

ОБОБЩАЮЩИЙ ДОКЛАД СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ №43

**Связанные с миграцией аспекты общественного
здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии
здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе**

Judit Simon | Noemi Kiss | Agata Łaszewska | Susanne Mayer



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Сеть фактических данных в отношении здоровья

СФДЗ – Сеть фактических данных в отношении здоровья – это информационная служба, предназначенная для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, основанная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ. Она представляет собой единую точку доступа к наилучшим имеющимся фактическим данным и информации общественного здравоохранения.

СФДЗ предоставляет:

- ответы в поддержку процессов по принятию решений: в новейших кратких отчетах освещаются известные факты, указывается на недостатки в области фактических данных и информации, а также подчеркиваются основные сферы обсуждения, в том числе тенденции и стратегические варианты;
- легкий доступ к фактическим данным и информации с ряда веб-сайтов, баз данных, документов и экспертных сетей: данные ресурсы тщательно отбираются, приводится описание их главных тем и содержания.

Фактические данные в СФДЗ включают результаты исследований и другую важную информацию, актуальную для принятия решений в секторе общественного здравоохранения. Результаты исследований включают в себя, например, результаты рандомизированных контролируемых испытаний и систематических обзоров. Остальная важная информация поступает из анализов конкретных ситуаций, докладов, опыта и наблюдательных исследований. В СФДЗ фактические данные интерпретируются с учетом контекста, принимая во внимание, что эффективные для одной страны меры могут оказаться неэффективными в другой.

СФДЗ поручает экспертам проводить исследования и находить ответы на избранные вопросы, полученные со стороны лиц, ответственных за принятие решений, со всего Европейского региона ВОЗ. Эти ответы основываются на фактических данных, проходят коллегиальный обзор и периодически обновляются. СФДЗ работает в сотрудничестве с агентствами и организациями всего Европейского региона, в том числе с Европейской комиссией и учреждениями системы ООН.

СФДЗ и проект ВОЗ «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе»

На пятом совещании Европейского консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения ВОЗ (ЕАСНР), прошедшего 7-8 июля 2014 г., члены совета пришли к соглашению сформировать подкомитет по вопросам миграции и здоровья с целью проведения обзора стратегических основ проекта «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе» (PHAME). ЕАСНР порекомендовал Секретариату заказать составление трех обобщающих докладов СФДЗ, посвященных проблемам трех отдельных групп мигрантов: недокументированные мигранты, трудовые мигранты, а также беженцы и лица, ищущие убежища.

Таким образом, настоящий обобщающий доклад СФДЗ является результатом совместных усилий двух отделений Европейского регионального бюро, а именно проекта PHAME, осуществляемого Отделом политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия, а также подразделения фактических данных и информации для принятия решений Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций.

Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №43

Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе

Judit Simon | Noemi Kiss | Agata Łaszewska | Susanne Mayer

Аннотация

В данном докладе обобщаются результаты обзора стратегий и мероприятий по улучшению доступа к медицинской помощи и качества ее предоставления трудовым мигрантам в Европейском регионе ВОЗ. На основе систематического обзора литературы в MEDLINE, Embase, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), EconLit, Social Sciences Citation Index, а также неиндексированных в медицинских базах данных исследований, опубликованных на английском языке в период с 2005 по 2015 гг., было определено 33 актуальных исследований. Шестнадцать исследований были посвящены конкретным стратегиям или мероприятиям для трудовых мигрантов и включали информацию о том, оказались ли они успешными или нет, 17 исследований плюс два дополнительных исследования включали рекомендации по передовой практике для будущего процесса выработки политики. Результаты исследований указывают на существование других препятствий, кроме юридических, мешающих трудовым мигрантам в полной мере пользоваться услугами здравоохранения, а также подчеркивают, кроме всего прочего, роль правового статуса, высокого социально-экономического положения, медицинской страховки, профсоюзов и безопасных условий труда. К числу других важных факторов, которые могут содействовать снижению уровня неравенства в отношении трудовых мигрантов, относится необходимость принятия межсекторального подхода различными правительственными отделениями и развития трансграничного сотрудничества.

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE, EVIDENCE-BASED HEALTH CARE, HEALTH POLICY, MIGRANT WORKERS, SOCIOECONOMIC FACTORS

Совет для цитирования

Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №43).

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISSN 2227-4316

ISBN 978 92 890 5121 7

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| ▶ Условные сокращения | iv |
| ▶ Соавторы | v |
| ▶ Предисловие..... | vii |
| ▶ Резюме..... | ix |
| ▶ 1. Введение | 1 |
| ▶ 1.1. История вопроса..... | 1 |
| ▶ 1.2. Методология | 2 |
| ▶ 2. Результаты..... | 4 |
| ▶ 2.1. Трудовые мигранты в Европейском регионе ВОЗ..... | 4 |
| ▶ 2.2. Состояние здоровья..... | 6 |
| ▶ 2.3. Препятствия в получении услуг здравоохранения..... | 7 |
| ▶ 2.4. Стратегии и мероприятия, направленные на защиту здоровья трудовых мигрантов | 9 |
| ▶ 3. Обсуждение | 22 |
| ▶ 3.1. Сильные и слабые стороны обзора..... | 22 |
| ▶ 3.2. Варианты и значение стратегий..... | 23 |
| ▶ 4. Выводы..... | 26 |
| ▶ Библиография..... | 27 |
| ▶ Приложение 1. Стратегия поиска | 33 |
| ▶ Приложение 2. Определения термина «трудовые мигранты» | 38 |
| ▶ Приложение 3. Варианты стратегий/мероприятий, посвященных теме трудовых мигрантов в Европейском регионе ВОЗ..... | 40 |

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|------------|---|
| ASSIA | Индексы и рефераты прикладной социологии |
| EACHR | Европейский консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения |
| EconLit | Электронная библиография Американской экономической ассоциации |
| ЕС | Европейский союз |
| MOT | Международная организация труда |
| MOM | Международная организация по миграции |
| НПО | Неправительственная организация |
| ОЭСР | Организация экономического сотрудничества и развития |
| PRISMA | Проект «Прозрачные отчеты о систематических обзорах и мета-анализах» |
| PROMeTHEUS | Проект «Изучение мобильности медицинских работников в Европейском союзе» |
| СФДЗ | Сеть фактических данных в отношении здоровья |
| SONIE | Оценка воздействия структурных стратегий на неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также содействие переменам |
| TRAIN | Проект «По пути в Россию: профилактика СПИДа среди новоприбывших» |



СОАВТОРЫ

Авторы

Judit Simon

Профессор экономики здравоохранения, глава факультета экономики здравоохранения, Центр общественного здравоохранения, Медицинский университет Вены, Вена (Австрия)

Noemi Kiss

Научный сотрудник факультета экономики здравоохранения, Центр общественного здравоохранения, Медицинский университет Вены, Вена (Австрия)

Agata Łaszewska

Научный сотрудник факультета экономики здравоохранения, Центр общественного здравоохранения, Медицинский университет Вены, Вена (Австрия)

Susanne Mayer

Старший научный сотрудник факультета экономики здравоохранения, Центр общественного здравоохранения, Медицинский университет Вены, Вена (Австрия)

Независимые рецензенты

Allan Krasnik

Профессор, Копенгагенский университет, факультет наук о здоровье человека, Датский научно-исследовательский центр по вопросам миграции, этничности и здоровья, Копенгаген (Дания)

Giovanni Pacini

Старший научный сотрудник, Институт нейронаук, Национальный научно-исследовательский совет, Падуя (Италия)

Группа проекта «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения» (PHAME)

Santino Severoni, координатор

Rita Sá Machado

Rocío Zurriaga-Carda

Matteo Dembech

Sara Barragán-Montes

Grace M. Lassiter

Kate Langley

Группа PHAME входит в состав Европейского офиса по инвестициям в здоровье и развитие при Отделе политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия Европейского регионального бюро ВОЗ.

Редакционная коллегия Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)

Claudia Stein, директор

Tim Nguyen, исполнительный редактор

Ryoko Takahashi, редактор серии

Jane Ward, редактор-корректор

Редакционная коллегия СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Обобщающие доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.



ПРЕДИСЛОВИЕ

Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Миграция является одной из высокоприоритетных тем стратегической повестки дня большинства государств-членов Европейского региона ВОЗ. Для работы в этом приоритетном направлении Европейское региональное бюро ВОЗ в 2012 г. основало проект «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения» (PHAME).

Основными факторами, приводящими к росту уровня миграции, являются природные и антропогенные катастрофы, в том числе социальная, экономическая и политическая нестабильность.

Проблемы, окружающие понятия здоровья и миграции, имеют большое значение по ряду основных причин. Они связаны не только с этическими последствиями неравного доступа к услугам здравоохранения, но и с (предотвратимыми) затратами систем здравоохранения и общества в целом. В результате этого решение проблем здоровья и миграции не только является этическим императивом, но и выступает в качестве прямых и косвенных стимулов, таких как более крепкое здоровье, социальная сплоченность, экономическая устойчивость и политическое сотрудничество.

Отсутствие единого пакета имеющихся данных и значительные разбежки среди разных стран затрудняют выявление общерегиональных закономерностей и тенденций. Европейскому региону присущи как большое разнообразие природных условий, так и крайне неоднородная география населения. В результате в Регионе сложились весьма сложные миграционные тенденции, а различия между странами в качестве данных и методах их сбора усугубляют проблемы, связанные с любыми попытками охарактеризовать их. Более того, сбор и анализ данных требует сотрудничества между странами происхождения, транзита и конечного направления мигрантов, т.е. взаимодействия, выходящего за границы Европейского региона.

Основанные на фактических данных меры общественного здравоохранения по смягчению негативного воздействия миграции на здоровье могли бы спасти значительное число человеческих жизней, облегчить страдания и предотвратить ухудшение состояния здоровья людей. Они также могут сыграть важную роль в эффективном решении проблемы растущих затрат на медицинское обслуживание и в предотвращении или смягчении негативного влияния миграции на системы здравоохранения и общество. Тем не менее, недостаточные знания в различных областях затрудняют работу по повышению эффективности планирования и осуществления результативных стратегий в области миграции и здоровья. Таким образом,

прочная многодисциплинарная база научных знаний является важнейшей основой для расширения практик общественного здравоохранения и разработки стратегий.

На своем пятом совещании в июле 2014 г. Европейский консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения (EACHR) принял решение сформировать подкомитет по вопросам миграции и здоровья с целью проведения обзора стратегических основ проекта PHAME. EACHR порекомендовал Секретариату поручить подготовить три обобщающих доклада Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ), посвященных проблемам трех отдельных групп мигрантов: недокументированные мигранты, трудовые мигранты, а также беженцы и лица, ищущие убежища. Подкомитет пришел к выводу о том, что обобщение и сведение воедино существующих фактических данных было бы более полезно для лиц, вырабатывающих политику, чем проведение нового исследования.

Это один из трех подготовленных по поручению Секретариата докладов, посвященных вопросам доступности и предоставления медицинской помощи мигрантам. Доклады создадут основу для определения других аспектов темы здоровья и миграции, для которых может понадобиться проведение дополнительных исследований и сбора фактических данных, а также для разработки основанных на фактических данных стратегий и новых подходов по укреплению здоровья мигрантов.



РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Трудовые мигранты относятся к одной из важных подгрупп международных мигрантов. В 2010 г. трудовые мигранты составили 7,2–9,5% от общего населения Бельгии, Германии, Греции, Испании, Соединенного Королевства, а в 2005 г. в Российской Федерации число трудовых мигрантов составляло около 7–9 млн. человек. При таком огромном масштабе трудовой миграции особенно важной становится проблема предоставления услуг здравоохранения данной категории населения в Европейском регионе ВОЗ. Настоящий доклад посвящен главным образом трудовым мигрантам, независимо от их юридического статуса, будь то занимающиеся поиском работы или работающие в принимающей стране лица, а также лица, которые ранее работали или занимались поиском работы, но в настоящее время не могут продолжить или найти работу и остаться в принимающей стране.

Обобщающий вопрос

Путем проведения систематического обзора литературы на английском языке авторы доклада стремились ответить на следующий вопрос: «Какие стратегии и мероприятия содействуют улучшению доступа к услугам здравоохранения для трудовых мигрантов в Европейском регионе?»

