимающей стране. Например, польская медсестра, которая уезжает из Польши, но в Соединенном Королевстве работает ассистентом медсестры по уходу, не будет учитываться как часть потока в данных профессиональной регистрации или верификации (14). Кроме того, если сосредоточить внимание только на общих цифрах по каждой медицинской профессии или должности, можно недооценить политические последствия оттока, относящегося только к некоторым медицинским специальностям, таким, например, как анестезиологи или медсестры интенсивной терапии. Учитывая ограниченность данных, очень трудно достаточно точно оценить такие детали потоков.

**Таблица 2. Практикующие медицинские работники иностранного происхождения в отдельных странах, входящих в ОЭСР, около 2000 г.**

Страна пребывания	Медсестры иностранного происхождения		Врачи иностранного происхождения	
	Количество	%	Количество	%
Австрия	8 217	14,5	4 400	14,6
Германия	74 990	10,4	28 494	11,1
Ирландия	6 204	14,3	2 895	35,3
Испания	5 638	3,4	9 433	7,5
Норвегия	4 281	6,1	2 761	16,6
Соединенное Королевство	81 623	15,2	49 780	33,7
Финляндия	470	0,8	575	4,0
Франция	23 308	5,5	33 879	16,9

В отношении имеющихся ресурсов, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) сообщила, что в последние 30 лет число врачей, прошедших обучение за границей, в некоторых странах Западной Европы значительно увеличилось. Между 1970 и 2005 гг., например, количество таких профессионалов выросло с 1% до 6% от их общего числа во Франции и Нидерландах, с 3% до 11% в Дании, с 5% до 16,1% в Швеции и с 26% до 33% в Соединенном Королевстве (4). Совсем недавно ОЭСР были собраны данные, которые дают некоторые оценки процентной доли (имеющихся в наличии) медсестер и врачей "иностранного происхождения", работающих в странах ОЭСР (таблица 2).<sup>1</sup>

В разных странах, входящих в ОЭСР, отмечаются значительные колебания в количестве медсестер и врачей иностранного происхождения.

<sup>1</sup> Определение, которое использовалось при проведении этих оценок, – "страна происхождения", которое может отличаться от "страны обучения". Представлены данные за различные годы. Все данные в этом разделе, кроме указанных особо, являются данными ОЭСР (4).

Например, Финляндия сообщает, что только 0,8% работающих в этой стране медсестер имеет иностранное происхождение, в отличие от 14–15% в Австрии, Ирландии и Соединенном Королевстве. Сообщается, что только 4% врачей в Финляндии и 7,5% – в Испании иностранного происхождения по сравнению с более чем третью в Ирландии и Соединенном Королевстве. Хотя процент медсестер иностранного происхождения в странах ОЭСР соответствует тенденции, характерной для всех профессий, требующих высокой квалификации, процент врачей намного выше. Доля фармацевтов иностранного происхождения, как правило, ниже, чем других групп работников здравоохранения. ОЭСР также сообщает о показателях экспатриации: общее число медсестер и врачей из других стран, работающих в странах ОЭСР (табл. 3).

**Таблица 3. Расчетные коэффициенты экспатриации врачей и медсестер из отдельных стран Европы, Африки и Азии, около 2000 г.**

Страна	Медсестры, работающие в странах ОЭСР		Врачи, работающие в странах ОЭСР	
	Количество	Коэффициент экспатриации (%)	Количество	Коэффициент экспатриации (%)
Албания	415	3,5	271	6.2
Болгария	789	2,6	1856	6.2
Венгрия	2117	2,4	2538	7.2
Кипр	706	19,1	627	25,2
Польша	9153	4,6	5821	5,8
Румыния	4440	4,9	5182	10,9
Бангладеш	651	3,1	2127	5,2
Камерун	1338	4,9	572	15,5
Конго	452	12,3	539	41,6

Примечание. По многим странам, появившимся в результате распада СССР, полные данные недоступны.

Как показано в таблице 3, коэффициенты экспатриации из стран в других регионах относительно рабочей силы в странах ОЭСР существенно различаются. Коэффициент может быть значительно выше в некоторых странах, таких, например, как Бангладеш, которые имеют сравнительно небольшие общие резервы медсестер или врачей. Другие страны сообщают о значительных общих резервах, так что даже большая численность оттока превращается в относительно низкий процент от общего фонда, который остается в стране. Например, сообщается, что более 20 000 индийских медсестер работают в странах ОЭСР, но это составляет лишь 2,6% от общего числа младшего медицинского персонала Индии.

ОЭСР отмечает специфику связей между странами и регионами в отношении потоков работников здравоохранения. Например, отток из Латинской Америки происходит главным образом в Испанию и Соединенные Штаты, в то время как из Северной Африки – в основном во Францию. В целом, согласно оценкам, интенсивность входящих потоков в страны ОЭСР, выше из стран Африки и Карибского бассейна, особенно из африканских стран, где за последнее десятилетие произошел ряд серьезных вооруженных конфликтов (4,27).

Относительно воздействия потоков имеются данные о том, что в период между 1970 и 2005 гг. число врачей, прошедших обучение за границей, быстро росло в большинстве стран ОЭСР (за исключением Канады) и в результате этого доля такого персонала среди медицинских работников значительно увеличилась. В докладе сделан вывод, что эти долгосрочные тенденции в определенной степени связаны с увеличением миграционных потоков в последние годы (4).

