

ГЛОБАЛЬНЫЕ МИГРАЦИИ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ирина Павловна ЦАПЕНКО,

доктор экономических наук, зав. сектором,
Институт мировой экономики и международных отношений
имени Е. М. Примакова Российской академии наук,
г. Москва, Россия,
e-mail: tsapenko@imemo.ru;

Вера Алексеевна САУТКИНА,

кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник,
Институт мировой экономики и международных отношений
имени Е. М. Примакова Российской академии наук,
г. Москва, Россия,
e-mail: vera-sautkina@yandex.ru

Глобальные миграции населения имеют многомерные социально-экономические последствия, неся как ресурсы, так и вызовы развитию сферы здравоохранения. Умножение численности и этно-конфессионального разнообразия приезжих в принимающих странах глобального Севера способствует расширению и реструктурированию спроса их жителей на лечебные услуги. Происходящее под воздействием этих процессов преобразование сектора здравоохранения, включая формирование особого сегмента медицинской помощи, адаптированной к запросам мигрантов, в свою очередь увеличивает потребности обществ-реципиентов в медицинских специалистах, в том числе сведуших в социокультурных особенностях заболеваемости и врачевания. Важным источником увеличения численности медицинских кадров в развитых государствах служит их приток из развивающихся стран. Хотя в эмиграции медицинских кадров с глобального Юга видятся позитивные эффекты для отдающих территорий, связанные с денежными и социальными трансфертами мигрантов, снижением безработицы, развитием медицинского образования и т.п., однако гораздо серьезнее пагубное влияние этого процесса на обеспечение остающегося населения медицинскими услугами и перспективы развития стран исхода, испытывающих и без того острейшую нехватку таких работников. При этом массовые потоки лиц, ищущих убежища в менее развитых регионах мира, создают серьезную нагрузку на местные системы здравоохранения, побуждая гуманитарные организации к формированию параллельного сегмента здравоохранения для вынужденных мигрантов. Наличие данных проблем, усугубляемое сложностями трудоустройства медперсонала за рубежом, противоречит распространенному тезису о том, что миграция способствует более эффективному использованию ресурсов в глобальных масштабах. Для ослабления негативных эффектов оттока работников здравоохранения с Юга требуется формирование системы глобального управления их передвижениями.

Ключевые слова: здравоохранение; экономика здравоохранения; спрос на медицинские услуги; медицинские работники; кадровый дефицит; глобальные миграции; социально-экономические последствия; глобальное управление миграцией

GLOBAL MIGRATIONS AND HEALTH ECONOMICS

Irina P. TSAPENKO,

Doct. Sci. (Econ.), head of sector,
Institute of World Economy and International Relations,
Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russia,
e-mail: tsapenko@bk.ru;

Vera A. SAUTKINA,

Cand. Sci. (Econ.), leading researcher,
Institute of World Economy and International Relations,
Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russia,
e-mail: verasautkina@yandex.ru

Global migrations of population have a multidimensional socio-economic impact on the health sector, bringing not only resources for development but challenges as well. The increasing number and ethnic and religious diversity of immigrants in receiving countries of the global North contribute to the expansion and restructuring of the demand for medical services. Influenced by these processes transformation of the health sector, including the formation of a special segment of medical care adapted to the requests of migrants, in turn, increases the needs of the societies-recipients for medical specialists, including those versed in socio-cultural features of illness and of treatment. The developed states actively attract health workers from developing countries to meet these needs. Emigration of medical personnel from the global South is associated with some positive effects for the donor countries caused by migrants' monetary and social remittances, reduction of unemployment, development of medical education, etc. However, this process generates a much more serious detrimental impact on the provision of health services for the population left behind and the development prospects of the sending countries which are already affected by the acute shortage of such personnel. The massive inflow of asylum-seekers into less developed regions of the world poses a serious burden on the local health system, prompting humanitarian organizations to the formation of a parallel segment of health care for forced migrants. The presence of these problems, reinforced by the difficulties of employment of health professionals abroad, contradicts the widespread thesis that migration contributes to a more efficient use of resources on a global scale. To reduce the negative effects of the outflow of health workers from the South, the formation of the global governance of their movement is required.

Keywords: healthcare; health economics; demand for medical services; health workers; shortage of personnel; global migrations; economic and social impact; global migration governance

JEL: F22, I14, I15, I18, J24, J15, J44

Введение

Бурный рост численности международных мигрантов становится все более значимым фактором функционирования современных обществ. Этот процесс, включая такой яркий феномен нынешнего столетия, как стремительная активизация трансграничных передвижений медработников и пациентов, все сильнее затрагивает и сферу здравоохранения. При этом и состояние ее национальных систем в немалой мере сказывается на людских потоках. В данной статье предпринята попытка проследить взаимовлияние современных тенденций в развитии миграционных процессов и сферы здравоохранения, охарактеризовать основные социально-экономические проблемы, возникающие в результате этого взаимодействия, и рассмотреть возможные пути их решения.

Необходимость теоретического осмысления этих процессов и поисков путей практического решения порождаемых ими проблем требует **расширения проблемного поля исследований экономики здравоохранения и развития их нового направления, связанного с глобализацией, в том числе межстрановой миграцией населения**. В этой связи актуален анализ мировых тенденций развития здравоохранения, включая кардинальные изменения на рынке труда, связанные с нехваткой медицинского персонала и масштабными перемещениями не только врачей и медсестер, но и пациентов. В поисках новых подходов к развитию отрасли, требующих проведения институциональных реформ и обновления практического инструментария, важно также изучение мер, предпринимаемых разными странами в целях оптимизации спроса и предложения на рынке труда в сфере здравоохранения, снижения финансовых затрат и повышения их эффективности.

При всем многообразии существующих национальных моделей занятости и организации труда медицинского персонала прослеживаются и общие тенденции в этом сегменте рынка рабочей силы. А именно, сохранение, нередко усиление территориальной неравномерности распределения медицинских работников и рост спроса на специалистов новых медицинских профессий, требующие в свою очередь актуализации системы подготовки специалистов для здравоохранения, использования труда приезжего медперсонала и создания стимулов для их привлечения в определенные регионы (Santerre & Neun, 2010). В поисках оптимизации предложения медицинских специалистов и преодоления сложившихся дисбалансов важно учитывать особенности рынка медицинских услуг. Результаты исследований, проведенных во многих странах в разные периоды времени по наиболее востребованным специальностям, свидетельствуют, что в условиях сильной коммерциализации сферы общественного здравоохранения возможно искусственное, манипулятивное, не обоснованное действием рыночного механизма, повышение спроса на некоторые виды медицинской помощи (Fuchs, 1978; Alorbi & Chifeng, 2017). То есть, спрос на конкретные лечебные услуги определяется не только медицинскими показаниями пациентов, их доходами, реакцией на ценовые колебания в этом сегменте, качеством и технологиями предоставления медицинской помощи и т.п. При определенных условиях, провайдеры таких услуг, руководствуясь собственными финансовыми соображениями, предпочтительностью того или иного региона для их деятельности, могут в большой мере формировать спрос и цены на соответствующие услуги. В то же время, проблему нехватки медицинского персонала не решить без участия государства, полагаясь лишь на рыночные механизмы. Разработаны модели механизмов и стимулов поддержания эффективной конкуренции на регулируемых рынках. Для определения оптимального числа медицинских работников в конкретной стране необходимо принимать во внимание сложное и многоплановое взаимодействие всех ключевых агентов на рынке медицинских услуг этого государства с учетом перспектив его развития¹.