Виды фактических данных

Фактические данные были получены из систематического обзора литературы и поиска неиндексированных в медицинских базах данных научных исследований, опубликованных на английском языке в период между 2005 и 2015 гг. Из 33 найденных исследований, 16 были посвящены конкретным стратегиям или мероприятиям, нацеленным на трудовых мигрантов, и 17 включали рекомендации о передовой практике. Исследования по изучению вопросов несправедливости в отношении здоровья в секторе здравоохранения в основном были направлены на стратегии и мероприятия по борьбе с ИППП и другими заболеваниями или развитие у медицинского персонала способности понимать нужды мигрантов. Авторы многих посвященных данной теме исследований изучали данный вопрос с точки зрения трудового или юридического секторов и не рассматривали роль исключительно сектора здравоохранения в усугублении неравенств в доступности и предоставлении медицинской помощи.

Результаты

В нормотворческой деятельности для снижения неравенства в доступности и качестве медицинской помощи для трудовых мигрантов учитывались такие факторы, как юридический статус, высокое социально-экономическое положение, доступ к медицинской страховке, членство в профсоюзах и безопасные условия труда. Право на доступ к медицинской помощи необязательно означает равенство доступа. Кроме юридических барьеров, препятствующих полному использованию услуг здравоохранения, были выделены и другие (напр., языковой и коммуникационный барьер, отсутствие информации).

Многие стратегии по снижению неравенства в области доступности и качества медицинской помощи для трудовых мигрантов касаются сектора труда, в котором работают мигранты, или иммиграционных законов, изначально дающих им право доступа. Это подчеркивает необходимость установления сотрудничества между различными государственными секторами. Неправительственные организации (НПО) играют, по всей видимости, основную роль в предоставлении медицинских услуг, особенно таким социально отчужденным трудовым мигрантам, как работники секс-бизнеса.

Стратегические соображения

Использование широкого определения термина «трудовые мигранты» может помочь лицам, вырабатывающим политику, лучше понять гетерогенный характер данной категории населения. Разработка эффективных стратегий в области здравоохранения для трудовых мигрантов может потребовать межсекторального подхода среди различных правительственных отделений как внутри одной страны, так и между различными странами. Основные направления дальнейших исследований для оказания поддержки процессу принятия решений, основанному на фактических данных, в данной области включают:

- анализ того, в какой степени медицинские потребности трудовых мигрантов учитываются в общих миграционных стратегиях;
- сведение воедино информации о стратегиях и мероприятиях из различных стран; и
- создание надлежащей структуры для оценки эффективности стратегий, связанных с трудовыми мигрантами.

Варианты стратегий, основанные на рассмотренных здесь фактических данных, включают:

- улучшение коммуникационных возможностей путем оказания поддержки в изучении языка, предоставления информации на родном языке мигрантов и развития навыков восприятия этнического разнообразия среди медицинских и социальных работников;
- предоставление услуг здравоохранения вблизи места работы или проживания для улучшения их доступности; и
- использование социальных сетей для распространения информации среди трудовых мигрантов по конкретным интересующим их вопросам (напр., инфекции, передающиеся половым путем), а также о способах обращения за услугами здравоохранения.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. История вопроса

Миграция считается одной из главных социальных, политических и здравоохранительных проблем в Европейском регионе ВОЗ. В период с 1990 по 2013 гг. число международных мигрантов во всем мире выросло более чем на 77 млн., а Европа имела одни из самых высоких показателей роста числа международных мигрантов **(1)**. В 2013 г. в Российской Федерации проживали 12,3 млн. международных мигрантов. Эта страна занимает первое место по числу иммигрантов в Европейском регионе ВОЗ и второе в мире после США. Согласно резолюции 61/17 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2008 г., государства-члены должны сосредоточить внимание на обеспечении равного доступа к услугам по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и уходу для мигрантов **(2)**.

Трудовые мигранты являются подгруппой мигрантов, но всеобщего консенсуса относительно определения этого понятия не было достигнуто. В существующей практике термины «трудовая миграция» и «трудовые мигранты» могут ссылаться на мотивацию к миграции, юридический/визовый статус или статус занятости мигранта. Определения также различаются в зависимости от того, проживает ли мигрант временно или постоянно в принимающей стране, или же ездит в принимающую страну на работу, а проживает в стране происхождения. На практике некоторые трудовые мигранты могут иметь вид на жительство и разрешение на работу, в то время как другие могут иметь только вид на жительство или разрешение на работу или не иметь ничего из вышеперечисленного. Мигранты без надлежащих документов могут избегать обращения за медицинской помощью из-за боязни депортации. Рабочее определение понятия «трудовые мигранты» в настоящем докладе следующее: группа населения, живущая в неродной стране или регионе, которая занимается поиском работы, работает в принимающей стране или ранее занималась поиском или работала, но в настоящее время не может продолжать работу и оставаться в принимающей стране. Хотя в настоящее время не существует достоверных оценок о точной доле трудовых мигрантов в общем числе мигрантов в Европейском регионе ВОЗ, можно предположить, что трудовые мигранты составляют примерно 50% в зависимости от определения этого понятия и метода подсчета **(3)**. Ожидается, что тенденции к росту в области трудовой миграции сохранятся в последующие десятилетия, поэтому вопрос предоставления услуг здравоохранения данной группе населения приобретет еще большую значимость.

1.1.1. Положительные последствия трудовой миграции

Международное движение рабочих дает много преимуществ как принимающей стране, так и стране происхождения. Принимающая страна получает выгоду благодаря возможности снизить нехватку рабочей силы, импорту квалифицированных специалистов, вкладу в экономический рост, участию в схемах налогообложения и социального обеспечения **(4,5)**. Приток трудовых мигрантов работоспособного

возраста предоставляет демографическую поддержку для стареющего общества большинства принимающих стран и помогает компенсировать ожидаемый спад численности рабочей силы (5).

Страна происхождения также может выиграть от трудовой миграции, например, путем снижения давления безработицы (6); благодаря денежным переводам оставшимся дома семьям (7), что также содействует экономическому росту при повышении внутренних уровней потребления; а также благодаря увеличению притоков инвестиций, торговли (8) и вкладов. Правительства обеих сторон все чаще признают важность трудовой миграции, предоставляя законодательные механизмы и разрабатывая новые стратегии для управления трудовой мобильностью и максимизации позитивных последствий (6).

1.2. Методология

1.2.1. Источники обзора

Литературные источники были найдены в результате поиска на таких платформах, как MEDLINE, Embase, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA) (Индексы и рефераты прикладной социологии), EconLit и Social Sciences Citation Index (Индекс цитируемости прикладной социологии). Авторы доклада также просмотрели веб-сайты следующих организаций с целью найти неиндексированную в медицинских базах данных литературу: Международная организация по миграции (МОМ); Международная организация труда (МОТ); Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев и Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН; Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); Институт миграционной политики; Центр исследований по вопросам гигиены труда; Генеральный директорат по миграции и внутренним делам Европейской комиссии; Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and their Social Determinants, and Fostering Change (SOPHIE) (Оценка воздействия структурных стратегий на неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также содействие переменам); Индекс политики по интеграции мигрантов; Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР); Европейская ассоциация общественного здравоохранения; Европейская обсерватория.

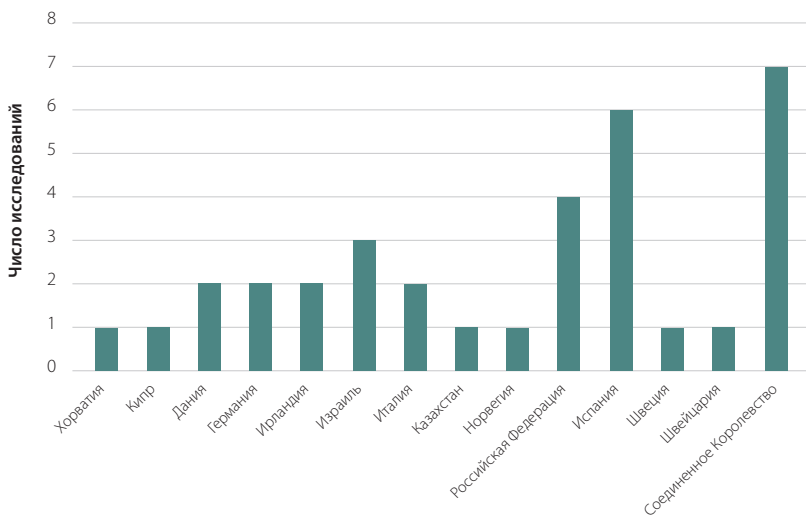
1.2.2. Извлечение данных

В обзор включались исследования, опубликованные в период между 2005 и 2015 гг., а также касающиеся мигрантов как минимум в одном государстве-члене Европейского региона ВОЗ. Исследования не включались на основании predetermined критериев исключения: статьи должны быть на английском языке, должны иметь отношение к вопросам здоровья конкретно трудовых мигрантов, в них должны упоминаться связанные со здоровьем стратегии или мероприятия.

В приложении 1 приведена последовательность исследований, найденных в результате поиска и рассмотренных в диаграмме PRISMA (9).

В результате систематического обзора литературы было выделено 2529 исследований после удаления дубликатов. После скрининга были использованы 33 исследования: 16 исследований по конкретным стратегиям или мероприятиям для трудовых мигрантов, а также 17 исследований, в которых упоминались или предлагались стратегии, которые можно или необходимо внедрить исходя из состояния здоровья или неудовлетворенных в настоящее время медицинских потребностей трудовых мигрантов, усугубляющих неравенство. На рис. 1 показано распределение стран-реципиентов, включенных в рассмотренные исследования.

Рис. 1. Страны, представленные в обзоре литературы



Пятнадцать исследований охватывали вопросы как мигрантов, имеющих соответствующие документы, так и мигрантов, не имеющих таких документов (10–24); 13 исследований были посвящены только трудовым мигрантам, имеющим соответствующие документы (25–37), два исследования были посвящены трудовым мигрантам, не имеющим соответствующих документов (38,39) характер трех исследований был неясен (40–42).

2. РЕЗУЛЬТАТЫ

2.1. Трудовые мигранты в Европейском регионе ВОЗ

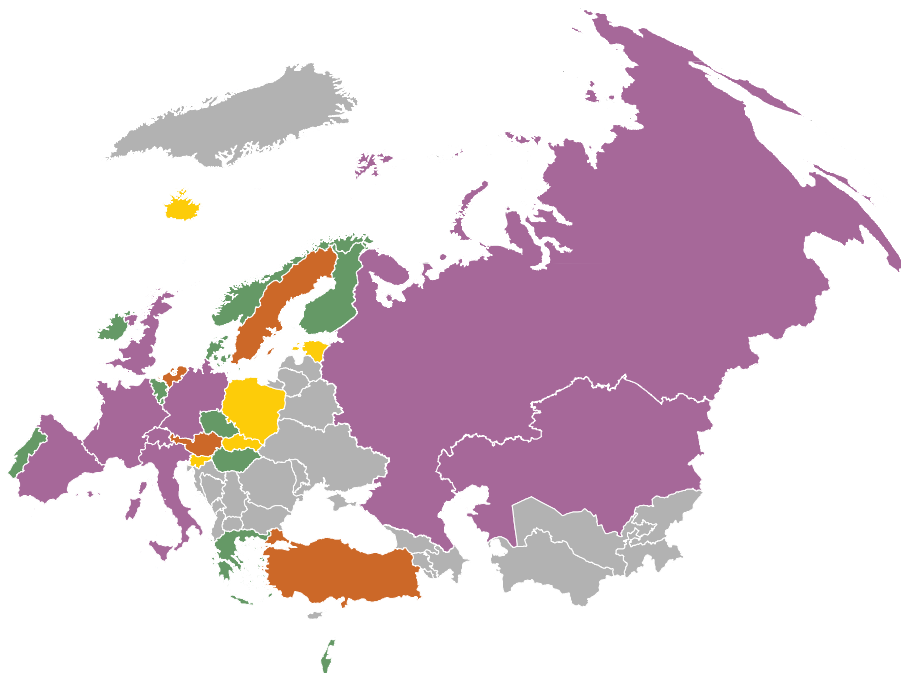
В то время как многие трудовые мигранты легально проживают на территории принимающей их страны, некоторые могут работать без контракта, без официального признания работодателями в качестве работников или без разрешения на работу (напр., студенты) **(6)**. (Обзор определений понятия «трудовые мигранты» основными международными организациями приводится в приложении 2).