#### *Отток из присоединившихся государств*

Как отмечено выше, влияние вступления в ЕС на миграционные потоки работников здравоохранения трудно оценить точно из-за ограниченности данных. Однако имеется ряд доказательств, что отток из некоторых стран, входящих в десятку присоединившихся к ЕС в 2004 г., был не таким большим, как ожидали разработчики политики на момент присоединения. Например, в докладе ВОЗ, опубликованном в 2006 г. и основанном на данных целевых исследований, проведенных по странам, отмечено, что хотя имелись определенные признаки повышения уровня миграции работников здравоохранения из Эстонии, Литвы и Польши, она не была такой большой, как предполагалось; возможно, из-за того, что в исследованиях, проводимых в то время, переоценивались намерения многих специалистов-медиков действительно покинуть страну. Авторы, однако, предупреждают, что эти страны присоединились к ЕС менее чем за два года до написания доклада, и что можно ожидать увеличения оттока из всех трех стран (14). В отчетах по другим присоединившимся

восточноевропейским странам сделаны сходные выводы (4,21,28). Ниже представлены основные данные о присоединении к ЕС и миграции работников здравоохранения (вставка 3).

### **Вставка 3. Примеры влияния присоединения к ЕС и его расширения**

В Соединенном Королевстве в период с мая 2004 г. по декабрь 2006 г. 530 врачей-клиницистов, 340 врачей-стоматологов, 950 медсестер (в том числе 300 стоматологических медсестер) и 410 медицинских сестер по уходу и помощников медсестер были зарегистрированы по Схеме регистрации работника (Worker Registration Scheme) как приехавшие их новых государств-членов ЕС.

В Ирландии число граждан ЕС8, нанятых на работу в сектор здравоохранения, удвоилось за год (сентябрь 2004 г. – сентябрь 2005 г.) – с 700 до примерно 1300 человек.

В Швеции, число разрешений на работу, предоставленных врачам из ЕС, выросло с 230 в 2003 г. до 740 в 2004 г.

В Польше, в период с мая 2004 г. по июнь 2006 г. более чем 5000 разрешений было выдано врачам (4,3% активной рабочей силы) и 2800 медсестер (1,2%). В большинстве случаев повышение оттока в страны ЕС было кратковременным.

В Хорватии, Чешской Республике, Румынии и Сербии "...вопреки опасениям относительно массовой миграции в связи с расширением ЕС" мобильность кадровых ресурсов здравоохранения оказалась низкой.

*Источник: Dumont & Zurn (4), Wiskow (21).*

### **Побудительные причины миграции**

Если ответственные лица стремятся к разработке такой политики, которая позволит решить проблемы управления потоками рабочей силы, им необходимо понять пусковые механизмы миграции работников здравоохранения (12, 14, 29, 30). Эти пусковые механизмы часто определяются как факторы притяжения и отталкивания ("push and pull"). В таблице 4 суммированы некоторые из возможных факторов притяжения и отталкивания, относящиеся к работникам здравоохранения. В определенной степени эти факторы являются зеркальным отражением друг друга в странах исхода и в принимающих странах – это относительный уровень оплаты труда, перспективы карьерного роста, условия труда и окружающая среда. Там, где относительный разрыв (или предполагаемый разрыв) между этими факторами значительный, притяжение страны назначения будет ощутимым.

**Таблица 4. Основные факторы притяжения и отталкивания для миграции и международного найма работников здравоохранения**

Факторы отталкивания	Факторы притяжения
Низкая оплата (абсолютная и/или относительная)	Более высокая оплата Возможности для перевода денежных средств домой
Плохие условия труда	Более благоприятные условия труда
Недостаток ресурсов для эффективной работы	Лучшее обеспечение ресурсами систем здравоохранения
Ограниченные возможности карьерного роста	Возможности профессионального роста
Ограниченные возможности получения образования	Наличие условий для получения дальнейшего образования
Угроза ВИЧ/СПИДа	Политическая стабильность
Нестабильная или опасная рабочая среда	Возможность путешествовать
Экономическая нестабильность	Возможности для гуманитарной деятельности

Как правило, уровень доходов играет важную роль в общей удовлетворенности жизнью и рассматривается как основной пусковой механизм миграции (31). Действительно, исследования различий в заработной плате медицинских специалистов в развитых и в развивающихся странах выявили значительный разрыв, который нелегко преодолеть (32). Более того, "разрыв в удовлетворенности" между присоединившимися странами и 15 старыми государствами-членами ЕС был, в частности, особенно выражен в отношении финансовой ситуации и ситуации с трудоустройством, состояния систем здравоохранения и личной безопасности; люди в присоединившихся странах имели значительно более низкий уровень удовлетворенности в этих областях (33).

Тем не менее, и другие факторы могут быть важными предпосылками отталкивания в конкретных странах в определенное время, такие, например, как озабоченность личной безопасностью в зонах конфликтов и экономическая нестабильность. Другие факторы притяжения, такие, как возможность путешествовать или участвовать в гуманитарной деятельности, могут быть для некоторых людей еще одной причиной миграции. Таким образом,

целый ряд факторов будет влиять на решение конкретного человека. Например, исследование, проведенное в Нидерландах, показало, что для 1500 медсестер, которые приехали в эту страну из других, старых и вновь присоединившихся стран ЕС, самыми важными были причины личного характера (включая замужество) (34). В то же время исследование среди медсестер, которые работали по международному найму в Соединенном Королевстве (особенно в Лондоне), показало, что возможности профессионального роста и получения образования для детей были основными мотивами их приезда (35).