¹ Заслуживающим внимания примером такой политики может считаться происходящий в США переход от практики возмещения затрат на лечение к так называемой перспективной платежной системе, действие которой направлено на сокращение ненужного медицинского обслуживания (Acemoglu & Finkelstein, 2008).

Спрос приезжих на медицинские услуги

Среди комплекса факторов, формирующих спрос на продукцию сектора здравоохранения, возрастает роль межстрановых перемещений населения. По данным ООН, в мире насчитывается около четверти миллиарда международных мигрантов, т.е. лиц, проживавших за пределами стран происхождения (обычно не менее года, по крайней мере, не менее 3 месяцев), включая беженцев. Одновременно с постоянным расширением магистралей миграционного движения с Юга на Север, усиливается регионализация передвижений населения: на территориях глобального Севера и в еще большей мере в ареалах Юга, – которым сопутствует устойчивый людской поток из развитых регионов мира в развивающиеся (рис. 1).

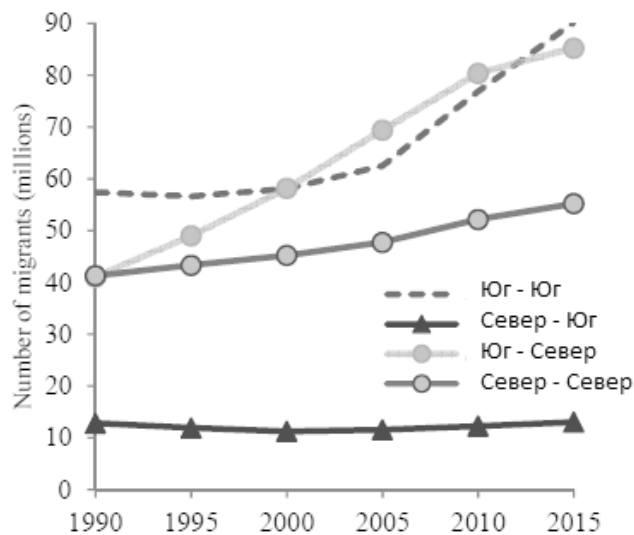


Рис. 1. Численность международных мигрантов по макрорегионам происхождения и назначения, 1990–2015 гг., млн

Источник: UN, 2016, р. 2.

Стремительно увеличивается и когорта медицинских туристов, составляющая как минимум 14 млн человек². Хотя статистика международной миграции населения, ведущаяся ООН, ОЭСР, ЕС и др., не учитывает краткосрочных туристов, совершающих путешествия в оздоровительных целях (например, в Турцию, Индию, Мексику и ЮАР), однако зарубежные пациенты, нуждающиеся в длительном лечении и получающие для этого специальные визы, могут рассматриваться как особая категория мигрантов. Поток таких пациентов обычно идет из более бедных стран, отстающих в развитии медицины, в государства, занимающие наиболее высокие позиции в этой области, в частности, в Германию, Израиль, Швейцарию и др. Вместе с тем недоступность высокотехнологичной медицинской помощи в «старокапиталистических» ареалах для рядовых пациентов усиливает встречное движение оттуда медицинских туристов на Восток Европы, в Азиатско-Тихоокеанский регион, Латинскую Америку, привлекающие последних соотношением цены и качества медицинских услуг. Все более активно включается в этот процесс и Россия (подробнее см.: Цапенко & Сауткина, 2017).

С увеличением численности мигрантов, прибывающих для работы, учебы, воссоединения семей, получения убежища и т.п., а также медицинских туристов, усилением их культурного разнообразия, их этнической, лингвистической, конфессиональной пестроты, формируется существенный потребительский сегмент рынка медицинских услуг, что влечет за собой количественные и качественные изменения в спросе на эти услуги.

Среди местных жителей стран глобального Севера, где сосредоточено большинство мигрантов, составляющих примерно 11–12% населения этих территорий, распространение

² Medical Tourism Statistics & Facts (<https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts> – дата обращения: 02.09.2017).

но представление, что многие мигранты, используя разные предлоги и способы, прибывают туда с целью получения бесплатной и при этом отвечающей высоким стандартам медицинской помощи. Тем самым они создают непомерную нагрузку на национальные системы здравоохранения, снижая эффективность их функционирования и качество предоставляемых услуг. На волне таких настроений в Великобритании даже внесены изменения в закон об иммиграции 2014 г., которые ограничивают приезжим, не имеющим постоянного места жительства, доступ к страховым медицинским услугам.

Хотя, безусловно, рост численности приезжих увеличивает спрос на медицинские услуги, однако нагрузка на системы общественного здравоохранения в расчете на душу населения со стороны уроженцев других стран меньше, чем со стороны коренного населения, при том, что легально работающие мигранты исправно уплачивают социальные взносы. В Великобритании в 2009/2010 ф.г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на одного местного жителя составляли 2 тыс. ф. ст., тогда как на одного мигранта – лишь 1,6 тыс. Кроме того, на долю приезжих, насчитывавших тогда 13% населения страны, приходилось в общей сложности только 10,8% всех бюджетных затрат по данной статье (George et al., 2011, p. 42). А в США в 2000 г. подобное расхождение между долей мигрантов в общей массе населения и в бюджетных тратах на медицинские нужды было двукратным (Goldman, Smith & Sod, 2006).

Поскольку мигранты, как правило, обладают хорошим здоровьем, позволяющим им совершать длительные переезды и напряженно работать, самооценки их здоровья обычно лучше, нежели у местных жителей, особенно в странах с высокой долей недавних мигрантов (рис. 2). В странах Запада наблюдается так называемый эффект здоровых мигрантов³, благодаря которому возможно улучшение совокупного здоровья нации, а вместе с ним и ее экономического потенциала⁴. Вместе с тем с интенсификацией перемещений усиливаются и их косвенные эффекты на здоровье принимающих наций, связанные с нарастанием угроз распространения эпидемий.

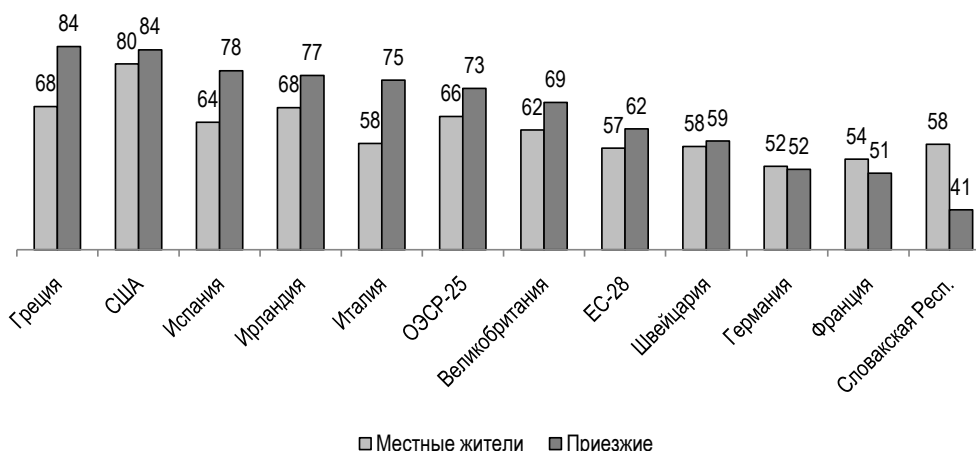


Рис. 2. Удельный вес населения, оценивающего свое здоровье как хорошее и отличное и не имеющего ограничений по здоровью и хронических заболеваний, среди местных и приезжих жителей, %, 2012 г.

