

УДК 331.556:614.23/25(4)

ТЕНДЕНЦІЇ ТА НАСЛІДКИ МІГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ЄВРОПЕЙСЬКОМУ ПРОСТОРИ

*Т. М. Камінська, доктор економічних наук, професор
Національний університет
«Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*

Присвячено аналізу тенденцій, позитивних та негативних наслідків міграції медичних працівників на європейському ринку праці, узагальненню досвіду та висновкам для України.

Ключові слова: міграція, ринок праці, охорона здоров'я, європейська інтеграція.

Постановка проблеми. Процес лібералізації світового ринку праці є невідворотним. Він обумовлений глобалізацією і транснаціоналізацією ринків товарів, послуг, капіталу і праці. Медична праця не є винятком, і світ спостерігає її рух у різних напрямках, особливо у межах регіональних угруповань, зокрема ЄС — завдяки відносно тривалій історії спільного європейського ринку. При цьому лібералізація ринку праці — вельми суперечливий процес. З одного боку, це об'єктивна тенденція, яка є супутником фритрейдерства, вільної конкуренції, відкриття національних ринків і сприяє зростанню обсягів світового валового продукту, а з другого — тенденція відрізняється від економічного закону наявністю протидіючих чинників, які роблять закон відомою мірою декларативним. Серед них — нерівномірність економічного розвитку. У її умовах нівелювання всіх перешкод руху праці породжує проблеми для бідніших країн. Їм потрібен часовий лаг для економічного зростання і захист національного ринку праці, а це суперечить спільному європейському ринку. Необхідність аналізу тенденцій та наслідків міграції медичних працівників важлива для того, аби мінімізувати негативні екстерналії, скоротити ризики. В охороні здоров'я це особливо важливо, бо прямо стосується якості життя громадян.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В економічній літературі досить багато публікацій присвячено ринку праці та міжнародній міграції. Серед останніх виділяються роботи М. Ткаченко та Н. Іванова, які розглядають вплив на світовий ринок праці світової фінансово-економічної кризи, глобалізації,

транснаціоналізації та офшорингу [1; 3]. Проте вони не виокремлюють ринок медичної праці та міграцію медичних професіоналів. Європейські вчені-медики М. Висмар, А. Галан, І. Глінос, Д. Огниянова, В. Ольсавський та ін., навпаки, приділяють цьому питанню багато уваги, але їх публікації мають скоріше конкретно-описувальний характер, тобто науковий метод дослідження «від конкретного до абстрактного», від зовнішнього вияву до сутності майже не використовується [4; 7; 9]. Вітчизняні медики, представники громадських організацій та управлінці сконцентровані на внутрішніх проблемах розвитку національної охорони здоров'я, напрямках пропонованих реформ і міграцію згадують тоді, коли виникає питання про дефіцит українських кадрів, але системно її не досліджують.

Формулювання цілей. Тому мета статті — виявлення тенденцій, позитивних та негативних наслідків міграції медичних працівників на європейському ринку праці, узагальнення досвіду та висновки для України.

Виклад основного матеріалу. Ринок праці медичних професіоналів — це окремий сегмент світового ринку праці, який глобалізується під впливом лібералізації зовнішньої торгівлі. Її невідворотність розкрито ще у класичній теорії «порівняльних (відносних)» переваг Д. Рікардо, який розглядав працю як чинник конкурентоспроможності національної економіки на світовому ринку. Його погляди поділяли вітчизняні економісти кінця ХІХ ст. М. Бунге та І. Вернадський, потім — шведські економісти С. Хекшер і Б. Олін. Відповідно до класичної моделі кожна країна спеціалізується на виробництві тих товарів, за яких її трудові витрати порівняно низькі. Не випадково останні 30 років локомотивом глобальної перебудови світового ринку праці стали азійські країни. Але зараз, в умовах інноваційності економіки, дешева робоча сила не є вирішальним чинником. На порядок денний виходять особливі вимоги до якості людського потенціалу, похідними від яких є аналогічні вимоги до освіти та охорони здоров'я, а також до трудового потенціалу. Це зумовлює активну динаміку праці у світовій економіці взагалі та Європейському континенті зокрема.