Побудительные причины, заставляющие людей передвигаться, у всех разные, и виды миграции работников здравоохранения могут также быть разными в разных странах и в разное время. Миграция – это не только путь в одном направлении из страны исхода в страну назначения. Работники здравоохранения могут оставить одну страну для работы во второй и затем либо вернуться в родную страну, либо переехать в третью. Они даже могут жить в одной стране и регулярно пересекать национальную границу, чтобы работать в другой. Улучшение условий для путешествий и расширение коммуникаций в сочетании с возможностью трудоустройства могут способствовать такой циркуляции. Например, Австралия активно нанимает филиппинских медсестер, работающих в Ирландии (36).

Существуют также вопросы профессиональной и культурной адаптации, которые требуют рассмотрения. Врачи и медсестры, перемещающиеся из одной страны в другую, могут говорить на языке страны прибытия и обладать признанной квалификацией, но все равно им предстоит пройти период адаптации к конкретным клиническим процессам и процедурам, а также к более широким культурно-организационным особенностям страны, в которую они прибыли. В настоящее время этот вопрос еще недостаточно изучен (37–39). Другие, специфические для сектора здравоохранения вопросы, относятся к регулированию медицинской деятельности на национальном уровне. В разных странах существуют разные требования к квалификации, стандартам и знанию языка для специалистов здравоохранения, позволяющие им работать в конкретной стране. Некоторые страны, например страны, входящие в ЕС, заключили соглашение об обоюдном признании квалификации для облегчения трансграничной миграции.

Факторы общего характера (касающиеся не только работников здравоохранения), такие как географическая близость, один и тот же язык, сходные обычаи и одни и те же принципы программ образования, могут влиять на выбор страны назначения (вставка 4). Постколониальные связи (часто в тех случаях, когда страны-экспортеры продолжают использовать аналогичные программы обучения и тот же язык) также могут быть одним из факторов для некоторых стран ЕС, например, для Португалии и Соединенного Королевства.

#### **Вставка 4. Факторы, которые определяют и поддерживают миграционные связи**

- Общий язык
- Общая или аналогичная культура
- Общие или аналогичные учебные программы
- Взаимное признание или общность квалификаций
- Географическая близость, соседняя граница или простые условия передвижения
- Уже имеющееся сообщество мигрантов

### *Управление миграцией*

#### *Страны-экспортеры*

В европейских странах, испытывающих чистый отток работников здравоохранения, ответственные за политику лица должны уметь оценивать, почему это происходит и какое воздействие миграция оказывает на предоставление медико-санитарной помощи в стране. Они должны иметь возможность оценить относительные потери персонала из-за оттока в другие страны по сравнению с внутренними потоками, например, из-за перехода медицинских специалистов и других работников из государственного сектора в частный или из-за ухода из этой профессии в другие области занятости. В некоторых случаях международный отток может быть очень заметен, но все еще составлять лишь относительно небольшие количественные потери по сравнению с внутренними потоками работников здравоохранения, уходящих из государственного сектора в другие области занятости.

Незапланированный или неуправляемый отток специалистов в области здравоохранения может нанести вред системам здравоохранения, подорвать перспективные планы и ослабить нынешнюю и будущую профессиональную базу в стране. Если политики определяют, что причиной этого является эмиграция кадров, они должны решить, как смягчить ее отрицательные воздействия на трудовые ресурсы работников здравоохранения и других работников. Им придется оценить затраты и выгоды, связанные с решением таких проблем, как относительно низкая заработная плата и перспективы карьерного роста, плохие условия труда и высокая рабочая нагрузка, а также отреагировать на все проблемы, касающиеся безопасности труда, ограниченных возможностей получения образования и личной безопасности. В некоторых случаях они могут заручиться поддержкой международных организаций или правительств стран-импортеров



для улучшения условий труда, занятости, перспектив профессионального роста и возможностей в сфере образования (30). Некоторые из этих мер могут иметь серьезные финансовые последствия, но они требуют рассмотрения, как это сделано в странах Балтии, где заработная плата и условия труда были изучены и скорректированы на момент присоединения к ЕС (14).

Как отмечалось ранее, существует также альтернативный сценарий, по которому разработчики политики содействуют выходящему миграционному потоку либо для уменьшения переизбытка работников здравоохранения определенного типа, либо стимулируя некоторых работников приобретать дополнительные навыки или квалификацию перед тем, как они вернутся обратно. Это наиболее характерная особенность политики, проводимой в Индии и на Филиппинах (40), но есть и ряд примеров в Европе. Например, двустороннее соглашение между Испанией и Соединенным Королевством, по которому испанские медсестры могут работать в Соединенном Королевстве на протяжении согласованного периода времени (39), а также аналогичное соглашение, заключенное на уровне провинций между Румынией и Италией по миграции медсестер (41).

