

# Европейское обозрение

Бюллетень по политике в области здравоохранения  
Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Лето 2011

Выпуск 13, номер 2

## Содержание

Мобильность медицинских работников и системы здравоохранения: фактические данные из 17 стран Европы	1
Страна эмиграции и иммиграции: Германия	5
Страна эмиграции: Литва	6
Возможности развития системы здравоохранения: Испания	7
Страна массового притока мигрантов: Великобритания	9
Новые проблемы после вступления в ЕС: Румыния	10
В гостях хорошо, а дома лучше: Польша	11

## Мобильность медицинских работников и системы здравоохранения: фактические данные из 17 стран Европы

Matthias Wismar, Irene A Glinos, Claudia B Maier, Gilles Dussault, Willy Palm, Jeni Bremner, Josep Figueras

Медицинские работники мигрируют из одной страны в другую, стремясь обрести более высокую зарплату, более благоприятные условия труда, образования и карьерного роста, а также получить новый профессиональный и жизненный опыт. Пересечение границ сопровождается изменением кадрового состава в системах здравоохранения как в странах-отправителях, так и в странах-получателях медицинских кадров, влияя на численность медперсонала, его профессиональную структуру, географическое распределение и демографический профиль. Изменения такого рода воздействуют на эффективность систем здравоохранения, улучшая либо усложняя ситуацию с дефицитом кадров, уровнем квалификации медицинских работников в какой-либо области, а также с обеспечением различных регионов медицинским обслуживанием.

Ожидалось, что вступление в Европейский союз (ЕС) двенадцати новых государств-членов в 2004 и 2007 гг. вызовет всплеск мобильности медицинских работников. Значительная диверсификация социально-экономических различий между странами – членами ЕС, в частности, разброс в оплате труда, служит дополнительным стимулом к профессиональной миграции. Переезд из одного государства ЕС в другое теперь практически ничем не осложнен, поскольку дипломы о профессиональном образовании (1), выданные в любой стране ЕС, признаются всеми остальными странами в рамках Европейской зоны свободной миграции; таким образом, автоматически подтверждается квалификация специалистов-мигрантов, являющихся представителями «регулируемых профессий», в число которых, в частности, входят профессии врача, медсестры, стоматолога, акушера и фармацевта.

Интенсификация мобильности медицинских работников и усиление воздействия этого фактора на состояние систем здравоохранения повысили значимость данного круга проблем, переводя их на политический уровень. Высказываются опасения в связи с «утечкой мозгов», изменением доступности, качества и безопасности медицинских услуг как

в странах-отправителях, так и в странах – получателях мигрирующего персонала. Некоторые страны – члены ЕС ввели временные ограничения на трудовую миграцию в отношении вновь вступивших стран, в то время как другие государства, напротив, поощряют приглашение зарубежных специалистов.

### Фактические данные из стран Европы

Несмотря на возросшее внимание политической общественности к проблеме мобильности медицинских работников в Европе, до сих пор известно относительно немного о масштабах этого явления, о динамике мобильности в связи с процессом расширения ЕС, о соотношении численности эмигрировавших и иммигрировавших медицинских сотрудников между старыми и новыми членами ЕС, о факторах, влияющих на мобильность, и о ее последствиях для систем здравоохранения. Для получения необходимой информации был реализован проект PROMeTHEUS, цель которого состояла в сборе и анализе данных о мобильности медицинских работников в Европе (см. вставку 1).

### Масштабы мобильности: значимые, но разнообразные

Масштабы мобильности медицинских работников во многих странах Европы довольно значительны, если оценивать их с точки зрения зависимости национального рынка медицинских услуг от зарубежных специалистов и судить по доле иммигрантов среди новых работников в медицинских учреждениях.

Согласно статистике за 2008 г., иностранные специалисты составляют свыше 10% от общего числа врачей в Бельгии, Португалии, Испании, Австрии, Норвегии, Швеции, Швейцарии, Словении, Ирландии и Великобритании (рис. 1). Степень зависимости от зарубежных специалистов-медсестер превышает 10% в Италии, Великобритании, Австрии и Ирландии.

Данная статья основана на публикации *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries* [Мобильность медицинских работников и системы здравоохранения Фактические данные из 17 стран] под редакцией Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J (2011). Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

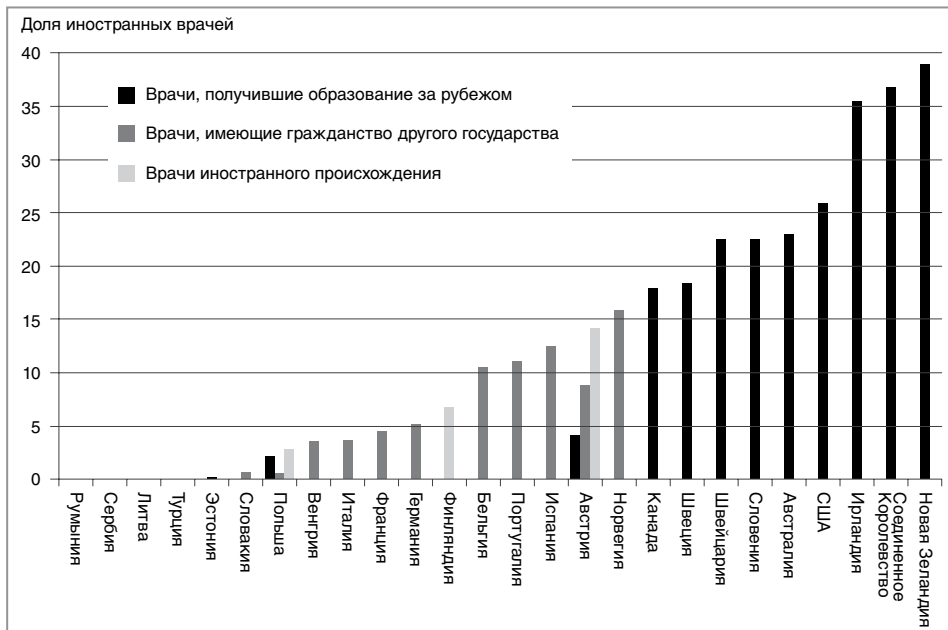
**Вставка 1. PROMeTHEUS – исследование мобильности медицинских работников в странах ЕС**



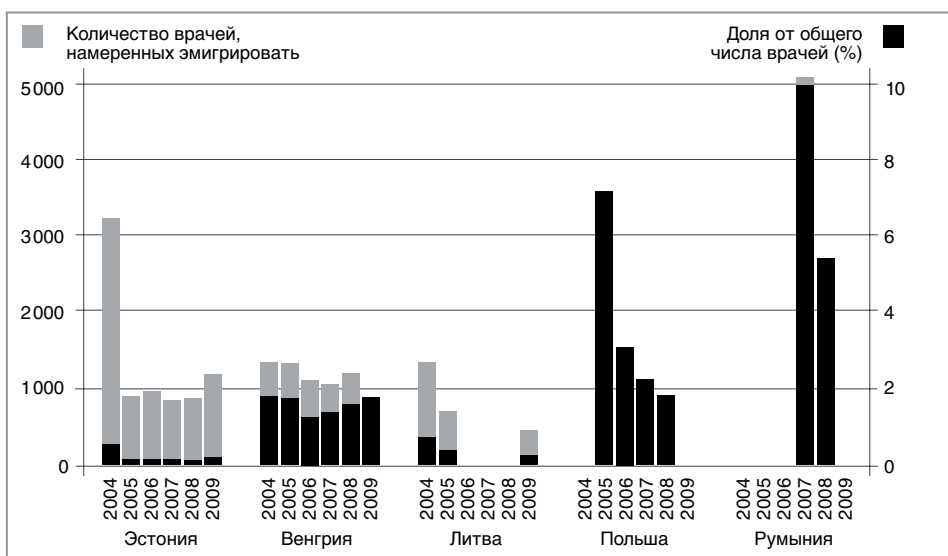
Проблема мобильности медицинских работников обсуждалась на неофициальном совещании министров здравоохранения, которое прошло 4–5 апреля 2011 года в г. Гёдёллэ (Венгрия) и было организовано правительством этой страны ввиду текущего председательства Венгрии в Совете ЕС. В рамках подготовки к данному мероприятию проводилось новое исследование, результаты которого были опубликованы Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения при партнерстве с Европейским региональным бюро ВОЗ. При подготовке этого номера *Европейского обозрения* использовались результаты данного исследования, название которого сформулировано как «Мобильность медицинских работников и системы здравоохранения Фактические данные из 17 стран Европы». В этом издании приводится анализ предварительных итогов исследовательского проекта PROMeTHEUS, финансируемого ЕС с 2009 г.

(грантовое соглашение № 223383) и направленного на изучение мобильности медицинских работников в ЕС. Исследование проводилось в Австрии, Бельгии, Венгрии, Германии, Испании, Италии, Литве, Польше, Румынии, Сербии, Словакии, Словении, Соединенном Королевстве, Турции, Финляндии, Франции, Эстонии. В работе использованы фактические данные из 17 стран, на конкретном материале которых авторы рассмотрели обозначенную проблему и проанализировали масштабы мобильности медицинских кадров в ЕС как с точки зрения организации потоков миграции, так и с точки зрения зависимости систем здравоохранения от зарубежных специалистов. Данное исследование позволяет разобраться в основных мотивах эмиграции и иммиграции, стимулирующих мобильность медицинских работников, выявить последствия кадровой мобильности для систем здравоохранения и их значимость среди более широкого круга кадровых проблем внутри конкретных стран, а также оценить эффективность мер, предпринимаемых для преодоления возникающих трудностей.