Глобалізація прискорює цей процес, породжуючи новий зміст та новий об'єкт міжнародного руху праці. Транснаціоналізація капіталу та регіональних ринків праці сприяє потокам не тільки робочої сили, а й робочих місць. Офшоринг (міжнародний аутсорсинг) як форма контрактних відносин ТНК з іншими компаніями, передання їм певних функцій у виробництві дозволяє використовувати іноземну робочу силу без її традиційної міграції. Як бачимо, дешевша праця залишається у пріоритеті ТНК, але це інтелектуальна праця. Переміщення між країнами робочих місць, а не тільки мобільної робочої сили послужило причиною нових теоретичних узагальнень змісту

міжнародного ринку праці як наднаціонального утворення під впливом глобалізації [3, с. 52].

Проте система офшорингу діє перш за все у фінансовій сфері та промисловості. Але вона мало пригодна для охорони здоров'я. Особливості медичної послуги полягають у тому, що вона невід'ємна від виконавця, дуже індивідуальна та передбачає високу роль людського чинника у спілкуванні з хворою людиною. Репутація надавача послуг страждає від «браку» значно більше, ніж репутація продавця традиційного товару або програмного продукту. Локальність медичних послуг означає їх орієнтацію на обмежену аудиторію, їх експорт означає безпосереднє надання допомоги споживачеві. Медичні послуги складніше піддаються інтернаціоналізації, ніж товари або програмний продукт та інформаційні ноу-хау. Охорона здоров'я має більший територіальний вияв та втручання окремої держави, ніж інші сфери економіки. Мобільність медичних працівників означає саме мобільність робочої сили на відміну від мобільності робочих місць у системі аутсорсингу, який стрімко поширюється, особливо у сфері інноваційних розробок (зокрема, у межах ТНК), і пов'язаний із новітніми професіями.

Вивчення ринку медичної праці супроводжується складністю моніторингу для визначення основних трендів міграційного руху. Новітня, обширна та достовірна інформація майже відсутня. Особливо це стосується обчислення руху середнього медперсоналу, оскільки статистика від країни до країни суттєво різниться, причому неточності занадто великі. Проте навіть у тому разі, коли інформація щодо міграції існує, професії і кваліфікаційні індикатори мають великі коливання між європейськими країнами. Щоденну інформацію мають тільки декілька урядів. Багато країн-донорів використовують показник кількості наданих сертифікатів GGS_s (certificates of good standing), що надають право медпрацівникам працювати за кордоном. Але наміри, тобто потенційні можливості, виїзду з країни не дорівнюють фактичному руху. Наприклад, у передкризовий 2007 р. тільки 28 % отримувачів цих сертифікатів у Румунії дійсно емігрували [7, с. 10]. Тому насправді еміграція є меншою. З другого боку, вона може бути і більшою, тобто є сектори, де сертифікати не потребують, — допомога на дому.

Ось чому наразі доцільно говорити про виявлення проміжних тенденцій міграції медиків, а остаточні висновки ще попереду. Тим не менш уже відома така статистика: перевищення іноземними лікарями 10 % загального обсягу лікарів характерно для Бельгії, Португалії, Іспанії, Австрії, Норвегії, Швеції, Швейцарії, Словенії, Ірландії, Великої Британії, а іноземними медсестрами 10 % загального обсягу медсестер — Австрії, Ірландії, Італії, Великої Брита-

нії. Попит на мігрантів не є феноменом останніх років, але зараз він нарощується. Так, серед «новачків» на ринку медичних послуг, які отримали право працювати лікарями останнім часом, особливо велика питома вага у Великій Британії (42,6 %), Бельгії (25,3 %) Австрії (13,5 %), медичними сестрами — Італії (28 %), Великій Британії (14,7 %), Бельгії (19,3 %), дантистами — Австрії (40,8 %), Великій Британії (33,7 %), Бельгії (13,5 %), Угорщині (9,7 %). Тільки у Фінляндії з 2006 по 2008 р. 43,2 % нових ліцензій було надано стоматологам [9, с. 2].