### *Страны-импортеры*

Принимающие страны также сталкиваются с рядом проблем, связанных с тем, что приток работников здравоохранения значительно выше, чем отток. В основном эти проблемы являются зеркальным отражением проблем стран-экспортеров. Способность отслеживать тенденции входящих потоков (в отношении численности и стран исхода) является важной, если страна хочет иметь общую картину ситуации с кадровыми ресурсами и, что особенно важно, представление о том, как эта ситуация воздействует на систему здравоохранения, чтобы иметь возможность включить полученную информацию в процесс планирования. Эти данные, например, помогут прояснить, в какой степени страна зависит от найма работников здравоохранения из других стран для решения проблемы дефицита квалифицированных кадров. Также важно понять, почему возникает такой дефицит.

Страны-импортеры, которые широко используют активный международный найм профессионалов здравоохранения, должны иметь возможность оценить относительный вклад этой деятельности в сравнении с другими ключевыми вмешательствами (такими, как набор кадров внутри страны, улучшение условий для удержания специалистов и возвращение на работу не практикующих работников здравоохранения); это необходимо для определения наиболее эффективного баланса вмешательств. В недавно разработанном программном документе Директората здравоохранения и социальных дел Норвегии показаны возможности для изучения страной-импортером общих вопросов планирования кадровых ресурсов и рамок

действий в целях перехода к большей самодостаточности и, следовательно, к ситуации, не наносящей неправомерного вреда системам здравоохранения развивающихся стран (30). Ключ к такому подходу – достижение эффективных межведомственных соглашений и сотрудничества с тем, чтобы все ведомства – финансов, правового регулирования, иностранной помощи, здравоохранения и иммиграции (и другие), совместно работали в одном общем согласованном политическом направлении.

Страны-импортеры должны обеспечить, чтобы входящий поток работников был управляемым и получал поддержку и содействие; тогда миграция будет вносить реальный вклад в систему здравоохранения, а иностранным профессионалам в области здравоохранения будут обеспечены равноправие и равные возможности. К ответным политическим мерам по обеспечению эффективного найма относятся: "быстрое удовлетворение" запросов на разрешение на работу; разработка координированных подходов к найму с участием многих работодателей для достижения экономии за счет масштаба в процессе найма; развитие многоведомственного подхода для координации трудоустройства работников здравоохранения в стране назначения; и обеспечение наблюдения на время начального периода работы или такой помощи в адаптации, как языковая подготовка и ориентация в культурных особенностях, а также предоставление социальной поддержки; это может помочь вновь прибывшим работникам эффективно ассимилироваться (14). Еще одной, сопутствующей задачей может стать попытка направить работников, прибывших из-за рубежа в географические области или области специализации, которые в наибольшей степени нуждаются в дополнительном персонале.

Что касается равноправия и равных возможностей для специалистов-медиков, которые были набраны из других стран, что имеет также важное значения для поддержания здорового морального духа в секторе здравоохранения, некоторые страны, такие как Англия (42), Ирландия (43) и Шотландия (44) ввели кодексы правил. В этих кодексах изложены принципы этичного и эффективного международного найма, указывается на необходимость оценки влияния деятельности кадровых агентств и подчеркивается, что отношение к работникам-мигрантам должно быть основано на принципах справедливости и равенства. Кодексы в Англии и Шотландии также уточняют, какие страны не должны рассматриваться как активные источники найма, и в Шотландии это возлагает четкие обязательства на Национальную службу здравоохранения по проведению мониторинга деятельности по найму. В некоторых странах-импортерах также необходимо определить, как поддерживать и стимулировать найм неработающих медицинских специалистов, приехавших из других стран (например, беженцев). Некоторые международные профессиональные ассоциации в области здравоохранения разработали принципы и протоколы по найму (45–47).

Странам-импортерам необходимо обеспечить на местах соответствующую нормативно-правовую базу для поддержки международных специалистов здравоохранения, а также для оценки их компетенции. Кроме того, необходимо оценивать факторы риска в отношении безопасности пациента, связанные с использованием многонационального персонала с иным родным языком, иными типами полученного образования и иными подходами к оказанию помощи, обусловленными культурными различиями.

В настоящее время ВОЗ работает над достижением глобального консенсуса в отношении стратегии и возможной разработки кодекса по международному найму специалистов в области здравоохранения. Многосторонние кодексы уже охватывают страны, входящие в Содружество наций и тихоокеанских островных государств. Кодекс Содружества по международному найму работников здравоохранения (48) устанавливает для правительств стран Содружества ряд руководящих принципов международного найма работников здравоохранения. В нем изложена практика набора на основе справедливости и равенства и содержится призыв препятствовать целевому набору работников здравоохранения из стран, которые сами испытывают дефицит в них, а также защищать права нанятых работников и обеспечивать условия для профессиональной деятельности в нанимающих их странах. В Кодексе подчеркивается, что найм работников здравоохранения должен быть прозрачным и что кадровые агентства и работодатели должны четко разъяснять условия работы по найму тем, кого они нанимают. Кодекс призывает к справедливости и рекомендует кадровым агентствам предоставлять потенциальным кандидатам полную и точную информацию и не пытаться нанимать тех, кто имеет неурегулированные обязательства в их собственных странах. В Кодексе также подчеркивается важность того, чтобы выгоды были взаимными, а также необходимость рассмотрения странами-импортерами возможных способов оказания помощи странам-экспортерам. Другие элементы Кодекса: обеспечение полного понимания кандидатами условий их контрактов; обеспечение их информацией о регулирующих органах и необходимых требованиях; и призыв к странам Содружества изучать и применять дополнительные стратегии для удержания квалифицированного персонала. Однако Кодекс не является юридически обязательным документом.