Независимо от пути миграции и юридического статуса, конечной целью мигрантов является выход на рынок труда и улучшение своего уровня жизни и условий жизни для семьи **(43,44)**. Работа может содействовать социальному включению мигрантов путем их приобщения к местной культуре и таким процессам, как изучение языка, а также путем предоставления систем поддержки, таких как профсоюзы и медицинская страховка. Немаловажно и то, что работа может содействовать повышению социально-экономического статуса мигранта, влияющего на состояние здоровья и доступ к медицинской помощи. Но трудовые мигранты могут также подвергаться дискриминации на рабочем месте, характеризующейся расизмом, эксплуатацией, психосоциальными проблемами и опасными условиями труда **(45)**. Эти факторы могли бы содействовать расширению неравенства между трудовыми мигрантами и местным населением. Поэтому сектор труда может выступить в качестве центральной арены для борьбы с неравенством в отношении здоровья.

Трудовые мигранты могут быть временными или постоянными, располагающими надлежащими документами или нет, и если они обладают надлежащими документами, то могут иметь любой вид юридического статуса. Необходимо отметить, что вопросы юридического статуса и продолжительности миграции могут быть очень важными факторами, которые необходимо учитывать при разработке стратегий.

В настоящее время неясно, какова доля трудовых мигрантов в общем числе мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Оценочные данные, основанные на юридическом статусе занятости, позволяют предположить, что приблизительно половина всех мигрантов является трудовыми мигрантами **(3)**. В 2007 г. пять государств-членов Европейского союза (ЕС) с самой высокой долей трудовых мигрантов в общем числе рабочего населения были Бельгия (9,5%), Германия (9,4%), Испания (9%), Греция (7,5%) и Соединенное Королевство (7,2%). На основании просчитанных оценочных данных, имеющихся по отдельным странам Европейского региона ВОЗ, в 2013 г. самое высокое число трудовых мигрантов было зарегистрировано в Германии (5,5 млн.), Соединенном Королевстве (4,1 млн.), Франции (3 млн.), Италии (2,7 млн.), Испании (2,6 млн.) и Швейцарии (1,4 млн.) (рис. 2) **(1,46)**. В некоторых странах отмечался постоянный приток трудовых мигрантов (напр., в Германии в период между 1998 и 2007 гг.), в то время как в других странах (напр., в Испании) было отмечено резкое увеличение потоков трудовых мигрантов с 1998 г. **(3)**.

Рис. 2. Оценочное число трудовых мигрантов в Европейском регионе ВОЗ в 2013 г.



| Страна | Оценочное число трудовых мигрантов | > 10 000 000 | 5 000 001–10 000 000 | 1 000 001–5 000 000 | 0–1 000 000 | Данные отсутствуют |
|-------------------------|------------------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|--------------------|
| Российская Федерация | 7 000 000–9 000 000 (3) | Нидерланды | 973 000 | Чешская Республика | 252 000 | |
| Германия | 5 400 000 | Швеция | 708 000 | Венгрия | 225 000 | |
| Соединенное Королевство | 4 100 000 | Австрия | 681 000 | Израиль | 178 000 (13) | |
| Франция | 3 040 000 | Турция | 605 000 | Финляндия | 147 000 | |
| Италия | 2 700 000 | Португалия | 454 000 | Люксембург | 130 000 | |
| Казахстан | 500 000–2 500 000 (12) | Бельгия | 438 000 | Словения | 110 000 | |
| Испания | 2 600 000 | Норвегия | 383 000 | Эстония | 86 000 | |
| Швейцария | 1 400 000 | Греция | 358 000 | Польша | 77 000 | |
| | | Ирландия | 350 000 | Словакия | 56 000 | |
| | | Дания | 282 000 | Исландия | 18 000 | |

Примечание: Авторы рассчитали число трудоустроенных международных мигрантов в Европе в 2013 г. на основе данных Организации Объединенных Наций и ОЭСР. Данные были рассчитаны путем умножения числа иммигрантов иностранного происхождения в возрасте от 20 до 64 лет на показатель занятости лиц иностранного происхождения в возрасте от 15 до 64 лет. Хотя данный метод имеет ограничения в том, что касается совпадения данных и невозможности учесть число мигрантов, работающих неофициально и непостоянно, или живущих без документов, он направлен на предоставление общих оценочных данных, чтобы получить представление о масштабе трудовой миграции в Европейском регионе.

Источники: ООН, 2013 г. (1); ОЭСР, 2013 г. (46).

Несмотря на неопределенность в области толкования понятия мигрантов и их числа, в международной литературе выражается общий консенсус относительно того, что трудовая миграция сохранит тенденции роста в последующих десятилетиях. Это связано с разными возможностями трудоустройства, уровнями жизни и социальными услугами в принимающей стране и стране происхождения, расширением знаний и доступа к информации об условиях жизни и возможностях трудоустройства в принимающей стране, а также с установленными между разными странами связями, основанными на семейных отношениях, культуре и истории (6).

2.2. Состояние здоровья

Фактические данные указывают на то, что статус иностранных граждан, юридический статус (наличие или отсутствие надлежащих документов), статус занятости и социально-экономическое положение в равной степени влияют на здоровье и уровень жизни мигрантов (47–49). Согласно фактическим данным, отсутствие или неэффективность соответствующих стратегий из-за дискриминации или низкого социально-экономического положения могут привести к стремительному ухудшению состояния здоровья мигрантов (50). Охват медицинским страхованием мигрантов, не обладающих надлежащими документами, ограничен, но даже лица, имеющие право на медицинскую страховку, пользуются ею в недостаточной степени (49).

Существуют определенные связанные с работой факторы, влияющие на здоровье трудовых мигрантов. Те, у кого нет надлежащих документов, зачастую вступают в неофициальные трудовые договоренности, таким образом, лишаясь медицинского или социального страхования. Трудовые мигранты зачастую продолжают работать, несмотря на болезнь, что может усугубить инфекции или продлить продолжительность болезни (3,12,28). К числу факторов, влияющих на состояние здоровья трудовых мигрантов, относятся плохие условия труда, повышенное воздействие профессиональных рисков (опасная работа, недостаточное обучение технике безопасности), более низкая зарплата, ограничение законных прав и доступа к услугам здравоохранения (11,28,41,51).

К наиболее распространенным расстройствам, связанным с работой, среди трудовых мигрантов относятся скелетно-мышечные, респираторные и психические заболевания. Риск получить связанные с работой травмы выше среди трудовых мигрантов, особенно среди лиц, не имеющих разрешения на работу или вида на жительство, чем среди местного населения (3). Так, в Чешской Республике травмы были основной причиной госпитализации среди мигрантов, а распространенность производственных травм была в три раза выше среди мигрантов, чем среди общего населения страны (52). В Испании, Соединенном Королевстве и Швеции уровень смертности и распространенность серьезных несчастных случаев на работе увеличился на фоне известного роста числа трудовых мигрантов (41).



2.3. Препятствия в получении услуг здравоохранения

Мигранты сталкиваются с рядом общераспространенных препятствий при обращении за услугами здравоохранения, которые зачастую приводят к неполному и, соответственно, малоэффективному использованию услуг здравоохранения (25). На общенациональном уровне такие препятствия включают недостаток информации и плохую осведомленность о законах и правах, связанных со здравоохранением, о положениях по технике безопасности и охране труда, а также ограничения прямого доступа и стоимость. На индивидуальном уровне к основным препятствиям относятся коммуникационные проблемы, воспринимаемая дискриминация, места предоставления услуг и проблемы конфиденциальности/доверия (12,27,36,48,49,53).

2.3.1. Правовой статус

Всеобщий доступ к системам здравоохранения главным образом зависит от юридического и трудового статуса мигрантов. Наличие документов дает мигрантам определенную свободу действий при поиске работы, а также возможность торговаться с работодателем относительно факторов труда, влияющих на здоровье. С другой стороны, обладающие документами лица зависят от сохранения работы и выплат в фонд социального обеспечения, чтобы иметь возможность возобновить свой юридический статус (21). Хотя, кажется, что не имеющие документов работники могут быть более уязвимыми к плохим рабочим условиям, чем работники, располагающие документами, в некоторых случаях экологические, эргономические и психосоциальные риски представляются одинаковыми как для одних, так и для других, независимо от юридического статуса (21).

Работа при отсутствии документов и контракта — довольно частое явление среди трудовых мигрантов в большинстве отраслей (16,21,54,55), что нередко лишает их права на обычное национальное и местное медицинское страхование, социальное обеспечение или услуги поддержки. Мигранты, не имеющие документов, склонны избегать посещения медицинских учреждений из-за боязни депортации и в основном обращаются за услугами здравоохранения в частные клиники или НПО, или же пользуются услугами некоммерческих организаций. В некоторых странах были приняты специальные меры, защищающие нелегальных мигрантов от депортации при обращении за медицинской помощью при особых обстоятельствах (56,57):

- не депортируются лица, нуждающиеся в лечении, предоставление которого не гарантируется в стране происхождения: Австрия, Бельгия, Греция, Италия, Норвегия;
- решение принимается по каждому отдельному случаю: Германия;
- наличие доказательства вреда при отсутствии ухода: Люксембург;
- временное разрешение на пользование услугами здравоохранения в случае беременности: Нидерланды, Франция;

- неотложная медицинская помощь: Норвегия;
- прогрессирующее заболевание: Венгрия.

2.3.2. Медицинское страхование


Отсутствие медицинской страховки является одним из наиболее серьезных препятствий в процессе получения услуг здравоохранения среди мигрантов (17,58), так как зачастую медицинская страховка связана с юридическим статусом. Охват медицинским страхованием трудовых мигрантов варьируется в разных странах. В Израиле при отсутствии рабочей визы мигранты не имеют право на получение медицинской страховки (22). Зарегистрированные трудовые мигранты в Норвегии обладают полными правами пользования услугами здравоохранения и социального обеспечения, но незарегистрированные в качестве работников мигранты не имеют таких прав (12). В Чешской Республике только трудоустроенные или легально проживающие граждане стран, не входящих в Евросоюз, имеют право на государственную медицинскую страховку, в то время как все остальные вынуждены покупать частную медицинскую страховку или обходиться без таковой (49). На Кипре правительство внесло медицинское страхование в ряд юридических требований, необходимых для получения вида на жительство с целью обеспечения равного доступа к медицинской помощи для всех работающих мигрантов (27).

В некоторых случаях (напр., в случае инфекционных заболеваний) негативные последствия для общественного здоровья оставленных на самотек болезней настолько велики, что лечение предоставляется всем нуждающимся, а не только лицам с медицинской страховкой. В большинстве принимающих стран вводятся меры для борьбы с заболеваниями, имеющими негативные последствия для общественного здоровья, такими как инфекционные болезни (38,58), а также предлагаются особые схемы медицинского страхования для трудовых мигрантов, которые могли бы облегчить доступ к услугам здравоохранения (38).

2.3.3. Язык и коммуникация

Для обеспечения эффективности любого письменного материала, предоставленного трудовым мигрантам, необходимо, чтобы этот материал был предоставлен на родном языке мигрантов; сюда входит информация о подготовке или безопасности (14,21,24,30,41,42), медицинских услугах (12,27,36), вариантах медицинской страховки (17,58) и правовых нормах. Предоставление переводчиков и культурных посредников также имеет большое значение для обеспечения надлежащего обмена информацией (53), языковые курсы помогут ускорить интеграцию на рабочем месте и в сообществе (30).

Во многих случаях религиозные, общественные и семейные связи – наиболее эффективные пути охвата мигрантов, пропаганды здорового образа жизни и распространения информации (15). Мобилизация сообществ и трудовых объединений также может помочь при разработке и внедрении программ, разработанных с учетом особенностей культуры, и при принятии подходов, которые могут снизить рискованное поведение и укрепить взгляды в пользу здорового поведения. Национальные диаспоры



могут эффективно использоваться для распространения информации, а также могут облегчить процесс включения новых мигрантов в систему здравоохранения и труда.

2.3.4. Социально-экономический статус

Социально-экономические процессы влияют на состояние здоровья всего населения, и тем более на здоровье мигрантов. Авторы некоторых исследований пришли к выводу, что социально-экономическое положение играет более важную роль в оценке неравенства в отношении здоровья, чем юридический статус (59,60). В том, что касается трудовых мигрантов, социально-экономические факторы имеют разноплановый характер и зависят от конкретного контекста, поэтому их нельзя обобщить как влияющих только на трудовых мигрантов во всем Европейском регионе ВОЗ (59). Наличие работы способствует включению мигрантов в систему здравоохранения принимающей страны путем их приобщения к местной культуре и местным структурам, облегчая изучение языка, предоставляя медицинское страхование и, самое главное, улучшая их социально-экономическое положение (43).

