

Сравняването на заболяемостта между демографски сходни популации дава възможност да се открият различия, които да насочат към действието на специфични рискови фактори.

■ За прогнозиране на значимостта на злокачествените заболявания – необходимо при планирането на ресурси (персонал, оборудване, лекарства) за качествено и своевременно обслужване на пациентите с рак.

■ За предоставяне на информация при създаване на план за контрол на рака, включващ профилактика, ранно откриване, лечение и палиативни грижи.

■ За мониториране на ефекта от предприети действия.

Действията за контрол на рака на популационно ниво се изразяват в отстраняване или предпазване от известен рисков фактор (забрана за тютюнопушене, ваксинации), ранно откриване на заболяването (скрининг, ранна диагностика), осигуряване на ефективно лечение и пълноценни палиативни грижи. Мониторирането на ефекта от тези действия става главно с участието на ПРР, които могат да представят състоянието и промените на популационно ниво преди и след предприемане на съответните действия.

■ За оценка на ефекта от лечение.

ПРР, които регистрират виталния статус на пациентите, могат да изчисляват тяхната преживяемост, която е най-чувствителния показател за резултатите от цялостното медицинско обслужване.

■ За подпомагане на изследователската дейност в областта на онкологията:

▶ Като предоставят изходни данни за проучване на рискови фактори;

▶ Източник са на информация при епидемиологични проучвания случаи-контроли;

▶ Установяват събитията, случили се при пациентите от кохортни проучвания;

▶ Осигуряват възможност за съпоставяне на информацията с други клинични бази данни.

## Заклучение

Злокачествените заболявания са водеща причина за смърт по света.

Популационните ракови регистри са тези, които събират и обработват данни за заболяемостта, позволяващи оценка на засягането на населението и тенденциите в разпространението на рака.

Популационните ракови регистри предоставят стабилна основа за създаване, мониториране и оценка ефективността на програми за контрол на рака.

## Библиография

1. Bray F. et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. IARC Technical publication No. 43. Lyon IARC, 2014
2. Jensen OM et al. Cancer registration: Principles and Methods. IARC Scientific publication No. 95. Lyon, IARC, 1991
3. Parkin DM. The evolution of the population-based cancer registries. Nat Rev Cancer (2006), 6(8):603-12
4. WHO (2011). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva, WHO. Available from <http://www.who.int>

### Автор

Н. Димитрова, Национален раков регистър, СБАЛ по онкология, гр. София

## ИНФОРМИРАНост ЗА ПОЛИТИКИ ЗА МОБИЛНОСТ И МИГРАЦИОННИ НАГЛАСИ НА РУСКИТЕ ЗДРАВНИ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ<sup>1</sup>

Л. Георгиева, А. Докова, Т. Костадинова, Л. Попов

## AWARENESS OF MOBILITY POLICIES AND MIGRATION INTENTIONS OF RUSSIAN HEALTH PROFESSIONALS

L. Georgieva, A. Dokova, T. Kostadinova, L. Popov

**Резюме.** Целта на публикацията е да се проучи информираността за политики за мобилност, както и нагласите и мотивите за миграция на руските здравни професионалисти. Информацията е събрана чрез провеждане на дълбочинни интервюта с представители на различни професии в сферата на здравеопазването. Руските здравни професионалисти са информирани в по-голяма степен за политиките за мобилност в други държави, отколкото в своята. Преобладават нагласите за вътрешна миграция от селата към градовете. Във външната миграция предпочитани дестинации са западноевропейските страни, а като краткосрочна мобилност – някои африкански страни. Мащабът на емиграцията не намалява общата осигуреност със здравни професионалисти, но вътрешната миграция води до нарушаване на баланса в разпределението на здравната работна сила на територията на страната.

**Summary.** To study the awareness of the mobility policies as well as the intentions and motives for migration of Russian health professionals. Information was collected by conducting in-depth interviews with representatives of different professions in the field of healthcare. Russian health professionals are more informed about the mobility policies in other countries than in their own. Intentions for internal migration from villages to cities prevail. In external migration, the preferred destinations are Western European countries, and for short-term mobility – some African countries. The scale of emigration does not diminish the overall availability of health professionals, but the internal migration leads to imbalance in the distribution of the health workforce in the country's territory.

**Key words:** health professionals, mobility, emigration, internal migration

### Въведение

Проблемът за миграцията на здравните работници е особено актуален за държави с обширна територия, неравномерно развити и отдалечени региони, каквато е най-голямата страна в света – Руската Федерация. Съгласно нейната

Конституция наименованията “Руска Федерация” и “Русия” могат да се употребяват като равностойни [1].

