

Разработка государственных программ
по охране здоровья мигрантов:
обзор международного опыта

Мнения, выраженные в настоящем обзоре, представляют собой точку зрения авторов и не обязательно отражают взгляды Международной организации по миграции (МОМ). Употребляемые обозначения и изложение материала не означают выражения со стороны МОМ какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их властей или относительно делимитации их границ.

МОМ придерживается принципа, согласно которому гуманная и упорядоченная миграция приносит пользу и мигрантам, и обществу. В качестве межправительственной организации МОМ совместно со своими партнерами по международному сообществу осуществляет деятельность, направленную на: оказание помощи в решении оперативных задач в области миграции; разъяснение проблем, связанных с миграцией; поощрение социального и экономического развития посредством миграции; и обеспечение уважения человеческого достоинства и благополучия мигрантов.

Обзор подготовлен Б.И. Сергеевым, консультантом Бюро МОМ в Москве по вопросам общественного здравоохранения.

Издатель: Международная организация по миграции
Бюро Международной организации по миграции в Москве
119071, Российская Федерация, Москва, ул. Стасовой, д. 4
Тел.: +7 (495) 660-77-82
Эл. почта: iommoscow@iom.int
Веб-сайт: <https://russia.iom.int>

(С) 2022 год, Международная организация по миграции (МОМ)

Все права защищены. Никакая часть настоящей публикации не может воспроизводиться, закладываться в поисковую систему или передаваться в любой форме или любыми средствами, включая электронные, механические, фотокопировальные, записывающие или иные средства, без получения предварительного письменного разрешения от издателя.

Разработка государственных программ
по охране здоровья мигрантов:
обзор международного опыта

Москва, 2022



Содержание

1. Введение.....	4
2. Краткий анализ общей ситуации.....	4
3. Последствия миграции для сферы здравоохранения.....	5
4. Рекомендации по разработке государственных программ.....	11
5. Опыт стран по разработке и реализации государственных программ охраны здоровья мигрантов.....	20

1. Введение

В данной работе представлен обзор международных документов, содержащих рекомендации по подготовке государственных программ охраны здоровья мигрантов. В максимально возможной степени положения международных рекомендаций дополнялись описанием практики отдельных государств по вопросам предоставления медицинской и социальной помощи мигрантам. Отправной точкой обзора послужили материалы семинара «Миграция и здоровье», проводимого на регулярной основе Региональным офисом Международной организации по миграции (МОМ) для стран Юго-Восточной Европы, Восточной Европы и Центральной Азии в Вене. Дополнением к ним послужили документы, содержащие обобщение опыта интеграции мигрантов в национальные системы здравоохранения и рекомендации по структуре и содержанию соответствующих государственных программ. Среди последних следует отметить Глобальный план действий на 2019-2023 годы «Содействие укреплению здоровья беженцев и мигрантов», представленный на 72-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹; резолюцию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 71/1 (2016 г.) и Нью-Йоркскую декларацию о беженцах и мигрантах; Глобальный договор о безопасной, упорядоченной и легальной миграции, одобренный Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в резолюции 73/195 (2018 г.)²; Отчет о Всемирной консультативной встрече «Здоровье мигрантов: следующий шаг», состоявшейся в Мадриде с 3 по 5 марта 2010 года³; Руководство по миграции и здоровью, подготовленное Панамериканской организацией здравоохранения⁴ и документ ЮНИСЕФ «Улучшая социальную защиту мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежище: обзор международной практики». Как подчёркивается в ряде этих документов, их целью является защита здоровья не только мигрантов, но и коренного населения стран-участниц.

2. Краткий анализ общей ситуации

Одной из социально-экономических тенденций первой четверти XXI века является увеличение доли международных мигрантов среди населения стран мира: если в 2000 году этот показатель составлял 2,8%, то в 2020 он вырос до 3,6%. За период с 2000 по 2020 год общее число мигрантов, пересекающих государственные границы, возросло с 173 миллионов до 281 миллиона человек или на 63%⁵. По сообщению Верховного комиссара ООН по делам беженцев, в 2022 году число людей, вынужденно покинувших свои жилища из-за политических конфликтов, насилия и преследований, впервые в истории превысило отметку в 100 миллионов человек⁶. В дополнение к этому, число лиц, не имеющих гражданства, составило более 12 миллионов человек и доступ этих людей к медицинской помощи, образованию и трудоустройству также может быть ограниченным.

