



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто четырнадцатая сессия
Пункт 4.3 предварительной повестки дня

ЕВ114/5
19 апреля 2004 г.

Прием на работу работников здравоохранения из развивающихся стран

Доклад Секретариата

1. Потеря кадровых ресурсов в результате миграции профессиональных работников здравоохранения в развитые страны обычно приводит к потере потенциала систем здравоохранения развивающихся стран по справедливому оказанию медико-санитарной помощи. Миграция работников здравоохранения подрывает также способность стран выполнять глобальные, региональные и национальные обязательства, например по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, принятых Организацией Объединенных Наций, и даже обеспечивать свое собственное развитие. Данные о масштабах и воздействии такой миграции являются разрозненными и часто неправдоподобными, и им не удается пролить свет на причины, такие как высокие коэффициенты безработицы, плохие условия работы и низкие заработные платы. Даже между странами с малочисленными ресурсами контекст миграции различается. Некоторые страны, такие как Индия и Филиппины, выпускают слишком много работников здравоохранения, и возникающая в результате этого эмиграция дает возможность получать денежные переводы. Действительно, в прошлое десятилетие получение денежных переводов развивающимися странами, согласно оценкам, превысило общую сумму глобальной помощи развитию. Однако в Африке растущий массовый отъезд специалистов здравоохранения вызывает особую озабоченность, так как он истощает кадровые ресурсы, подрывает инвестиции в человеческий капитал, усугубляет существующую нехватку персонала и уменьшает способность служб здравоохранения предоставлять адекватные услуги и охват. Недавние исследования ВОЗ документально подтверждают растущие темпы как международной миграции, так и эмиграции¹. Настоящий доклад сосредоточен на этом континенте.

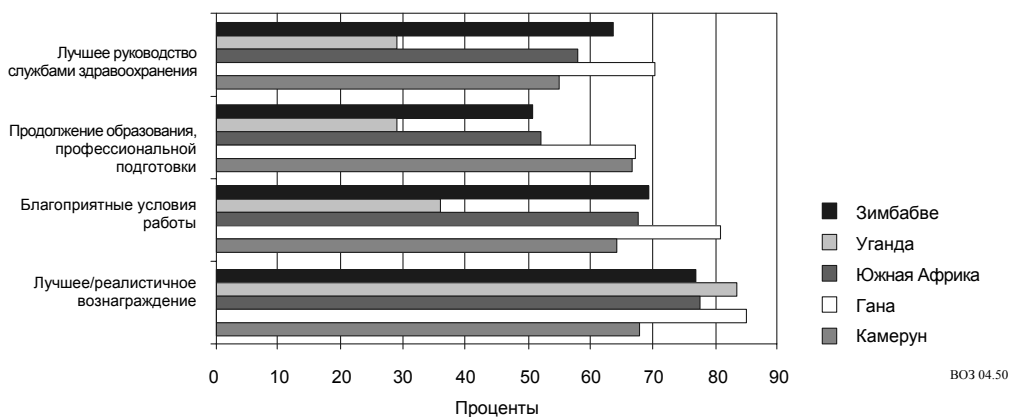
¹Awases M et al. Migration of health professionals in six countries: synthesis report. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa, 2004 г., в печати; Connell J. The migration of skilled health personnel in the Pacific Region. Исследование, проведение которого было поручено Региональному бюро для стран Западной части Тихого океана; 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.

ХАКТЕРИСТИКИ МИГРАЦИИ В АФРИКЕ

2. Высококвалифицированные специалисты составляют все более крупный компонент миграционного потока в мире, на который в настоящее время приходится приблизительно 65% экономически активных мигрантов в высокоразвитые страны и который в составе трудовых ресурсов медико-санитарной помощи включает врачей, медсестер, дантистов и фармацевтов. Согласно оценкам Международной организации по миграции, приблизительно 20 000 африканцев покидают Африку ежегодно, чтобы наняться на работу в промышленно развитых странах. Хотя точно и не известно, сколько специалистов здравоохранения включено в эту оценку, от четверти до двух третей работников здравоохранения, опрошенных в ходе недавнего исследования, выразили намерение мигрировать, что свидетельствует о серьезности этой ситуации.