Составлено по: OECD, 2015а, р. 195.

³ Однако такой эффект постепенно ослабевает по мере увеличения продолжительности проживания приезжих в стране переселения: в бедных кварталах с плохими жилищными условиями, повышенным уровнем криминогенности, низким качеством и узким спектром медицинских услуг, их недостаточной ориентацией на профилактику заболеваемости и укрепление здоровья. Порой, как например, в Германии и Франции, он даже сменяется прямо противоположным.

⁴ Согласно М. Гроссману, здоровье работника предстает не только как потребительское благо (consumption good), но и как средство получения прибыли (capital good), выступая в качестве слагаемого человеческого капитала (Grossman, 1972). Как полагают Д. И. Блум и Д. Кэннинг, оно оказывает воздействие на экономику как непосредственно – через величину выработки, коррелирующую с состоянием здоровья работника, так и опосредованно – через налоговые поступления, зависящие от продуктивности последнего (Bloom & Canning, 2000).

Кроме того, хотя в развитых регионах мира мигранты в среднем несколько старше местных жителей, среди приезжих повышен удельный вес более молодых трудоспособных групп (а в возрасте 20–64 лет находится 75% уроженцев других стран). И, напротив, ниже доля представителей детских и пожилых возрастов, которые создают большую нагрузку на системы здравоохранения. Эта особенность возрастной структуры мигрантов так же, как и лучшее здоровье (по крайней мере, субъективное), способствует тому, что они реже посещают врачей (рис. 3).

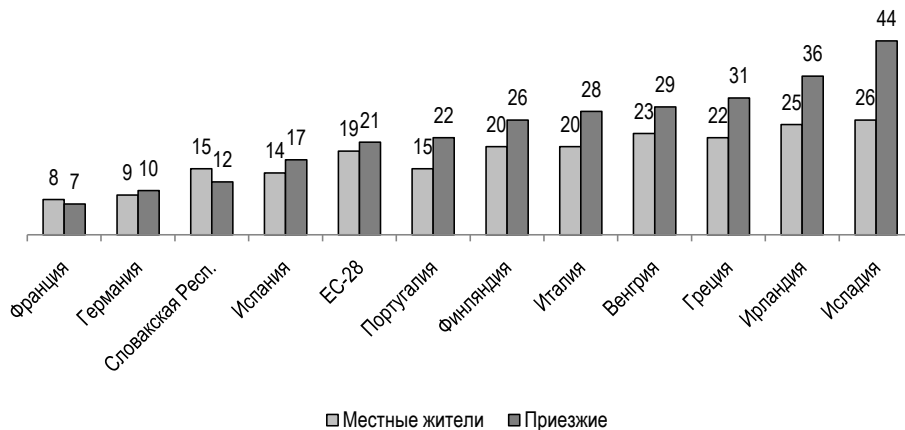


Рис. 3. Удельный вес населения, не посетившего врачей в течение года перед опросом, среди местных и приезжих жителей, 2009 г., %

Составлено по: OECD, 2015а, р. 197.

В то же время во многих европейских странах доля лиц, не получающих медицинской помощи, в общей массе нуждающихся в ней заметно выше среди мигрантов по сравнению с местными жителями (OECD, 2015а, р. 197). Временные иностранные работники и студенты нередко откладывают визит к врачу до возвращения на родину. Ограниченность перечня «бесплатных» доступных услуг и недостаток информации о них, плохое владение языком страны проживания, отсутствие услуг, предназначенных для приезжих, дискриминация и др. препятствуют получению приезжими необходимого лечения.

Вместе с тем в мигрантском спросе на медицинскую помощь есть структурные особенности. Показатели госпитализации недавно прибывших мигрантов нередко выше, чем показатели местных жителей (George et al., 2011, р. 9). Это может быть связано с приемом беженцев, пострадавших от войн, преследований и лишений. Кроме того, новожилы тяжело переживают оторванность от родины, неустроенность, враждебность социального окружения и т.п., что также провоцирует развитие стрессов и болезней нервной системы. В районах, куда направляются интенсивные потоки лиц, ищущих убежища, возрастает и спрос на услуги переводчиков при оказании лечения. Значимость вопросов, связанных с медицинским обслуживанием беженцев, резко возросла в условиях недавнего миграционного кризиса. Тем не менее, в развитых ареалах подобные проблемы не столь остры, как в развивающихся регионах.

На Юге, в первую очередь в Турции, Пакистане, Ливане, Иране, Эфиопии и Иордании, проживает почти 90% из 23 млн таких мигрантов. Практика устройства лагерей беженцев в отдаленных районах затрудняет возможности трудоустройства этой категории приезжих и отчисления ими страховых взносов, создавая непомерную нагрузку на местные системы здравоохранения, и без того страдающие от ограниченности ресурсов. Гуманитарная помощь международных организаций, на средства которой фактически формируется параллельный местному сектор медицинских услуг для беженцев, практически не распространяется на коренных жителей и зачастую оказывается недостаточной.

Как на Севере, так и на Юге, приезжие предъявляют большую потребность в экстренных медицинских услугах, которые, как правило, доступны и нелегальным мигрантам. Причина в том, что пришлые жители обычно в большей мере, чем коренное население, вынуждены подвергать риску собственное здоровье. В силу специфики занятости значительной их части – на тяжелых и опасных работах, с плохой гигиеной труда – иностранные работники чаще, чем местные, страдают от несчастных случаев на производстве, равно как и от некоторых серьезных профессиональных заболеваний.

В отличие от основной массы мигрантов, медицинские туристы по определению нуждаются в лечении, однако сами же и оплачивают потребляемые ими медицинские услуги, способствуя формированию особого сегмента рынка медицинских услуг для зарубежных пациентов и в целом развитию здравоохранения в странах-реципиентах. В 2015 г. объем этого сектора международной торговли оценивался в 46–72 млрд долл. США с перспективой его удвоения к 2022 г.⁵

Наконец, мигранты и медицинские туристы, прибывающие из других климатических ареалов и представляющие иные этносы и религии, имеют иной эпидемический профиль, предъявляют особые запросы к существующим институтам и практикам предоставления медицинской помощи и испытывают потребности в системах врачевания, привычных на родине. Это в свою очередь диктует необходимость учета социокультурных факторов при организации лечения приезжих.

Таким образом, перемещения населения служат механизмом территориального перераспределения потребностей в медицинских услугах, сокращая или откладывая их предъявление в отдающих социумах и одновременно увеличивая их нагрузку, а также модифицируя их структуру в принимающих обществах. В результате этих процессов в странах-реципиентах не только увеличиваются потребности в медицинских кадрах, но и повышается спрос на специалистов, которые разбираются в существующих культурах врачевания, в фармацевтических средствах, наиболее эффективных для лечения представителей конкретных расовых групп, и способны принимать во внимание особенности различных национальных систем здравоохранения, что в свою очередь стимулирует миграцию таких работников, ищущих лучших возможностей трудоустройства и профессиональной самореализации.

Социально-экономические последствия передвижений медицинских кадров

Вопреки прогнозам формирования безлюдной экономики, исследование Института МакКинзи показывает, что к середине века потенциально возможна автоматизация не более чем половины всех трудовых действий. В сфере медицинского и социального обслуживания этот показатель составляет всего 36% (McKinsey Global Institute, 2017, p. 44), приближаясь к нулю в психиатрии.