### **Разработка адекватных политических подходов к управлению миграцией**

На самом широком уровне есть два возможных направления политики для стран и регионов, сталкивающихся с иммиграцией и/или эмиграцией работников здравоохранения. Один заключается в том, чтобы не делать ничего и позволить рынку определять направление, уровень и динамику миграции работников здравоохранения. Другой состоит в разработке

политики, которая бы облегчала или направляла процесс миграции таким образом, чтобы страны максимально приближались к беспроигрышной ситуации (или чтобы, по крайней мере, не складывалась ситуация, когда один является победителем, а другой – побежденным, ставящая в невыгодное положение страны, которые меньше всего могут позволить себе проиграть). В таблице 5 обобщены имеющиеся благоприятные возможности и проблемы, с которыми сталкиваются затронутые страны.

**Таблица 5. Миграция работников здравоохранения: благоприятные возможности и проблемы, стоящие перед теми, кто вовлечен в этот процесс**

Действующие лица	Возможности	Проблемы
Работодатели страны-импортера	Решение проблемы дефицита обученных кадров	Эффективный (и этичный?) найм
Работодатели страны-экспортера	Генерирование поступления денежных средств или других ресурсов  Работники возвращаются с улучшенными навыками	Отток вызывает дефицит квалифицированных кадров
Мобильные/мигрирующие работники здравоохранения	Более высокая оплата труда и возможности профессионального роста	Достижение равных возможностей в стране назначения
Немобильные работники здравоохранения	Повышение возможностей трудоустройства (если имеется избыток рабочей силы)	Увеличение рабочей нагрузки; низкий моральный дух

В этом разделе определены три важных дополнительных области, в которых разработчики политики должны изучить возможности обоснованных действий, помогающих смягчить любые отрицательные влияния миграции на обеспечение трудовыми ресурсами.

### ***Политика, направленная на улучшение мониторинга миграции работников здравоохранения***

Для информированной политики нужна информация. Лица, ответственные за разработку политики, должны иметь возможность оценить воздействие миграции на общую численность работников в системе и размер миграционного потока по сравнению с другими потоками. Однако имеется две основные проблемы, связанные с текущими данными о миграции меди-

цинских работников: это в лучшем случае неполные данные по какой-либо одной из стран и, безусловно, невозможность сравнения между странами. Хотя ЕС проводил ограниченное обобщение данных о трансграничных потоках врачей и медсестер, используя данные по странам (в первую очередь, данные профессиональной регистрации), этому мешало то, что данные были неполными и не всегда были доступны в таком формате, который бы упрощал проведение оценок, важных для разработки политики (11).

Разработчики политики должны стремиться к тому, чтобы обеспечить доступность данных по двум основным индикаторам, необходимым для оценки относительной значимости миграции и международного найма: тенденциям в притоке работников в страну из других стран (и/или в оттоке в другие страны) и фактической численности иностранных работников здравоохранения, находящихся в стране в конкретный момент времени. Эта информация может быть получена из одного или из большего числа разнообразных источников, например, из профессиональных реестров, данных переписей и разрешений на работу. В таблице 6 представлены рекомендации по сбору данных для обеспечения мониторинга.

**Таблица 6. Рекомендации по необходимому набору данных для мониторинга международных потоков работников здравоохранения на страновом уровне**

Работники	Минимальные данные	Дополнительные данные
Приток/Отток	Количество выезжающих с раскладкой по профессиям (и по странам назначения)	Квалификация выезжающих и выезжающих
	Количество въезжающих с раскладкой по профессиям (и по странам исхода)	Место работы выезжающих
	Пол	
	Возрастной состав	
Ресурсы	Общее количество с раскладкой по профессиям	Квалификация
	Количество работающих в секторе с раскладкой по профессиям	Географическое распределение
	Пол	Место работы
	Возрастной состав	Продолжительность пребывания

Источник: Buchan, Parkin & Sochalski (3).

Изолированное получение только минимального набора данных для отслеживания международных потоков будет не столь эффективно, как создание комплексной системы по сбору полного спектра данных о трудовых ресурсах сектора здравоохранения. В частности, если международные потоки отслеживаются изолированно, невозможно оценить их относительное влияние по сравнению с потоками, направляющимися в разных направлениях внутри страны. Кроме того, возможно, страны захотят изучить более подробно мотивы мобильности медсестер и их карьерные планы. Это лучше всего достигается путем обследований (например, совместно с профессиональными ассоциациями, органами регистрации и профсоюзами или используя структурированные фокусные группы).

Также будет важно иметь возможность учитывать различные виды миграции, которые могут иметь различные последствия для политики. Например, временные потоки мигрирующих медицинских профессионалов могут увеличиваться. Упрощение (и удешевление) транспортного сообщения реально позволяет эстонскому врачу отправиться на работу в выходные дни в Финляндию или немецкому врачу общей практики поработать пару дней в Соединенном Королевстве. Система здравоохранения работает 24 часа в сутки, и временные мигранты могут стать важным источником обеспечения персоналом для работы в "неудобные" часы или в периоды высокой нагрузки в таких странах-импортерах, как Соединенное Королевство.