У ЄС, крім глобалізації, діє ще безперечний чинник інтеграції, який на основі об'єднання національних економік в єдине ціле та їх узгодженого наднаціонального регулювання сприяє розвитку спільного ринку, вільному пересуванню товарів і працівників, наддержавному регулюванню цих процесів. Сприятливими умовами є усунення кордонів і відносна простота ухвалення рішень для медичного працівника країни ЄС, бо діє правова норма про взаємне визнання дипломів лікарів, медичних сестер, молодшого персоналу, фармацевтів. Ідеться про Директиву ЄС про професійне визнання дипломів (European Professional qualification directives) від 2005 р., яка охоплює всі 27 країн ЄС, а також Норвегію, Ісландію та Ліхтенштейн [6]. Тобто рух медичної праці здійснюється майже автоматично, відповідно до ринкових законів попиту і пропозиції. Міграції сприяють строката неоднорідність національних ринків праці, соціально-економічна диференціація медичних працівників різних країн. У червні 2011 р. Європейська комісія підготувала внески до цих Директив, оприлюднила їх як «Зелені папери» (Green Paper) — поки що це не документ прямої дії, а основа для подальшої дискусії [8]. Мета певної ревізії Директив — більший захист пацієнтів, суспільного здоров'я європейців в умовах спільного ринку медичної праці. Тобто мобільність медиків послідовно інституціоналізується, а поєднання вигод спільного ринку з вигодами наднаціонального регулювання робить медичну працю однією з наймобільніших у Європі.

Головні причини руху медичної праці мало відрізняються від причин міграції взагалі. Звичайно, це національні відмінності ціни праці. У Фінляндії лікарі загального профілю отримують у 6 разів більше, ніж в Естонії; у Франції — у 10 разів більше, ніж у Румунії [9, с. 3]. До речі, у Румунії під негативним впливом на охорону здоров'я фінансово-економічної кризи у 2010 р. на 25 % скоротилися заробітна плата і штатна кількість лікарів у медичних закладах [7, с. 11]. Але разом із ціновим чинником міграції суттєву роль відіграють також нецінові чинники — кращі умови та зміст медичної діяльності у приймаючій країні, новітні виробничий конвент і рівень технологій, можливості для підвищення кваліфікації і тривалої кар'єри, отримання нового професійного та особистого досвіду, задовільний соціальний статус.

У той же час особливість ринку медичної праці полягає у наявності деяких бар'єрів інституційного характеру, які, навпаки, стримують міграцію. На якість ефективного лікування значно впливають досконале знання мови, традицій поведінки, культурний контент, релігійний чинник. Наприклад, німецьких лікарів дуже часто приймають німецькомовні країни — Швейцарія та Австрія, представників Литви, Латвії, Естонії — Скандинавія. «Драйвером» ухвалення рішення відносно міграції можуть бути спільні традиції різних країн у медичній освіті та професійній практиці. Приваблюють мігрантів подібні формальні та неформальні правила економічної поведінки за кордоном та соціально-економічна структура країни. Так, найбільший рух іммігрантів-медиків до Німеччини з постсоціалістичних країн спостерігається до сходу країни.