2.3.5. Пол

Хотя традиционно основную долю трудовых мигрантов составляли мужчины, последние данные указывают на то, что в настоящее время соотношение мужчин и женщин составляет один к одному во многих частях Европейского региона ВОЗ (61). Тем не менее, принятие во внимание гендерного распределения в каждой стране и по отдельным отраслям может иметь большое значение, особенно при разработке адресных стратегий (напр., мужчины-мигранты, работающие в секс-бизнесе в Германии (16)). Исследование, проведенное в Казахстане, показало, что женщины-мигранты более подвержены физическим и психическим заболеваниям (38). Они также более часто подвергаются гендерной дискриминации и насилию. В Израиле сотрудники бесплатной медицинской службы для мигрантов обнаружили более высокие показатели психиатрической госпитализации и попыток самоубийства среди женщин (22). Также существуют различия в профессиональных рисках: женщины чаще всего занимаются обслуживанием домашних хозяйств, в то время как мужчины находят трудоустройство в строительном секторе (11).

2.4. Стратегии и мероприятия, направленные на защиту здоровья трудовых мигрантов

Состояние здоровья трудовых мигрантов отличается от состояния здоровья местного населения и других групп мигрантов по причине того, что на него влияют связанные с работой факторы. Однако то, что трудовые мигранты задействованы на рынке труда, дает лицам, вырабатывающим политику, дополнительные возможности по устранению неравенства в отношении здоровья этой группы. Во многих случаях, например, во избежание травматизма или для выполнения правил безопасности, стратегии сектора труда нацелены на защиту здоровья и безопасности рабочего и фактически являются здравоохранительными стратегиями (13,24). В целях данного доклада, рассмотрение вопросов улучшения доступа к медицинской помощи и повышения ее качества включает стратегии как сектора

здравоохранения, так и сектора труда, в том числе доступ к безопасным рабочим условиям и приемлемой зарплате, дающей возможность оплатить услуги здравоохранения и здоровые условия проживания. Мероприятия по укреплению состояния здоровья могут проводиться различными секторами (частным или государственным), НПО, а также различными правительственными подразделениями, такими как сектора здравоохранения, труда, иммиграции или правоохраны. Большинство государств-членов ЕС обеспечивают полное равноправие при лечении граждан третьих стран (не являющихся гражданами ЕС), легально работающих в стране с постоянным статусом и иногда даже с временным статусом (3). Однако кроме юридических ограничений существуют другие немаловажные препятствия, такие как недостаток информации, культурные и языковые барьеры, социально-экономические лишения. Наличие услуг необязательно приводит к их использованию (49).

Хотя проведено немало исследований, изучающих стратегии по устранению известных препятствий в получении высококачественной медицинской помощи международными мигрантами в Европейском регионе ВОЗ в целом, немногие из них посвящены исключительно вопросам трудовых мигрантов как отдельной группы, и ни в одном исследовании не рассматриваются общеевропейские стратегии. Авторы одного доклада 2009 г., посвященного ситуации ЕС (62) обнаружили, что в 11 из 25 включенных в доклад стран были введены особые национальные стратегии/мероприятия по укреплению здоровья мигрантов, выходящие за рамки установленных законодательством привилегий (Австрия, Англия (Соединенное Королевство), Германия, Ирландия, Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, Франция, Швеция и Швейцария). Основные проблемы здоровья, на которые были направлены стратегии, включали сексуальное и репродуктивное здоровье, инфекционные заболевания, скрининг, семейное и психическое здоровье. Профилактическим мероприятиям и долгосрочному уходу не было уделено достаточного внимания (62). В центре мероприятий были как пациенты (сторона спроса), например, инициативы по улучшению медицинской грамотности с предоставлением материалов о медицинских услугах и правах на родном языке мигрантов, так и на провайдеров (сторона предложения), например, проведение обучения с целью расширения знаний о культурных особенностях. Выполнение стратегий и мероприятий остается проблематичным, особенно там, где они требуют внесения изменений в существующие структуры здравоохранения (напр., в Австрии, Англии, Ирландии и Португалии) (62).

Определение того, удалось ли достигнуть целей стратегий, также остается проблематичным, даже при проведении ежегодных оценок выполнения. Так, в Португалии, где Комиссариат по вопросам интеграции и межкультурного диалога представляет ежегодный отчет о выполнении Плана по интеграции иммигрантов, затрудняются подтвердить, были ли достигнуты ожидаемые цели, из-за нехватки статистических ресурсов (3).

По всей видимости, авторы существующих стратегий здравоохранения разбивают трудовых мигрантов на категории либо по отрасли, где они работают, либо по юридическому статусу. В число отраслей, выделенных в данном обзоре, входят строительство (10,11,14,15,29,38,41), секс-бизнес (16–19,63), сельское хозяйство (11,12,20), торговля (11,15,38), услуги по уборке (30,42), общественное питание

(11,29), обслуживание домашних хозяйств (лица старше 16 лет, проживающие в домашнем хозяйстве и получающие заработную плату или компенсацию исключительно за домашнее обслуживание одной или нескольких глав семьи) (21,27), домашний скот (31,53), государственная служба (29,32), рыболовство (40) и работники системы здравоохранения (33). В таблице 1 приводятся стратегии/мероприятия, проведенные в 12 странах по отдельным отраслям, а на рисунке 3 кратко излагаются результаты.

Таблица 1. Проведенные стратегии/мероприятия, посвященные трудовым мигрантам в Европейском регионе ВОЗ

| Страна проведения | Сектор | Страна или регион происхождения | Тип и детали стратегии/мероприятия | Источник |
|-------------------|-----------------------|---|--|----------|
| Германия | Секс-бизнес | Болгария, Румыния | Доступ к медицинской помощи, профилактика: инициативы НПО по предоставлению бесплатных медицинских и социальных консультаций и советов не имеющим документов секс-работникам | 16 |
| Дания | Услуги по уборке | Нет данных | Гигиена труда, профилактика: в рамках программы FINALE предоставляется обучение надлежащей технике работы на родном языке уборщиков-мигрантов | 42 |
| Дания | Услуги по уборке | Таиланд, Турция | Гигиена труда: центры профессионального обучения взрослых предлагают трудовым мигрантам курсы обучения надлежащей технике работы, чтобы избежать излишнего напряжения и минимизировать болезнетворные эффекты среди убирающего персонала | 30 |
| Израиль | Любой | Азия, Африка, Ближний Восток, Восточная Европа, Южная Америка | Доступ к медицинской помощи: открытая клиника, предоставляющая медицинские услуги главным образом трудовым мигрантам | 22 |
| Израиль | Медицинские работники | Ближний Восток | Профилактика: инициированная работодателем программа вакцинации, направленная на защиту медицинских работников от инфицирования вирусом ветряной оспы из-за низкого иммунитета трудовых мигрантов | 33 |
| Ирландия | Нет данных | Нет данных | Профилактика: закон о гигиене труда и безопасности регулирует проведение инструктажа и обучения, а также осуществление надзора таким способом, в такой форме и на таком языке, которые были бы понятны иностранным работникам | 24 |

Таблица 1 (продолжение)

| Страна проведения | Сектор | Страна или регион происхождения | Тип и детали стратегии/мероприятия | Источник |
|----------------------|--|---|---|----------|
| Ирландия | Нет данных | Нет данных | Представительство, техника безопасности: образование профсоюзов для трудовых мигрантов для сохранения и улучшения рабочих условий и обеспечения справедливости и надлежащих процессов на рабочем месте или в обществе в целом | 13 |
| Испания | Обслуживание домашних хозяйств | Колумбия, Марокко, Румыния, Сенегал, страны Африки, расположенные на юге от Сахары, Эквадор | Нормативно-правовая база: особый режим работы на дому регулирует трудовые права, связанные с обслуживанием домашних хозяйств, такие как налоги, уплачиваемые работодателем и работодником, субсидии по безработице, пособия по инвалидности, продолжительность рабочего дня и отпуска | 21 |
| Испания | Строительный сектор | Нет данных | Гигиена труда, обучение технике безопасности: при помощи профессиональных строительных карточек проводится обучение технике безопасности на иностранных языках для улучшения понимания процедур безопасности | 41 |
| Италия | Секс-бизнес | Африка, Восточная Европа | Укрепление здоровья, профилактика, доступ к медицинской помощи: в рамках проекта Sirio предоставляется социальная, психологическая и медицинская поддержка, а также образовательные программы работницам секс-бизнеса для профилактики болезней, передающихся половым путем | 63 |
| Кипр | Обслуживание домашних хозяйств ^a | Бангладеш, Индия, Пакистан, Филиппины, Шри-Ланка | Нормативно-правовая база: медицинское страхование является юридическим требованием для получения вида на жительство для расширения доступа трудовых мигрантов к услугам здравоохранения | 27 |
| Российская Федерация | Строительный сектор, общественное питание, госслужба | Таджикистан | Профилактика: программа профилактики ВИЧ-инфекции (TRAIN), разработанная с целью снижения рискованного поведения с точки зрения заражения ВИЧ-инфекцией таджикских мужчин-мигрантов путем повышения уровня информированности, развития навыков профилактики и содействия в обращении за помощью | 29 |

| Страна проведения | Сектор | Страна или регион происхождения | Тип и детали стратегии/мероприятия | Источник |
|-------------------------|---------------------|------------------------------------|---|----------|
| Соединенное Королевство | Любой | Польша | Доступ к медицинской помощи, психосоциальная поддержка: в рамках проекта Barka предоставляются курсы профессионального обучения, программы реабилитации или жилье для бездомных работников-мигрантов, страдающих от алкогольной зависимости | 34 |
| Соединенное Королевство | Строительный сектор | Нет данных | Гигиена труда, обучение технике безопасности: при помощи профессиональных строительных карточек предоставляется обучение технике безопасности на иностранных языках с целью улучшения понимания процедур безопасности | 41 |
| Хорватия | Рыболовство | Нет данных | Наращивание потенциала: программа для работников сферы гигиены труда для расширения понимания рисков, связанных с ВИЧ, и снижения социальной стигматизации, связанной с ВИЧ, среди работников-мигрантов | 40 |
| Швейцария | Секс-бизнес | Бразилия, Румыния, Западная Африка | Доступ к медицинской помощи, укрепление здоровья: ассоциация Fleur de Pave и центры Point d'Eau предоставляют бесплатную первичную медико-санитарную помощь, психосоциальную поддержку и мероприятия по укреплению здоровья для уличных работников секс-бизнеса | 17 |
| Швеция | Строительный сектор | Нет данных | Гигиена труда: Шведская служба по вопросам условий труда проводит информационные кампании для иностранных работников с целью укрепления их здоровья и решения вопросов безопасности | 14 |

НПО: неправительственная организация.


³ Определяется как осуществляющееся лицами старше 16 лет; предоставляющими исключительно домашние услуги для одной или нескольких глав семьи; или лицами, проживающими в одном из домашних хозяйств; чьи услуги предоставляются в месте проживания членов домашнего хозяйства; и получающими заработную плату или компенсацию за свои услуги.

2.4.1. Международное сотрудничество

Теме трудовой миграции в рамках двусторонних соглашений посвящены мероприятия как в принимающей стране, так и в стране происхождения, которые зачастую направлены на работников сектора здравоохранения; однако в таких соглашениях в основном рассматриваются вопросы трудовой мобильности, а не здоровья самих мигрантов. Существует ряд инициатив, содействующих

Рис. 3. Резюме проведенных стратегий/мероприятий, направленных на трудовых мигрантов в Европейском регионе ВОЗ





установлению регионального, национального и международного сотрудничества, направленного на укрепление здоровья трудовых мигрантов в родной и принимающей стране с (10).

В анализе конкретных ситуаций №1 приводятся примеры двух мероприятий, проводимых одновременно в принимающей и в родной стране, при многоуровневом сотрудничестве между государствами и НПО. Проект Transit to Russia AIDS Intervention with Newcomers (TRAIN) (По пути в Россию: профилактика СПИДа среди новоприбывших) (29) служит в качестве примера работы по устранению препятствий к получению медицинской помощи находящимися в транзите трудовыми мигрантами путем содействия интеграции между социальными и здравоохранительными сетями, преодоления языковых и культурных барьеров, а также использования диаспор для распространения информации.