Более того, глобальный сектор здравоохранения предъявляет растущий спрос на медицинские кадры, наибольшей динамикой которого отличаются Африка и Юго-Восточная Азия, испытывающие особенно острую нехватку медицинских работников. По оценкам Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 г. кадровые потребности этих регионов более чем удвоятся (Liu et al., 2016, p. 19).

Хотя здравоохранение Севера несопоставимо лучше обеспечено кадрами, однако и там существуют трудности с наймом и удержанием медицинских работников в удаленных и сельских районах, а также по отдельным специальностям. В условиях старения населения особенно интенсивно растет спрос на персонал по уходу за больными и лицами старшего возраста, а также на других работников здравоохранения, относящегося к числу основных секторов «экономики долголетия» или «серебряной экономики». В 20-е гг. XXI в. ЕС может столкнуться с нехваткой 2 млн работников здравоохранения (European Commission, 2015, p. 5). В России, в конце 2016 г. потребности российских

⁵ Medical Tourism Statistics & Facts (<https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts> – accessed on September 2, 2017).

организаций в специалистах в области здравоохранения высшего уровня квалификации для замещения вакансий составляли 8,3% от общего числа рабочих мест, в том числе, во врачах скорой помощи – 23,8%, врачах общей практики – 11,8%⁶.

Важным фактором территориального перераспределения медицинских кадров служит их миграция. Примерно половина работающих за рубежом медиков приходится на выходцев из Азии, в первую очередь из Индии и Китая. Они оттеснили коллег, отъезжающих из Германии (в Швейцарию и Австрию) и Великобритании (в Австралию и США). Хотя группа *главных доноров* весьма неоднородна, она включает также и американские страны: Канаду, США, Колумбию, и африканские: Алжир и ЮАР. Примечательно, что все основные ареалы исхода медицинского персонала, к которым можно причислить и Россию (22-я позиция), относятся, по классификации Всемирного банка, к числу государств с высоким или средним уровнем дохода (рис. 4).

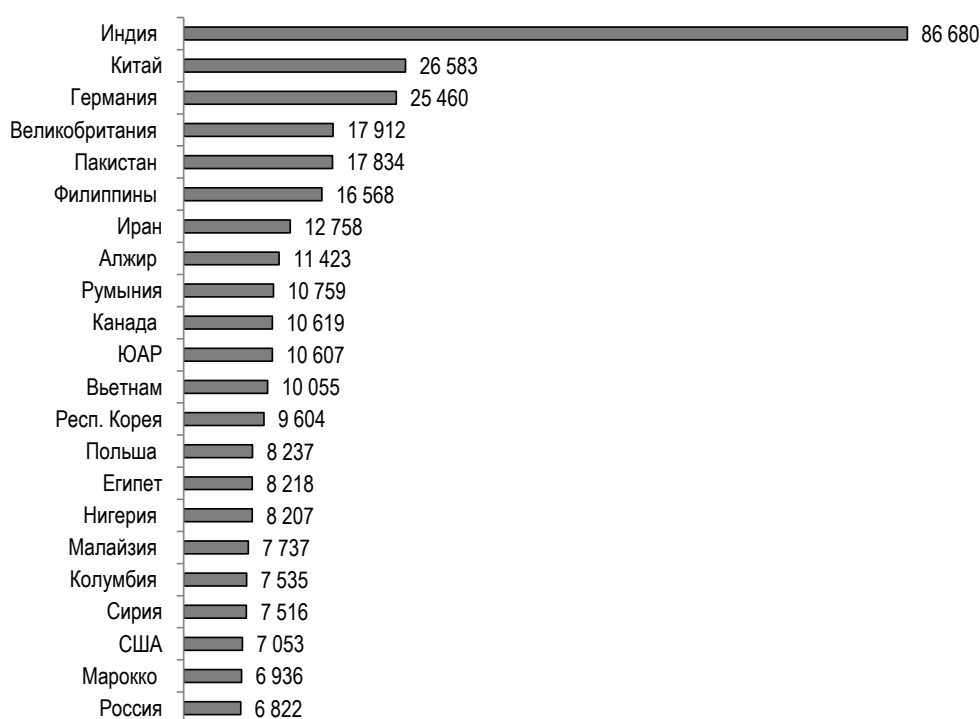


Рис. 4. Основные страны-доноры врачей, работающих в странах ОЭСР, 2010–2011 гг., человек

Составлено по: OECD, 2015b, p. 129.

Вместе с тем, если соотнести численность врачей, работающих за пределами страны происхождения, с их общей численностью в данной стране, то на первых позициях с уровнем эмиграции в 70–80% окажутся государства тропической Африки, островные и прибрежные территории Карибского бассейна (рис. 5). А соответствующий показатель оттока медсестер из Гаити, Гайаны и Ямайки превышает 90%. Характерным признаком группы таких лидеров является низкий или средний уровень их дохода и отсутствие в ней более развитых государств. Показательно в этой связи, что уровень эмиграции врачей из России и США не достигает и 1%.

Симптоматично и то, что исход докторов идет особенно интенсивно из африканских стран с наименьшей плотностью медиков (на 1000 жителей), худшим состоянием здравоохранения и большим распространением эпидемических заболеваний, типа СПИД и Эбола.

⁶ О численности и потребности организаций в работниках по профессиональным группам на 31 октября 2016 г. (http://www.gks.ru/free_doc/2017/potrorg/potr16.htm – дата обращения: 18.08.2017).

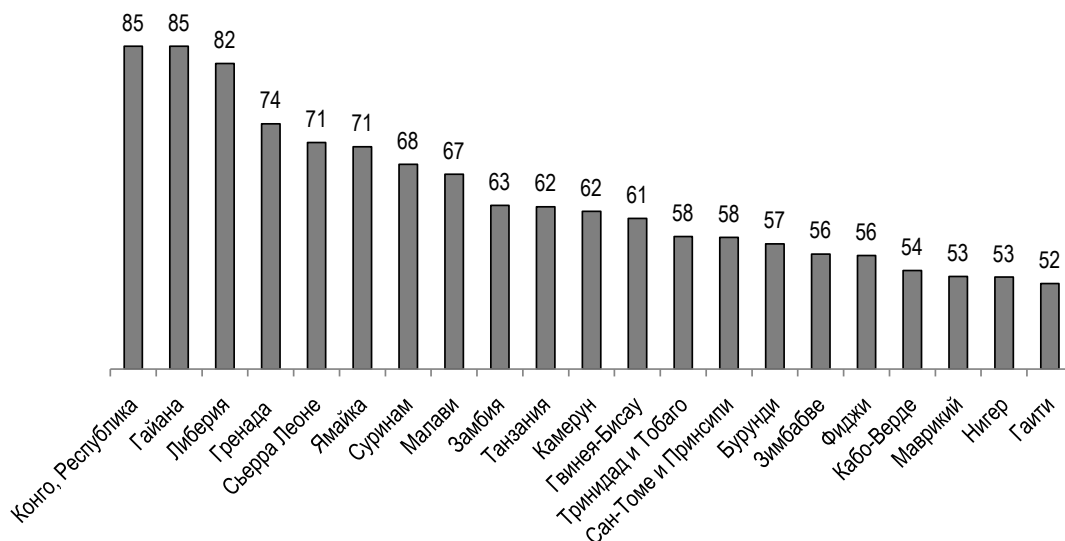


Рис. 5. Страны с наиболее высоким уровнем эмиграции врачей, 2010–2011, %
Составлено по: OECD, 2015b, p. 178–181.