**Рисунок 1. Зависимость систем здравоохранения от иностранных врачей в 2008 г. (либо самый последний год)**



**Рисунок 2. Ежегодная степень готовности врачей к эмиграции из стран, вступивших в ЕС в 2004 и 2007 гг.**



Степень зависимости национальных систем здравоохранения от иностранных специалистов за последние десятилетия возросла, при этом во многих странах продолжалась наблюдаться значительный приток медицинских кадров. В 2008 г. доля иностранцев в отношении к общему числу новых сотрудников учреждений здравоохранения была особенно высокой среди врачей – в Великобритании (42,6%), Бельгии (25,3%) и Австрии (13,5%); среди медсестер – в Италии (28%), Великобритании (14,7%) и Бельгии (13,5%); среди стоматологов – в Австрии (40,8%), Великобритании (33,7%), Бельгии (19,3%) и Венгрии (9,7%). В Финляндии 43,2% стоматологов, лицензированных в период с 2006 по 2008 год, получили образование за рубежом.

Хотя функционирование системы здравоохранения некоторых стран, действительно, в значительной степени определяется наличием иностранных специалистов, представленные данные (рис. 1) свидетельствуют о том, что степень этой зависимости существенно различается в разных странах Европы: некоторые государства нуждаются в зарубежных медицинских работниках лишь в небольшой степени либо даже не нуждаются вовсе.

**Последствия расширения ЕС: менее значительные, чем ожидалось**

Расширение ЕС, начавшееся в 2004 г., стимулировало мобильность медицинских работников, хотя и не привело к столь масштабным процессам миграции, как это изначально ожидалось, – доля медицинских специалистов, готовых к эмиграции, судя по количеству запросов на получение сертификатов соответствия, в ЕС-12 составила около 3% от их общего числа (рис. 2), а реальные объемы эмиграции были даже меньше, поскольку на самом деле эмигрировали не все сотрудники, получившие сертификат соответствия.

По последним статистическим данным из Эстонии, Венгрии и Румынии (см. материал о Румынии) в настоящее время наблюдается определенный рост объемов эмиграции, по-видимому, обусловленный последствиями экономического кризиса 2008 г. В то же время в некоторых странах отмечается обратная тенденция: например, польские врачи сейчас активно возвращаются в Польшу.

**Асимметрия «восток-запад»: ситуация усложняется**

Интенсификация мобильности кадров в связи с расширением ЕС в 2004 и 2007 гг. еще более усилила наблюдавшуюся асимметрию между Западной и Восточной Европой с точки зрения объемов притока и оттока медицинских работников. Мигранты из стран, недавно вступивших в ЕС, как правило, направлялись в государства – члены ЕС-15. При этом дисбаланс вызван не оттоком кадров как таковым. Во многих странах ЕС-15 отток кадров имеет те же масштабы, что и в ЕС-12. Однако в отличие от ЕС-15, в странах ЕС-12 наблюдается лишь незначительный приток мигрантов.

Эмиграция из стран Восточной Европы началась задолго до вступления восточноевропейских стран в ЕС в связи с политическими реформами конца 80-х –

начала 90-х годов XX века. Например, в 2003 г. среди медицинского персонала в Германии было выявлено большое количество сотрудников из Боснии и Герцеговины, Сербии и Хорватии, поскольку в течение нескольких предыдущих десятилетий наблюдалась активная эмиграция граждан бывшей Югославии (см. материал о Германии).

### **Деньги – основной фактор мобильности**

Расширение ЕС в 2004 и 2007 г. усилило экономические различия и увеличило разброс зарплат в рамках ЕС. Врач, работающий в Эстонии, может получить в шесть раз больше, если переедет в Финляндию, а врач общей практики из Румынии, перебравшись во Францию, может заработать в десять раз больше. В большинстве случаев уровень дохода является основным мотивом для миграции: именно размер зарплаты побуждает людей уезжать в другие страны, возвращаться на родину или оставаться на месте.

В Литве годовой размер зарплаты врачей и медсестер возрос на 20% в период с 2005 по 2008 год (см. материал о Литве), что позволило преодолеть негативную тенденцию массового отказа студентов от продолжения медицинского образования, а также предотвратить убыль персонала и его эмиграцию. В Польше повышение зарплат медработникам привело к ослаблению эмиграционных процессов и послужило причиной для возвращения некоторых специалистов на родину (см. материал о Польше). В Словении, возможно, именно в результате повышения окладов убыль медперсонала оказалась менее значительной, чем ожидалось. И наоборот, сокращение зарплат румынских медработников на 25%, по-видимому, привело к усилению оттока медицинского персонала из этой страны в 2009 г.

Деньги, однако, являются не единственным фактором, определяющим параметры мобильности. Материальная мотивация не имеет первостепенного значения, если в результате эмиграции существенного изменения уровня зарплаты не происходит. Условия работы, обстановка в медицинском учреждении и выполняемые обязанности также принимаются во внимание медицинскими сотрудниками при принятии решения о переезде.

### **Последствия для систем здравоохранения: не принципиальные, но существенные**

Несмотря на то, что проблема мобильности медицинских работников активно обсуждается в некоторых странах, фактических данных, подтверждающих значимость данного явления для систем здравоохранения, до сих пор слишком мало, и систематического изучения данной проблемы ни в одном из государств пока не проводилось. Влияние данного фактора на общее состояние систем здравоохранения не вполне выражено и часто носит косвенный характер, так что оценить его не представляется возможным, однако следы этого воздействия обнаруживаются в некоторых особенностях функционирования систем здравоохранения. Не явные на общегосударственном уровне, они могут быть весьма значимы на уровне регионов или отдельных медицинских учреждений.

Ряд стран, в которых наблюдается интенсивный приток медицинских работников, извлекли существенную пользу из сложившейся

ситуации: прием на работу зарубежных врачей, медсестер и стоматологов позволил увеличить объемы предоставляемых медицинских услуг в Великобритании, Испании, Австрии и Италии. Вакантные должности в менее привлекательных для местных специалистов областях на востоке Германии привлекают врачей из-за рубежа – их количество утроилось в период с 2000 по 2008 год. Во Франции врачи-мигранты, прибывшие из стран, не являющихся членами ЕС, часто трудоустраиваются либо в государственных больницах, либо в социально и экономически неблагополучных или удаленных районах, позволяя решить проблему дефицита кадров в таких учреждениях.

Другие страны, напротив, сталкиваются с проблемой оттока медицинских работников. По статистике из Словакии в период с января 2005 г. по декабрь 2006 г. выехали 3243 медицинских работника. В Румынии в сельских округах с минимальной степенью обеспеченности населения здравоохранительными услугами зарегистрированы самые высокие показатели эмиграции врачей и медсестер. Последствия мобильности медицинских работников не всегда обусловлены объемами миграции. Например, представители Венгрии, Эстонии и Литвы сообщили, что отъезд всего нескольких специалистов может существенно осложнить обеспечение населения медицинскими услугами. На некоторых медицинских специальностях это сказывается особенно явно. В Польше наиболее востребованы врачи – специалисты по оказанию экстренной помощи и анестезиологи – специалисты данного профиля чаще других эмигрируют за рубеж. В Бельгии возникла сложная ситуация в связи с массовой эмиграцией детских психиатров, вызвавшей дефицит кадров в данной области.

### **Данных по-прежнему недостаточно**

Представителям административных органов, кадровым службам и руководителям медицинских учреждений необходимо обладать сведениями об основных тенденциях мобильности медицинских работников для того, чтобы планировать соответствующие меры и предпринимать необходимые действия в сложившихся условиях. Однако в большинстве стран имеющиеся данные о миграции специалистов не полны и не актуальны. В 13 из 17 стран, принявших участие в исследовательском проекте (в Бельгии, Венгрии, Германии, Испании, Италии, Литве, Польше, Румынии, Сербии, Словакии, Турции, Соединенном Королевстве и Франции), оказалось невозможным получить актуальные, полные и точные данные относительно миграции медицинских работников. Многие страны, обеспокоенные массовым оттоком медперсонала, руководствовались в своих оценках объемов миграции данными о намерении эмигрировать, основанными на количестве сертификатов соответствия, выдаваемых специалистам данного государства для признания их диплома и квалификации в других странах ЕС.

Однако количество лиц, намеревающихся эмигрировать, не соответствует реальному количеству мигрантов: статистика по сертификатам соответствия скорее отражает общую тенденцию к миграции и нуждается в уточнении. В результате исследования,

проведенного в Румынии, выяснилось, что реальный отток эмигрантов из страны в три раза меньше, чем показатели, свидетельствовавшие о намерении граждан эмигрировать. С другой стороны, количество выданных сертификатов соответствия по статистике далеко не всегда превышает реальную численность мигрантов, поскольку в некоторых странах сертификаты соответствия не требуются, а некоторые формы мобильности не предусматривают оформления документов такого рода.

Объем притока кадров также сложно оценить, поскольку три показателя, позволяющие охарактеризовать мобильность с разных позиций, демонстрируют значения, существенно отличающиеся друг от друга – см. данные по Австрии и Польше (рис. 1). Статистика по миграции медсестер в большинстве стран гораздо менее точна и полна, чем статистика по миграции врачей. Даже при условии наличия данных об объемах миграции, данные по специализации и квалификации врачей существенно различаются в разных странах. Данные временного ряда имеются лишь для нескольких европейских стран, что заметно осложняет мониторинг тенденций в миграционных процессах.

### **Стратегические выводы**

При рассмотрении вопроса о важности проблемы мобильности медицинских работников и необходимости принятия мер для ее решения, представителям административных органов необходимо иметь возможность прогнозировать ход дальнейших событий и располагать информацией о возможных сценариях развития ситуации. При этом всесторонний анализ данного социального явления и принятие надлежащих мер в связи с ним осложнены целым рядом факторов.

Во-первых, не совсем ясны последствия экономического кризиса в этой сфере. В ряде стран государственный бюджет подвергся резкому сокращению (в том числе были урезаны расходы на здравоохранение и подготовку медицинских работников), в то время как в других странах бюджетная сфера практически не пострадала. Медицинские работники, беспокоясь за свое профессиональное будущее, могут начать искать работу или место обучения либо повышения квалификации за рубежом, что приведет к активизации мобильности. В новых экономических условиях меняются возможности людей и их мотивация, в результате чего сама природа миграционных процессов трансформируется непредсказуемым образом.