Анализ конкретных ситуаций №1. Мероприятия, проводимые одновременно в принимающей и родной стране

Проект Barka

Осуществляемый в Лондоне проект Barka является частью более широких усилий, предпринимаемых в Бельгии, Германии, Ирландии, Нидерландах и Польше с участием правительства и НПО (34). Цель проекта – улучшить доступ к профессиональному обучению, программам реабилитации и жилью для не имеющих постоянного места жительства и страдающих от наркотической зависимости мигрантов. Проект помогает мигрантам найти необходимые им услуги в принимающей и родной стране, а также преодолеть культурные и языковые барьеры при обращении за медицинской помощью в принимающей стране. В 2014 г. 145 человек прошли курсы профессионального обучения, программы реабилитации или получили помощь в поиске жилья в Лондоне.

TRAIN

TRAIN – это программа профилактики ВИЧ-инфекции, состоящая из трех частей и разработанная с целью предоставления информации о том, куда можно обратиться за помощью и общественной поддержкой в Москве, а также об общении между супругами и членами общины о профилактике ВИЧ (29). Она проводится на железнодорожном маршруте из Таджикистана в Москву, по которому большинство таджикских трудовых мигрантов ездят работать на стройки и базары Российской Федерации. Финансовую поддержку проведению проекта оказывает Фонд научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в гражданской сфере США. Цель проекта – снизить связанное с ВИЧ поведение высокого риска путем повышения информированности, развития навыков профилактики и содействия в обращении за помощью. В рамках осуществления проекта было установлено сотрудничество с бывшими таджикскими мигрантами, лидерами национальной диаспоры в Москве, правительством и министерством здравоохранения Таджикистана. Осуществляющая проект группа сообщила о значительном расширении знаний в области использования презервативов и ВИЧ. Группа также отметила, что мероприятия должны

быть направлены на решение особых для женатых мужчин проблем, связанных с социальными и семейными трудностями, включая проблемы адаптации к жизни трудового мигранта в Москве.

Работники сферы профессиональной гигиены труда в Хорватии прошли программу обучения с целью облегчения понимания рисков, связанных с ВИЧ, и снижения социальной стигматизации, связанной с ВИЧ, среди трудовых мигрантов. Эмпирические данные, собранные в период с 2004 по 2006 гг. во время обязательного медицинского осмотра трудовых мигрантов, необходимого для их лицензирования, показали, что знания о безопасном сексуальном поведении на самом деле со временем расширились (40).

2.4.2. Стратегии, принимаемые при въезде в страну или при получении работы

В ряде исследований рассматривались конкретные программы, проводимые на национальном уровне, хотя, как и следовало ожидать, они были направлены на всех мигрантов или людей, не говорящих на языке страны, а не только на трудовых мигрантов. В одном исследовании проводилась оценка иммиграционной политики по улучшению доступа к медицинскому обслуживанию путем введения юридического требования по получению медицинской страховки мигрантом до получения им вида на жительство (27). Авторы исследования пришли к заключению о неэффективности требования о наличии медицинской страховки при въезде в страну, из-за отсутствия информации на родном языке мигранта о том, как выбрать медицинскую страховку и как пользоваться соответствующими услугами.

2.4.3. Роль НПО

Зачастую помощь мигрантам оказывают НПО, выступая в качестве посредников и облегчая им доступ к системам принимающей страны (16,17,22,33,63). В Италии и Швейцарии бесплатные подвижные отделения и амбулаторные центры под управлением НПО предоставляли медицинскую помощь и услуги по укреплению здоровья работникам секс-бизнеса (17,63). Подвижные отделения принимали секс-работников в местах их работы с целью проведения анонимного тестирования, лечения и консультаций в связи с ВИЧ и передающимися половым путем заболеваниями. Также в задачи отделений входило повышение осведомленности об амбулаторных клиниках, предоставляющих бесплатные и анонимные консультации и тестирование. В них также предоставлялись печатные материалы о профилактике (63). В анализе конкретных ситуаций №2 описывается работа двух НПО, оказывающих помощь трудовым мигрантам. Израильская клиника выступает в качестве примера эффективной программы подготовки врачей в местах большого скопления мигрантов (22). В Германии клиники помощи нуждающимся обслуживают рабочих, не имеющих доступа к официальным системам здравоохранения (напр., по причине стоимости или неопределенного гражданства). Это позволяет выявить трудности в охвате работающего населения без документов и сделать предположение о возможной эффективности таких видов деятельности по укреплению здоровья, как общение в интернете, пропаганда здорового образа жизни равными и общинное картирование с целью налаживания обмена опытом (16).

Анализ конкретных ситуаций №2. Оказывающие медицинскую поддержку мигрантам НПО

Клиника для мигрантов в Израиле

Персонал клиники для трудовых мигрантов и беженцев в Израиле прошел тренинги, направленные на повышение информированности о культурном разнообразии и различиях в мировоззрении, а также предотвращение проявлений расизма как среди работников клиники, так и среди пациентов (22). Были предоставлены переводчики и недорогой уход. В результате было выявлено, что медицинский персонал должен понимать, что мигранты лишены обычной социальной системы поддержки, поэтому при принятии решений относительно медицинского ухода (направление к врачу или назначение контрольного приема) необходимо учитывать такие основные потребности, как продукты питания, убежище, семейная поддержка и уход за ребенком. В клинике мигрантам также помогли в процессе получения документов с целью снижения психологического давления.

Всеобъемлющий доступ к услугам здравоохранения для мигрантов-работников секс-бизнеса

Во время как доступ к услугам здравоохранения и безопасность легальных работников секс-бизнеса в Германии гарантируется законом, работники, не имеющие документов, лишены такой защиты и сталкиваются с трудностями ввиду дороговизны услуг и неопределенного гражданства. С 1990-х был разработан целый ряд финансируемых НПО проектов по предоставлению бесплатных консультаций у медицинских и социальных работников в клиниках с обслуживанием без предварительной записи и подвижных отделениях помощи нуждающимся. В клиниках работают врачи из местных медицинских учреждений либо из рядов добровольцев. В рамках исследования 2013 г. был проведен анализ эффективности таких клиник. В результате было сделано заключение, что клиники не могут обеспечить полного охвата работников секс-бизнеса, например тех, кто работает в местах, где проституция запрещена, или не имеющих документов мужчин-работников секс-бизнеса из других стран ЕС (16).

2.4.4. Роль профсоюзов

В общем, профсоюзы выступают за обеспечение безопасных условий труда, улучшение льгот, например, доступа к медицинскому страхованию, обеспечение справедливости рабочих процессов и соблюдения прав трудящихся (13). Поэтому существует большая вероятность того, что трудовые мигранты могут получить выгоду от официального членства в профсоюзах (13). Имеющиеся фактические данные, например, указывают на то, что состоящие в профсоюзах иммигранты имеют больше возможностей получать более высокую зарплату и лучшее пенсионное обеспечение; однако в результате данного небольшого исследования было установлено, что трудовые мигранты имеют приблизительно одинаковые уровни охвата медицинским страхованием независимо от того, состоят они в профсоюзе или нет (13).

2.4.5. Безопасность на рабочем месте

Мероприятия, проводимые на рынке труда по повышению безопасности, а также по борьбе с травматизмом и другими вредными для здоровья явлениями, были рассмотрены в шести исследованиях: в одном исследовании проблема рассматривалась с точки зрения договорного права (21), в четырех исследованиях – с точки зрения учебных курсов для трудовых мигрантов (24,30,41,42) и еще в одном – с точки зрения пакетов информационных материалов для трудовых мигрантов (14).

В Ирландии закон о гигиене труда и технике безопасности регулирует проведение инструктажа и обучения, а также осуществление надзора таким способом, в такой форме и на таком языке, которые были бы понятны иностранным работникам. Однако высокий процент травм глаз среди рабочих-мигрантов указывает на то, что данной группе не предоставляются в достаточной мере курсы и литература о безопасности (24).

Согласно закону, принятому Министерством образования Дании, центры профессионального обучения взрослых должны предоставлять курсы не только на датском, но и других языках. Курсы обучения иммигрантов-уборщиков надлежащим техникам работы, чтобы избежать долгосрочного и краткосрочного физического вреда, считаются успешными на основании последовавших изменений в технике работы (30). В результате дальнейшего исследования было сделано заключение, что обучение на родном языке является важным фактором для повышения посещаемости таких учебных мероприятий (42).

Шведская служба по вопросам условий труда издала брошюры о безопасности с целью распространения информации о гигиене труда и технике безопасности среди трудовых мигрантов (14). Важным фактором обеспечения эффективности данного мероприятия стал язык: проблему изложения материала на всевозможных языках удалось решить благодаря использованию понятных иллюстраций с минимальным текстовым сопровождением и основным упором на 13 наиболее распространенных рабочих ситуаций. Брошюры легко помещаются в кармане и предоставляют информацию о конкретных часто случающихся на стройках несчастных случаях и профессиональных заболеваниях, а также об их предупреждении. Однако официальной оценки успеха данного мероприятия не было проведено (14).

«Профессиональные строительные карточки» используются в Испании и Соединенном Королевстве при проведении подготовки по охране труда и технике безопасности и уроков на иностранных языках для улучшения понимания безопасных практик; но и здесь официальной оценки успеха данного мероприятия не проводилось (41).

Аналогично, испанское правительство создало шесть режимов социальной безопасности в соответствии с видом работы с целью обеспечения безопасных условий труда (21), с обеспечением соблюдения норм, относящихся к продолжительности рабочего дня и минимальным размерам заработной платы для трудовых мигрантов, занятых в сельском хозяйстве, строительном секторе и секторе общественного питания.

2.4.6. Отдельные экономические отрасли

Хотя существует много экономических отраслей с высокой долей трудовых мигрантов, домашнее хозяйство и секс-бизнес, по всей видимости, обладают уникальными свойствами, что хорошо видно из многих соответствующих опубликованных исследований. Самое главное, что обе эти отрасли характеризуются высокой долей трудовых мигрантов без документов и/или официальных контрактов. Опыт, полученный из исследований стратегий/мероприятий в области домашнего хозяйства, также подчеркивает важность формализации, систематизации и легализации мигрантов с целью обеспечения их полного включения в сектор здравоохранения (анализ конкретных ситуаций №3).

Анализ конкретных ситуаций №3. Услуги по дому: «Особый режим работы на дому» Испании


Министерство социального обеспечения и министерство труда и иммиграции Испании проводят классификацию рабочих по шести группам или режимам социального обеспечения в зависимости от их типа занятости. Такая классификация влияет на размер налогов, выплачиваемых работодателем и работником, отпуск по причине травмы или болезни, субсидии, пособия по инвалидности, пенсию, продолжительность рабочего дня и отпуска, а также процедуры найма и увольнения. Особый режим работы на дому распространяется на работников, получающих заработную плату за предоставление исключительно домашних услуг при разных договоренностях. Важной составляющей оказания услуг на дому является характер контракта, зачастую заключаемого в устной форме, что затрудняет подачу жалоб работниками, а также обеспечение соблюдения права на больничный отпуск и мер профессиональной безопасности. Результаты исследования, проведенного в рамках более широкого проекта («Миграция, работа и здоровье» (ITSAL)), показали, что юридический статус был актуален для расширения прав и возможностей работников и ведения переговоров об условиях труда, но не оказывал особого влияния на характер работы или воздействие факторов риска напрямую. Авторы предложили включить работников домашних хозяйств в «Общий режим» с целью улучшения условий, по крайней мере, работников, имеющих надлежащие документы (21).

ITSAL – это испанское исследование, направленное на изучение условий труда, особенностей ненадежной занятости работников-иммигрантов и их связи со здоровьем. В него входит анализ имеющихся данных о травмах на рабочем месте иностранных работников, опросы по качественным аспектам, фокус-группы из числа работников-иммигрантов и опросник, разработанный на основе полученной на предыдущих стадиях исследования информации (51).