Переходя к соответствующим российским показателям, следует отметить, что доля мигрантов в населении Российской Федерации составляла в 2021 году примерно 4,8% (около

¹ Документ в переводе на русский язык доступен по ссылке: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-ru.pdf

² <https://refugeesmigrants.un.org/ru/migration-compact>

³ Health of Migrants - The way forward: Report of a global consultation. <https://publications.iom.int/books/health-migrants-way-forward-report-global-consultation>

⁴ Guidance document on Migration and Health, 2018. Доступно по ссылке: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-document-migration-and-health>

⁵ Global migration, by the numbers: who migrates, where they go and why <https://www.weforum.org/agenda/2020/01/iom-global-migration-report-international-migrants-2020/>

⁶ ООН заявила о росте числа беженцев в мире до 100 млн <https://www.vedomosti.ru/society/news/2022/05/23/923131-oon-zayavila-o-roste-chisla-bezhentsev>

7 миллионов человек), большинство из них являлось выходцами из стран СНГ⁷. В то же время до конца 2021 года в Российской Федерации насчитывалось относительно небольшое количество беженцев и лиц, обратившихся за убежищем, наиболее многочисленной была категория лиц без гражданства – 178 тысяч человек⁸. Однако в связи с военными действиями на территории Украины только к апрелю 2022 года в Российскую Федерацию прибыло более 1 миллиона вынужденных переселенцев⁹.

3. Последствия миграции для сферы здравоохранения

В связи с высоким уровнем трансграничной миграции в Глобальном плане действий Всемирной организации здравоохранения «Содействие укреплению здоровья беженцев и мигрантов» отмечается, что многие представители этой социальной группы лишены доступа к услугам здравоохранения, среди них ограничены возможности по укреплению здоровья, профилактике болезней, лечению и уходу, а также они не имеют доступа к соответствующей финансовой поддержке. В качестве причин, приводящих к подобным ограничениям, указывается правовой статус лица, который, как правило, лежит в основе определения уровня доступа к медицинской помощи в соответствии с национальными программами страхования и системами здравоохранения. В документе обращается внимание, что подобный подход не должен отменять принципа всеобщего охвата услугами здравоохранения, установленного в международных соглашениях, поэтому правовой статус не может быть основанием для определения того, кто имеет право на доступ к медицинским услугам. Кроме того, к препятствиям, с которыми сталкиваются мигранты и беженцы в процессе доступа к услугам здравоохранения, могут относиться языковые и культурные различия, высокая стоимость медицинской помощи, дискриминация, административные препоны, невозможность участвовать в местных схемах финансирования здравоохранения, неблагоприятные условия жизни, оккупация или блокада территорий, а также отсутствие информации о праве и порядке получения медицинской помощи. Угроза задержания или депортации также может являться условием, осложняющим обращение в учреждения здравоохранения.

Особое внимание в документе уделено тезису об инфекционной опасности среди мигрантов. В Глобальном плане признаётся, что беженцы и мигранты могут прибывать из районов, где инфекционные болезни являются эндемическими, однако это совсем не обязательно означает, что они представляют риск для населения принимающих и транзитных стран. Более того, риск заражения инфекционными болезнями среди них может быть связан с неблагоприятными условиями жизни и работы в принимающей стране, в сочетании с отсутствием доступа к основным услугам здравоохранения. В этой связи отмечается, что многие мигранты (и в некоторых случаях беженцы), особенно с низким и средним уровнем квалификации, выполняют низкооплачиваемую работу, которая может быть грязной, опасной и требовать больших физических затрат. Нередко они работают большее количество часов, чем представители коренного населения страны, и в небезопасных условиях. При этом правовой статус мигрантов зачастую препятствует их обращениям за защитой своих интересов, в связи с чем состояние их здоровья, обусловленное трудовой деятельностью, хуже, чем у остальных работающих. Это прежде всего касается мигрантов и беженцев, работающих без оформления соответствующих разрешительных документов. В свою очередь

⁷ «В МВД назвали количество мигрантов в России» <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/615481a49a7947237a4aa621>

⁸ <https://www.unhcr.org/ru/stats>

⁹ В Россию из Донбасса и Украины прибыло более 1 млн беженцев <https://iz.ru/1326902/2022-04-27/v-rossiiu-iz-donbassa-i-ukrainy-pribylo-bolee-1-mln-bezhentcev>.

недостаточный доступ мигрантов к лекарственным средствам и нерациональное ведение лечения могут способствовать развитию устойчивости к противомикробным препаратам.