След разпадането на Съветския съюз и обособяването на Русия като независима държава в края на 1991 г. свиването на традиционните производства води до намаляване на за-

<sup>1</sup> Доклад, изнесен на конференция “50 години Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването на МУ – Варна”, 30-31 май 2014 г.

етостта и доходите на населението. Финансовата криза през 1998 г. и ескалирането на глобалната икономическа криза през 2009 г. задълбочават икономическото разслоение. Влошаването на общите икономически показатели е съпътствано с редуциране на разходите за здравеопазване. Между 1991 г. и 1999 г. финансирането прогресивно намалява и е недостатъчно за посрещане на потребностите на здравния сектор. Покриват се само 53.4% от нуждите на здравните институции: 20.0% – за ново оборудване, 37.1% – за ремонтни дейности, 41.8% – за хигиенно-епидемиологични дейности и др. [5]. Финансирането се подобрява за кратко през 1993 г. с въвеждането на задължителното здравно осигуряване, но финансовата реформа в здравната система не постига очаквания успех и разходите за здравеопазване никога повече не достигат нивото от 1991 г. Разходите за здраве като процент от общите правителствени разходи намаляват в периода 1997-1999 г. с 1.2%, достигайки през 1999 г. своя минимум (9.3%). Нивото им от 1997 г. се възстановява едва през 2006 г. [6]. В резултат на недостатъчните ресурси редица здравни заведения, предимно в селските райони, са закрити.

От периода на здравното планиране по време на съветското управление Русия получава много голям брой здравен персонал, медицински учреждения и болнични легла [3]. Това богато наследство, заедно със запазената традиция за безплатно медицинско образование, позволява и в съвременните условия медицинската помощ да е лесно достъпна, а безработицата в здравния сектор да е ниска.

Преди 1991 г. въпреки ограниченията на съществуващата паспортна система, указваща учене и работа по местоживее, в страната има внушителна вътрешна миграция, подчинена на държавната политика за икономически растеж. Трудовата мобилност към индустриализиращите се градове, големите строежи и слаборазвитите райони се окуражава. С цел отдалечените места да се осигурят с квалифицирани специалисти (лекари, учители, инженери и др.), новозавършилите трябва да работят три години на административно разпоредено място ("по разпределение"). През 90-те години на XX век регионалните икономически стимули и административните механизми губят своята сила и вече не са фактор за задържане в труднодостъпни и климатично неблагоприятни зони [2]. Съгласно Конституцията днес всеки има правото да работи и живее според своя собствен избор [1].

Промените, главно през първата декада на прехода към пазарна икономика, обуславят нарастващи нагласи за вътрешна миграция на активното население, включително на здравните работници, от по-слабо развитите към по-богатите райони. Външната миграция отбелязва най-високи нива непосредствено след 1991 г. Отличителна черта на руската емиграция е т.нар. "изтичане на мозъци". Всеки пети, напуснал страната, е с висше образование [4]. От своя страна Русия е предпочитана дестинация от гражданите на бившите съветски републики, очакващи да получат в нея социалните придобивки, които са имали по време на общото им социалистическо минало.

## Цел

Цел на настоящата разработка е да се проучи информираността за политики за мобилност, както и нагласите и мотивите за миграция на руските здравни професионалисти.

## Материали и методи

Информацията е събрана чрез дълбочинни интервюта с представители на различни професии в сферата на здравеопазването в Русия. Методиката на провеждане на качествено проучване е съобразно утвърдения дизайн на проект „Мобилност на здравните професионалисти“, финансиран по Седма рамкова програма на Европейската комисия. Об-

хванати са по четирима практикуващи от петте основни здравни професии: лекари (работещи в болница, в извънболничната помощ и в санаториум към една от паралелните здравни системи – тази на Министерството на вътрешните работи), зъболекари (работещи в дентална клиника и прилежаващи собствен кабинет), фармацевти (работещи в аптека, фармацевтична компания и фармацевтичен склад), медицински сестри (работещи в болничната и в извънболничната помощ) и акушерки (работещи в болничната и в извънболничната помощ – женска консултация). В прицелните групи на лекарите, зъболекарите и фармацевтите са включени лица от двата пола, а групите на медицинските сестри и акушерките се състоят само от жени. Въпросите се отнасят до проблеми, общи за здравните работници и конкретни за отделните професионални съсловия.