По причине того, что секс-бизнес не признан в качестве официального рынка труда, мигранты-работники секс-бизнеса как правило не могут получить вид на жительство или разрешение на работу. Поэтому в Европейском регионе ВОЗ были разработаны особые стратегии для обеспечения доступа к бесплатной первичной медико-санитарной помощи, регулярным осмотрам и психологической поддержке для этой уязвимой группы населения (16–18,63). Эти стратегии характеризуются проведением многоуровневых мероприятий, влияющих на доступность и качество помощи. Во многих европейских странах разрабатываются стратегии поддержки мигрантов-работников секс-бизнеса для предоставления им прямого доступа к услугам здравоохранения и скрининга (16,57). Однако остается неясным, играет ли обязательное тестирование позитивную или негативную роль. Некоторые исследования указывают на такие недостатки в стратегиях, как высокие фактические расходы самих работников, стигматизация, недостаточная доступность учреждений, в которых проводится такое тестирование (16,57). Вынесенные уроки, связанные работой в секс-бизнесе, подчеркивают большую необходимость в стандартизации международных нормативно-правовых актов и информации о существующих правах на получение помощи. Поддержка НПО и организуемые ими службы, также имеют большое значение в данном секторе (см. анализ конкретных ситуаций №2). Однако эти программы не могут охватить все медицинские потребности данной группы трудовых мигрантов и не обеспечивают постоянного долговременного ухода. Существующие услуги по защите сексуального и репродуктивного здоровья относятся к числу направлений, которым бы пошло на пользу принятие мер по удовлетворению новых потребностей трудовых мигрантов (35) а также разработка информационно-разъяснительных программ и повышение доступности медицинских центров (18). Соединенное Королевство установило транснациональное сотрудничество по мониторингу и содействию проведению эпиднадзора в сообществах мигрантов для снижения соответствующих рисков и улучшения доступа к услугам здравоохранения (25). В таблице №1 также перечисляются мероприятия по конкретным сферам занятости.

2.4.7. Программы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний на рабочем месте

- Рабочее место – это то место, где трудовые мигранты легче всего поддаются идентификации и охвату. Это также наиболее подходящая платформа для проведения программ профилактики с целью снижения распространенных инфекционных заболеваний или связанных с работой несчастных случаев. Так, авторы исследований из Германии (32), Испании (11,28) и Норвегии (12) рекомендуют стратегии, которые могли бы улучшить рабочие условия трудовых мигрантов, в том числе:
- обеспечить выполнение норм, регулирующих рабочий график и шкалу минимальной заработной платы трудовых мигрантов (11);
- предоставить хорошие рабочие условия, включая заработную плату, продолжительность рабочего дня, места отдыха на работе, постоянные перерывы, защиту от увольнения в случае болезни, учебные курсы, а также более качественные взаимоотношения между работодателями и работниками (20,21,32,38);

- 
- предоставить санитарные помещения для работников с целью снижения потенциальных рисков прямого или косвенного отравления продуктами питания (12);
 - принятие законов об эпиднадзоре и борьбе с инфекциями на рабочем месте (12), включая проведение вакцинации работников мясоперерабатывающей промышленности (53);
 - выявить и иммунизировать медицинских работников с признаками пониженного иммунитета (33); и
 - разработать многоязыковые образовательные программы для рабочих мигрантов, например, для снижения риска передачи инфекции (31,33).

2.4.8. Программы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

В исследованиях, в которых изучались существующие стратегии или давались рекомендации по политике укрепления здоровья, рассматривалась общая категория мигрантов, и проводился анализ главным образом двух направлений: борьбы с инфекционными заболеваниями, особенно с ВИЧ (10,15,19,26,51), и предоставления информации и поддержки в обращении за услугами здравоохранения (26,27,36,38,53). В качестве примеров приводились мероприятия по развитию способностей медицинского персонала понимать нужды мигрантов и устранению дискриминационной практики (13) предоставлению языковых услуг (напр., информации, написанной на разных языках) и услуг устных переводчиков (8) а также подходы, основанные на отдельных отраслях экономики (64).

3. ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Сильные и слабые стороны обзора

Несмотря на рост темпов миграции в Европейском регионе, в нашем распоряжении имеется слишком мало информации относительно состояния здоровья и стратегий здравоохранения, направленных на трудовых мигрантов. В имеющихся источниках информации зачастую не проводится различий между документированными и не документированными трудовыми мигрантами.

Чаще всего информация о стратегиях, направленных на трудовых мигрантов, представлена в виде документов государственных органов и других источников, не прошедших коллегиального обзора. Одним из примеров информации, найденной в правительственных документах и других не прошедших коллегиального обзора источниках, являются двусторонние соглашения. Существует множество международных и двусторонних соглашений, посвященных стратегиям мобильности рабочей силы.

В настоящей прошедшей коллегиальный обзор литературе, найденной в процессе данного обзора, содержался небольшой объем информации о конкретных здравоохранительных стратегиях и мероприятиях относительно доступности и качества помощи для трудовых мигрантов. Не было найдено ни одного исследования оценки стратегий, проводимых на европейском уровне, хотя вполне вероятно, что такие инициативы действительно существуют. В публикациях ВОЗ, МОМ, МОТ, ОЭСР и ООН также приводились некоторые данные, в основном касающиеся мигрантов в целом.

Исследования, в которых содержались конкретные ссылки на тему трудовых мигрантов, были в основном посвящены отдельным отраслям экономики. Остается неясно, обладают ли мигранты из стран ЕС лучшим доступом к медицинской помощи и качеством обслуживания, чем мигранты из стран за пределами ЕС. Несмотря на некоторые успехи, достигнутые в трансграничном сотрудничестве, в том числе между принимающими странами и странами происхождения (10,29,34), требуется проведение дальнейших исследований для разработки передовой практики в данной сфере. Из найденных фактических данных неясно, какова межсекторальная ситуация относительно выработки, реализации и обеспечения выполнения политики. Такая информация облегчила бы процесс распределения обязанностей и привлечения всех потенциальных заинтересованных сторон.

На основании выявленных недостатков в области фактических данных, дальнейшие исследования для поддержки процесса выработки политики, основанного на фактических данных, должны оценить:

- степень учета потребностей трудовых мигрантов в рамках общих миграционных стратегий;
- какие виды медицинского страхования/предоставления услуг здравоохранения наилучшим образом охватывают трудовых мигрантов;

- какой информацией о стратегиях и мероприятиях располагают правительства отдельных стран;
- каковы надлежащие процедуры оценки эффективности стратегий, связанных с трудовыми мигрантами.

3.2. Варианты и значение стратегий

Одним из самых важных выводов, сделанных из выявленных в процессе данного обзора фактических данных, является то, что доступ к медицинской помощи, а также неравенство в отношении здоровья во многом зависят от условий труда. Поэтому рабочее место и трудовой сектор крайне важны для лиц, вырабатывающих политику в области снижения уровня неравенства и улучшения доступа к медицинской помощи для данной группы мигрантов.

Безопасность труда является важным фактором обеспечения доступности и высокого качества медицинской помощи, оказываемой трудовым мигрантам. Трудовые мигранты зачастую выполняют тяжелую работу и имеют удлинённый рабочий день без перерывов. Они также могут не иметь представления о технике безопасности или своих трудовых правах (12,27,28,38,53,63–65). Профсоюзы могут добиваться повышения безопасности условий труда и справедливости в доступе и качестве медицинской помощи, оказываемой трудовым мигрантам, которые могут получать преимущества от официального членства (45). Основным элементом повышения эффективности учебных курсов и литературы о безопасности труда для борьбы со связанным с работой травматизмом и долгосрочным ухудшением физического состояния было предоставление инструктажа и информационных материалов на родном языке мигрантов (7,8,40,50,64,65). К факторам, позитивно влияющим на безопасность труда и, соответственно, на устранение неравенства в отношении здоровья, относятся юридический статус, наличие письменного контракта, членство в профсоюзах, прохождение учебных курсов (14,21,24,30,41,42).

Также существует ряд точек доступа, где трудовым мигрантам может предоставляться информация о медицинской помощи и услугах здравоохранения, в том числе во время официального иммиграционного процесса (27,29), на рабочем месте (14,21,41), в клиниках помощи нуждающимся (16,22) а также через социальные сети (15). Центральной темой международных и двусторонних соглашений о мобильности трудовых ресурсов в основном является тема трудоустройства, а не здоровья. Однако на этом уровне учет вопросов здоровья трудовых мигрантов был бы целесообразным дополнением к существующим инициативам в данной области. В рамках проекта «Изучение мобильности медицинских работников в Европейском союзе» (PROMeTHEUS) был проведен анализ миграции среди медицинского персонала (66), хотя этот проект не отвечал критериям обзора, так как в нем не рассматривались проблемы здоровья самих мигрантов. В цели таких соглашений входят этический наем, международное развитие, общие рынки труда и оптимизация услуг здравоохранения в более широких регионах. Такие стратегии содействуют и управляют процессами мобильности людей, а также влияют на правовой статус и рабочие условия мигрантов (тем самым воздействуя на их здоровье). В силу исторических обстоятельств двусторонние трудовые соглашения стали более обширными, и, таким образом,

стали выступать в качестве реальной основы для включения вопросов здоровья самих мигрантов в существующий процесс выработки политики (66).

Также было выявлено, что предоставление языковых курсов и профессионального обучения на разных языках содействует улучшению здоровья рабочих (14,21,30,41,42,64,65).

Трудовая миграция может иметь преимущества как для принимающей страны, так и для страны-донора, а двустороннее сотрудничество между правительствами может улучшить знания о системе здравоохранения в принимающей стране и ее доступность до и во время прибытия.

В общем, в данном докладе подчеркиваются несколько важных концепций о текущей ситуации вокруг доступности медицинской помощи и качества ее предоставления трудовым мигрантам:

- сектор труда имеет такое же немаловажное значение для разработки соответствующих стратегий, как и сектор здравоохранения;
- в настоящее время НПО играют большую роль в предоставлении услуг;
- проведение мероприятий вблизи работы или дома важно для обеспечения доступности и повышения уровня использования;
- право на получение медицинской помощи необязательно означает равенство в доступе из-за существования других барьеров;
- социокультурные факторы могут как препятствовать доступу, так и содействовать распространению информации;
- трудовые мигранты могут оказывать позитивное влияние на принимающую страну, поэтому сохранение здоровья данной категории населения в экономических интересах принимающей страны.

К числу основных вариантов выявленных стратегий относятся:

- определить термин «трудовые мигранты» таким образом, чтобы помочь лицам, вырабатывающим политику, лучше понять гетерогенность данной категории населения;
- признать профилактику инфекционных болезней в качестве важного начинания, необходимого для национального и международного сотрудничества и выделения ресурсов;
- предоставить программы лечения заболеваний, передающихся половым путем, используя НПО, информационно-разъяснительные программы, половое просвещение, приведение в соответствие существующих услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья с системами, отвечающими интересам мигрантов;



- предоставить информацию о системе здравоохранения и способах пользования ею, включая варианты покрытия, контактную информацию и бесплатные услуги;
- разработать стратегии, гарантирующие бесплатный доступ к первичной медико-санитарной помощи, услугам здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка, а также предоставить карточки медицинского страхования для покрытия основного пакета медицинских услуг и, при необходимости, субсидии для трудовых мигрантов для снижения медицинских расходов;
- распространять информацию среди трудовых мигрантов на рабочем месте и через социальные сети на разных языках;
- предоставить переводческие, консультационные и образовательные услуги по вопросам здоровья трудовым мигрантам и их семьям.

4. ВЫВОДЫ


В настоящем докладе о стратегиях и мероприятиях улучшения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой трудовым мигрантам в Европейском регионе ВОЗ, сводится воедино соответствующая контекстуальная информация, разъясняются важные определения, представляется полезная схематика, приводятся соответствующие стратегические фактические данные из научных публикаций на английском языке, выявляются основные факторы, которые необходимо учитывать при будущей разработке политики в данной сфере, придается стимул для проведения будущих научных исследований. Обсужденные в нем результаты могут быть использованы для облегчения процесса обсуждений на различных уровнях выработки политики. В то время как тема трудовых мигрантов может включаться во всеобъемлющие миграционные стратегии, важно иметь представление о данной категории как о подгруппе с особыми потребностями и уметь определять ее как таковую. В данном обзоре подчеркивается тот факт, что многие стратегии по устранению неравенства в области доступа к медицинской помощи и ее качества для данной группы мигрантов могут поступать не только из сектора здравоохранения, но и из других секторов, а также делается упор на значимости сотрудничества между различными секторами в будущем, подразумевая необходимость установления связи между учреждениями социальной безопасности, здравоохранения и другими правительственными отделениями. Также существует явная необходимость дальнейшей международной стандартизации определения понятия «трудоу мигранты», конкретной оценки эффективности общих миграционных стратегий для подгруппы трудовых мигрантов, а также более полного понимания возможных способов разработки международных миграционных стратегий при таком разнообразии национальных систем здравоохранения, а также барьеров в доступе к медицинской помощи в Европейском регионе ВОЗ.