Характерною рисою європейської міграції є асиметрія потоків між Сходом і Заходом, між 15 «старими» (ЄС-15) та 12 «новими» (ЄС-12) країнами, які приєдналися до Євросоюзу в 2004 та 2007 рр. Поширення ЄС надає нового імпульсу для мобільності медичної праці, хоча цей висновок існує лише як теоретичне припущення, бо насправді нові потоки є меншими за очікувані. Наприклад, найвищі темпи зростання іноземців-лікарів у Німеччині (приблизно 21 %) мали місце у 2003 р., коли попит на них значно збільшився, однак уряд ще продовжував проводити протекціоністську імміграційну політику щодо країн, які не є членами ЄС. Що стосується іноземного середнього і молодшого медичного персоналу, то його кількість навіть трохи зменшилася з 2003 по 2008 р. [4, с. 5]. Вступ до ЄС не призвів також до очікуваного зростання емігрантів-медиків із Литви. Їх кількість найбільше зросла лише у перший рік членства країни у ЄС: 357 (2,7 %) лікарів отримали від Міністерства охорони здоров'я сертифікати GGS_s. Ця цифра скоротилася вдвічі, до 186 (1,4 %), у наступному році і впала до 132 (0,9 %) у 2009 р. [5, с. 6]. Скоріше за все, свою роль відіграли світова фінансово-економічна криза та охолодження експорту-імпорту взагалі. Але це стосується оцінювання європейського ринку загалом. Проте між країнами існують відмінності у наслідках кризи для охорони здоров'я, що зумовлено ефективністю фіскальної і монетарної політики. Іноді державні бюджети і витрати на галузь скорочуються, іноді — ні. Вплив кризи зумовлено також рівнем постіндустріального розвитку. Н. Іванов підкреслює, що зайнятість у сфері послуг багатих європейських країн скоротилася менше, ніж у промисловості, а в освіті та охороні здоров'я — навіть зросла [1, с. 9]. Нерівномірність впливу кризи є додатковим підґрунтям для руху медпрацівників. Конкретно у Литві чинником зменшення отримувачів GGS_s останніми роками стало також поліпшення умов праці для них у самій литовській охо-

роні здоров'я, у тому числі за допомогою європейських фондів, і підвищення заробітної платні. Хоча показник потенційної еміграції медсестер повільно зростає [5, с. 6].

Якщо ж повернутися до асиметрії міграційних потоків, то на відміну від імміграції вона аж ніяк не стосується руху емігрантів: за їх кількістю ЄС-15 не дуже відрізняються від менш розвинених ЄС-12. Наприклад, Велика Британія і Німеччина є водночас і країнами-реципієнтами, і країнами-донорами. Чому лікарі виїжджають із цих країн? Унаслідок тривалої державної підтримки верхньої межі заробітної плати медичних працівників на відносно низькому рівні, що взагалі характерно для монопсонії (особливо у Національній системі охорони здоров'я Великої Британії), яка здійснює монополізацію з боку попиту на працю медичних працівників. Вони емігрують у США та Швейцарію, де переважає приватна медицина, тобто державна монопсонія на ринку праці відсутня, а заробітна плата значно вища [докладніше про це див.: 2]. Еміграція лікарів із найбільш розвинених країн призводить до стійкого структурного безробіття та «відкриття» ніш ринку праці для іммігрантів. Відповідно до даних Європейської комісії, до 2020 р. очікується дефіцит медичних працівників на рівні майже 1 млн [9, с. 3].

Однак для останніх заробітна плата у Великій Британії та Німеччині є привабливою, бо вона вище, ніж у бідніших країнах ЄС. Тому асиметрія потоків іммігрантів (звичайно, не на користь нових країн ЄС, які виступають донорами) кидається в очі. Не випадково пік еміграції з цих країн припав на період постсоціалістичної трансформації з кінця 1980-х рр. Наприклад, найвища питома вага іноземців із Боснії та Герцеговини, Хорватії, Сербії (тобто колишньої Югославії) у кількості медичних професіоналів Німеччини становила у 2003 р. [7, с. 10]. Зняття транскордонних бар'єрів та лібералізація європейського ринку праці посилюють асиметрію міграційних потоків.

У той же час, як відомо з основ економічної теорії, попит на чинники виробництва, зокрема медичну працю, є похідним від попиту на кінцевий продукт, а попит на медичні послуги постійно зростає. Ця тенденція у розвинених країнах має такі чинники: запровадження коштовних медичних технологій; асиметрія інформації для пацієнтів та продукування попиту на лікування самою пропозицією праці; агресивний маркетинг фармацевтичних компаній; старіння населення та поява нових хвороб. Останній чинник дуже змінює демографічний профіль пацієнтів і продукує появлення паралельного сегмента ринку медичної праці, пов'язаного з наглядом на дому за тяжко хворими людьми. У більшості випадків мігранти заповнюють саме цей сегмент, бо він

є непопулярним серед місцевого населення. Через це у країнах-реципієнтах співіснують різні сегменти ринку медичної праці: національний та іноземний, легальний та нелегальний. Імпорт дешевої робочої сили є вигідним для місцевих наймачів. Її часто розглядають і як певний амортизатор у випадку криз і безробіття.