Наиболее бедные государства особенно страдают от подобной утечки «умов» и ресурсов. За нулевые годы XXI в. число занятых на территории ОЭСР медицинских работников из стран с их критическим дефицитом (менее 2,28 на 1000 населения) повысилось на 84%, а соотношение численности таких эмигрантов и масштабов критического дефицита медицинских кадров в этих странах повысилось с 9% до 20% (OECD, 2015b, p. 134). Подобные потери ареалов-доноров угрожают деструктивными последствиями для их общественного здравоохранения, особенно его государственного и сельского секторов, ухудшением медико-санитарной обстановки, обеспеченности малоимущих слоев медицинскими услугами и в целом здоровья остающегося там населения. С отъездом медиков, относящихся к сравнительно высокооплачиваемым категориям, бюджет недосчитывает и немалой части налогов. Не окупаются и инвестиции в обучение врачей, покидающих родину, которые, к примеру, в Индии за вторую половину XX в. составили 5 млрд долл. США (Moullan & Bourgueil, 2014, pp. 4–5). Усиливаются риски истощения и без того тонкого слоя среднего класса, нарастания социальной поляризации и политической дестабилизации. Ухудшение перспектив будущего развития этих территорий в свою очередь порождает новые волны оттока медиков.

Однако целый ряд эконометрических исследований указывает на ограниченность пагубных эффектов эмиграции медицинских работников. Согласно этим работам, даже массовый отток медперсонала из африканских стран оказывает лишь несущественное негативное влияние (или не оказывает его вовсе) на плотность медперсонала, детскую и младенческую смертность, а также на уровень вакцинации в этом регионе, не позволяя возложить на эмиграцию ответственность за эти явления (Clemens, 2007; Bhargava, Docquier & Moullan, 2011).

В качестве подтверждения приводится тот факт, что, несмотря на массовую эмиграцию медицинских работников, их численность и плотность в странах исхода продолжают расти. Это объясняется позитивной эластичностью предложения медицинского труда по отношению к ожидаемому росту зарплаток, перспективы которого открываются эмиграцией. А отсутствие влияния эмиграции медиков на доступность базовой первичной помощи и состояние здоровья населения аргументируется тем, что главные индикаторы последних детерминируются факторами, напрямую не связанными трансграничными людскими передвижениями. Такими факторами, как территориальное распределение предоставляемых медицинских услуг, соотношение государствен-

ного и частного секторов, профессионально-квалификационный состав рабочей силы и эффективность функционирования сферы здравоохранения, наличие стимулов для работы медиков в странах исхода и др. (Clemens, 2007, p. 2).

Так, в Африке распределение врачей по территории и профессиональная структура медперсонала не соответствуют потребностям малоимущих масс. Лишь малая часть наиболее квалифицированных работников выделяет существенную долю своего рабочего времени на оказание услуг населению сельских районов и городских трущоб. В ЮАР и Кении число лиц, имеющих медицинское образование, которые заняты в частном секторе или за пределами здравоохранения, существенно превышает число работающих за границей.

Хотя плотность врачей весьма значима в борьбе с эпидемиями и в охране здоровья детей раннего возраста, для противодействия причинам массовой заболеваемости и смертности, в том числе младенческой, среди бедных нередко важнее доступность услуг медсестер и акушерок, состояние санитарных условий и наличие необходимых медикаментов (Clemens, 2007, pp. 37–38). Из этого следует, что сокращение эмиграции врачей и даже расширение их предложения в наименее развитых странах могут не принести ожидаемого эффекта в задачах снижения детской смертности и повышения уровня вакцинации (Bhargava et al., 2011, p. 182). Учитывая, что в таких странах буквально каждый врач на счету, в подобных рассуждениях трудно не увидеть противоречие здравому смыслу.

Тем не менее, в рамках современного видения международными организациями миграции как обоюдовыгодного процесса, акцентируются и позитивные аспекты эмиграции врачей для стран исхода.

Во-первых, по каналам денежных переводов мигрантов в развивающиеся страны поступают финансовые средства, объем которых в 2016 г. составил 429 млрд долл. США⁷. В этом процессе участвуют и медики. Согласно обследованию в Великобритании в 2002 г., 45% приезжих врачей отправляли на родину переводы, размер которых составлял в среднем 16% их заработков, в том числе 22% у выходцев из стран с низкими доходами (Kangasniemi, Winters & Commander, 2004, p. 31). Однако, учитывая малую долю врачей в общем числе эмигрантов, эти средства не способны принципиально повлиять на социально-экономическую ситуацию в стране исхода.

Во-вторых, эмиграция снижает безработицу, сосуществующую с острой нехваткой определенных категорий работников. 10% иностранных врачей в Великобритании, включая 19% выходцев из Индии, не имели работы на родине до эмиграции. Вместе с тем у уроженцев стран с низкими доходами и острой нехваткой медперсонала этот показатель составлял всего 4%, и, естественно, их отъезд не мог иметь серьезного влияния на положение в данном сегменте рынка труда (Kangasniemi et al., 2004, pp. 18, 39).

В-третьих, репатрианты привозят на родину новые знания и навыки, способствуя трансляции технологических инноваций, современных социальных норм и моделей поведения. Однако у медиков этот процесс не носит массового характера. Лишь 41% работавших в Великобритании приезжих врачей, в их числе 50% из стран с низкими доходами, намеревались вернуться на родину. Реально же возвращается гораздо меньше людей, чем это планирует (Kangasniemi et al., 2004, p. 20).

В-четвертых, установлено позитивное и статистически значимое воздействие отъезда врачей на получение последующим поколением медицинского образования: чем выше уровень эмиграции, тем больше поступающих в учреждения медицинского образования (Bhargava, Docquier & Moullan, 2011, p. 179). Действительно, 41% работающих в Великобритании врачей родом из бедных стран выбрали медицинскую карьеру под влиянием перспектив эмиграции. Однако число выехавших врачей никогда полностью не компенсировалось числом лиц, мотивированных впоследствии стать врачами (Kangasniemi et al., 2004, pp. 30, 43). Кроме того, приход молодых, менее опытных

⁷ Worldbank (2017). *Migration and Development Brief*, 27 April, p. 2.

работников на смену отъезжающим профессионалам чреват ухудшением качества рабочей силы.

Хотя современные проблемы в области здравоохранения, с которыми сталкиваются бедные страны, имеют глубинные причины, не относящиеся к эмиграции медиков, их отток даже в отсутствие краткосрочных пагубных последствий может иметь долгосрочный кумулятивный эффект обескровливания этой сферы. А позитивные импульсы, исходящие от отъезда медперсонала, не настолько интенсивны, чтобы компенсировать негативные.

Исход медицинских кадров из развитых регионов мира также усугубляет проблемы дефицита медицинских кадров, особенно анестезиологов и реаниматологов, врачей общей практики и хирургов – представителей специальностей, которые отличаются особенно выраженными эмиграционными намерениями. Однако там эти проблемы не столь болезненны, поскольку такие кадры весьма многочисленны и постоянно пополняются потоками из других стран.

Главными *реципиентами медицинских кадров* являются развитые страны. В 2010–2011 гг. наиболее многочисленные контингенты врачей и медсестер иностранного происхождения проживали в США (221 тыс. и 561 тыс.), Великобритании (84 тыс. и 134 тыс.) и Германии (57 тыс. и 150 тыс.). На долю этих стран приходилось 36%, 14% и 10% мировой численности врачей родом из других стран, 44%, 10% и 12% – медсестер соответственно (OECD, 2015b, p. 112).