## Резултати и обсъждане

Според интервюираните в страната съществува относителен недостиг на някои категории здравни работници в отделни здравни заведения и райони като резултат от вътрешната миграция. Формираният дефицит (основно на медицински сестри, общопрактикуващи лекари и тесни специалисти в извънболничната помощ) е малък и се компенсира от допълнителното натоварване на наличния персонал, като същевременно в други райони има свръхпредлагане на кадри. Ето защо специфични политики за набиране на здравни работници от други страни няма. Дългогодишната традиция за движение на здравните професионалисти от селата към градовете се основава на търсенето по-висок жизнен стандарт и по-добра технологична осигуреност на работните места. Новозавършилите избират да останат след дипломирането си в университетския град вместо да се върнат в своето населено място и да загубят социалните си контакти и комфорта на градската среда.

Причини за напускане на определени населени места на огромната руска територия са също транспортните затруднения и суровият климат.

Съществува известна мобилност от здравеопазването към други сектори на икономиката, както поради по-ниското заплащане, така и поради затрудненията в намиране на работа по предпочитаната специалност в големите градове. Нежеланието да се напусне града резултира в полагане на нееквалифициран труд или започване на ново обучение за придобиване на немедицинско образование (най-често икономическо или юридическо). Този тип мобилност е ясно изразен сред сестринското съсловие – медицинските сестри в страната са достатъчно, но ниското възнаграждение и липсата на възможност за кариерно израстване принуждават много от тях да сменят професията си и да се откажат от здравния сектор.

Мобилност от държавните към частните здравни заведения се наблюдава главно при зъболекарите. Тя се дължи на по-високите доходи, модерната апаратура и материали, и възможностите за извършване на разнообразни процедури в частните дентални кабинети. Нагласи за подобна мобилност имат и фармацевтите. Сред лекарите такава мобилност има само за някои специалности, като офталмология и кардиология.

Мнението, че външната миграция на здравни работници не е проблем за страната, е единодушно. Пикът на имиграцията е през 90-те години на XX век. Имигрантите, които в голямата си част са бивши съветски граждани, не променят качеството на медицинското обслужване, защото са висококвалифицирани специалисти, придобили професията си в същата унифицирана система на медицинско образование. Друга група имигранти с африкански и азиатски произход са завършили медицинското си образование в страната и са встъпили в брак с местни жители. Лекарите и фармацевтите от Индия и Китай се включват във фармацевтичния

бизнес или практикуват акупунктура и източни рехабилитационни техники в частни клиники. В наши дни имиграцията се оценява като пренебрежимо малка.

Мащабът на емиграцията е най-голям през 90-те години. С увеличаване на общото благосъстояние и икономическата стабилност, емиграционният поток намалява. Предпочитани дестинации са западноевропейските страни (от които най-желана е Германия), Израел, САЩ, Канада, Австралия, Нова Зеландия и страни с висок жизнен стандарт и недостиг на здравни работници, каквито са Обединените арабски емирства. Привличащи фактори в държавите приемници са условията за живеене и труд, модерните технологии, възможностите за научни изследвания, немаловажно е и наличието на рускоезични общности, които са солидна опора при културната адаптация.

Мнозинството от интервюираните никога не са възнамерявали да работят в чужбина, а малцината, които са обмисляли подобна възможност, не знаят как да го направят. Всеобщо е наблюдението, че местните власти имат твърде малка роля в мобилността на здравните професионалисти. Миграционните агенции в Русия са малко и не са достатъчно познати. Те са разположени в големите градове и набират лекари и медицински сестри главно за развиващи се страни в Азия и Африка: Непал, Йемен, Бангладеш, Пакистан, Ирак, Танзания и др. Офертите са за кратки периоди и невисоко възнаграждение, в което транспортните и жилищните разходи не са включени, но въпреки това някои африкански и азиатски страни са предпочитани дестинации в краткосрочен план. На фона на многобройната руска здравна работна сила миграционните агенции са почти незабележими и много здравни работници дори не знаят за тяхното съществуване. Услугите им не са популярни, защото предлаганите условия не са атрактивни. Руските здравни професионалисти са информирани в по-голяма степен за политиките за мобилност в други държави, отколкото в своята. Активните политики за набиране на здравен персонал в страните от Западна Европа и Северна Америка са добре известни, а паралелно с тях и правилата за признаване и приравняване на образователни и научни степени, както и условията за влизане, пребиваване, работа и гражданство в съответната страна.