Несмотря на обсужденные выше ограничения данного доклада и выявленные основные пробелы в области фактических данных, вполне вероятно, что результаты доклада будут содействовать процессу выработки будущих стратегий, основанных на фактических данных и направленных на устранение неравенства в отношении здоровья трудовых мигрантов, а также послужат активизации сотрудничества между различными заинтересованными сторонами из разных секторов на местном, национальном и международном уровне.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. International migration report 2013. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2013 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf>, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
2. Sixty-first World Health Assembly. Health of migrants. Geneva: World Health Organization; 2008 (WHA61.17) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
3. Rechel B. Migration and health in the European Union. New York: Open University Press; 2011.
4. The economic labour market and skills impacts of migrant workers in Northern Ireland. Oxford: Lisburn: Oxford Economics; 2009 (http://www.delni.gov.uk/the_economic_labour_market_and_skills_impact_of_migrant_workers_in_northern_ireland.pdf, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
5. Rudiger A, Spencer S. Social integration of migrants and ethnic minorities. In: The Economic and Social Aspects of Migration, 21–22 January 2003. Brussels: European Commission and the Organisation for Economic Co-operation and Development; 2003 (<http://www.oecd.org/migration/mig/15516956.pdf>, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
6. Usher E. Migration and labour. In: Usher E, editor. Essentials of migration management: a guide for policy makers and practitioners. Geneva: United Nations Publications; 2004.
7. Straubhaar T, Vâdean FP. International migrant remittances and their role in development. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2005.
8. Strutt A, Poot J, Dubbeldam J. International trade negotiations and the trans-border movement of people: a review of the literature. Waikato: University of Waikato; 2008 (Discussion Paper 66) (<http://researchcommons.waikato.ac.nz/bitstream/handle/10289/919/PSC-dp-68.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.
10. Amirkhanian YA, Kuznetsova AV, Kelly JA, Difrancesco WJ, Musatov VB, Avsukevich NA et al. Male labor migrants in Russia: HIV risk behavior levels, contextual factors, and prevention needs. *J Immigr Minor Health.* 2011;13(5):919–28.
11. Ahonen EQ, Porthé V, Vazquez ML, Garcia AM, Lopez-Jacob MJ, Ruiz-Frutos C et al. A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(11):936–42.

12. Guerin PJ, Vold L, Aavitsland P. Communicable disease control in a migrant seasonal workers population: a case study in Norway. *Eurosurveillance*. 2005;10(3):48–50.
13. Turner T, Cross C, O’Sullivan M. Does union membership benefit immigrant workers in “hard times”? *J Ind Relat*. 2014;56(5):611–30.
14. Wiberg V. Communication of ergonomics in building and construction. *Work*. 2012;41(Suppl 1):4111–15.
15. Weine S, Bahromov M, Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS. *J Immigr Minor Health*. 2008;10(5):461–8.
16. Castañeda H. Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany. *Soc Sci Med*. 2013;84:94–101.
17. Darling KE, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. *J Postgrad Med*. 2013;89(1053):371–5.
18. Folch C, Esteve A, Sanciente C, Martro E, Lugo R, Molinos S et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis*. 2008;35(2):178–83.
19. Weine S, Golobof A, Bahromov M, Kashuba A, Kalendarov T, Jonbekov J et al. Female migrant sex workers in Moscow: gender and power factors and HIV risk. *Women’s Health*. 2013;53(1):56–73.
20. Montoya-Garcia ME, Callejon-Ferre AJ, Perez-Alonso J, Sanchez-Hermosilla J. Assessment of psychosocial risks faced by workers in Almeria-type greenhouses, using the Mini Psychosocial Factor method. *Appl Ergon*. 2013;44(2):303–11.
21. Ahonen EQ, Lopez-Jacob MJ, Vazquez ML, Porthe V, Gil-Gonzalez D, Garcia AM et al. Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain. *Am J Ind Med*. 2010;53(4):405–16.
22. Lurie I. Psychiatric care in restricted conditions for work migrants, refugees and asylum seekers: experience of the Open Clinic for Work Migrants and Refugees, Israel 2006. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46(3):172–81.
23. Maslovitz S, Kupferminc MJ, Lessing JB, Many A. Perinatal outcome among non-residents in Israel. *Isr Med Assoc J*. 2005;7(5):315–19.
24. Saeed A, Khan I, Dunne O, Stack J, Beatty S. Ocular injury requiring hospitalisation in the south east of Ireland: 2001–2007. *Injury*. 2010;41(1):86–91.

- 
25. Burns FM, Evans AR, Mercer CH, Parutis V, Gerry CJ, Mole RC et al. Sexual and HIV risk behaviour in central and eastern European migrants in London. *Sex Transm Infect.* 2011;87(4):318–24.
 26. Weishaar HB. Consequences of international migration: a qualitative study on stress among Polish migrant workers in Scotland. *Public Health.* 2008;122(11):1250–6.
 27. Pithara C, Zembylas M, Theodorou M. Access and effective use of healthcare services by temporary migrants in Cyprus. *Int J Mig Hlth Soc Care.* 2012;8(2):72–85.
 28. Galon T, Briones-Vozmediano E, Agudelo-Suarez AA, Felt EB, Benavides FG, Ronda E. Understanding sickness presenteeism through the experience of immigrant workers in a context of economic crisis. *Am J Ind Med.* 2014;57(8):950–9.
 29. Bahromov M, Weine S. HIV prevention for migrants in transit: developing and testing TRAIN. *AIDS Educ Prev.* 2011;23(3):267–80.
 30. Jensen FW, Frydendall KB, Flyvholm MA. Vocational training courses as an intervention on change of work practice among immigrant cleaners. *Am J Ind Med.* 2011;54(11):872–84.
 31. Cediel N, Conte V, Tomassone L, Tiberti D, Guiso P, Romero J et al. Risk perception about zoonoses in immigrants and Italian workers in northwestern Italy. *Rev Saude Publ.* 2012;46(5):850–7.
 32. Hoppe A. Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers. *J Occup Health Psychol.* 2011;16(2):187–201.
 33. Chodick G, Ashkenazi S, Livni G, Lerman Y. Increased susceptibility to varicella-zoster virus among Israeli physicians and nurses born in the Middle-East region. *J Occup Health.* 2006;48(4):246–52.
 34. Lakasing E, Mirza ZA. The health of Britain's Polish migrants: a suitable case for history taking and examination. *Br J Gen Pract.* 2009;59(559):138–9.
 35. Burns FM, Mercer CH, Evans AR, Gerry CJ, Mole R, Hart GJ. Increased attendances of people of eastern European origin at sexual health services in London. *Sex Transm Dis.* 2009;85(1):75–8.
 36. Leaman AM, Rysdale E, Webber R. Use of the emergency department by Polish migrant workers. *Emerg Med J.* 2006;23(12):918–19.
 37. Steele S, Stuckler D, McKee M, Pollock AM. The Immigration Bill: extending charging regimes and scapegoating the vulnerable will pose risks to public health. *J R Soc Med.* 2014;107(4):132–3.
 38. Huffman SA, Veen J, Hennink MM, McFarland DA. Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):864–72.

39. Zermiani M, Frighetto R, Galvan U, Cruciali M, Serpelloni G. Counselling and screening for sexually transmitted diseases in a cohort of prostitutes in the north-east of Italy. *Infection*. 2010;38:69.
40. Stulhofer A. HIV related risks among Croatian migrant workers 2004–2006. *AIDS Care*. 2008;20(3):361–9.
41. Meardi G, Martin A, Riera ML. Constructing uncertainty: unions and migrant labour in construction in Spain and the UK. *J Ind Relat*. 2012;54(1):5–21.
42. Rasmussen CD, Jorgensen MB, Carneiro IG, Flyvholm MA, Olesen K, Sogaard K et al. Participation of Danish and immigrant cleaners in a 1-year worksite intervention preventing physical deterioration. *Ergonomics*. 2012;55(2):256–64.
43. Agudelo-Suarez A, Gil-Gonzalez D, Ronda-Perez E, Porthe V, Paramio-Perez G, Garcia AM et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med*. 2009;68(10):1866–74.
44. Czapka E. The health of new labour migrants: Polish migrants in Norway. In: Ingleby D, Krasnik A, Lorant V, Razum O, editors. *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities*. Antwerp: Garant; 2012:150–62 (COST series on Health and Diversity).
45. Mock-Munoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Copenhagen: University of Copenhagen; 2015 (http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/1104/mod_resource/content/1/ANEXO%201.pdf, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
46. OECD statistics: database on immigrants in OECD countries: Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=MIG_NUP_RATES_GENDER, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
47. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health: a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33(2):96–104.
48. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
49. Dzurova D, Winkler P, Drbohlav D. Immigrants' access to health insurance: no equality without awareness. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(7):7144–53.
50. Keygnaert I, Dialmy A, Manco A, Keygnaert J, Vettenburg N, Roelens K et al. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Global Health*. 2014;10.

- 
51. Ronda E, Agudelo-Suarez AA, Garcia AM, Lopez-Jacob MJ, Ruiz-Frutos C, Benavides FG. Differences in exposure to occupational health risks in Spanish and foreign-born workers in Spain (ITSAL Project). *J Immigr Minor Health*. 2013;15(1):164–71.
 52. Hnilicová H, Dobiášová K. Migrants' health and access to healthcare in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*. 2011;19(3):134–8.
 53. Pollock KGJ, Mellor DJ, Browning LM, Wilson L, Donaghy M. Q fever in migrant workers, Scotland. *Emerg Infect Diseases*. 2007;13(12):1963–4.
 54. Households as employer: working conditions and job quality. Eurofound Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound); 2008.
 55. Woolfson C. Labour standards and migration in the New Europe: post-communist legacies and perspectives. *Eur J Ind Rel*. 2007;13(2):199–218.
 56. MIPEX. Migrant integration policy index (<http://www.mipex.eu>, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
 57. Boidi M, El-Nagashi F, Karner B. Sex work, migration, health: a report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration, and health in Europe. In: Boidi M, El-Nagashi F, Karner B, editors. TAMPEP 8 programme. Hamburg: European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP); 2009.
 58. Mor Z, Kolb H, Lidji M, Migliori G, Leventhal A. Tuberculosis diagnostic delay and therapy outcomes of non-national migrants in Tel Aviv, 1998–2008. *Eurosurveillance*. 2013;18(12):pii: 20433.
 59. Agyemang C, van Oeffelen AA, Norredam M, Kappelle LJ, Klijn CJ, Bots ML et al. Socioeconomic inequalities in stroke incidence among migrant groups: analysis of nationwide data. *Stroke*. 2014;45(8):2397–403.
 60. Borrell C, Muntaner C, Sola J, Artazcoz L, Puigpinos R, Benach J et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(5):e7.
 61. Topa J, Neves S, Nogueira C. Immigration and health: women immigrants' (in)ability to access health care. *Saude Soc*. 2013;22(2):328–41.
 62. Peiro MJ, Benedict R. Migration health: better health for all in Europe. Brussels: International Organization for Migration, Migration Health Department; 2009.
 63. Zermiani M, Mengoli C, Rimondo C, Galvan U, Cruciani M, Serpelloni G. Prevalence of sexually transmitted diseases and hepatitis C in a survey of female sex workers in the north-east of Italy. *Open AIDS J*. 2012;6(1):60–4.

64. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med.* 2011;8(5):e1001034.
65. Newall D, Phillimore J, Sharpe H. Migration and maternity in the age of superdiversity. *Pract Midwife.* 2012;15(1):20–2.
66. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J, editors. Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and policy diverse responses. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. 2014. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf?ua=1, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
67. ILO background note: the contribution of labour migration to improved development outcomes. Mainstreaming of migration in development policy and integrating migration in the post-2015 UN Development Agenda. Geneva: International Labour Organization; 2015 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/genericdocument/wcms_220084.pdf, по состоянию на 7 октября 2015 г.).
68. Migrant labour, London: Encyclopaedia Britannica; 2015 (<http://www.britannica.com/topic/migrant-labour>, по состоянию на 7 октября 2015 г.).



ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Базы данных

Поиск был осуществлен 26 февраля 2015 г. Для поиска научной литературы были использованы следующие базы данных: MEDLINE, Embase, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA) (Индексы и рефераты прикладной социологии), EconLit и Social Sciences Citation Index (Индекс цитируемости прикладной социологии). Авторы доклада также просмотрели веб-сайты следующих организаций с целью найти неиндексированную в медицинских базах данных литературу и текущие статистические данные: Международная организация по миграции (МОМ); Международная организация труда (МОТ); Агентство ООН по делам беженцев и Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН; Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); Институт миграционной политики; Центр исследований по вопросам гигиены труда; Генеральный директорат по миграции и внутренним делам Европейской комиссии; Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and their Social Determinants, and Fostering Change (SOPHIE) (Оценка воздействия структурных стратегий на неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также содействие переменам); Индекс политики по интеграции мигрантов; Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР); Европейская ассоциация общественного здравоохранения; и Европейская обсерватория.

Термины поиска

Скрининг проводился двумя рецензентами на основе характеристик мигрантов, принимающей страны, характеристик стратегий, осуществления стратегий, фактических данных успеха или провала стратегий и их возможных значений. Все разногласия решались при помощи обсуждения или консультаций с третьим рецензентом в случае необходимости.

Ввиду гетерогенности типа исследований, их качество оценивалось с точки зрения актуальности для вопроса исследования. По причине отсутствия прямых исследований оценки успеха отдельных стратегий по снижению неравенства в области доступности и качества медицинской помощи, методологии исследований в большинстве случаев не имели значения. Во всех исследованиях были представлены различные уровни фактических данных для стратегических рекомендаций или анализа. Для оценки качества использовалась следующая иерархия исследований:

- в исследовании описывались конкретная стратегия/мероприятие, и приводились фактические данные успеха;
- в исследовании описывались конкретная стратегия/мероприятие, и предполагалась информация об успехе;
- в исследовании описывались конкретная стратегия/мероприятие, но не было оценки успешности;

- в исследовании давались рекомендации по проведению стратегий/мероприятий на основании некоторых экспериментальных результатов;
- в исследовании давались рекомендации по проведению стратегий/мероприятий без экспериментального обоснования.

В стратегии поиска¹ проводился анализ терминов «трудовые мигранты», «Европейский регион», «стратегии и мероприятия», «медицинская помощь».

Целевая группа населения

Исследование было расширено, чтобы включить понятия, относящиеся к более широким аспектам трудовой и экономической миграции, используя следующие свободные текстовые термины: «этнические меньшинства», «профессиональная безопасность», «страховка», «сельское хозяйство», «производство», «домашний», «строительство», «горный промысел», «ресторан», «общественное питание» и «гостиница».

Мероприятия

Чтобы обеспечить охват всех аспектов мероприятий системы здравоохранения в данной стратегии поиска, в базах данных MEDLINE и Embase использовались следующие термины MeSH: «предоставление медицинской помощи», «доступность услуг здравоохранения», «стратегия в отношении здоровья» и «системы здравоохранения», «стратегия в области здравоохранения», «доступ к медицинской помощи», «планирование в области здравоохранения», «программы здравоохранения» и «предоставление услуг здравоохранения». Кроме того, авторы расширили поиск, используя следующие свободные текстовые термины: «стратегия», «мероприятие», «закон», «программа», «служба», «реформа», «доступ», «планирование» и «предоставление».

Стратегия поиска по странам

Были использованы как официальные, так и неофициальные названия 53 стран Европейского региона ВОЗ, а также производные слова: Австрия, Азербайджан, Албания, Андорра, Армения, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния, Венгрия, Германия, Греция, Грузия, Дания, Европа, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Македония, Мальта, Марино, Молдова, Монако, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Сербия, Словакия, Соединенное Королевство, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Черногория, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония.

На рис. А1. проиллюстрирована последовательность отбора исследований.

1. Авторы хотели бы выразить признательность Brigitte Wildner, специалисту в области извлечения информации, за помощь в построении стратегии поиска.

Рис. А1. Блок-схема подборки исследований



Ovid MEDLINE(R) in-process and other non-indexed citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to present>

1. 1exp Europe/ or exp Asia, Central/ or exp Israel/ or turkey.mp
2. exp "Transients and Migrants"/
3. exp Health Policy/ or exp intervention studies/ or exp delivery of health care/ or exp health services accessibility/
4. (policy or policies or intervention* or law or laws or program* or service* or reform* or access* or planning or delivery).ab,ti.

5. ((migrant* or migration or immigra* or foreign* or (minority adj3 group*) or minorities or ethnic or transient*) adj6 (labour or labor or work* or job or employ* or economic or "occupational safety" or insurance or agricultur* or manufactur* or domestic or construction or mining or restaurant or catering or hotel)),ab,ti.
6. 1 and (2 or 5) and (3 or 4)
7. 6 and 2005:2015.(sa_year)

Результаты: 807

Embase <1988 to 2015 Week 08>

8. migrant worker/
9. ((migrant* or migration or immigra* or foreign* or (minority adj3 group*) or minorities or ethnic or transient*) adj6 (labour or labor or work* or job or employ* or economic or "occupational safety" or insurance or agricultur* or manufactur* or domestic or construction or mining or restaurant or catering or hotel)).ti,ab.
10. exp kazakhstan/ or exp kyrgyzstan/ or exp tajikistan/ or exp turkmenistan/ or exp uzbekistan/ or exp europe/ or exp israel/ or turkey.mp.
11. exp health care system/ or exp health care policy/ or exp health care access/ or exp health care planning/ or exp health care program/ or exp health care delivery/
12. (policy or policies or intervention* or law or laws or program* or service* or reform* or access* or planning or delivery).ti,ab.
13. (1 or 2) and 3 and (4 or 5)
14. 6 and 2005:2015.(sa_year)

Результаты: 807



Social Sciences Citation Index (from Web of Science Core Collection)

TOPIC: ((country search strategy)) AND TOPIC: (((migrant* OR migration OR immigra* OR foreign* OR (minority near groups) OR minorities OR ethnic OR transient*)) near ((labour OR labor OR labor OR work* OR job OR employ* OR economic OR "occupational safety" OR insurance OR agricultur* OR manufactur* OR domestic OR construction OR mining OR restaurant OR catering OR hotel))) AND TOPIC: ((policy OR policies OR intervention* OR law OR laws OR program* OR service* OR reform* OR access* OR planning OR delivery)) AND TOPIC: (health OR medical)

Период: 2005–2015

Результаты: 733

ASSIA

((ab,ti((migrant* OR migration OR immigrant* OR foreign* OR (minority group*) OR minorities OR ethnic OR transient*)) AND (labour OR labor OR work* OR job OR employ* OR economic OR "occupational safety" OR insurance OR agriculture* OR manufacture* OR domestic OR construction OR mining OR restaurant OR catering OR hotel)) AND ab,ti(policy OR policies OR intervention* OR law OR laws OR program* OR service* OR reform* OR access* OR planning OR delivery) AND ab,ti(health OR medical)) OR SU.exact("MIGRANT WORKERS")) AND (country search strategy) after 2004

Результаты: 854

EconLit

((ab,ti((migrant* OR migration OR immigrant* OR foreign* OR (minority group*) OR minorities OR ethnic OR transient*)) AND (labour OR labor OR work* OR job OR employ* OR economic OR "occupational safety" OR insurance OR agriculture* OR manufacture* OR domestic OR construction OR mining OR restaurant OR catering OR hotel)) AND ab,ti(policy OR policies OR intervention* OR law OR laws OR program* OR service* OR reform* OR access* OR planning OR delivery) AND ab,ti(health OR medical)) OR SU.exact("MIGRANT WORKERS")) AND (country search strategy)

Результаты: 215

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНА «ТРУДОВЫЕ МИГРАНТЫ»

В данном докладе под трудовыми мигрантами подразумеваются лица, занимающиеся поиском работы или работающие в принимающей стране, а также лица, которые ранее работали или занимались поиском работы, но в настоящее время не могут продолжить работу и остаться в принимающей стране независимо от их правового статуса. Для примерного определения доли трудовых мигрантов в общем числе мигрантов некоторые используют правовой статус, другие – мотивацию или общее число занятых (10). В основных международных организациях используются следующие определения понятий, относящихся к теме трудовых мигрантов.

Международная организация по миграции

Международная организация по миграции (МОМ) проводит разграничение между экономическими мигрантами и трудовыми мигрантами (6). Она выделяет несколько подгрупп рабочих-мигрантов, включая командированных работников, контрактных работников-мигрантов, укоренившихся работников-мигрантов, высококвалифицированных работников-мигрантов, иммигрирующих инвесторов, исполнителей проектов, сезонных и временных работников-мигрантов.

Термин «трудовые мигранты» определяется как лица, переезжающие с целью трудоустройства.

«Экономические мигранты» формируют потенциально более широкую группу, в которую входят лица, въезжающие в страну для осуществления экономической деятельности, например, инвесторы или командированные. Но данное понятие может также интерпретироваться в более узком смысле и быть аналогичным категории «трудовые мигранты».

Международная организация труда

Термин «работник-мигрант» в Международной организации труда (МОТ) определяется как лицо, которое мигрирует или мигрировало из одной страны в другую, с целью получения любой работы, кроме как не по найму, и включает в себя любое лицо, законно въехавшее в страну в качестве работника-мигранта (6,67).

Организация Объединенных Наций

В Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей Организации Объединенных Наций термин «трудящийся-мигрант» означает лицо, которое будет заниматься, занимается или занималось оплачиваемой деятельностью в государстве, гражданином которого он или она не является (6).



Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций определяет нерегулярных (или недокументированных) мигрантов как лиц, которые въезжают в страну зачастую в поиске работы, не имея необходимых документов или разрешений, либо превышают разрешенный срок пребывания в стране **(64)**.

Британская энциклопедия

В Британской энциклопедии термин «рабочие-мигранты» определяется как поденные и неквалифицированные рабочие, систематически переезжающие из одного региона в другой, чтобы предлагать свои услуги на временной и обычно сезонной основе **(68)**.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ВАРИАНТЫ СТРАТЕГИЙ/ МЕРОПРИЯТИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ТЕМЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

На рис. А3 показаны варианты стратегий/мероприятий, посвященных теме трудовых мигрантов в Европейском регионе ВОЗ, найденные в литературе, прошедшей коллегиальный обзор, на английском языке.

Рис. А3. Варианты стратегий/мероприятий, посвященных теме трудовых мигрантов в Европейском регионе ВОЗ

Предоставление информации о системе здравоохранения на разных языках

Адаптация служб защиты сексуального и репродуктивного здоровья под новые потребности трудовых мигрантов

Развитие транснационального сотрудничества в области мониторинга и эпиднадзора для сообществ мигрантов

Предоставление комплексных превентивных стратегий в области снижения стресса, физического и психологического здоровья и благополучия, учитывающих культурное разнообразие низкоквалифицированных работников-мигрантов

Соединенное Королевство (4)

Введение закона по эпиднадзору и борьбе с инфекциями на рабочем месте

Норвегия (1)

Развитие регионального, национального и международного сотрудничества в области признания важности профилактики ВИЧ среди трудовых мигрантов

Предоставление консультирования и лечения психических расстройств работникам секс-бизнеса

Подключение социальных сетей к пропаганде здорового образа жизни и распространению информации о ВИЧ среди трудовых мигрантов

Российская Федерация (3)



Германия (1)

Проведение программ укрепления здоровья на рабочем месте, сконцентрированных на специфических для трудовых мигрантов ресурсах и психосоциальных условиях труда

Испания (4)

Предоставление хороших условий труда, содействующих снижению психосоциальных рисков, с которыми сталкиваются работники-мигранты в парниках

Обеспечение соблюдения нормативно-правовых актов относительно защиты от потери работы, графика работы и минимальной заработной платы работников-мигрантов
Предоставление программ лечения, семинаров о безопасном сексе, расширение доступа к центрам медицинской помощи для мигрантов, работающих в секс-бизнесе

Италия (1)

Разработка многоязычных учебных программ о болезнях, передаваемых животными, для снижения риска заражения среди трудовых мигрантов

Казахстан (1)

Разработка стратегий по бесплатному доступу к первичной медико-санитарной помощи, учреждение клиник, учитывающих интересы мигрантов, и предоставление карточек медицинского страхования для покрытия основного пакета медицинских услуг для трудовых мигрантов

Кипр (1)

Предоставление информации о системе здравоохранения, различных вариантах услуг, различных пакетах медицинского страхования и вариантах покрытия, точек доступа к медицинским учреждениям на разных языках

Израиль (2)

Субсидии для компенсации медицинских расходов трудовых мигрантов, особенно связанных с регулярными осмотрами во время беременности, для расширения их доступа к медицинской помощи

**Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. почта: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