Зростання попиту на медичні послуги призводить до прискореного зростання витрат на охорону здоров'я у багатьох європейських країнах. З метою їх стримування уряди пропонують реструктуризацію ринку медичних послуг, а саме скорочення лікарняного сегмента та збільшення первинної медицини і сімейних лікарів. Ця тенденція є дуже сталою і відображає поворот до економної профілактичної медицини. Сімейний лікар є не тільки медичним, а й активним економічним суб'єктом, який має певні права власності, самостійно ухвалює економічні рішення на мікрорівні та відповідає за них. Він змушений діяти раціонально, зіставляючи витрати і результати. Попит на них значно зростає, але пропозиція відстає від пропозиції праці узкопрофільних фахівців стаціонарів, бо тут спрацьовує інституційний чинник — асиметрія інформації про якість лікування і можливість призначення додаткових, зайвих процедур. Як наслідок, міграційний рух у розвинених країнах спрямовано в першу чергу на сегмент лікарів первинної медицини. Так, найбільша кількість заявок на отримання сертифікатів CGS у Румунії — від сімейних лікарів [7, с. 10].

Результатом вільної міграції є динамізм змін і раціоналізація європейського ринку медичної праці, зростання можливості для кваліфікованих фахівців знайти найкраще місце для самореалізації та отримання високих доходів, поєднання міжнаціональних професійних традицій і навичок, збагачення наукових медичних знань та практичного досвіду, обмін ними, посилення інформації та комунікацій. Водночас спільний європейський ринок супроводжують певні ризики: виникнення дефіциту кадрів або зміни у політиці зайнятості в одній країні швидко відкликаються на ринку праці іншої країни. Крім того, географічний перерозподіл європейського ринку медичної праці несе із собою протилежні наслідки для різних національних економік, і ось які.

Для країни-реципієнта позитивними наслідками є подальший людський розвиток, підтримка охорони здоров'я громадян та високої тривалості їх життя. Розв'язуються проблеми структурного безробіття серед медиків, заповнюються ніші незадоволених потреб у медичних послугах, особливо у первинній медицині. З метою залучення іноземців послаблюються бюрократичні перешкоди у регулюванні зайнятості. Але водночас змінюється мультикультурне середовище, у тому числі в системі охорони здоров'я, бо серед мігрантів-медиків багато вихідців із країн іншої релігії, з різними цінностями, етичними стандартами. Наприклад, у Німеччині — з Ірану, інших азійських країн

та Африки, у Великій Британії — з Індії, Філіппін, Південної Африки, Нігерії, Зімбабве, Нової Зеландії та островів Західної Індії. За певних умов це може призводити до зменшення безпеки пацієнтів.

Серед позитивних наслідків еміграції для країни-донора треба зазначити зростання трансфертних грошових переказів, які формують позитивне сальдо платіжного балансу країни. У разі тимчасової міграції, коли медики повертаються додому, велику роль відіграють здобуття ними зарубіжної освіти, переймання досвіду, традицій і стандартів іншої системи охорони здоров'я. Проте далеко не завжди мігранти повертаються. Це погіршує репродуктивний стан населення країн-донорів, оскільки серед емігрантів-медсестер та тих, хто наглядає за безнадійно хворими на дому, переважають жінки. Є випадки, коли вони стають жертвами торгівлі і насильства, втрачаючи свою свободу та зазнаючи фізичних загроз. У багатьох країнах легальних мігрантів не забезпечують пенсіями і не враховують при реалізації різного роду соціальних програм. Нелегальні ж працівники взагалі стикаються з відсутністю доступу до соціальної інфраструктури, освіти, кваліфікованих лікарів.