Всички интервюирани, с изключение на зъболекарите, смятат своето и на съсловието си финансово възнаграждение за несъответстващо на полагаания труд. Същевременно удовлетвореността от професията и от признателността на пациентите е висока. Финансовата неудовлетвореност обаче не се възприема като императивна причина за търсене на повече материални блага в друга държава. Сигурността и подкрепата на познатата среда се смятат като по-важни от икономически привлекателното, но неопределено бъдеще. Затова някои биха отпътували за чужбина само ако получат конкретна оферта за работа, с ясно регламентирани задължения и съответстващи финансови приходи.

Основателна причина за емиграция на зъболекарите би била загубата на частния им стоматологичен бизнес в Русия. За младите неомъжени медицински сестри и акушерки единствен повод за емиграция би могъл да бъде брак с чужденец. Емиграцията се счита като по-добра опция за новозавършилите, отколкото за опитните здравни работници, които вече са си изградили професионална репутация. Модерният преход от традиционен брак към съжителство на семейни начала допълнително улеснява вземането на решение за живот в друга държава.

Основните бариери пред емиграцията могат да бъдат обобщени по следния начин: недостатъчно владение на чужди езици, непризнаване на дипломата в чужбина, необходимост от допълнителни изпити за признаване на професионалната квалификация, визов режим, липса на финансови средства за пътуване и настаняване в избраната държава, липса на информация как да се намери и как да се започне работа по специалността, нежелание за промяна в обичайния начин на живот, страх от неизвестността, опасения за трудна адаптация, а конкретно за зъболекарите – липса на начален капитал за стартиране на собствена дентална практика в чужбина.

Факторите, задържащи руските здравни работници в страната, са техните родители и деца, домът, обичта към родината, руската култура, приятелите, утвърденото професионално име и стабилното социално положение. Носталгията се посочва като доминираща причина за завръщане на емигрантите на родна земя.

Според интервюираните националната политика за мобилност трябва да гарантира на всички здравни работници по-високо възнаграждение и адекватна пенсия, подпомагане на новозавършилите с квартира и осигуряване на транспорт до работното място.

Улесняване на мобилността към други държави би могло да се постигне с договаряне на опростени процедури по признаване на дипломите, организиране на приравнителни квалификационни изпити в Русия и облекчаване на визовия режим.

## Изводи и заключения

Емиграцията и имиграцията не променят високата обща осигуреност със здравни професионалисти в Русия, качеството на медицинските услуги и способността на здравната система като цяло да отговори на здравните потребности на населението.

Вътрешната миграция води до нарушаване на баланса в разпределението на здравната работна сила на територията на страната и създава относителен недостиг главно в селските райони. Затрудненията в достъпа са по-забележими по отношение на денталната помощ, защото зъболекарите предпочитат да работят в собствени практики в големите градове.

Здравните работници се запознават детайлно с миграционните политики на други страни, когато имат реално намерение за промяна. Емиграцията се тълкува по-скоро като въпрос на манталитет, отколкото като реакция на непреодолими обстоятелства.

След началния период на интензивна емиграция, съвременните темпове на напускане на страната са стабилизиранни на ниско ниво. Задържащите фактори са свързани с чисто човешки ценности и желание за битова и професионална сигурност.

## Библиография

1. Конституция Российской Федерации; Российская Газета, 25.12.1993.
2. Ivakhnyuk I. The Russian migration policy and its impact on human development: ... Human Development Research Paper 2009/14. UNDP, 2009.
3. Rechel B, Dubois C-A, McKee M (Eds.). The health care workforce in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
4. Rybakovsky L, Ryazantsev S. International migration in the Russian Federation. Meeting on migration... NY, 2005; UN/POP/MIG/2005/11.
5. Stepanchikova N, Lakunina L, Tchervernina A. Socio-economic status of health care workers in the Russian Federation. ILO, Geneva, 2001, International Labour Office, 2001.
6. WHO Statistical Information System (<http://apps.who.int/whosis/data/>).

## Автори

Доц. Л. Георгиева, дм, Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването, МУ – Варна, e-mail: lorahg@abv.bg;

Анета Докова, Отдел по международно сътрудничество, Медицински университет – Варна;

Тодорка Костадинова, Катедра по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна;

Лъчезар Попов, Департамент по чуждоезиково обучение, комуникации и спорт, Медицински университет – Варна