Кроме того, неопределенными остаются перспективы рынка медицинских услуг в Европе. В соответствии с недавним прогнозом Европейской комиссии, к 2020 году ожидается кадровый кризис в сфере здравоохранения: в условиях кризиса рынок медицинских услуг будет не доставать порядка одного миллиона медицинских работников. На вакантные должности в более развитых странах – членах ЕС могут быть привлечены медицинские работники из менее благополучных стран, что дополнительно усилит дисбаланс в распределении медицинского персонала.

Попытки преодолеть кадровый кризис с помощью найма специалистов из стран третьего мира все чаще оказываются неудачными из-за большого количества ограничений этического характера. В 2010 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Кодекс по практике международного найма медицинского персонала. Этот документ регламентирует этические принципы международного найма медицинских работников: в соответствии с Кодексом, не рекомендуется принимать на работу специалистов из стран, в которых наблюдается кадровый кризис в сфере здравоохранения. Следовательно, страны с высоким дефицитом медицинских кадров столкнутся со значительными трудностями, если попытаются нанимать на работу специалистов-мигрантов из неблагоприятных стран.

Основной вывод, к которому мы пришли в результате проведенного исследования, состоит в том, что проблему мобильности медицинских работников следует в первую очередь решать в рамках каждой отдельно взятой страны. Решение проблемы предполагает оптимизацию процессов сбора статистических данных и их обработки, повышение качества информации, реализацию общих стратегий в сфере кадровой политики, предусматривающих предоставление качественного образования и принятие мер по удержанию квалифицированных специалистов, а также совершенствование прогностического и планового потенциала кадровой сферы и, кроме всего прочего, развитие и использование международных структур, регулирующих мобильность медицинских работников.

Первый стратегический вывод касается процедуры сбора, обработки и обеспечения надлежащего качества данных. Вследствие недоступности или недостаточной точности данных об оттоке медработников, административные сотрудники и кадровые специалисты в сфере здравоохранения не могут правильно учесть текущие объемы эмиграции. Не менее значим и тот факт, что данные об иммиграции, как правило, доступны далеко не всегда. Недостаток достоверных и сопоставимых данных о мобильности медсестер также является важной проблемой, которую необходимо решить. При этом потребность в информации актуальна не сама по себе. В условиях неограниченной мобильности персонала, дефицит кадров или изменения кадровой политики в одной стране почти сразу сказываются на ситуации в других странах, особенно если они существенно различаются по уровню доходов населения. Изменения в политике найма сотрудников в Великобритании и увеличившийся в связи с этим приток медицинских работников из стран ЕС-12 – это пример того, насколько важно своевременно получить доступ к необходимой инсайдерской информации о ситуации на рынке рабочей силы, в том числе о кадровой политике и образовательных возможностях той или иной страны. Наконец, информация необходима для того, чтобы иметь возможность оценить эффективность принимаемых мер для удержания медицинских работников в каком-либо государстве и их социальной интеграции или реинтеграции.

Второй стратегический вывод предусматривает необходимость совместной выработки общей кадровой политики. Мобильность медицинских работников в основном обусловлена проблемами с трудоустройством внутри государств, связанными с особенностями условий работы, обеспечения медицинских учреждений, профессиональной структуры и возможностей обучения и повышения квалификации. Разница в размере зарплаты также играет важную роль.

Третий стратегический вывод подразумевает важность стимуляции интереса к методам и алгоритмам планирования кадровой политики, при этом необходимо не ограничиваться экстраполяцией исторически сложившихся тенденций в данной сфере, а развить новые методы планирования с учетом изменяющихся нужд здравоохранения, предъявляющего новые требования к медперсоналу будущего. Необходимо также учитывать тенденцию к феминизации и старению медперсонала.

Кроме того, следует помнить о том, что есть международные правовые документы, регламентирующие мобильность медицинских работников (в том числе кодекс ВОЗ). Опыт Великобритании, где действует свой кодекс, регулирующий трудовые отношения с медработниками-мигрантами, показывает, что постоянный мониторинг процесса иммиграции, а также существование профильных учреждений, ведущих учет в данной области, и выработка национальных кадровых стратегий могут помочь в решении возникающих проблем. Двусторонние соглашения между странами могут регламентировать порядок международного найма либо вводить запреты и ограничения, если это необходимо. В таких соглашениях также может оговариваться возможность признания дипломов, полученных медработниками в странах третьего мира. Есть и другие механизмы международного взаимодействия, которые можно использовать для обеспечения контроля над мобильностью медицинских работников на организационном уровне, например, схемы двустороннего партнерства и совместные программы обучения и повышения квалификации медицинских работников.

#### Программа дальнейших действий

Теперь необходимо задуматься над тем, какие меры следует предпринять в дальнейшем. При этом нужно руководствоваться стратегическими выводами, перечисленными выше. Кроме того, важно прояснить роль ЕС в отношениях со странами – членами этой организации. Каждое государство

самостоятельно организует работу собственной системы здравоохранения, однако проблема мобильности медицинских работников, имеющая непосредственное отношение к сфере предоставления медицинских услуг, может решаться только на уровне Европейского Союза.

Поскольку прерогатива ЕС в этом вопросе не вызывает сомнений, страны – члены ЕС, Европейская комиссия и Европейский парламент выступили с инициативой организовать обсуждение и выработать способы решения кадровой проблемы, в том числе относительно мобильности медицинских работников. В 2010 г. под председательством Бельгии страны ЕС приняли ряд резолюций Совета по найму медицинских работников (2), предусматривающих обмен положительным практическим опытом и выработку плана совместных действий с целью его последующей реализации для регламентации взаимоотношений Комиссии со странами – членами ЕС. Дальнейшие действия в том же направлении были предприняты во время председательства Венгрии в 2011 г., когда проблема мобильности медицинских работников была включена в повестку дня Совета (см. вставку 1). Данной инициативе стран – членов ЕС предшествовала разработка так называемого «зеленого документа» Комиссии и ряд консультаций по вопросам организации найма медицинских работников в Европе (3). Кроме того, Европейский парламент принял Декларацию по трудовым ресурсам здравоохранения в ЕС (4). Все эти документы могут обеспечить реальную основу для дальнейших мер по решению возникающих проблем.

#### Библиография

1. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. *OJ L 255, 30.9.2005.*
2. *Investing in Europe's Health Workforce of Tomorrow: Scope for Innovation and Collaboration* [[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/lsa/118280.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/118280.pdf) по состоянию на 12 ноября 2011 г.]
3. European Commission. *Green paper on the European Workforce for Health*, COM(2008) 725 final [[http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf) по состоянию на 12 ноября 2011 г.]
4. European Parliament. [<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+WDECL+P7-DCL-2010-0040+0+DOC+PDF+V0//EN&language=EN> по состоянию на 12 ноября 2011 г.]

*Matthias Wismar, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

*Irene A Glinos, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

*Claudia B Maier, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения (во время проведения проекта Европейской комиссии PROMeTHEUS)*

*Gilles Dussault, Институт гигиены и тропической медицины, Новый Лиссабонский Университет*

*Willy Palm, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

*Jeni Bremner, Европейская ассоциация по управлению здравоохранением, Брюссель*

*Josep Figueras, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

# Страна эмиграции и иммиграции: Германия

Diana Ognyanova, Reinhard Busse

## Профиль мобильности

Германия является страной как иммиграции, так и эмиграции медицинских кадров. Иностранцы давно работают в сфере здравоохранения этой страны, при этом почти половина зарубежных медицинских работников имеют гражданство ЕС. В то же время, можно сказать, что расширение ЕС в 2004 и 2007 гг. не имело значительных последствий для Германии: усиленного притока медицинских работников не наблюдалось. В 2008 г. иностранные специалисты по-прежнему составляли лишь относительно небольшой процент (около 6%) от общего числа работников здравоохранительной сферы в стране. При этом некоторое число немецких специалистов выезжают работать из Германии за рубеж: их привлекают более благоприятные условия труда и более высокая зарплата.

### Иммиграция

**Врачи.** Количество зарегистрированных и работающих (практикующих) врачей-мигрантов с 2000 г. возросло, как и их доля по отношению к общему числу врачей в стране (1). На конец 2008 г. в Германии было зарегистрировано 21 784 врача-иностранца (что составляет около 5,2%) и 18 105 практикующих врачей-мигрантов (около 5,7%).

Тенденция к росту числа зарубежных врачей более характерна для Восточной Германии: с 2000 по 2008 год число практикующих врачей-иностранцев в землях Западной Германии возросло на 40%, в то время как аналогичный показатель в бывшей Восточной Германии составил около 309%. В 2000 г. всего 6% всех практикующих врачей-иностранцев работали в Восточной Германии, к 2008 г. их число достигло 15% (2). Количество иностранных врачей, въезжающих в Германию из стран, недавно вступивших в ЕС, начало расти с 2000 г.; максимальный уровень роста (около 21%) был отмечен в 2003 г., когда впервые возник достаточно высокий спрос на таких специалистов, однако миграционное законодательство тогда еще ограничивало возможности трудоустройства в Германии выходцев из этих стран, поскольку они не являлись членами ЕС.

Врачи-мигранты достаточно редко занимаются частной практикой. В 2008 г. всего 3 534 зарубежных врача имели частную практику – т.е. 2,8% всех частных врачей. Количество врачей-мигрантов и их процент гораздо выше в больничном секторе – 13 207 (8,6%) (1). В 2008 г. среди иностранных врачей преобладали

мигранты из Австрии, Греции, Российской Федерации (бывшего СССР), Исламской Республики Иран и Румынии.