В документе указывается и на специфичность обстоятельств и трудностей, связанных с доступом к медицинской помощи, для каждого этапа в рамках цикла миграции и перемещения – а именно, до и во время отъезда, перемещения, прибытия на место назначения и возможного возвращения. В частности, беженцы и мигранты с уже имеющимися хроническими заболеваниями и наследственными болезнями могут сталкиваться с перерывами в лечении или получать эпизодическую помощь, а также перемещаться без лекарственных средств или истории болезни.

Материалы семинара «Миграция и здоровье», проводимого Региональным офисом МОМ в Вене, иллюстрируют эти положения информацией по ряду инфекционных заболеваний, которые встречаются в странах, откуда в Европейский союз пришло несколько миграционных волн. В Таблице 1 приводятся статистические данные и оценки, подготовленные специалистами Европейского центра профилактики и контроля заболеваний, свидетельствующие, что эпидемиологический профиль стран исхода мигрантов – даже находящихся в одном регионе – не является однородным.

Таблица 1. Инфекционные заболевания по странам происхождения мигрантов

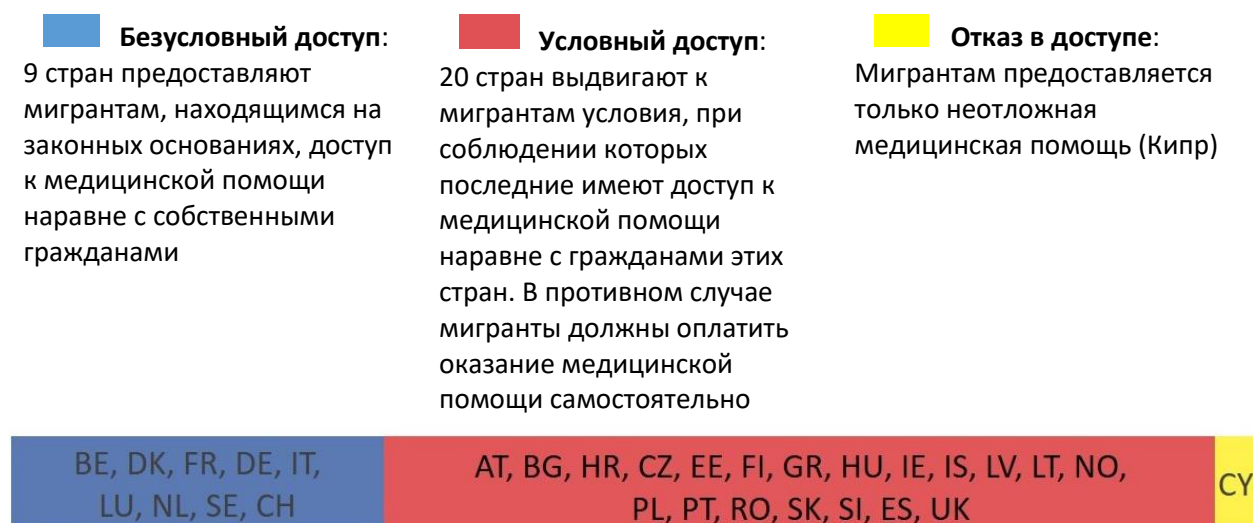
Заболевание	Индикатор	Сирийская Арабская Республика	Афганистан	Ирак	Сомали
Дифтерия	Число случаев, сообщенных ВОЗ, 2014	-	0	5	-
Тиф	Риск заболевания	✓	✓	✓	✓
Холера	Риск	Вспышек не зарегистрировано	Периодические вспышки	Вспышка в ряде областей	Периодические вспышки
Гепатит А	Риск	Высокий	-	Высокий	Высокий
Гепатит Е	Риск	-	-	Высокий	Высокий
Гельминтоз	Риск	+	++	+	++
Лейшманиоз	Риск	✓	✓	✓	✓
Гепатит В	Распространенность	5,6%	10,5%	1,3%	12,4%
Гепатит С	Распространенность	3,1%	1,1%	3,2%	-
ВИЧ	Распространенность	Низкая	-	Низкая	Низкая
Малярия	Риск	Отсутствует	Риск P. falciparum	Отсутствует	Риск P. falciparum
Корь	Заболеваемость, 2014	2,68	1,75	3,02	9,12
Полиомиелит	Число случаев, сообщенных ВОЗ, 2014	-	28	2	5
Туберкулез	Заболеваемость	17	189	25	285
Бешенство	Риск	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий

Источник: Health needs, challenges and risks among migrants and refugees - For Health Professionals

Хотя по ряду инфекционных заболеваний, например, по гепатиту А (Сирийская Арабская Республика, Ирак, Сомали), тифу, холере (Афганистан, Ирак, Сомали), гельминтозу, лейшманиозу и бешенству, эти страны отнесены к группе высокого риска, в то же время распространенность туберкулеза в Сирийской Арабской Республике и Ираке ниже соответствующего среднеевропейского показателя. Низкой является и распространенность ВИЧ в этих странах. Кроме того, несмотря на то, что различные виды гепатитов, в целом, распространены в странах Ближнего Востока и Северной Африки, в отношении гепатита Б показатель Ирака сопоставим с европейским. Таким образом, по ряду инфекционных заболеваний мигранты и беженцы, прибывшие из этого региона, имеют более высокую вероятность заражения в европейских странах, нежели у себя на родине. Кроме того, приведенные данные говорят о необходимости подготовки эпидемиологической карты по каждой стране, откуда прибывают мигранты, для более эффективной работы по профилактике инфекционных заболеваний среди её выходцев в стране назначения.

Материалы семинара «Миграция и здоровье» также дают возможность оценить, в какой степени доступ к медицинским услугам зависит от правового статуса мигранта в европейских странах. В Диаграмме 1 отражены объемы медицинской помощи, доступные мигрантам с урегулированным статусом, находящимся в европейских странах – например, для имеющих рабочую или студенческую визу, а также для членов их семей. По этому вопросу существует значительная разница в подходах между европейскими странами: если Бельгия, Дания, Франция, Германия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Швеция и Швейцария приравнивают таких мигрантов к собственным гражданам при их обращении за медицинской помощью, то другие страны выдвигают к таким мигрантам ряд условий, по выполнению которых у последних появляется возможность пользоваться услугами здравоохранения наравне с коренными жителями. В то же время Кипр ограничивает право мигрантов с урегулированным статусом на доступ к медицинским услугам предоставлением только неотложной помощи.

Диаграмма 1. Европейские страны: доступ к медицинской помощи для мигрантов с урегулированным статусом



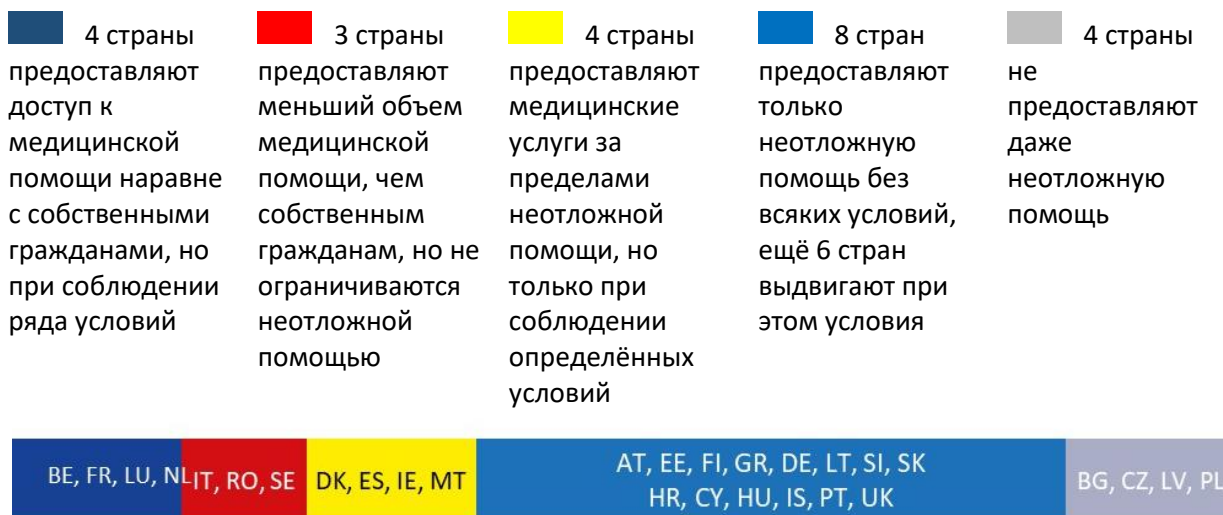
Источник: *An Introduction to Migrant Health*

Обратившимся за убежищем пять европейских стран – Франция, Италия, Люксембург, Нидерланды и Испания – предоставляют возможность получать медицинскую помощь в объеме, доступном собственным гражданам. Законодательство Великобритании также придерживается такого подхода. При этом в Германии и Хорватии заявителям на право убежища предоставляется только неотложная помощь, с исключениями в случаях

возникновения угрозы распространения инфекционных заболеваний. Остальные европейские страны занимают промежуточную позицию, предоставляя медицинскую помощь за пределами возникновения угрозы жизни и здоровью, но ограничивая спектр услуг по сравнению с коренным населением.