3. Эмиграция определяется главным образом политическими и социально-экономическими различиями между странами. Главными побуждающими факторами являются отсутствие возможностей для дальнейшей профессиональной подготовки и четких карьерных перспектив, плохое вознаграждение и плохие условия работы, политические конфликты и войны, тогда как притягивающие факторы находятся в диапазоне от лучшего вознаграждения и более высоких уровней жизни до возможностей дальнейшего образования. Главными детерминантами являются неудовлетворенность заработной платой и условиями работы (см. Диаграмму).

Диаграмма. Факторы, влияющие на решения специалистов здравоохранения эмигрировать (данные из пяти африканских стран)



4. Усилия, предпринимаемые странами и партнерами по развитию в целях сокращения эмиграции работников здравоохранения и ее воздействия, включают наложение обязательств на выпускников-специалистов, предоставление больших возможностей для профессионального роста, регулярный пересмотр заработной платы и использование иностранных специалистов здравоохранения. Например, за период с 1983 по 1999 год более 2000 высококвалифицированных и опытных граждан вернулись в 11 стран, приняв

участие в программе возвращения и реинтеграции¹. Однако сравнение этой цифры с предполагаемой цифрой в размере приблизительно 20 000 уезжающих ежегодно показывает, что необходимо сделать гораздо больше.

5. Мероприятия по уменьшению миграции и "утечки мозгов" не добились успеха в значительной степени из-за того, что социально-экономические условия не были значительно улучшены, а подходы были лишь раздробленными. Существующая нехватка персонала здравоохранения в Африке углубляется активными действиями агентов по найму в развитых странах, которые стремятся принять на работу работников здравоохранения из развивающихся стран. Страны ОЭСР признают, что они пытаются преодолеть свою острую нехватку кадровых ресурсов в области здравоохранения, например посредством приема на работу работников здравоохранения из Африки. В одном из исследований показано, что в странах ОЭСР доля подготовленных внутри страны врачей общей практики в составе трудовых ресурсов медицинских и сестринских профессий в период между 1991 и 2000 годом упала, тогда как доля эквивалентных сотрудников, подготовленных за границей, увеличилась². Эти результаты совпадают с результатами исследования об основных направлениях эмиграции работников здравоохранения из стран Африканского региона: Австралия и Новая Зеландия, Бельгия, Канада, Франция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Соединенные Штаты Америки.

ВОЗДЕЙСТВИЕ МИГРАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ

6. Невозможно переоценить влияние потери кадровых ресурсов с точки зрения квалификации и количества по отношению к общей численности трудовых ресурсов здравоохранения. Для небольших стран потеря даже одного квалифицированного работника здравоохранения может вызвать абсолютную нехватку и неспособность поддерживать базисные услуги.

7. Трудные условия работы, характеризующиеся сильной рабочей нагрузкой, отсутствием оборудования, низкими заработными платами и уменьшенными возможностями для профессионального роста, приводят к увеличению миграции из Африки, а в странах - из государственного в частный сектор и из сельских в городские районы. Чистым воздействием является увеличение рабочей нагрузки на тех, кто остается, особенно в сельских районах, где уход за необеспеченными людьми вызывает стресс и отсутствие мотивации, еще более поощряя специалистов к миграции, а также ухудшение качества медико-санитарной помощи, оказываемой в учреждениях. Сильная рабочая нагрузка на персонал, работающий в трудных условиях (в одной стране отношение числа амбулаторных пациентов к числу медсестер увеличилось с 623 в 1995 г. до 963 в 2000 г. на уровне районной больницы) приводит к длительному времени ожидания для пациентов. Кроме того, увеличивается несправедливость в доступе к медико-санитарной помощи. Сельские районы всегда находились в неблагоприятном положении, однако из-за потери

¹ Migration for development in Africa, Geneva, International Organization for Migration, 2002.

² Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Paris, OECD, 2003.

работников здравоохранения некоторые медицинские учреждения прекращают функционировать или функционируют с помощью неквалифицированного персонала.

8. Согласно сообщениям, из-за эмиграции преподавательского состава качество образования в медсестринских и акушерских школах снизилось, а остающиеся преподаватели не способны справиться со спросом на подготовку и специализированные программы исследований, необходимые в Африке. В результате компрометируется качество профессиональной подготовки и способность предоставлять фактические данные с помощью исследований. Отсутствие контроля и наставничества также вызывают озабоченность; в результате эмиграции теряются зрелые, опытные сотрудники.

ПОЛИТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

9. Развивающимся странам, которые испытывают абсолютную нехватку трудовых ресурсов здравоохранения, необходимо принимать более решительные меры, чтобы остановить дальнейшую потерю и восполнить такие трудовые ресурсы. Каждая страна должна предпринять согласованные усилия для преодоления этих факторов и искать поддержку в отношении того, что находится за пределами ее возможностей. Стратегии и политика правительств может повлиять на способность страны сохранить работника здравоохранения. В долгосрочном плане более важно и более эффективно уменьшить или сдерживать миграцию, чем увеличивать число подготовленных работников здравоохранения. Важное значение также имеют стратегии мотивации и сохранения кадров.

10. Каждый человек имеет право перемещаться и делать выбор, однако бедные страны не имеют механизмов для компенсации потери инвестиций, сделанных в подготовку квалифицированных специалистов здравоохранения. Стоимость такой подготовки составляет сотни миллионов долларов в год, и несмотря на то, что денежные переводы поступают во многие страны, нет никакой возможности обеспечить, чтобы они использовались для компенсации образования или сектора здравоохранения. Одним из политических вариантов могло бы быть создание некоторого вида прямой компенсации, выплачиваемой принимающей страной стране происхождения, например в виде налога или доли заработной платы, выплачиваемой за каждого принятого на работу работника здравоохранения. Для стран происхождения другим механизмом компенсации может быть поиск способов, с помощью которых денежные переводы могут быть направлены непосредственно в систему здравоохранения.

11. В настоящее время повсеместно формулируются и пропагандируются этические кодексы поведения в отношении миграции, такие как Кодекс практики стран Содружества в отношении международного найма работников здравоохранения. Как представляется, в лучшем случае они оказывают временное воздействие, и трудно узнать, как они могут осуществляться, если у них нет никакого юридического статуса. Подробные соглашения между странами могут более точно указать сроки и условия приема на работу специалистов здравоохранения. Одним из основных вариантов является такое положение, при котором принимающая страна будет инвестировать в учебные заведения в стране

происхождения. В таком случае некоторые страны будут выступать в качестве "поставщиков" персонала здравоохранения для других стран, производя излишек работников здравоохранения.

12. Другие политические области для действий включают торговые соглашения, регулирующие перемещение специалистов здравоохранения через границу. Признание неизбежности миграции и создание возможностей для работников здравоохранения ездить в другие страны на ограниченные периоды времени являются возможными посредством двусторонних соглашений в результате предоставления временных виз или посредством институциональных соглашений о приеме работников или даже обмене работниками на ограниченный период времени.

13. Другой областью является профессиональная подготовка; национальные и региональные учреждения необходимо укреплять, с тем чтобы увеличить к ним доступ и использовать такие учреждения для удовлетворения национальных потребностей.

14. Различия в заработных платах между странами происхождения и принимающими странами в настоящее время являются настолько большими, что незначительные сокращения вряд ли повлияют на миграционные потоки. Необходимо провести больше исследований для оценки детерминант и воздействия международной миграции на различных стадиях экономического развития.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации для стран и групп стран

15. Каждой стране следует разработать свою стратегию для преодоления "утечки мозгов". Например, следует разработать программу практических мероприятий по противодействию миграции с предложениями в отношении пересмотра и реализации систем заработной платы и других стимулов, особенно для недостаточно обслуживаемых районов и в отношении профессий по оказанию помощи. Следует также провести общий обзор и осуществить политику и стратегии по усилению сохранения работников здравоохранения.