**Медсестры.** Доля мигрировавших из других стран медсестер и акушеров, которым полагаются отчисления из фонда социального страхования, уменьшилась с 3,7% в 2003 году до 3,4% в 2008 году\*. Число медсестер и акушеров, приехавших в Германию из стран – членов ЕС, снизилось лишь незначительно (3%), в то время как аналогичный показатель относительно лиц, прибывших из государств, не являющихся членами ЕС, уменьшился очень заметно: из стран Азии – на 30%, из стран Европы, не входящих в ЕС, – на 7%, из стран Африки – на 5%. Количество младших медсестер также снизилось с 7,6% в 2003 г. до 7,0% в 2008 г. (3). Официально устраивающиеся на работу медсестры, в основном, приезжают из Хорватии, Турции и Польши, а также из Сербии/бывшей Федеративной Республики Югославия, Боснии и Герцеговины и Австрии.

По мере того как число и доля выехавших из других стран медсестер и акушеров, получающих доплату из фонда социального страхования, продолжают снижаться, представительницы этих профессий осваивают другие формы трудоустройства, которые получают все большее распространение в Германии: медсестры из восточноевропейских стран работают в частном секторе либо трудоустраиваются неофициально, чаще всего сиделками при пожилых пациентах.

**Стоматологи.** Данные о стоматологах иностранного происхождения доступны лишь в ограниченном объеме. По статистике, представленной Федеральной палатой стоматологов, в 2007 г. в стране насчитывалось всего 1573 стоматологов-мигрантов, прибывших из стран ЕС, и на их долю приходилось около 2% от общего числа стоматологов Германии. По данным микропереписи, количество стоматологов-иностранцев в Германии с 2000 г. оставалось приблизительно на одном уровне (3% от общего числа стоматологов) вплоть до 2003 г., статистика 2006 г. была почти на том же уровне, а к 2008 г. этот показатель возрос до 3000 (5% от общего числа стоматологов).

### Эмиграция

Данные о ежегодных объемах эмиграции медицинских работников из Германии доступны лишь в ограниченном объеме. По статистике региональных палат врачей-терапевтов, в 2008 г. 3065 врачей, практиковавших в Германии (около 1% всех практикующих врачей),

выехали за рубеж; 67% из них сохранили немецкое гражданство. Чаще всего они эмигрировали в германоязычные страны: в Швейцарию (729) и Австрию (237); другими популярными направлениями эмиграции были США (168), Великобритания (95) и Швеция (86).

Данных об оттоке медсестер нет, однако, по оценкам Ассоциации медсестер Германии, ежегодно страну покидает не более 1000 медсестер. Основным направлением миграции является Швейцария, где работникам предлагаются широкие возможности для повышения квалификации и более высокая зарплата и где иерархия должностей менее сложная, чем в Германии.

## Последствия для системы здравоохранения

Масштаб въездной и выездной миграции медицинских работников в Германии достаточно ограничен по сравнению со странами, в которых наблюдается массовый отток или приток медицинского персонала, поэтому до сих пор влияние мобильности кадров на систему здравоохранения Германии не привлекало внимания исследователей. В то время как децентрализация системы здравоохранения и корпоративная политика, проводимая в сфере медицинских услуг в Германии, препятствуют реализации общенациональной стратегии найма медицинских работников внутри страны, менее привлекательные в качестве мест работы и довольно малонаселенные регионы Восточной Германии, федеральные земли и отдельные больницы, недостаточно обеспеченные кадрами, все активнее набирают на работу иностранный персонал. Ожидается, что спрос на медсестер может возрасти в результате демографических изменений и снижающегося престижа профессии, особенно в условиях экономического подъема. Зависимость системы здравоохранения от персонала, получившего образование за границей, уже сейчас ощутима, например, в сфере ухода за пожилыми людьми, и имеет тенденцию к дальнейшему усилению.

## Ответные меры

В Германии до сих пор не выработана общенациональная кадровая стратегия, которая могла бы регулировать процессы притока и оттока медицинских работников. Политика «самодостаточности» в этой области также не вполне регламентирована. Сложная структура системы здравоохранения, основанная на многоступенчатой иерархии федеральных и корпоративных уровней, предусматривает возможность решения возникающих проблем с помощью сложного набора ведомственных механизмов на разных уровнях, что препятствует централизованному планированию кадровой политики. В некоторых случаях ответные меры, реализованные на уровне отдельных

\* Федеральное агентство по трудоустройству не располагает регистрационными данными о медсестрах и акушерах, поскольку они часто принимаются на работу различными добровольными профессиональными организациями, членство в которых не предусматривает необходимости официальной регистрации.

федеральных земель или даже отдельных медицинских учреждений, включают наем врачей, эмигрировавших из стран, которые недавно вступили в ЕС, в больницы Восточной Германии; смягчение бюрократических требований при получении разрешений на работу и внесение соответствующих поправок в местное трудовое законодательство (особенно в Восточной Германии); реализацию программ переподготовки врачей, получивших зарубежное образование (например, такие программы проводятся в Бранденбурге); введение дополнительных льгот некоторыми больницами для привлечения молодых специалистов (например, выдача

займов под низкий процент, невысокая арендная плата, ипотека на выгодных условиях и т.п.).

#### Библиография

1. Federal Chamber of Physicians. *Arztstatistik 2009*, Berlin. (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3> по состоянию на 12 ноября 2011 г.)
2. Kopetsch T. *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung*. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010.

3. Federal Employment Agency. Unpublished data, 2009.

---

*Diana Ognjanova, научный сотрудник, Кафедра управления здравоохранением, Берлинский технический университет, Германия*

*Reinhard Busse, профессор, Кафедра управления здравоохранением, Берлинский технический университет, а также руководитель Отдела исследований, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Германия*

## Страна эмиграции: Литва

**Žilvinas Padaiga, Martynas Pukas, Liudvika Starkienė**

### Профиль мобильности

Расширение ЕС не привело к ожидаемому усилению оттока медицинских работников из Литвы. Скорее всего, это можно объяснить улучшением трудовых условий внутри страны (в связи с использованием структурных фондов ЕС) и ростом зарплат. Несмотря на это, Литва по-прежнему является страной с преобладающим выездным направлением миграции медперсонала. Основными мотивами для переезда в другие страны обычно являются более привлекательные условия труда, более приемлемое качество жизни, более высокий престиж профессии и уровень зарплат. Основным направлением миграции медицинских специалистов из Литвы является Великобритания, кроме того, популярен также выезд в Скандинавские страны.

#### Эмиграция

*Врачи.* В течение первого года после вступления в ЕС (с 1 мая 2004 г. по 30 апреля 2005 г.) 357 (2,7%) литовских врачей получили сертификат о надлежащей регистрации и праве на профессиональную деятельность (Certificate of Good Standing – CGS – документ, выдаваемый Министерством здравоохранения специалистам, желающим работать за рубежом)\*. В 2009 г. количество выданных CGS сократилось почти вдвое и составило 186 (1,4%), к 2009 г. этот показатель снизился до 132 (0,9%).

*Медсестры.* Для медсестер характерна несколько иная тенденция. 107 (0,4%) медсестер получили CGS в 2004–2005 гг., в 2005–2006 гг. их число возросло до 166 (0,7%), а в 2009 – составило 267 (1,1%).

*Стоматологи.* Количество CGS, выдаваемых стоматологам, подвержено значительным колебаниям. В 2004–2005 гг. эти сертификаты получил 81 (3,6%) стоматолог. В 2005–2006 гг. число

сертификатов снизилось до 42 (1,7%), а в 2009 г. – возросло до 72 (3,1%).

#### Иммиграция

По данным Министерства здравоохранения, с 2005 по 2008 год всего 10 дипломов о базовом медицинском образовании, 12 дипломов о специализированном медицинском образовании, 10 дипломов медсестры и 11 дипломов стоматолога, выданных за пределами Европейской экономической зоны (в Армении, Беларуси, Российской Федерации, Украине и Узбекистане) получили аккредитацию в Литве. Три диплома стоматолога (выданные в Норвегии и Польше) были признаны на основе Европейской директивы 2005/36/ЕС. Таким образом, число аккредитованных дипломов остается очень низким по сравнению с общей численностью экономически активного медперсонала (в 2008 г. в Литве работало 13 403 врача, 24 908 медсестер и 2287 стоматологов).

Данные об общем количестве иностранных медицинских специалистов, практикующих в Литве, получить достаточно сложно, так как их сбор осуществляется не систематически. Единственный статистический показатель, доступный для анализа в этой связи, – это число разрешений на работу, выданных гражданам других государств. В 2005–2008 гг. такие разрешения получили 15 врачей, 6 медсестер и 2 стоматолога.

По данным биржи труда Литвы, медицинские работники, в основном, приезжают в эту страну из государств третьего мира (Беларуси, Израиля, Китая, Ливана, Пакистана, Российской Федерации, Сирии и Украины); только трое специалистов прибыли из стран ЕЭЗ (Латвии и Норвегии).

### Последствия для системы здравоохранения

Хотя по статистике внутри страны регистрируется повышенный спрос на врачей, медсестер и стоматологов, о дефиците кадров речь пока не идет. Можно говорить лишь о трудностях с наймом медицинских работников некоторых специальностей в ряде областей здравоохранения; например, по данным исследования, которое проводилось в 2006 г. (1), спрос на психиатров в стране был в 24 раза выше, чем предложение; спрос на врачей других специальностей (хирургов, офтальмологов) был в 3–10 раз выше. В результате другого исследования (2) выяснилось, что особенно активная миграция гинекологов, педиатров, анестезиологов, хирургов, терапевтов, врачей-лаборантов, врачей общей практики и врачей с базовой медицинской подготовкой наблюдалась в 2004–2006 гг. Большое количество свободных вакансий может иметь негативные последствия для системы здравоохранения, приводя к снижению доступности предоставляемых

---

\* Поскольку количество выданных CGS не является объективным показателем, характеризующим реальный объем эмиграции (получившие такой документ могут остаться в стране либо выехать за границу лишь на непродолжительный срок), следует принять во внимание также другие статистические данные – в частности, списки медицинских работников–граждан Литвы, зарегистрированных в кадровых реестрах других стран. Анализ этих списков показывает, что большинство лиц, получивших CGS, реализуют свои намерения и, действительно, выезжают из страны.