В отношении мигрантов, находящихся в европейских странах без необходимых документов, ситуация выглядит ещё более сложной. Как представлено в Диаграмме 2, только Бельгия, Франция, Люксембург и Нидерланды готовы – при соблюдении определенных условий – предоставить им медицинскую помощь наравне с собственными гражданами.

Диаграмма 2. Европейские страны: доступ к медицинской помощи для мигрантов, находящихся без необходимых документов



Источник: *An Introduction to Migrant Health*

Италия, Румыния и Швеция предоставляют ограниченный объём услуг, выходящий за пределы неотложной помощи. Дания, Испания, Ирландия и Мальта связывают получение медицинской помощи, за исключением экстренных случаев, с определенными условиями. Основная же часть европейских стран признаёт право недокументированных мигрантов только на получение неотложной помощи. При этом Болгария, Чехия, Латвия и Польша снимают с себя и эту обязанность. Другими словами, несмотря на действие международных соглашений, провозглашающих принцип всеобщего охвата услугами здравоохранения, он остаётся нереализованным большинством европейских стран. Этот факт признаётся и Всемирной организацией здравоохранения, руководство которой отметило в Глобальном плане, что «право беженцев и мигрантов на получение услуг здравоохранения и доступ к ним варьируется от страны к стране и определяется национальным законодательством».

При этом следует отметить, что даже с учетом одобрения в 2016 году Европейской стратегии и плана действий по охране здоровья беженцев и мигрантов при координирующей роли Европейского регионального бюро ВОЗ¹⁰, основная нагрузка по предоставлению медицинской помощи ложится на соответствующие страны, где отмечается острая нехватка ресурсов, приводящая к трудностям в получении мигрантами даже первичных услуг, включая

¹⁰ Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Resolution for adoption at the 66th Session of the WHO Regional Committee for Europe, 12-15 September 2016. Copenhagen: WHO-EURO 2016, document EUR/RC66/R6. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319113/66rs06e_MigrantHealth_160765.pdf.

охрану материнства и детства¹¹. В ряде случаев государственными органами взят курс на дальнейшее ограничение возможностей получения медицинских услуг мигрантами, не имеющими необходимых документов для пребывания в стране. Забота о них перекладывается на плечи неправительственных организаций, таких как *Médecins Sans Frontières*, *Save the Children*, *Medecins du Monde* и *Красный крест*¹².

Решение такой задачи силами неправительственных структур представляет значительные трудности, поскольку проведенные в среде мигрантов в европейских странах исследования определили инфекционные и хронические заболевания, психические расстройства, травмы, стоматологические заболевания и проблемы, связанные со здоровьем матерей, как наиболее часто встречающиеся патологии. Также отмечается наличие социокультурных барьеров, затрудняющих получение медицинской помощи даже в странах, в которых не существует ограничений на законодательном уровне. К числу таких барьеров относятся плохое знание языка и неразвитые навыки общения, ограниченность знаний о системе здравоохранения и плохое информирование о возможностях получения медицинской помощи мигрантами. К настоящему времени число примеров, показывающих успешное решение этих проблем, является скромным и европейские эксперты ставят вопрос о разработке соответствующих информационных стратегий, ориентированных на мигрантов¹³.

Также необходимо учитывать, что женщины составляют более половины от общего числа беженцев, обращающихся за убежищем и мигрантов, при этом именно они зачастую становятся объектом насилия и торговли людьми. Среди факторов риска для мужчин-мигрантов выделяются несчастные случаи, чрезмерные физические нагрузки и другие угрозы здоровью, связанные с производственной деятельностью. Кроме того, имеются свидетельства о высокой распространенности психических расстройств среди беженцев и мигрантов, особенно женщин и пожилых людей, вследствие ограниченной социальной поддержки и стресса, связанного с миграцией.¹⁴