16. Странам происхождения следует:

(a) создать и поддерживать надлежащие информационные системы о кадровых ресурсах, включая базу данных о миграции, с тем чтобы предоставить фактические данные для политики, планирования и повседневного принятия решений, а также для мониторинга воздействия любых осуществленных программ;

(b) рассмотреть возможность использования ресурсов, увеличенных в результате освобождения от задолженностей и программ оказания помощи развитию для повышения заработных плат и усиления стимулов для работников здравоохранения; и

(с) стремиться создать благоприятную социально-политическую среду для оказания услуг в области здравоохранения, улучшения оборудования и снабжения лекарственными средствами, а также расширить непрерывное образование для работников здравоохранения, с тем чтобы способствовать сохранению таких работников.

17. Необходимо, чтобы все страны приняли, осуществили и соблюдали Кодекс практики стран Содружества в отношении международного найма работников здравоохранения. Региональные и международные организации могут оказывать поддержку принятию и осуществлению подобного кодекса практики, а также выделять достаточные финансовые ресурсы для развития кадров здравоохранения, включая стимулы.

18. Странам происхождения следует согласовать механизмы компенсации за потерю квалифицированных работников здравоохранения в результате их перемещения в развитые страны и механизмы возмещения их инвестиций в профессиональную подготовку, с тем чтобы этот вопрос мог быть рассмотрен на уровне глав государств и правительств и их партнеров в ОЭСР и Большой восьмерке.

19. Следует предпринять шаги по содействию международному сотрудничеству и получению преимуществ всеми сторонами, такие как двусторонние национальные соглашения и международные программы обмена и ротации.

Рекомендации для международных партнеров

20. Недавно созданной комиссии Организации Объединенных Наций по миграции следует обратить особое внимание на уменьшение перемещения работников здравоохранения, учитывая серьезное воздействие, которое оказывает их острая нехватка на уже ослабленные системы здравоохранения. Региональные группировки, такие как Новое партнерство в интересах развития Африки и Африканский союз, могут использовать соответствующие форумы для содействия диалогу между участниками.

21. Инвестиции в кадровые ресурсы для здравоохранения, включая осуществление стратегий по мотивации и сохранению кадров с помощью таких средств, как пакеты стимулов в целях сохранения сотрудников здравоохранения, должны быть частью программ оказания помощи развитию. Ресурсы, увеличенные в результате освобождения от задолженностей, также могут быть использованы для уменьшения "утечки мозгов" в развивающихся странах.

22. Поддержку следует также оказать таким программам, как программа Международной организации по миграции под названием "Миграция для развития в Африке", которая будет содействовать периодическим перемещениям, дистанционным вмешательствам, краткосрочному и, в конечном счете, постоянному возвращению африканских мигрантов.

Действия ВОЗ

23. ВОЗ может работать с партнерами по развитию над изучением их практики финансирования и технической помощи, с тем чтобы укреплять кадровые ресурсы для здравоохранения. Она может использовать совокупные данные из стран для мониторинга тенденций в миграции и соответствующим образом обеспечивать обратную связь со странами. ВОЗ может рассмотреть возможность работы с Секретариатом стран Содружества в направлении полного принятия и соблюдения Кодекса практики, а также пропагандировать его всеобщее принятие и применение.

24. Национальные и региональные учебные учреждения должны быть укреплены, чтобы усилить их роль в расширении образования и подготовки работников здравоохранения с точки зрения числа и диапазона квалификаций, соответствующих потребностям их систем здравоохранения.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

25. Исполнительному комитету предлагается принять к сведению настоящий доклад.

= = =