медицинских услуг, особенно если учитывать крайне активную мобильность медицинских работников некоторых специальностей.

При нынешних объемах миграции система здравоохранения Литвы не зависит от зарубежных медицинских специалистов, однако при планировании кадровой политики необходимо учитывать проблему мобильности, поскольку ситуация с рабочей силой в национальном здравоохранении зависит от ситуации в более развитых странах ЕС и ЕЭЗ (в частности, в Ирландии, Норвегии и Великобритании), которые активно нанимают на работу медработников из-за границы. Кроме того, нынешняя неблагоприятная экономическая ситуация может способствовать усилению оттока медицинских кадров, а въезжающих в страну специалистов из стран ЕС-15 вряд ли окажется достаточно для того, чтобы справиться с дефицитом медперсонала; недостаток медработников, скорее всего, придется компенсировать за счет найма мигрантов из стран СНГ.

### Ответные меры

Мобильность медицинских работников в Литве была впервые отмечена после получения этой страной независимости, однако возможные негативные последствия этого явления для национальной системы здравоохранения стали обсуждаться

политиками лишь после вступления Литвы в ЕС. В результате обсуждения возникших проблем были инициированы процессы планирования кадровой политики на общегосударственном, региональном и муниципальном уровне для определения степени обеспеченности страны медицинским персоналом и имеющейся потребности в нем. Программа стратегического планирования человеческих ресурсов в здравоохранении Литвы на 2003–2020 гг. стала одним из первых документов, разработанных в данной сфере.

Отток медицинских работников из страны не привел к разработке стратегии привлечения рабочей силы из-за рубежа для компенсации дефицита кадров в стране. Вместо этого Министерство здравоохранения Литвы сосредоточилось на реформировании и реструктуризации системы здравоохранения для того, чтобы удержать медицинские кадры в стране и создать им необходимую мотивацию для того, чтобы они не уехали за границу. Кроме того, в 2005 г. Министерство здравоохранения и медицинские ассоциации подписали меморандум об увеличении заработной платы (в соответствии с этим документом, оплата труда врачей и медсестер должна ежегодно повышаться на 20% в период с 2005 по 2008 год).

### Библиография

1. Institute of Labour and Social Research, *Study of Workforce Demand and Problems with Filling Vacancies. Report of the Second Stage of the Study (2006). Definition of a Source Country: the Case of Lithuania 415*. Vilnius, 2006. ([http://www.idb.lt/Informacija/Apic/Documents/ldv\\_2etapas.pdf](http://www.idb.lt/Informacija/Apic/Documents/ldv_2etapas.pdf) по состоянию на 12 ноября 2011 г.)
2. Pukas M. *Lithuanian Health-Care Professionals Migration Study* [диссертация]. Kaunas, Kaunas University of Medicine, 2008.

---

*Žilvinas Padaiga, профессор общественного здравоохранения, Кафедра профилактической и восстановительной медицины, а также директор центра международного сотрудничества и обучения, Медицинская академия, Литовский университет наук здоровья, Литва*

*Liudvika Starkienė, доцент, Кафедра профилактической и восстановительной медицины, Медицинская академия, Литовский университет наук здоровья, Литва*

*Martynas Pukas, аспирант, Кафедра профилактической и восстановительной медицины, Медицинская академия, Литовский университет наук здоровья, Литва*

## Возможности развития системы здравоохранения: Испания

Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez, Carmen Delia Dávila Quintana

### Профиль мобильности

В силу рыночных условий Испания стала страной-посредником, через которую осуществляется миграция медицинских работников из Латинской Америки в Европу. В частности, низкий уровень жизни в странах Латинской Америки способствует тому, что медперсонал оттуда выезжает в Испанию для работы врачами общей практики и получения образования в специальных областях медицины. В свою очередь, врачи и медсестры из Испании мигрируют в другие страны Европы, где их привлекают более благоприятные условия труда, однако данная тенденция с середины 2000-х годов постепенно ослабевает.

#### Иммиграция

**Врачи.** В 2001 г. 7,5% врачей в Испании были иностранными гражданами (1). По оценкам Организации медицинских коллегий, в 2007 г. около 12,5% от общего числа врачей, зарегистрированных в Испании (203 305), были мигрантами. Объемы миграции из разных стран варьировались от 0,2% – из Басконии до 15,5% – с Балеарских островов.

С 1998 по 2002 год, в Испании было признано 4318 дипломов врача общего

профиля, выданных за пределами ЕС, преимущественно в странах Латинской Америки. С 2003 по 2008 год этот показатель возрос почти в шесть раз и составил 24 330.

В период с 1998 по 2004 год ежегодно в среднем около 230 дипломов об общем медицинском образовании получали аккредитацию в соответствии с Европейской директивой 2005/36/ЕС, в последующие годы этот показатель постоянно возрастал. Число признанных дипломов о специальном медицинском образовании было гораздо ниже: в 2007 г. этот показатель был равен 702, что составило 13% от общего числа открытых вакансий медицинских специалистов в стране.

**Медсестры.** По данным за период с 2004 по 2008 год, около 1% медсестер, работающих в Испании, мигрировали из других стран, причем около 48% из них въехали из стран Латинской Америки, 39% – из ЕС, 10% – из Африки и 3% – из других стран мира (2). Приток медсестер из Латинской Америки с 2000 г. постоянно усиливается.

В 2007 г. 20% принятых на работу медсестер, только что окончивших обучение, имели дипломы зарубежных

учебных заведений, признанные и аккредитованные в Испании, по сравнению с 3% в 2002 г. Из 1195 дипломов, выданных в ЕС медсестрам и акушерам, работающим в Испании, в 2002–2007 гг., 23% были получены в Великобритании, 20% – в Германии и 18% – в Португалии.

**Стоматологи.** Количество зарегистрированных стоматологов в Испании возросло с 7671 в 1988 г. до 24 515 – в 2007 г. (3). Среди них довольно значительна доля иностранных специалистов, получивших образование за рубежом: например, 20% стоматологов в Мадриде, Каталонии, Валенсии и в туристических регионах являются иностранцами. Кроме того, многие испанцы получают дипломы стоматолога за границей, как правило, в Латинской Америке или в странах ЕС: в 2007 г. в Испании 37% выпускников, получивших диплом стоматолога, закончили зарубежные учебные заведения.

#### Эмиграция

**Врачи.** В 2001 г. 5,9% практикующих врачей Испании были зарегистрированы в других странах. Из них чуть менее половины работали в государствах

ЕС, а большинство остальных – в США (1). В рамках ЕС большинство врачей, эмигрирующих из Испании, переезжают в Португалию, Францию и Великобританию, при этом значительное число врачей продолжают жить в Испании и ездят на работу в соседнюю Португалию. С 2008 г. среди врачей наблюдается тенденция к возвращению в Испанию: многих из них привлекают благоприятные условия на внутреннем рынке рабочей силы, где избыток медперсонала в середине 2000-х годов сменился недостатком\*. В 2007 г. 650 врачей в Испании запросили в Организации медицинских коллегий сертификат, представляющий возможность работать за рубежом, – таким образом, доля врачей, намеревающихся выехать из страны, составила 0,34% от общего числа практикующих врачей\*\*.

**Медсестры.** Количество медсестер, подтвердивших свою квалификацию для работы в ЕС, резко возросло в 2002 г., составив 19% от общего числа медсестер, закончивших в этом году профильные учебные заведения. Однако рост востребованности медсестер на внутреннем рынке рабочей силы привел к резкому снижению данного показателя в 2003 г. Тенденция к сокращению объемов эмиграции медсестер сохранялась до 2007 г., когда только 3% медсестер после окончания обучения запросили подтверждение своей квалификации для работы за границей.

**Стоматологи.** Основным направлением миграции стоматологов, выезжающих из Испании, является Великобритания. Это связано с соблюдением двустороннего соглашения, которое действует между странами с 2001 г. Количество дипломов стоматолога, аккредитованных в ЕС и предоставляющих право на профессиональную деятельность в странах ЕС, значительно возросло в период с 2002 по 2005 год (с 25 до 177) и снизилось в последующие годы (125 в 2007 году).

#### **Последствия для системы здравоохранения**

Приток зарубежных медицинских работников, особенно врачей, позволил справиться с нехваткой кадров, которая наблюдалась в 2000–2005 гг., и обусловил большую гибкость кадрового рынка, хотя, в то же время, вызвал в обществе полемику по поводу качества медицинских услуг, предоставляемых некоторыми зарубежными специалистами. В последние годы региональные системы здравоохранения компенсировали недостаток врачей

некоторых специальностей за счет найма сотрудников, не являющихся гражданами ЕС, с дипломами, не прошедшими аккредитацию в Министерстве образования (4). По оценкам Организации медицинских коллегий, от 10 до 12 тысяч врачей работают в Испании на таких условиях, не вполне отвечающих нормативным требованиям (5).

Несмотря на существенное увеличение зарплат в последние пять лет, следует отметить, что оплата труда медработников не достигла ожидаемого уровня. Это объясняется притоком иностранных специалистов, в основном из Латинской Америки, которые согласны работать за меньшую зарплату и на менее выгодных условиях. В этой связи можно сказать, что иностранные специалисты сэкономили средства испанских налогоплательщиков, ведь 70% расходов на здравоохранение в Испании финансируется за счет налогов.