А по доле приезжих среди медперсонала лидируют Новая Зеландия, Австралия, Израиль, Ирландия и Швейцария (рис. 6). При этом удельный вес выходцев из других стран среди медработников выше, чем среди всего населения. Данное обстоятельство способствует повышению плотности медицинских кадров в принимающих социумах.

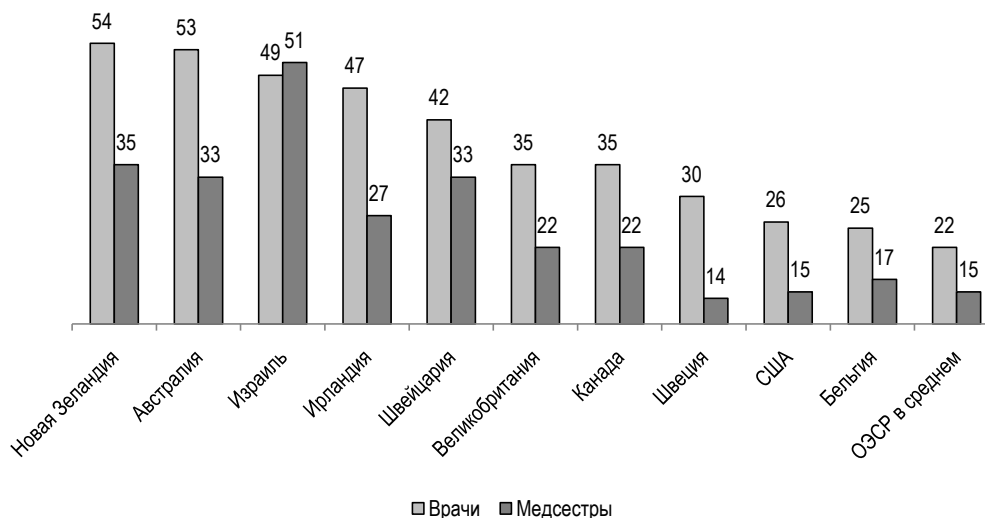


Рис. 6. Доля уроженцев других стран среди врачей и медсестер по странам проживания, 2010–2011 гг., %

Составлено по: OECD, 2015b, pp. 113–114.

В нулевые годы XXI в. в условиях существенного увеличения численности работников здравоохранения в странах ОЭСР их мигрантский контингент укрупнился не только абсолютно (на 60%), но и относительно: доля приезжих среди врачей повысилась с 19,5% до 22,2%, а медсестер – с 11% до 14,5% (OECD, 2015b, pp. 106, 115). Во многих странах, в первую очередь в Бельгии, США, Австралии, Дании и Новой Зеландии, иммиграция, включая остающихся после завершения обучения в этих странах иностранных студентов, играет ключевую роль в наращивании кадрового потенциала отрасли. Учебно-миграционную основу имеет и одновременное увеличение числен-

ности местных медицинских работников, получивших медицинское образование за границей. Кроме того, учитывая, что, как показывают исследования в США и Канаде, заработки приезжего медперсонала несколько ниже, чем местного (Grignon, Owusu & Sweetman, 2012, p. 15), иммиграция таких работников должна сдерживать рост цен на медицинские услуги, неизбежный при дефиците их провайдеров.

Вместе с тем, хотя в теории миграция должна повышать эффективность использования трудовых ресурсов в глобальном масштабе, на практике проблемы на рынке труда принимающих стран, с которыми сталкиваются приезжие медработники, говорят об обратном. Особенно, если учесть, что они наслаиваются на нехватку таких специалистов в странах их исхода. Так, в Великобритании 45% иностранных врачей получили понижение звания/должности по сравнению с домиграционным, а 27% – столкнулись с безработицей. Для выходцев из стран с низкими доходами указанные показатели составили 39% и 30%, из Индии – 63% и 31% соответственно (Kangasniemi et al., 2004, pp. 18, 39).

Еще разительнее нисходящая профессиональная мобильность трудовых мигрантов-медиков из стран СНГ в России. В 2011 г. лишь 6,3% опрошенных мигрантов, которые работали до переезда в здравоохранении, оказались занятыми в этой сфере в РФ (Варшавская & Денисенко, 2014, с. 68). И это несмотря на огромные потребности страны в таких работниках.

Таким образом, передвижения медицинских специалистов, расширяя и диверсифицируя предложение медицинских услуг в странах-реципиентах, одновременно его ограничивают в странах-донорах, влияя тем самым на удовлетворение потребностей в этих услугах. От перемещений медицинских кадров выигрывают принимающие государства и часть самих работников. Однако в проигрыше оказываются не только отдающие страны, но и фактически весь глобальный сектор здравоохранения. А это указывает на неотложную необходимость реформирования сложившейся миграционной модели.

Современные подходы к решению вопросов, выдвигаемых миграцией в сфере здравоохранения

В более развитых странах в целях привлечения зарубежного медперсонала, необходимого для удовлетворения растущего спроса на медицинские услуги, используется целый ряд инструментов. Среди них: включение медицинских специальностей в списки дефицитных профессий на рынке труда; заключение (в частности Германией, Ирландией, Финляндией и Японией) международных кооперационных соглашений с развивающимися странами по вопросам подготовки и найма медперсонала; признание зарубежных дипломов, полученных не только в странах ЕС (с 2005 г.), но и за его пределами, при ужесточении требований к владению языком страны-реципиента; прием иностранных студентов для обучения по медицинским специальностям с перспективой их последующего трудоустройства в этих странах, и др. В России также необходимо создать благоприятные условия использования трудового потенциала приезжих медработников.

Помимо противодействия дискриминации, для обеспечения мигрантов основными медицинскими услугами, в том числе профилактическими, экономящими расходами на последующее лечение, власти принимающих стран выделяют дополнительные средства на нужды здравоохранения в районы концентрации приезжих. Эти средства, например, могут использоваться в качестве надбавок к зарплате медицинскому персоналу, готовому работать в этих кварталах.

В ответ на усиливающуюся пестроту населения по этносам, конфессиям и странам происхождения, давшую толчок развитию в принимающих странах так называемой экономики культурного разнообразия (Nijkamp, Poot & Vakens, 2015)⁸, формируется и

⁸ Такая экономика включает этническое предпринимательство и другие виды бизнес-деятельности, ориентированные на удовлетворение спроса на специфические этнические товары и услуги, и совместную народнохозяйственную деятельность выходцев из разных стран и цивилизационных ареалов, в ходе которой осуществляется взаимодействие норм, традиций и практик, относящихся к разным культурам (см.: Цапенко, 2016, с. 39).

аналогичный сегмент здравоохранения. Суть этого процесса – в расширении применения медико-антропологических принципов при организации лечения приезжих и в клинической практике, а именно, в растущем учете этнокультурной принадлежности и социально-экономического статуса, обусловленности ими особенностей заболеваемости («этнические недуги») и методов лечения таких пациентов и оказании медицинских услуг, предназначенных специально для приезжих (например, психических расстройств, вызванных беженством).