Отдельной темой в отношении охраны здоровья беженцев и мигрантов является проведение вакцинации. В соответствии с Алма-Атинской декларацией по первичной медико-санитарной помощи 1978 года, беженцам и лицам, обратившимся за убежищем, гарантируется доступ к медицинским услугам, включая вакцинацию, вне зависимости от их правового статуса. В развитие положений этой декларации был принят *Европейский план действий по вакцинированию на 2015-2020 годы*, закреплявший всеобщий доступ к данным услугам. В частности, предусматривалось проведение вакцинации среди беженцев и мигрантов в соответствии с календарём прививок той страны, в которой они намерены

¹¹ Roberts B, Murphy A, McKee M. Europe's collective failure to address the refugee crisis. *Public Health Rev.* 2016;37: <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0015-6>.

¹² Jacobsen H. EU silent over impact of refugees on national budgets: EURACTIV; 2016. www.euractiv.com/section/euro-finance/news/eu-silent-over-impact-of-refugees-on-national-budgets/. Making the link: migration, refugees and health needs. EuroHealthNet Policy Precipis 2016. http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/PP_Migration_and_Health%20-%20Final.pdf.

¹³ De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Parente P, Azzolini E. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Rev.* 2016;7:13. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0026-3>. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. [Health Evidence Network synthesis report 42]. www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidenceinformed-policy-making/publications/evidence-reports/evidence-reports.

¹⁴ Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Paper submitted to the 66th Session of the WHO Regional Committee for Europe, 12-15 September 2016. Copenhagen: WHO-EURO 2016, para. 5. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf

находиться более одной недели. При этом приоритет отдавался вакцинации против кори, паротита и краснухи, а также полиомиелита. Учреждениям здравоохранения предписывалось своевременно выдавать документы, подтверждающие проведение прививки, чтобы таким образом избежать случаев повторной вакцинации.

Однако следует подчеркнуть, что несмотря на наличие общеевропейских документов, формулировка и реализация мер по вакцинированию относятся к компетенции соответствующих государств. В настоящее время Еврокомиссия оказывает ограниченную поддержку национальным программам по иммунизации с помощью инициативы «Совместные действия по вакцинации». В июне 2020 года также была представлена программа Еврокомиссии «Стратегия Европейского союза по вакцинам против Covid-19», направленная на ускорение разработки, производства и применения препаратов, предупреждающих развитие данного заболевания.

В то же время имеющиеся оценки свидетельствуют лишь о частичном успехе проектов по вакцинации, проводимых в европейских странах. В рамках «Европейского плана действий по вакцинированию на 2015-2020 годы» увеличения охвата вакцинацией и применения новых разработок удалось добиться, в основном, лишь в странах, где имелась поддержка внешних спонсоров. Ликвидации кори и краснухи, заявленных в качестве целей этого Плана, добиться не удалось – более того, в 2018 году в нескольких странах имели место вспышки кори со смертельными исходами. В связи с этим возник вопрос о том, что даже в странах с высоким уровнем вакцинации имеются группы населения, для которых прививки остаются либо недоступными, либо они пытаются их избегать. В некоторых оценках отмечается необходимость обеспечения принципа равенства в предоставлении вакцин, что дает основания предполагать, что у ряда социальных групп имеются ограничения в доступе к вакцинации¹⁵.

Выводы:

- Угроза передачи инфекционных заболеваний от беженцев и мигрантов коренному населению варьируется в зависимости от вида заболевания. Ряд инфекционных заболеваний в странах исхода менее распространен, чем в принимающих странах. Соответственно, у мигрантов выше вероятность инфицирования ими в странах приема. Для разработки профилактических мероприятий целесообразно составление эпидемиологического профиля основных стран, из которых прибывают беженцы и мигранты.
- Факторами, способствующими развитию заболеваний среди беженцев и мигрантов могут быть условия жизни и работы в принимающей стране, включая скученность проживания, вредные условия труда, значительные физические нагрузки, стресс, связанный с переездом и обустройством на новом месте, а также ограниченный доступ к медицинской помощи.
- Ограничения, связанные с доступом к услугам здравоохранения, могут носить как структурный (определение объема доступной медицинской помощи исходя из правового статуса индивида), так и социокультурный характер (плохое знание языка, низкий уровень осведомленности о порядке получения медицинской помощи в стране приема, предубеждения в отношении мигрантов со стороны медицинского персонала). В большинстве европейских стран право мигрантов,

¹⁵ Datta S. and de Kat C. Looking ahead to the next decade for immunization in Europe. The European files, 2019 <https://www.europeanfiles.eu/health/looking-ahead-to-the-next-decade-for-immunization-in-europe>

находящихся там на законных основаниях, на получение медицинской помощи в объёмах, предусмотренных для граждан, зависит от выполнения ряда условий. В то же время лица, обратившиеся за убежищем, или лица, находящиеся в европейских странах без необходимых разрешительных документов, как правило, могут претендовать только на получение ограниченного перечня медицинских услуг сверх неотложной помощи. Некоторые страны отказывают мигрантам, нарушающим визовый режим, даже в оказании неотложной помощи.