#### **Ответные меры**

В Испании отсутствует определенная государственная стратегия здравоохранения, поэтому найм иностранных специалистов и их переподготовка осуществляются скорее не централизованно, а на местах, в инициативном порядке, по усмотрению заинтересованных сторон. При отсутствии системного планирования политики в этой области, на государственном уровне в связи с проблемой миграции медперсонала все-таки были приняты, в частности, следующие меры:

- в 2005 году был инициирован процесс формального планирования найма врачей (на основе анализа спроса и предложения на рынке труда во временной перспективе до 2025 года);
- была внедрена расчетная модель для оценки уровня нехватки и избытка медицинских работников, чтобы на ее основе можно было актуализировать объемы набора абитуриентов в медицинские учебные заведения и определять количество требуемых врачей-специалистов для учета данного показателя при ежегодном отборе поступающих в интернатуру;
- на средства Министерства здравоохранения при участии региональных администраций Испании был учрежден реестр медицинских работников;
- в мае 2010 года был издан королевский декрет о подтверждении профессионального статуса медицинских специалистов, которые мигрировали в Испанию из стран, не входящих в ЕС.

#### **Библиография**

1. Dumont J, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: *International Migration Outlook*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2007.
2. INE database (2004–2008) Economically active population survey. Madrid, National Statistics Institute (по состоянию на 18 февраля 2011 г.).
3. INE *Profesionales sanitarios colegiados por tipo de profesional, años y sexo 2007* [Коллегиальные сотрудники по специальности, возрасту и полу по состоянию на 2007 г.] Madrid, National Statistics Institute, 2007.
4. del Burgo P. La OMC exige a Sanidad un censo de los médicos extranjeros contratados que carecen de la especialidad [Медицинская ассоциация направляет в Министерство здравоохранения запрос об организации учета иностранных медицинских специалистов, работающих без диплома]. *Levante-EMV.com*, 27 January 2009.
5. OMC. *Informe sobre homologación de títulos de Medicina obtenidos en países extracomunitarios* [Доклад о процедуре подтверждения квалификации медицинских работников, полученной в странах, не входящих в ЕС]. Madrid, Organization of Medical Colleges, 2009.

---

*Beatriz González López-Valcárcel, профессор, Университет Лас Пальмас де Гран Канария, Испания*

*Patricia Barber Pérez, доцент, Университет Лас Пальмас де Гран Канария, Испания*

*Carmen Delia Dávila Quintana, доцент, Университет Лас Пальмас де Гран Канария, Испания*

---

\* Нехватка медицинских кадров была вызвана тремя основными факторами, интенсивно стимулировавшими спрос на медицинских работников: (1) ответственность за здравоохранение была возложена на администрации регионов, что привело к бурному росту инвестиций в строительство новых больниц и клиник; (2) подъем экономики дополнительно стимулировал дальнейшее развитие и без того процветавшего рыночного сектора частных медицинских услуг; (3) врачи из Испании массово уезжали работать в другие страны, где медицинские специалисты были более востребованы ввиду их нехватки.

\*\* Запрос на получение такого сертификата свидетельствует о намерении специалиста эмигрировать, однако по количеству таких сертификатов нельзя судить о реальных объемах миграции.



# Страна массового притока мигрантов: Великобритания

Ruth Young

## Профиль мобильности

В Великобритании уже в течение долгого времени наблюдается массовый приток медицинских работников. В таких сферах как, например, больничные услуги, Национальная служба здравоохранения (НСЗ) традиционно в значительной степени зависит от мигрантов, в то время как в некоторых других областях (например, в сестринском деле и в общей врачебной практике) степень зависимости системы здравоохранения от зарубежных специалистов меняется вместе с колебаниями дефицита кадров на внутреннем рынке рабочей силы. На сегодняшний день каждый третий врач и каждая десятая медсестра в Великобритании имеют образование, полученное за рубежом.

### Иммиграция

**Врачи.** В 1988 г. 34,5% всех зарегистрированных в Великобритании врачей (общей численностью 57 575 человек) имели иностранные дипломы, к 2008 году их доля возросла до 36,8% (до 91 064 человек). Около четверти из них являются выходцами из стран ЕЭЗ, три четверти объема миграции приходится на остальные страны мира. В 1988 г. общая доля врачей, получивших образование в странах ЕЭЗ, составляла 6% от численности всех зарегистрированных врачей; в 2003 г. этот показатель составил 7,6%, в 2008 г. – 9%. В целом, наиболее активным поставщиком медицинского персонала в Великобританию среди всех стран ЕС-15 является Германия: количество немецких врачей в Великобритании в период с 1988 по 2008 год возросло на 3201 человека. Другим крупным поставщиком медицинских специалистов является Ирландия, но количество мигрантов из этой страны снижается. При этом объемы эмиграции из новых стран ЕС (ЕС-12) в Великобританию постепенно приближаются к объемам эмиграции из стран ЕС-15. В 2008 г. в Великобритании было зарегистрировано 1166 врачей, прибывших из стран ЕС-15 и 970 врачей – из стран ЕС-12 (1).

**Медсестры.** В 2008 г. в Великобритании были зарегистрированы 86 947 медсестер и акушерок, получивших образование за границей, что составляет 12,9% от общего числа зарегистрированных в стране медсестер и акушерок. В основном они прибыли из стран, не входящих в ЕС: в частности, из Индии, Филиппин, Австралии, ЮАР, Нигерии, Зимбабве, Новой Зеландии и Вест-Индии; всего 1,3% от общего числа медсестер и акушерок прибыли из стран ЕЭЗ, в то время как на долю остальных стран приходится 11,6%. Относительно небольшая доля медицинских работников, мигрировавших в Великобританию из других стран Европы, с 2003 г. начала расти. Особенно активно усиливался приток работников из стран, недавно вступивших в ЕС. Например, в 2008 г. из всех вновь зарегистрированных

медсестер и акушерок 437 мигрировали в Великобританию из стран ЕС-15, 932 – из стран ЕС-12 (2,3).

Зависимость системы здравоохранения Великобритании от медицинских специалистов-мигрантов из разных стран различна для разных профессиональных групп. Например, некоторые области медицины (в частности, стоматология, акушерское дело, общая практика), по всей видимости, более зависимы от мигрантов из Европы, особенно с 2006 года, когда были введены ограничения при приеме на работу мигрантов из других стран. Следует отметить, что в течение последнего десятилетия среди вновь регистрируемых медицинских работников отмечается заметное увеличение доли специалистов, получивших образование в странах ЕС/ЕЭЗ, хотя их количество по-прежнему гораздо меньше, чем количество мигрантов, которые приехали в Великобританию из стран, не входящих в ЕЭЗ.

Основными факторами, стимулирующими приток мигрантов в страну, являются материальное благополучие и перспективы профессионального/карьерного роста, более привлекательные, чем на родине. В связи с этим дипломы мигрантов из разных стран котируются по-разному: квалификация специалистов из развивающихся стран и стран ЦВЕ не признается равной квалификации специалистов из экономически более развитых стран, в частности, из стран ЕС-15. Экономические и семейные обстоятельства также оказывают весьма значимыми – некоторые мигранты пересылают заработанные деньги семьям на родину, другие считают, что ради блага близких следует перебраться в Великобританию вместе с семьей. Языковой и культурный факторы, а также сходство образовательных стандартов и особенностей организации медицинского обслуживания тоже играют значительную роль, делая Великобританию популярным направлением миграции для медицинских работников.

### Эмиграция

Количество медицинских работников, эмигрирующих из Великобритании, по-видимому, гораздо меньше количества иммигрантов, хотя имеющиеся статистические данные ни в коем случае нельзя считать исчерпывающими. По числу запросов на подтверждение квалификации и выдачу CGS можно лишь приблизительно судить об объемах эмиграции, поскольку данный показатель характеризует намерения покинуть страну, не отражая реализацию этого намерения.

Что касается данного показателя, то с ноября 2007 года по май 2009 года врачам, планирующим работать за рубежом, было выдано 9820 CGS (1). В 2002–2003 гг. от медсестер и акушерок поступило 8070 заявлений на подтверждение квалификации, в 2007–2009 гг. количество запросов возросло до 11 178. Как врачи, так и медсестры подают запросы на подтверждение квалификации

для последующей работы в Ирландии в десять раз чаще, чем в любой другой стране ЕС. В рейтинге популярности за Ирландией следуют Испания и Франция. Выезжающие за пределы Европы, как правило, направляются в Австралию. Также достаточно часты случаи эмиграции в Новую Зеландию, США, Канаду и на Ближний Восток. Кроме того, некоторые врачи выезжают на работу в африканские страны. При этом, однако, остается неизвестным, кто из мигрантов является гражданином Великобритании, а кто лишь получил в Великобритании медицинское образование и теперь либо возвращается на родину, либо эмигрирует в страну третьего мира, набравшись в Великобритании необходимого опыта.

## Последствия для системы здравоохранения

Несмотря на то, что позитивные и негативные последствия миграции медицинских работников не подвергались систематическому изучению и оценке, в сложившейся ситуации можно сделать некоторые общие выводы (4). Во-первых, недавнее снятие ограничений на наем иностранных специалистов выполнило свою функцию, позволив в значительной мере решить кадровый вопрос. Это, в свою очередь, привело к сокращению времени ожидания пациентов, стоящих в очереди на прохождение того или иного курса лечения в рамках НСЗ. Во-вторых, многие организации, входящие в НСЗ, смогли сэкономить на агентских гонорарах, которые они были вынуждены выплачивать при найме временных работников; снизившаяся текучесть кадров позволила улучшить показатели эффективности медицинского образования в Великобритании. В целом, мобильность медицинских специалистов, безусловно, может позитивно влиять на состояние системы здравоохранения, поскольку приток медперсонала из-за рубежа позволяет сократить государственные расходы на обучение и постдипломную подготовку медицинских специалистов.

## Ответные меры

В период с 1998 по 2006 год правительство Великобритании инвестировало значительные средства в развитие НСЗ и формирование рынка рабочей силы с целью укомплектовать медицинские учреждения страны медицинскими работниками различного профиля; однако мер, направленных преимущественно на развитие национального медицинского образования, оказалось недостаточно для удовлетворения текущих потребностей в обеспечении медицинских услуг. Поэтому одной из главных стратегических целей стала организация международного найма медицинских работников определенных специальностей. При этом многие медицинские работники трудоустроились в частном секторе: в клиниках, домах сестринского ухода, социальных центрах.