Сторонники такого подхода все шире привлекаются для решения проблем коммуникации между врачами и пациентами в медицинских учреждениях. Они выступают в качестве переводчиков, координаторов, консультантов, которые информируют мигрантов о медицинских услугах и помогают получить к ним доступ, а также защитников прав пациентов на получение медицинской помощи с учетом медицинских традиций и культуры стран их происхождения. В медицинские учреждения, расположенные в иммигрантских анклавах в Нидерландах, Великобритании, Италии, Швеции и Австралии, традиционно нанимается персонал, имеющий специальную «мультиэтническую» подготовку, включая представителей этнических меньшинств. Кроме того, приезжие врачи создают клиники, адаптируемые к особым запросам соотечественников, которые проживают в этих же странах. В России такие клиники, стоматологические кабинеты, фельдшерские пункты и т.п. создавались для приезжих из СНГ, в частности, киргизов, таджиков и узбеков, а также для выходцев из Китая.

Помимо диверсификации и обновления форм предоставления лечебных услуг, интеграции восточных и западных традиций оказания медицинской помощи, необходима и более четкая регламентация правил. Последнее в особенности касается развивающихся стран, поощряющих приток в них медицинских туристов (Цапенко & Сауткина, 2017).

Для сохранения и развития человеческих ресурсов в сфере здравоохранения отдаленных стран важны комплексные меры с участием принимающих государств. Последним необходимо улучшить планирование подготовки кадров, просчеты в котором во многом ответственны за их дефицит, движущий медиков с Юга (Grignon, Owusu & Sweetman, 2012, p. 26).

Все острее потребность в глобальном управлении потоками медперсонала, импульс развитию которого может дать принятая ООН в 2015 г. резолюция по Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Уже осуществляются инициативы, призванные ограничить наем богатыми странами медицинских работников из более бедных стран, чтобы уменьшить его негативные эффекты на системы здравоохранения последних. В Великобритании с 2001 г. стал постепенно сужаться прямой наем медицинских работников в государственные учреждения здравоохранения из развивающихся, в первую очередь, африканских стран, испытывающих острую нехватку таких кадров. К этому побуждались и частные агентства страны. В 2003 г. подобный кодекс хорошей практики приняли и государства – члены Британского содружества наций. А с 2010 г. стал действовать общемировой Кодекс практики ВОЗ по международному найму медико-санитарного персонала.

Несмотря на то, что следование этим этическим нормам носит добровольный характер, некоторые государства проявляют даже чрезмерную жесткость в их соблюдении. Так, Германия в 2013 г. наложила запрет не только на наем работодателями и частным рекрутинговыми агентствами медперсонала из стран с его критической нехваткой, но и на самостоятельное трудоустройство на ее территории медицинских работников из этих стран. А это фактически противоречило статье 13.2 Всеобщей декларации прав человека 1948 г., согласно которой «Каждый человек имеет право покинуть любую страну, включая свою собственную, и возвращаться в свою страну». Поэтому такие ограничения в отношении непосредственно медработников были сняты.

Авторам данной статьи не удалось найти исследований, устанавливающих статистическая связь между ограничительными мерами и миграцией медицинских кадров.

Тем не менее, по нашим расчетам, в ряде государств ЕС, в том числе Великобритании и Ирландии, среди работающих там медработников устойчиво снижается доля выходцев из третьих стран. Однако, эта тенденция может лишь косвенно указывать на эффект подобных инициатив.

Международные организации также отводят важную роль в сдерживании оттока медицинских кадров официальной помощи развитию. Объем ее средств, выделенных на нужды здравоохранения, в 2015 г. составил 29 млрд долл. США (OECD, undated), увеличившись примерно в 15 раз с 2000 г.

Однако финансовая помощь на нужды развития здравоохранения, предполагающая финансирование объектов инфраструктуры, поставки оборудования и фармацевтических препаратов и т.п., нередко используется не для инвестиций, а для затыкания бюджетных дыр или попросту распыляется. Как показывает эконометрический анализ, удвоение объема этих средств вызывает через 3 года снижение на 5% темпов роста миграции врачей. Аналогичный показатель эффективности технического содействия, включающего командирование специалистов из развитых стран в развивающиеся для передачи экспертного знания и обмена лучшими практиками, составляет 7% (Moullan & Bourgueil, 2014, p. 6). То есть, подобные меры оказывают небольшое, и притом лишь краткосрочное воздействие.

Учитывая значимость как материальных, так и нематериальных стимулов, побуждающих медицинских работников оставаться на родине, ВОЗ считает необходимым резко усилить акцент на программы развития трудовых ресурсов здравоохранения, доведя к 2030 г. их долю в общем объеме помощи на нужды этого сектора до 25%. Особое внимание нужно уделить расширению возможностей получения медицинского образования и полной занятости. В частности, предполагается к 2030 г. создать, заполнить и поддерживать, по меньшей мере, 10 млн дополнительных рабочих мест в данной отрасли в странах с низкими и средними доходами (Campbell, 2015).

Учитывая, что главной движущей силой миграции медиков являются более широкие перспективы работы и жизни, открывающиеся в стране назначения, а также то, что состояние общественного здравоохранения взаимосвязано с уровнем экономического развития, ограничительные меры вряд ли повлияют на эмиграционные намерения этой категории населения. Важнее не противодействовать миграции, а придать ей циркуляционный характер. Усилению возвратного характера потоков медперсонала может способствовать развивающаяся регионализация миграции. (Разумеется, когда работа в соседней стране не становится трамплином для последующей эмиграции за пределы региона.) Хотя помощь богатых государств бедным может смягчить остроту последствий эмиграции медперсонала, эта проблема может быть решена лишь при создании органами власти отдающих стран благоприятных внутренних условий для развития их здравоохранения и общества в целом.

Двойственность роли приезжих в экономических отношениях: как производителей и потребителей медицинских услуг, встречное движение человеческих, финансовых и прочих ресурсов, порождаемое людскими перемещениями, придают многомерность и неоднозначность воздействию последних на системы здравоохранения принимающих и отдающих социумов. Миграция открывает новые источники для решения или ослабления существующих проблем в сфере здравоохранения и его развития. В первую очередь от миграции выигрывают богатые государства, принимающие зарубежных медработников и пациентов. В то же время, перемещения населения порождают социальные вызовы и потери, от которых в наибольшей мере страдают бедные страны, отдающие медперсонал и принимающие большие контингенты беженцев.

Усиливающаяся взаимозависимость стран и общемировой характер проблем в сфере здравоохранения, порождаемых миграционными процессами, требуют создания

многоуровневой системы согласованного глобального управления последними. Однако затухание безвозвратной миграции медицинских кадров и ее смена циркулярной возможны лишь при формировании привлекательных перспектив их жизни и работы на родине.

ЛИТЕРАТУРА

Варшавская, Е. Я., Денисенко, М. Б. (2014). Мобильность иностранных работников на российском рынке труда // *Социологические исследования*, 4, 63–73.

Цапенко, И. П. (2016). Экономические ресурсы этнокультурного разнообразия // *Мировая экономика и международные отношения*, 11, 58–69.

Цапенко, И. П., Сауткина, В. А. (2017). Трансграничная мобильность в сфере здравоохранения // *Человек. Сообщество. Управление*, 2, 6–24.

Acemoglu, D. and Finkelstein, A. (2008). Input and technology choices in regulated industries: Evidence from the health care sector // *Journal of Political Economy*, 116(5), 837–880.

Alorbi, G. and Chifeng, D. (2017). *Reimbursement Incentives for Hospital Quality Competition in an Oligopolistic Industry: the Role of the Healthcare Labor Market*. Carbondale: Southern Illinois University, 38 (<https://www.aeaweb.org/conference/2017/preliminary/paper/5HiEАНAY>).