- Косвенные свидетельства позволяют предположить, что мигранты в европейских странах также сталкиваются с ограничениями в доступе к вакцинации.

4. Рекомендации по разработке государственных программ

Международные рекомендации по разработке государственных программ защиты здоровья мигрантов предлагают ряд решений в отношении выявленных проблем, при этом в значительной степени отражая на себе влияние результатов Всемирной консультативной встречи «Здоровье мигрантов: следующий шаг», состоявшейся под эгидой Всемирной организации здравоохранения и Международной организации по миграции в Мадриде с 3 по 5 марта 2010 года. В ходе этого мероприятия участники согласовали *Операционную концепцию по охране здоровья мигрантов* (Таблица 2), включающую определение приоритетов и действий в четырёх тематических областях, а именно:

- *Мониторинг состояния здоровья мигрантов:* обеспечение стандартизации и сравнимости данных о состоянии здоровья мигрантов, поддержка сбора и обобщения этих данных, распространение наилучших практик по мониторингу состояния здоровья мигрантов, регулирования и предоставления медицинской помощи этой социальной группе.

- *Организационные и законодательные рамки:* включение соответствующих международных стандартов защиты здоровья мигрантов в национальное законодательство, реализация мер по обеспечению мигрантам равного доступа к медицинской помощи, расширение возможностей социальной защиты, связанной с получением медицинской помощи, укрепление системы социальной помощи мигрантам.

- *Система здравоохранения, учитывающая потребности мигрантов:* обеспечение предоставления медицинской помощи мигрантам с учётом языковых и иных культурных особенностей, укрепление потенциала медицинского и вспомогательного персонала по работе с мигрантами, предоставление медицинской помощи в полном объеме, скоординированными усилиями и с соблюдением финансовой устойчивости.

- *Партнерства, сети и возможности взаимодействия между странами:* учреждение и поддержка форумов для диалога по вопросам охраны здоровья мигрантов, а также взаимодействие между секторами, крупными городами и странами исхода, транзита и приёма мигрантов, обсуждение вопросов здоровья мигрантов на глобальных и региональных площадках, посвященных миграции, экономическому росту и развитию.

Таблица 2. Операционная концепция по охране здоровья мигрантов

1. Мониторинг состояния здоровья мигрантов

<p>Приоритеты</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение стандартизации и сравнимости данных о состоянии здоровья мигрантов. • Обеспечение лучшего понимания тенденций и результатов путём обоснованной разбивки и анализа информации о состоянии здоровья мигрантов, учитывающей разнородный характер данной категории населения. • Улучшение мониторинга обращений мигрантов за медицинскими услугами, доступа и использование ими услуг здравоохранения, увеличение объема данных о состоянии здоровья и результатах лечения мигрантов. • Определение и описание: 1) передовой практики по мониторингу состояния здоровья мигрантов; 2) организационных моделей, способствующих равноправному доступу мигрантов к медицинской помощи; и 3) моделей и практики здравоохранения, обеспечивающих включение мигрантов. • Подготовка данных, которые могут служить основой для принятия решений и мониторинга эффекта проводимых мероприятий.
<p>Основные действия</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Определение основных индикаторов, приемлемых и используемых в различных странах. • Продвижение включения переменных, связанных с миграцией, в перепись населения, государственную статистику, опросы по тематике здравоохранения и текущую медицинскую отчетность, равно как и в статистику жилищно-коммунальных служб, образования, труда и миграции. • Использование инновационных методов сбора данных о мигрантах, не ограничиваясь традиционными источниками, такими как данные ЗАГС или текущая медицинская отчетность. • Четкое объяснение мигрантам, в чём заключается необходимость сбора данных о состоянии здоровья и почему это для них важно, предотвращение использования данных в целях дискриминации и нанесения иного вреда. • Улучшение осведомленности о методах сбора, использования и предоставления данных о состоянии здоровья мигрантов среди государственных, неправительственных и международных организаций. • Выпуск Всемирного обзора о состоянии здоровья мигрантов, включающего отчеты о достигнутом прогрессе по каждой стране.