Стратегия интенсивного найма граждан других государств развивалась вплоть до 2006 года, когда были введены более строгие правила иммиграции, поскольку в этот период уже начали давать о себе знать результаты инвестиций в систему медицинского образования, и число ежегодно выпускаемых медицинских специалистов стало заметно расти. Правительство Великобритании подписало ряд соглашений о целевом найме медицинских работников с другими европейскими странами, предусматривающих, например, реализацию программ миграции врачей общей практики, медсестер и фармацевтов из Испании, медсестер – из Греции, медсестер и врачей общей практики – из Германии, больничных врачей и врачей общей практики – из Италии и Австрии, врачей общей практики – из Франции. Скандинавские страны также входят в число государств, граждане которых часто привлекаются к работе в качестве медперсонала в Великобритании.

Примечательно, что правительство стимулировало процесс международного найма медицинских работников, увеличив, таким образом, общее число сотрудников на рынке рабочей силы и не стремясь

при этом направить потоки мигрантов в нужное русло, чтобы решить конкретные проблемы, возникающие вследствие неравномерного распределения медицинских кадров по разным регионам страны. Кроме того, планирование рынка рабочей силы не решило проблем с периодически возникающим недостатком либо избытком специалистов того или иного профиля и не помогло преодолеть дефицит медицинских работников редких специальностей и нехватку медперсонала в удаленных и экономически менее благополучных областях страны. Создан единый центр планирования рынка рабочей силы с целью сбора данных для выработки эффективной программы действий на всех уровнях. Кадровая инспекционная группа предоставляет консультативному совету по вопросам миграции при Министерстве внутренних дел Великобритании ежегодный отчет о ситуации на рынке рабочей силы в стране. В этом отчете представлен перечень наиболее востребованных медицинских специальностей. Данная мера должна способствовать установлению более четкой взаимосвязи между организацией международного найма медицинских сотрудников и потребностями НСЗ,

выявленными на основе проведенного анализа рынка рабочей силы с учетом планов на перспективу.

#### Библиография

1. General Medical Council. Unpublished data, 2009.
2. Nursing and Midwifery Council. Unpublished data, 2009.
3. UKCC. *Annual report 1988–1989*. London: Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 1989.
4. Young R et al. *International recruitment into the NHS: evaluation of initiatives for hospital doctors, general practitioners, nurses, midwives and allied health professionals*. FNSNM, King's College, London; Open University Centre for Education in Medicine; Manchester Business School and NPCRDC, University of Manchester, 2008.

---

*Ruth Young, доцент, Кафедра оценки политики здравоохранения, Школа сестринского и акушерского дела имени Ф. Найтингейл, Лондонский королевский колледж, Лондон, Соединенное Королевство*

## Новые проблемы после вступления в ЕС: Румыния

Adriana Galan, Victor Olsavszky, Cristian Vladescu

### Профиль мобильности

Основной тенденцией на рынке рабочей силы в Румынии является отток медицинских кадров из страны, что делает профессиональную мобильность насущным политическим вопросом на повестке дня. Сложившаяся ситуация является следствием вступления страны в ЕС в 2007 г. и (вероятно, в большей степени) ряда изменений, связанных с демографическими процессами, неэффективным планированием политики в области развития трудовых ресурсов и ее неудачной реализацией. Объемы миграции были значительными еще в 2007 г., а с конца 2009 года, когда румынское общество, включая систему здравоохранения, ощутило на себе последствия экономического кризиса, темпы миграции ускорились. В Румынии отсутствует точная информация об объемах иммиграции и эмиграции медицинских работников, особенно медсестер. Имеющиеся данные весьма приблизительны. Свидетельства о подтверждении дипломов, выдаваемые Министерством здравоохранения, и CGS от Румынской коллегии врачей указывают лишь на наличие у получателей этих документов намерения покинуть страну, однако их количество не позволяет точно оценить мобильность медицинских работников, поскольку эти намерения реализуются не всегда. Например, в 2007 г. лишь 28% врачей, обратившихся за свидетельствами, действительно уехали работать за рубеж.

### Эмиграция

*Врачи.* Судя по официальным данным о количестве выданных свидетельств о подтверждении дипломов, в 2007 г. покинули

страну намеревались приблизительно 4990 (10%) врачей. В течение двух лет, последовавших за вступлением страны в ЕС, наблюдалось резкое уменьшение количества заявок (2683) – по сравнению с 2007 годом этот показатель снизился более чем на половину (1)\*. Тем не менее, как показывают неофициальные данные, в 2010 г. наблюдался значительный рост числа заявок – более 300 в месяц (2). Статистика выдачи CGS более точно отражает реальную картину, чем данные о количестве подтвержденных дипломов. Из тех 3% (1421) от общего числа практикующих врачей, которые покинули Румынию в 2007 г., более 90% запросили CGS для предъявления в других странах ЕС (3). Большинство врачей, подающих заявку на получение CGS, проживают в городе Яссы и прилегающих к нему районах, то есть в самом экономически неблагополучном регионе страны. Большинство заявителей – семейные врачи, реаниматологи и психиатры.

*Медсестры.* В настоящее время невозможно полностью оценить масштабы эмиграции медсестер, поскольку данные из имеющихся источников не вполне достоверны и не охватывают всех специалистов, покидающих страну. По официальным сведениям, после вступления страны в ЕС в 2007 г. 2896 медсестер и акушеров обратились с заявлениями на получение свидетельств о подтверждении документов об образовании, что составило 3,4% от их общего числа в стране. В последующие годы количество заявлений сократилось (1). Данные,

собранные в странах, куда осуществляется эмиграция, таких как Италия, Германия и Великобритания, демонстрируют значительное число вновь зарегистрированных медсестер, мигрировавших из Румынии, что свидетельствует о более интенсивном оттоке кадров, чем можно судить по количеству полученных заявлений на подтверждение дипломов. В частности, данные из Италии показывают, что 25% (8497) всех зарегистрированных в этой стране медсестер, прибывших из-за рубежа, являются мигрантами из Румынии.

Наиболее привлекательными направлениями эмиграции для румынских медицинских специалистов являются Франция, Германия, Италия и Великобритания. В числе основных факторов эмиграции – низкий уровень оплаты труда, неудовлетворительный социальный статус, тяжелые условия работы и ограниченные возможности для карьерного роста. В 2010 г. были предприняты такие меры, как снижение на 25% заработной платы и сокращение персонала в учреждениях здравоохранения, что еще усложнило и без того тяжелую ситуацию в стране.

### Иммиграция

Данные о врачах и медсестрах, приехавших в Румынию из других стран, практически отсутствуют, но велика вероятность того, что среди большого числа иммигрантов из республики Молдова, непрерывным потоком прибывающих в страну, могут быть как врачи, так и медсестры.

---

\* Данные за 2009 год охватывают период с января по май включительно.

## Последствия для системы здравоохранения

В целом можно утверждать, что значительный ежегодный отток квалифицированных медицинских работников представляет собой серьезную проблему для Румынии. Существует ряд негативных факторов, приводящих к утечке кадров из системы здравоохранения. По некоторым оценкам, кадровые потери составляют приблизительно 10–30%. Хотя доказательства прямого воздействия миграции на систему здравоохранения практически отсутствуют, в стране существует общая проблема доступности услуг первичной медицинской помощи. Учитывая, что семейная медицина является одним из наиболее востребованных направлений в некоторых странах Европы (например, во Франции), с большой долей вероятности можно утверждать, что проблема доступности данного вида медицинской помощи в Румынии будет только усугубляться, если эмиграция врачей общей практики продолжится теми же темпами или ускорится. Еще одно следствие эмиграции врачей, с которым может столкнуться Румыния, — это долгосрочная нехватка в больницах специалистов в некоторых областях медицины.

Рост темпов эмиграции врачей и медсестер в 2010 г. ставит под угрозу возможность нормального функционирования многих

учреждений здравоохранения, особенно небольших муниципальных больниц. В крупных районных больницах также наблюдается недостаток кадров, и администрации в течение долгого времени не удается закрыть имеющиеся вакансии. Ситуацию усугубляет введенный правительством мораторий на прием новых сотрудников в государственном секторе с января 2010 года.

## Ответные меры

На данный момент в Румынии отсутствует комплексная политика в области кадрового обеспечения системы здравоохранения. Разработка национальной стратегии, инициированная в 2007 г., откладывалась уже несколько раз и, судя по всему, не входит в число приоритетных направлений политической деятельности. Данные, собранные в других странах ЕС, показывают, что тысячи румынских врачей и, особенно, медсестер уже уехали работать за границу. Это означает, что перед Румынией стоят следующие первоочередные задачи: (1) разработка эффективных систем мониторинга и контроля мобильности кадров, а также учет факторов, стимулирующих эмиграцию и иммиграцию медицинских специалистов; (2) создание более эффективных инструментов управления миграцией медицинских

специалистов с целью минимизации ущерба для национальной системы здравоохранения.

## Библиография

1. Ministry of Health. Unpublished data, 2009.
2. Ministrul Sănătății: Migrația medicilor vacontinua în următorii 15–20 de ani [Министерство здравоохранения: миграция врачей продолжится следующие 15–20 лет]. *Realitatea.net*, 12 August 2010 ([http://www.realitatea.net/ministrul-sanatatii-migratia-medicilor-va-continua-in-urmatorii-15-20-de-ani\\_729148.html](http://www.realitatea.net/ministrul-sanatatii-migratia-medicilor-va-continua-in-urmatorii-15-20-de-ani_729148.html) по состоянию на 12 ноября 2011 г.)
3. Dragomiristeanu A et al. Migrația medicilor din Romania [Миграция медицинского персонала из Румынии]. *Revista Medica*, 17 March 2008 (<http://www.medicalnet.ro/content/view/498/31> по состоянию на 12 ноября 2011 г.)