Bhargava, A., Docquier, F. and Moullan, Y. (2011). Modeling the Effects of Physician Emigration on Human Development // *Economics and Human Biology*, 2(9), 172–183.

Bloom, D.E. and Canning, D. (2000). The Health and Wealth of Nations // *Science*, 287(5456), 1207–1209.

Campbell, J. (2015). *Global Strategy on HRH: Workforce 2030*. Brussels, 16 November, 21 p. (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/ev_20151116_co01_en.pdf).

Clemens, M. (2007). Do Visas Kill? Health effects of African health professional emigration // *Center for Global Development, WP*, 114, 1–56 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/13123_file_Clemens_Do_visas_kill_3_.pdf).

European Commission (2015). *Growing the European Silver Economy // Background Paper*, 23 February, 30 p. (<http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/silvereco.pdf>).

Fuchs, V. R. (1978). The supply of surgeons and the demand for operations // *Journal of Human Resources*, 13 (Supplement), 35–56 (<https://econpapers.repec.org/paper/nbrnberwo/0236.htm>).

George, A., Meadows, P., Metcalf, H. and Rolfe, H. (2011). *Impact of migration on the consumption of education and children's services and the consumption of health services, social care and social services*. Report to the Migration Advisory Committee, London: MAC. (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/257236/impact-of-migration.pdf – accessed on September 2, 2017).

Goldman, D. P., Smith, J. P. and Sood, N. (2006). Immigrants and the cost of medical care // *Health Affairs*, 25(6), 1700–1711.

Grignon, M., Owusu, Y. and Sweetman, A. (2012). The international migration of health professionals // *IZA DP*, 6517, 1–39.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health // *Journal of Political Economy*, 2, 223–255.

Kangasniemi, M., Winters, L. and Commander, S. (2004). *Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK*. London: London School of Economics, 61 p. (<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0618.pdf> – accessed on September 19, 2017).

Liu, J., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T. and Scheffler, R. (2016). Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030 // *Policy Research WP*, no. 7790 (<http://docu->

ments.worldbank.org/curated/pt/546161470834083341/pdf/WPS7790.pdf – accessed on September 19, 2017).

McKinsey Global Institute (2017). *A future that works: Automation, employment, and productivity* (<https://www.gita.org.in/Attachments/Reports/MGI-A-future-that-works-Full-report.pdf> – accessed on September 19, 2017).

Moullan, Y. and Bourgueil, Y. (2014). The International Migration of Doctors: Impacts and Political Implications // *Questions d'économie de la santé*, 203, 1–7.

Nijkamp, P., Poot, J. and Bakens, J. (eds.) (2015). *The Economics of Cultural Diversity*. Cheltenham: Elgar Publishing, 465 p.

OECD (2015b). *International Migration Outlook 2015*. Paris: OECD, 366 p.

OECD (2015a). *Indicators of Immigrant Integration 2015*. Paris: OECD.

OECD (undated) Health-related aid data at a glance (<http://www.oecd.org/dac/stats/health-related-aid-data.htm> – accessed on August 25, 2017).

Santerre, R. E. and Neun, S. P. (2010). *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*. Mason: South-Western Cengage Learning, 605 p. (<http://s1.downloadmienphi.net/file/downloadfile6/149/1382166.pdf>).

UN (2016). *International Migration Report 2015* (<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015.pdf> – accessed on September 2, 2017).

REFERENCES

Acemoglu, D. and Finkelstein, A. (2008). Input and technology choices in regulated industries: Evidence from the health care sector. *Journal of Political Economy*, 116(5), 837–880.

Alorbi, G. and Chifeng, D. (2017). *Reimbursement Incentives for Hospital Quality Competition in an Oligopolistic Industry: the Role of the Healthcare Labor Market*. Carbondale: Southern Illinois University, 38 (<https://www.aeaweb.org/conference/2017/preliminary/paper/5HiEAHAY>).

Bhargava, A., Docquier, F. and Moullan, Y. (2011). Modeling the Effects of Physician Emigration on Human Development. *Economics and Human Biology*, 2(9), 172–183.

Bloom, D.E. and Canning, D. (2000). The Health and Wealth of Nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209.

Campbell, J. (2015). *Global Strategy on HRH: Workforce 2030*. Brussels, 16 November, 21 p. (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/ev_20151116_co01_en.pdf).

Clemens, M. (2007). Do Visas Kill? Health effects of African health professional emigration. *Center for Global Development, WP*, 114, 1–56 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/13123_file_Clemens_Do_visas_kill_3_.pdf).

European Commission (2015). *Growing the European Silver Economy. Background Paper*, 23 February, 30 p. (<http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/silvereco.pdf>).

Fuchs, V. R. (1978). The supply of surgeons and the demand for operations. *Journal of Human Resources*, 13 (Supplement), 35–56 (<https://econpapers.repec.org/paper/nbrnberwo/0236.htm>).

George, A., Meadows, P., Metcalf, H. and Rolfe, H. (2011). *Impact of migration on the consumption of education and children's services and the consumption of health services, social care and social services*. Report to the Migration Advisory Committee, London: MAC. (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/257236/impact-of-migration.pdf – accessed on September 2, 2017).

Goldman, D. P., Smith, J. P. and Sood, N. (2006). Immigrants and the cost of medical care. *Health Affairs*, 25(6), 1700–1711.

Grignon, M., Owusu, Y. and Sweetman, A. (2012). The international migration of health professionals. *IZA DP*, 6517, 1–39.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 2, 223–255.

Kangasniemi, M., Winters, L. and Commander, S. (2004). *Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK*. London: London School of Economics, 61 p. (<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0618.pdf> – accessed on September 19, 2017).

Liu, J., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T. and Scheffler, R. (2016). Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Policy Research WP*, 7790 (<http://documents.worldbank.org/curated/pt/546161470834083341/pdf/WPS7790.pdf> – accessed on September 19, 2017).

McKinsey Global Institute (2017). *A future that works: Automation, employment, and productivity* (<https://www.gita.org.in/Attachments/Reports/MGI-A-future-that-works-Full-report.pdf> – accessed on September 19, 2017).

Moullan, Y. and Bourgueil, Y. (2014). The International Migration of Doctors: Impacts and Political Implications. *Questions d'économie de la santé*, 203, 1–7.

Nijkamp, P., Poot, J. and Bakens, J. (eds.) (2015). *The Economics of Cultural Diversity*. Cheltenham: Elgar Publishing, 465 p.

OECD (2015a). *Indicators of Immigrant Integration 2015*. Paris: OECD.

OECD (2015b). *International Migration Outlook 2015*. Paris: OECD, 366 p.

OECD (undated). Health-related aid data at a glance (<http://www.oecd.org/dac/stats/health-related-aid-data.htm> – accessed on August 25, 2017).

Santerre, R. E. and Neun, S. P. (2010). *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*. Mason: South-Western Cengage Learning, 605 p. (<http://s1.downloadmienphi.net/file/downloadfile6/149/1382166.pdf>).

Tsapenko, I. P. (2016). Economic resources of ethno-cultural diversity. *World economy and international relations*, 11, 58–69. (In Russian.)

Tsapenko, I. P. and Sautkina, V. A. (2017). Transborder mobility in health sphere. *Human. Community. Management*, 2, 6–24. (In Russian.)

UN (2016). *International Migration Report 2015* (<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015.pdf> – accessed on September 2, 2017).

Varshavskaya, E. J. and Denisenko, M. B. (2014). Mobility of foreign workers on the Russian labor market. *Sociological Studies*, 4, 63–73. (In Russian.)