### *Содействие прямым миграционным потокам*

Еще одной возможностью для стран является осуществление таких мероприятий в области политики, которые влияют на отток и приток иностранных работников здравоохранения. В таблице 7 суммированы некоторые возможные варианты политики. Все они обсуждались, и большинство из них внедрены в разных частях света, но независимых исследований и оценок их воздействия на деятельность сектора здравоохранения почти не проводилось.

Что касается определения, какие мероприятия (или комплекс мероприятий) будут наиболее эффективными для конкретной страны-экспортера или страны-импортера, необходимо отметить, что фактически не существует опубликованных данных об исследованиях, посвященных влиянию двусторонних соглашений или кодексов практики в секторе здравоохранения или других подобных мероприятий в области политики. Большая часть исследований сфокусирована на тенденциях и влиянии эмиграции из стран Африки, а поскольку это так, то назрела срочная необходимость в поддержке более детального исследования этих вопросов в европейском контексте. Отсутствие научных исследований и оценки является основным

препятствием для разработки политики (12, 14, 49, 50); приоритетным для разработчиков политики должно быть улучшение доказательной базы путем обмена опытом, касающимся использования подобных вмешательств и путем проведения оценки их эффекта.

Как указано выше, одним из основных аспектов такого подхода является достижение эффективного межведомственного соглашения и сотрудничества в рамках национальных правительств для того, чтобы все ведомства, отвечающие за финансы, правовые вопросы, внешнюю помощь, здравоохранение и иммиграцию, среди прочих, работали совместно для выработки общего направления политики. Другим, тесно связанным с этим вопросом является признание роли, которую зачастую играют агентства по найму в качестве посредников, оказывающих содействие работникам здравоохранения в переезде из одной страны в другую, и вовлечения их в этот процесс в качестве заинтересованных лиц. В некоторых странах в настоящее время деятельность агентств по найму регулируется или составляется список "предпочтительных провайдеров", то есть агентств, которые согласились следовать политике страны в области миграции.

### ***Совершенствование политики и практических действий в области человеческих ресурсов***

Миграция работников здравоохранения не происходит в отрыве от других динамических изменений на рынках трудовых ресурсов здравоохранения. Сама по себе миграция не обязательно является проблемой, но при этом она может быть симптомом более глубоких проблем самих систем здравоохранения. К ним могут относиться сложности, связанные с удержанием квалифицированных медицинских работников (мотивация, зарплата), окружающей рабочей средой, а также с улучшением планирования кадровых ресурсов для уменьшения переизбытка или недостатка профессиональных работников здравоохранения.

Третьей областью целенаправленной политики, следовательно, должны стать более общие вопросы кадровой политики, планирования и практических действий систем здравоохранения. Они должны включать справедливое и равное отношение ко всем медицинским работникам (прошедших подготовку в стране или за рубежом) и эффективное использование их навыков. Улучшение кадровой политики в секторе здравоохранения в целом поможет уменьшить любые отрицательные последствия, которые в противном случае миграция может оказывать на производительность системы здравоохранения. Решение задачи повышения эффективности кадровых ресурсов в секторе здравоохранения требует широких усилий (51) и должно быть основано на системных оценках, учитывающих мнения основных заинтересованных сторон, ключевые политические связи и взаимодействия (22, 52).

Таблица 7. Примеры потенциальных стратегических вмешательств, направленных на упорядочение миграции работников здравоохранения

Уровень	Характеристики
Двусторонние связи	Установление связей между учебными учреждениями в стране исхода и в стране назначения; обмен персоналом, поддержка персонала и направления ресурсов в страну исхода
Обмен персоналом	Структурированное временное перемещение персонала в другую организацию, основанное на возможности карьерного и персонального роста или организационного развития
Поддержка в сфере образования	Обеспечение преподавателями и/или образовательными ресурсами и/или финансирование при временном перемещении из организации страны назначения в организацию страны исхода
Межправительственные двусторонние соглашения	Соглашение, заключенное страной назначения со страной исхода, по покрытию затрат на обучение дополнительного персонала и/или найму персонала на фиксированный период, связанный с подготовкой или повышением квалификации перед возвращением персонала в страну исхода или набора дополнительного персонала в стране исхода
Ускорение оформления документов для работников здравоохранения на страновом уровне	Преимуществонное право или льготные условия для работников здравоохранения в том, что касается иммиграционных требований для ускорения иммиграционного процесса и содействия активному международному найму
Кодекс найма работников на страновом уровне	Принятие кодекса страной назначения, ограничивающего выбор работодателями стран найма и/или продолжительности пребывания нанятых работников; вопросы охвата, содержания и соблюдения должны быть четко и подробно проработаны



Самообеспечение на страновом уровне	Разработка страной четкой политики по самообеспечению путем определения ее будущих потребностей в рабочей силе и развития подходов к удовлетворению этих потребностей за счет собственных ресурсов
Соглашение о взаимном признании на страновом уровне, двустороннее или многостороннее	Соглашение о взаимном признании квалификаций/дипломов работников здравоохранения для облегчения их трансграничного передвижения
Компенсация	Финансовое возмещение или какая-либо другая компенсация, которую предоставляет страна назначения стране исхода за последствия активного найма ее медицинского персонала (много обсуждалось, но нет никаких данных о практическом применении)
Подготовка кадров "на экспорт"	Четкое решение государственного или частного сектора по развитию инфраструктуры для подготовки медицинских кадров для внешнего рынка с целью инициирования перевода денежных средств уехавшими или получения предоплаты
Международный кодекс	Кодекс этических правил, распространяющийся на ряд стран, действенность которого будет зависеть от его содержания, охвата и соблюдения; в настоящее время ВОЗ работает над созданием международного кодекса

Источники: Dumont & Zum (4); Buchan & Perflieva (14).