Завдяки еміграції національна економіка незворотно втрачає висококласних медичних фахівців, їх вкладення у підтримку суспільного здоров'я, витрати на освіту та підвищення кваліфікації. Прикладом цього є структурне безробіття у Литві — попит на фтизіатрів перевищував на початок 2009 р. пропозицію у 24 рази, хірургів та офтальмологів — у 3–10 разів [5, с. 6]. Його задовольняють у тому числі іммігранти з України. Щорічна втрата медичних працівників у первинній медицині, тривала нестача певних фахівців, зокрема з якісного управління медичним обладнанням, особливо у малих муніципальних лікарнях, неповна загрузка їх штатного розпису — це болюча проблема і для Румунії, яку невільно допомагають розв'язати медики з Молдови [7, с. 10].

Звернімо увагу на те, що найбільші негативні наслідки пов'язані саме з унікальними фахівцями. Специфіка ринку медичних послуг полягає у досить тривалому утриманні монопольного становища лікарів певної кваліфікації. Якщо для звичайного ринку монополістичної конкуренції майже не характерні бар'єри для входження нових економічних агентів, то на медичному ринку вони існують, бо тільки освіта лікарів займає до 10 років. Крім кваліфікації, надто високою є роль досвіду і таланту надавача медичних послуг, його природних здібностей, унікальної інтуїції та розуміння психології хворої людини. Це підтверджує практика не тільки постсоціалістичних країн, особливо Угорщини, Польщі, Естонії, Литви, а й Бельгії, де еміграція дитячих психіатрів призвела до їх дефіциту на внутрішньому ринку [5, с. 6]. Вибуття видатних професіоналів є дуже вразливим і надовго вносить розлад у функціонування

окремих сегментів національної охорони здоров'я, хоча їх кількість може бути відносно невеликою. Іноді цей розлад не виявляється на макроекономічному рівні, але дуже важливий для деяких регіонів або районних лікарень. Тому життєво важливі питання щодо відтоку мозків, доступності, якості та безпеки медичних послуг внесено до політичного порядку денного багатьох європейських країн. Саме з цієї причини у 2010 р. Всесвітня Асамблея охорони здоров'я ухвалила Кодекс діяльності міжнародних структур з набору медичного персоналу, який упроваджує етичні рекомендації і не пропонує «оголювати» країни, що стикнулися з дефіцитом медпрацівників.

Висновки. Наразі основними тенденціями міграції медичних працівників на європейському просторі є переважання мобільності медичних працівників над мобільністю робочих місць, мобільності праці середнього і молодшого персоналу над мобільністю праці лікарів, посилення асиметрії потоків між багатими і бідними країнами Європи, зростання попиту на сімейних лікарів порівняно з іншими лікарями. Інституціоналізація спільного ринку, поєднання вигод вільного руху робочої сили з вигодами наднаціонального регулювання робить медичну працю однією з наймобільніших у Європі.

Поширення ЄС поки що не стало чинником значного прискорення міграції ЄС-12 до ЄС-15 порівняно з періодом до 2004 р. та 2007 р. Існують інституційні бар'єри — культурне середовище, мова, традиції та етичний кодекс. З огляду на це євроінтеграційний вектор розвитку України відповідно до Конституції України, законів України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» та «Про основи національної безпеки України» є безпечнішим, ніж внутрішні негаразди, і перш за все — низька офіційна заробітна плата, падіння престижу праці, невідворотність пошуку неформальних доходів і тривога за майбутній стан, що пригнічує багатьох медиків, збуджує їх підтримувати зайві «зв'язки» із силовими структурами та фармацевтичними компаніями. Іншими негативними чинниками еміграції українських медичних працівників, які, до речі, «спрацьовують» і без участі в ЄС, є недосконале реформування охорони здоров'я, відсутність належних умов праці, її зайва інтенсивність, погіршення якості життя. Підготовка до євроінтеграції означає їх ретельний аналіз та усунення, а також ефективний менеджмент та моніторинг міграційних потоків.