---

*Adriana Galan, консультант по вопросам общественного здравоохранения, Национальный институт общественного здравоохранения, Румыния*

*Victor Olsavszky, руководитель странового офиса ВОЗ, Румыния*

*Cristian Vladescu, профессор общественного здравоохранения, Университет медицины и фармакологии, Тимишоара, Румыния*

## В гостях хорошо, а дома лучше: Польша

### Marcin Kautsch, Katarzyna Czabanowska

#### Профиль мобильности

Хотя и до вступления в ЕС трудоустройство польских медработников за рубежом не было редким явлением, в 2004 г. в связи с ликвидацией ограничений на работу за границей имело место значительное повышение мобильности трудовых ресурсов. Темпы миграции достигли пика в 2006 г. Однако в последние годы характер миграции существенно изменился, что, по-видимому, можно объяснить значительным ростом уровня доходов медицинских работников (особенно врачей) в Польше.

В число стран, куда направляется большинство мигрантов, входят Великобритания, Ирландия, Германия, Швеция и Дания. Основными факторами миграции являются низкая заработная плата, тяжелые условия труда и ограниченные возможности для профессионального роста.

#### Эмиграция

**Врачи.** По статистике в 2004 г. возможность эмиграции рассматривали 3% от общего числа врачей (1). После вступления в ЕС (в 2005–2008 гг.) более 7000 (6,1%) врачей получили в профессиональных организациях и ассоциациях сертификаты, подтверждающие профессиональную квалификацию и позволяющие осуществлять трудовую деятельность за рубежом\*. Сразу после вступления Польши в ЕС наблюдался быстрый рост числа заявлений на получение сертификатов, но уже с середины 2007 года

этот показатель начал снижаться. Среди врачей, подавших заявления на получение сертификатов, преобладали анестезиологи и реаниматологи. По количеству им несколько уступали торакальные хирурги, пластические хирурги и врачи-специалисты по оказанию экстренной помощи. Вероятно, это объясняется тем, что работа врачей перечисленных специальностей не предполагает тесного общения с пациентами, а значит не требует того уровня владения языком, который обычно необходим для работы врачам нехирургических специальностей. Кроме того, данные показывают, что молодые специалисты, только что получившие дипломы, готовы работать в других европейских странах на постоянной основе, тогда как врачи со стажем, имеющие семью, предпочитают выезжать за границу на некоторое время, не эмигрируя окончательно (2). Данные профессиональных организаций также показывают, что большинство врачей работают за границей в течение ограниченного периода времени, после чего возвращаются домой или работают в другой стране по совместительству

(например, в выходные) с целью получения дополнительного дохода.

**Медсестры.** По оценкам, в 2004 г. возможность эмиграции рассматривали 1,2% всех медсестер (1). В 2004–2006 гг. относительно небольшое количество медсестер и акушеров подали заявки на получение сертификатов для работы за границей, что составляет 1,9% от числа зарегистрированных медработников данного профиля или 3% от общего числа практикующих медсестер и акушеров\*\*. Вероятно, это объясняется тем, что некоторые работодатели (например, лечебные учреждения для хронических больных) не требуют от мигрантов при трудоустройстве соответствующих документов, или тем, что работа, для которой привлекались медсестры, не подразумевала необходимости профессиональной подготовки.

**Стоматологи.** По имеющейся статистике в 2004 г. возможность эмиграции рассматривали 3,6% от общего числа стоматологов (1). В 2005–2008 гг. около 2000 (6,7%) стоматологов получили квалификационные сертификаты.

---

\* Далеко не все из тех, кто получил документы, действительно эмигрировали. Кроме того, некоторые врачи покинули Польшу без прохождения сертификации, хотя в этом случае не совсем понятно, каким образом этим медработникам удалось трудоустроиться за границей.

\*\* Официально в Польше зарегистрировано более 300 000 медсестер. По оценкам профессиональных организаций, реальное число занятых в здравоохранении медсестер составляет 200 000 человек.

## Иммиграция

Число медицинских специалистов, приезжающих работать в Польшу из-за рубежа, невелико, прежде всего, из-за языкового барьера и отсутствия эффективной политики по найму зарубежных специалистов: например, получение разрешения на работу и подтверждение квалификации в Польше может затянуться на полтора года (3). По данным за 2009 год, доля иностранцев среди врачей и стоматологов составляла менее 1% от общего числа зарегистрированных специалистов. Большинство из них – это выходцы из стран, ВВП которых ниже, чем в Польше (главным образом, из Украины). Также, по некоторым данным, в Польшу достаточно часто переезжают представители польских диаспор (особенно из стран бывшего СССР), родившиеся и получившие образование за границей.

## Последствия для системы здравоохранения

По причине отсутствия данных и соответствующих исследований трудно точно оценить степень воздействия мобильности медицинских специалистов на национальную систему здравоохранения. Хотя это воздействие не столь существенно, чтобы представлять угрозу для здравоохранения Польши в краткосрочной перспективе, оно достаточно значимо. Можно утверждать, что эмиграция является одной из причин нехватки медицинских работников в целом и недостатка специалистов в отдельных областях медицины в частности. Особенно сильно дефицит кадров ощущается в небольших городах и отдельных медицинских учреждениях. По статистике наибольшим спросом в стране пользуются врачи тех специальностей, которые востребованы за границей, и медработники данного профиля, как правило, особенно часто подают заявки на сертификацию. В первую очередь, это анестезиологи, реаниматологи и врачи-специалисты по оказанию экстренной помощи.

## Ответные меры

Политика государства в отношении кадрового обеспечения системы здравоохранения и мобильности медицинских работников до сих пор не вполне определилась, а деятельность государственных органов в этой области ограничивается общими заявлениями о необходимости удержания медицинских специалистов в стране. Рыночные механизмы, связанные с оплатой труда, потребностью в кадрах и обменными курсами валют, определяют поведение медицинских специалистов, влияя на их отношение к трудовой миграции. На данный момент государством предприняты следующие меры контроля мобильности медицинских работников:

– в 2001 г. заработная плата всех медицинских специалистов, работающих на основе постоянных трудовых договоров в государственных учреждениях здравоохранения, была

увеличена на 203 злотых (56 евро) в месяц. При этом повышение не зависело от занимаемой должности, профессионального стажа, квалификации и места работы;

– медицинским специалистам стали предоставляться льготные кредиты на организацию собственного бизнеса (частной практики). Эта мера была призвана обеспечить финансовые, карьерные и коммерческие стимулы, которые бы способствовали расширению возможностей для профессионального роста медицинских работников внутри страны;

– предпринимались меры по привлечению новых сотрудников к участию в медицинских и смежных с ними исследованиях, особенно в высокоприоритетных отраслях, где молодые специалисты могут рассчитывать на более высокую оплату труда;

– руководители учреждений здравоохранения предлагают специалистам новый порядок оформления трудовых отношений: постоянная занятость сменяется индивидуальными договорами возмездного оказания услуг (предполагающими более низкий уровень обязательных страховых взносов). Работа на таких условиях дает врачам возможность увеличить количество часов рабочего времени (с превышением лимитов, установленных соответствующей директивой ЕС), а значит, позволяет повысить уровень доходов.

## Библиография

1. Nosowska KT, Gorynski P. Migration of medical personnel to work abroad during the first year of joining the EU *Problemy Higieny in Epidemiologii* 2006;87(1):55–60 [на польском языке].

2. Polish doctors choose Ireland for additional duty hours. *Gazeta.pl Wiadomosci*, 20 September 2008 [на польском языке]. ([http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/10,114928,5715555,Polscy\\_lekarze\\_wybijaja%20Irlandie\\_%20na\\_dodatkowe\\_%20dyzury.html](http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/10,114928,5715555,Polscy_lekarze_wybijaja%20Irlandie_%20na_dodatkowe_%20dyzury.html) по состоянию на 12 ноября 2011 г.)

3. Kicinger A. *Between Polish interests and the EU influence – Polish migration policy development 1989–2004*, Central European Forum for Migration Research Working Paper 9/2005, Warsaw, CEFMR, 2005.

*Marcin Kautsch, доцент, Институт общественного здравоохранения, Медицинский колледж Ягеллонского университета, Польша*

*Katarzyna Czabanowska, доцент, Кафедра международного здравоохранения, Факультет медицины здоровья и медико-биологических дисциплин, Университет Маастрихта, Нидерланды*

## Редактор

Anna Maresso

## Редакционная коллегия

Josep Figueras  
Martin McKee  
Elias Mossialos  
Sarah Thomson

## Запросы на автоматическую рассылку следует направлять

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – Лондонское отделение  
Anna Maresso  
Эл. почта: [a.maresso@lse.ac.uk](mailto:a.maresso@lse.ac.uk)

Официальная точка зрения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и организаций, являющихся ее членами, может не совпадать с точкой зрения авторов статей, публикуемых в *Европейском обозрении*.

© Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения 2011.

Полное или частичное копирование и воспроизведение этого документа, а также его хранение в системах поиска или пересылка в любой форме запрещены без явно выраженного согласия со стороны Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Для получения дополнительной информации о публикациях, упомянутых в этом номере, а также реквизитов для заказа наших изданий, Вы можете обратиться по адресу:

The European Observatory on Health Systems and Policies  
WHO ECHP  
Rue de l'Autonomie, 4  
B - 1070 Brussels, Belgium  
Тел.: +32 2 525 09 33  
Факс: +32 2 525 0936  
Эл. почта: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)  
[www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

## ЕВРОПЕЙСКАЯ ОБСЕРВАТОРИЯ ПО СИСТЕМАМ И ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Европейское региональное бюро ВОЗ



Правительство Бельгии



Правительство Финляндии



Правительство Ирландии



Правительство Нидерландов



Правительство Норвегии



Правительство Словении



Правительство Испании



Правительство Швеции



Итальянский регион Венето



Европейская комиссия



Европейский инвестиционный банк



Всемирный банк



Французский национальный союз фондов медицинского страхования (UNCAM)



Лондонская школа экономических и политических наук



Лондонская школа гигиены и тропической медицины