И, наконец, необходимо подчеркнуть, что цель нынешних и возможных будущих политических мер – не остановить миграционные потоки работников здравоохранения (что в любом случае будет невозможно и идет вразрез с принципами личных прав и свобод), а стремиться создать ситуацию, в которой вовлеченные в этот процесс отдельные лица и страны имели возможность получить положительный конечный результат. Цель политики любого, а в действительности всех, состоит в том, чтобы поощрять любые благоприятные возможности и решать выявленные проблемы.

### **Выводы**

В этом аналитическом обзоре проанализированы крайне важные вопросы национальной политики, относящиеся к смягчению любого отрицательного воздействия миграции на обеспеченность европейских стран квалифицированными работниками здравоохранения. Имеющиеся неполные данные указывают на тенденцию к увеличению международных потоков работников здравоохранения; также имеются примеры того, что некоторые страны стремятся заполнить вакансии, поощряя приток из приграничных либо из более отдаленных стран.

Демографические тенденции во многих, более обеспеченных странах Европы, в частности, рост популяции пожилых людей и старение трудовых ресурсов здравоохранения, могут повышать вероятность того, что в последующие несколько лет эти страны будут активно способствовать притоку все большего числа работников здравоохранения.

Оценка значения притока международной рабочей силы в сектор здравоохранения путем сравнения с имеющимися ресурсами или притоком из внутренних источников может помочь стране определить, в какой степени она зависит от международных мигрантов. Аналогичным образом, оценка оттока позволит определить ущерб, который наносится системе здравоохранения из-за оттока квалифицированных медицинских кадров.

Как минимум, существует выраженная потребность в улучшении имеющихся данных о миграционных потоках специалистов в области здравоохранения для того, чтобы иметь возможность более эффективно отслеживать тенденции этих потоков. Это поможет достижению второй цели – определить, каким странам может потребоваться более подробно рассмотреть меры политического характера по управлению процессом для уменьшения отрицательного воздействия на обеспечение специалистами в области здравоохранения. Кроме того, для всех стран существует третья настоятельная необходимость – гарантировать, что их политика, планирование и практические мероприятия в области кадровых ресурсов

сектора здравоохранения являются эффективными и, следовательно, дают возможность поддерживать обеспеченность кадрами на должном уровне.

## Библиография

1. *International mobility of the highly skilled*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002.
2. Stilwell B et al. Developing evidence based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.
3. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. *International nurse mobility: trends and policy implications*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.icn.ch/Int\\_Nurse\\_mobility%20final.pdf](http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf), accessed 15 April 2008).
4. Dumont J, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: SOPEMI ed. *International migration outlook*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
5. Finding solutions to the human resources for health crisis. *Lancet*, 2008, 371:623–696.
6. *Health workforce policies in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (document EUR/RC57/R1; <http://www.euro.who.int/document/rc57/edoc09.pdf>, accessed 15 April 2008).
7. Mejía A, Pizurki H, Royston E. *Physician and nurse migration: analysis and policy implications*. Report on a WHO study. Geneva, World Health Organization, 1979.
8. Findlay A, Lowell L. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Geneva, International Labour Organization, 2002 (International Migration Papers, No. 43).
9. *The world health report 2006 – working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 15 April 2008).
10. Resolution WHA57.19. International migration and health personnel: a challenge for health systems in developing countries. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R19-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf), accessed 15 April 2008).
11. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Buckingham, Open University Press, 2005.

12. Robinson R. *The costs and benefits of health worker migration from East and Southern Africa (ESA): a literature review*. Harare, EQUINET, 2007 (EQUINET Discussion Paper 49; [http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS49HR\\_robinson.pdf](http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS49HR_robinson.pdf), accessed 15 April 2008).
13. Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The international migration of health workers: a human rights analysis*. London, Medact, 2005 (<http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Bueno%20de%20Mesquita%20and%20Gordon.pdf>, accessed 15 April 2008).
14. Buchan J, Perfilieva P. *Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, accessed 15 April 2008).
15. Auriol L, Sexton J. Human resources in science and technology: measurement issues and international mobility. In: *International mobility of the highly skilled*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:13–39.
16. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:559–636.
17. Krieger H. *Migration trends in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.
18. *Council conclusions on EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries. (General Affairs and External Relations Council meeting, Luxembourg, 10 April 2006)*. Brussels, Council of the European Union, 2006 ([http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/en/gena/89195.pdf](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/gena/89195.pdf), accessed 15 April 2008).
19. *EU "blue card" plans criticised*. London, British Broadcasting Corporation, 2008 (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7132366.stm>, accessed 22 April 2008).
20. *WHO Regional Committee resolution EUR/RC57/R1 on health workforce policies in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920\\_8](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8), accessed 15 April 2008).
21. Wiskow C, ed. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Geneva International Labour Organization, 2006 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>, accessed 15 April 2008).