Крім того, ураховуючи досвід Європи, треба забезпечити надання достовірної інформації, відкритої та об'єктивної статистики руху робочої сили на національному ринку медичної праці, зокрема чітких та зіставних з Європою даних про стан ринку середнього і молодшого персоналу. Необхідні також: реструктуризація ринку медичних послуг в Україні, збільшення лікарів пер-

винної медицини, реальна боротьба з тіньовою економікою на ринку праці, підвищення якості медичної освіти і економічних стимулів стримання на батьківщині медичних фахівців, програмування розвитку ринку медичної праці з урахуванням нових тенденцій — його фемінізації і зростання лікарів похилого віку, прогнозування і формування його стратегії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Иванов М. Мировой кризис и рынок труда / М. Иванов // Мировая экономика и междунар. отношения. — 2012. — № 11. — С. 3–17.
2. Камінська Т. М. Вади державної монополії на ринку медичної праці / Т. М. Камінська // Вісн. Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. Сер.: Економічна теорія та право. — 2011. — № 2 (5). — С. 77–89.
3. Ткаченко М. Глобальные вызовы для мирового рынка труда / М. Ткаченко // Мировая экономика и междунар. отношения. — 2012. — № 10. — С. 4–58.
4. A destination and a source country: Germany / D. Ognyanova, R. Busse // Euro Observer. — 2011. — Summer. — Vol. 13, № 2. — P. 5–6.
5. A source country: Lithuania / Z. Padaiga, M. Pukas, L. Sarkiene // Euro Observer. — 2011. — Summer. — Vol. 13, № 2. — P. 6–7.
6. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of the 7 September 2005 Official Journal of European Union. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF>
7. Emerging challenges after EU accession: Hrvatska / A. Galan, V. Olsavszky, C. Vladescu // Euro Observer. — 2011. — Summer. — Vol. 13, № 2. — P. 10–11.
8. Green Paper: Modernising the Professional Qualification Directive (COM (2011) 367 final). Brussels, 22 June 2011. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0367:FIN:en:PDF>
9. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries / M. Wismar, I. Glinos, G. Maier and other // Euro Observer. — 2011. — Summer. — Vol. 13, № 2. — P. 1–4.

ТЕНДЕНЦИИ И ПОСЛЕДСТВИЯ МИГРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ЕВРОПЕЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Каминская Т. М.

Посвящено тенденциям, позитивным и негативным последствиям миграции медицинских работников на европейском рынке труда, обобщению опыта и выводам для Украины.

Ключевые слова: миграция, рынок труда, европейская интеграция, здравоохранение.

TRENDS AND CONSEQUENCES OF THE MEDICAL PROFESSIONALS MIGRATION ON THE EUROPEAN AREA

Kaminska T. M.

The article is covering a trends, positive and negative consequences of the medical professional's migration on the European labour market and experience generalization and tasks for Ukraine.

Kew words: *migration, labour market, European integration, health care.*

УДК 336.71

МОДЕРНІЗАЦІЯ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ В УКРАЇНІ

*Л. В. Нечипорук, доктор економічних наук, доцент
Національний університет
«Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*

Визначено, що поєднання інверсійного типу формування страхового захисту та глобалізаційних процесів зумовило зміст і форми його деформацій, що виявилось в операціях псевдостраховування та зумовило напрями модернізації соціального захисту шляхом поступової відмови від непосильних соціальних гарантій та впровадження соціального страхування.

Ключові слова: *страховий захист, інверсійна трансформація, соціальне страхування.*

Постановка проблеми. Модернізація страхового захисту в Україні відбувається в умовах формування соціальної держави, на що накладають відбиток як інверсійний характер ринкових трансформацій, так і процеси глобалізації економіки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За висновками вітчизняних науковців, до основних напрямів «діяльності сучасної соціальної держави включають: заходи із заохочення економічного зростання (стимулювання попиту на ринку праці, політика цін і доходів тощо); перерозподіл національного доходу на користь соціально вразливих верств (за ознакою віку — молодь та пенсіонери, за ознакою статі — жінки, за ознакою фізичних вад — інваліди тощо); розвиток доступних для всіх охорони здоров'я, освіти, культури. При цьому обсяг соціальної допомоги має бути виваженим, бо надмірна соціальна допомога призводить до завищених очікувань, зниження мотивації до праці та розвитку психології соціального утриманства» [1].