22. Karashkevica J, Maurita A. Medical staff manpower reform in Latvia: estimation of the current situation and future needs. In: Rotem A et al., eds. *National health workforce assessment of the past and agenda for the future*. Paris, Centre de Sociologie et de Demographie Médicales, 2006.
23. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89156.pdf>, accessed 15 April 2008).
24. Vujicic M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *International Journal of Health Planning and Management*, 2006, 21:101–115.
25. Buchan J, Seccombe I. *Nursing futures, future nurses*. London, Royal College of Nursing, 2008 ([http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/145781/Nursing\\_Futures,\\_Future\\_Nurses\\_report.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/145781/Nursing_Futures,_Future_Nurses_report.pdf), accessed 15 April 2008).
26. *Investing in the health workforce enables stronger health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Fact sheet 06/07; <http://www.euro.who.int/Document/Mediacentre/fs0607e.pdf>, accessed 15 April 2008).
27. Clemens MA, Pettersson G. New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 2008, 6:1 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-1.pdf> accessed 15 April 2008).
28. Gerlinger T, Schmucker R. Transnational migration of health professionals in the European Union. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23(Suppl. 2):S184–S192.
29. *Health worker retention and migration in east and southern Africa. Regional meeting report, March 17th to 19th, Arusha, Tanzania*. Harare, EQUINET, 2007 (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/REPMTG0307HRH.pdf>, accessed 14 April 2008).
30. *Recruitment of health workers. Towards global solidarity*. Oslo, Directorate of Health and Social Affairs, 2007 ([http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E\\_18611a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf), accessed 15 April 2008).
31. Delhey J. *Life satisfaction in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.
32. Vujicic M et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2004, 2:3.

33. Alber J, Fahey T. *Perceptions of living conditions in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004 (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/113/en/1/ef03113en.pdf>, accessed 15 April 2008).
34. De Veer A, Den Ouden D, Francke A. Experiences of foreign European nurses in the Netherlands. *Health Policy*, 2004, 68:1.
35. Buchan J et al. Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*, 2006, 4:14 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1526449&blobtype=pdf>, accessed 15 April 2008).
36. Marino M. Foreign nurses hired as shortage bites. *The Age*, 15 December 2002.
37. Daniel P, Chamberlain A, Gordon F. Expectations and experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 2001, 10:254–265.
38. Simmgen M. Why German doctors enjoy British medicine. *Clinical Medicine*, 2004, 4:57–59.
39. Blitz B. 'Brain circulation': the Spanish medical profession and international medical recruitment in the United Kingdom. *Journal of European Social Policy*, 2005, 15:363–379.
40. Brush B, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2007, 8:37–46.
41. Galan A (2006) Romania case study. In: Wiskow C, ed. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Geneva International Labour Organization, 2006 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>, accessed 15 April 2008).
42. *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals*. London, Department of Health, 2004 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4097730](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097730), accessed 15 April 2008).
43. *The nursing and midwifery resource – guidance for best practice on the recruitment of overseas nurses and midwives*. Dublin, Department of Health & Children, 2002 ([http://www.dohc.ie/publications/recruitment\\_of\\_overseas\\_nurses\\_and\\_midwives.html](http://www.dohc.ie/publications/recruitment_of_overseas_nurses_and_midwives.html), accessed 15 April 2008).

44. *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2006 ([www.bda.org/about/docs/Code%20of%20Prac%20for%20Int%20Recruit%20of%20Hcare%20Prof.pdf](http://www.bda.org/about/docs/Code%20of%20Prac%20for%20Int%20Recruit%20of%20Hcare%20Prof.pdf), accessed 15 April 2008).
45. *Position statement on ethical nurse recruitment*. Geneva, International Council of Nurses, 2001 (<http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>, accessed 15 April 2008).
46. *A Code of Practice for the International Recruitment of Health Professionals: the Melbourne Manifesto*. Singapore, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 2002 ([http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/publications/melbourne\\_manifesto.pdf](http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/publications/melbourne_manifesto.pdf), accessed 15 April 2008).
47. *EFN good practice guidance for international nurse recruitment*. Brussels, European Federation of Nurses, 2004 (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EFNGoodPracticeGuidanceforRecruitment.doc>, accessed 15 April 2008).
48. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2003 ([http://www.thecommonwealth.org/shared\\_asp\\_files/uploadedfiles/{7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A}\\_CommonwealthCodeofPractice.pdf](http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/{7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A}_CommonwealthCodeofPractice.pdf), accessed 15 April 2008).
49. Pagett C, Padarath A. *A review of codes and protocols for the migration of health workers*. Harare, EQUINET, 2007 (EQUINET Discussion paper No. 50; <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis50HRpagett.pdf>, accessed 15 April 2008).
50. McIntosh T, Torgerson R, Klassen N. *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada*. Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2007 (Research Report H/11 Health Network; [http://www.cprn.org/documents/46781\\_en.pdf](http://www.cprn.org/documents/46781_en.pdf), accessed 15 April 2008).
51. Buchan J. What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*, 2004, 2:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-6.pdf>, accessed 15 April 2008).
52. Dal Poz M et al. Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources for Health*, 2006, 4:21 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/21>, accessed 15 April 2008).



Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17.  
Факс: +45 39 17 18 18.  
Эл. адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

### **Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)**

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

### **Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения**

– это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).