2. Организационные и законодательные рамки

<p>Приоритеты</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Принятие и реализация в национальном законодательстве международных стандартов по защите мигрантов и их прав на охрану здоровья. • Разработка и реализация государственных мер, обеспечивающих равный доступ мигрантов - вне зависимости от их статуса - к услугам здравоохранения. • Отслеживание реализации положений национального законодательства и подзаконных документов, обеспечивающих охрану здоровья мигрантов. • Согласование решений различных ведомств, затрагивающих доступ мигрантов к услугам здравоохранения. • Расширение мер социальной защиты, связанных со сферой здравоохранения и улучшение системы социальной помощи для мигрантов.
<p>Основные действия</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка рамок и индикаторов для отслеживания результатов реализуемых мероприятий. • Обеспечение необходимых ресурсов для разработки нормативных документов, формулировки стратегии и реализации. • Проведение информационных и обучающих мероприятий для обеспечения общественной и государственной поддержки мер по предоставлению медицинской помощи мигрантам и принятию международных рекомендаций по этим вопросам.

	<ul style="list-style-type: none"> • На основе лучшей практики разработка руководств, моделей и стандартов в качестве вспомогательных материалов для стран-участниц. • Определение механизмов, позволяющих расширить меры социальной защиты, связанные со сферой здравоохранения и улучшить систему социальной помощи для мигрантов.
--	--

3. Система здравоохранения, учитывающая потребности мигрантов

Приоритеты	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение предоставления медицинских услуг мигрантам с учетом культурных и языковых особенностей, наличие законодательного запрета на дискриминацию. • Реализация мер по предоставлению услуг мигрантам, гарантирующих всесторонность медицинской помощи, ее скоординированный и устойчивый характер. • Улучшение взаимодополняемости и качества медицинской помощи, предоставляемой мигрантам различными организациями, в том числе НКО и другими негосударственными учреждениями. • Развитие возможностей медицинского и немедицинского персонала по учету и решению вопросов здоровья и социальной защиты, возникающих в связи с миграцией.
Основные действия	<ul style="list-style-type: none"> • Учреждение государственного органа по вопросам охраны здоровья мигрантов • Разработка нормативов по предоставлению медицинских услуг, управлению и руководству с учётом культурных и языковых особенностей, эпидемиологических факторов, текущего законодательства, а также административных и финансовых вопросов. • Разработка рамок, позволяющих отслеживать результативность системы здравоохранения в предоставлении услуг мигрантам • Разработка методов оценки стоимости решения или отказа от решения вопросов, связанных с охраной здоровья мигрантов. • Включение медицинских специалистов, представляющих организации этнической диаспоры в разработку, реализацию и оценку программ обучения и предоставления медицинской помощи мигрантам • Включение вопросов охраны здоровья мигрантов в программы обучения медицинских вузов и факультетов повышения квалификации, в том числе для лиц, занимающих административные и вспомогательные должности.

4. Партнерства, сети и возможности взаимодействия между странами

Приоритеты	<ul style="list-style-type: none"> • Установление и поддержка сотрудничества по вопросам миграции между различными ведомствами, а также между городами, областями стран исхода, транзита и назначения мигрантов. • Обсуждение вопросов охраны здоровья мигрантов на всемирных, региональных мероприятиях по миграции и экономическому развитию (например, Глобальный форум по миграции и развитию, глобальная группа по миграции, Диалог на высоком уровне по вопросу о международной миграции и развитию ООН). • Использование возможностей имеющихся сетей для обсуждения вопросов охраны здоровья мигрантов.
Основные действия	<ul style="list-style-type: none"> • Учреждение многосторонней рабочей группы по уточнению и реализации операционной концепции по охране здоровья мигрантов и разработки плана мобилизации ресурсов. • Создание информационного центра, располагающего публикациями о лучшем опыте разработки нормативных документов, предоставления помощи и оценки эффективности программ по охране здоровья мигрантов. • Поддержка диалога по гармонизации регулирования вопросов охраны здоровья мигрантов на местном, региональном и международном уровне.

- | |
|--|
| • Поддержка включения вопросов охраны здоровья мигрантов для финансирования в рамках имеющихся региональных и глобальных структур. |
|--|

В наибольшей степени данной структуре соответствует **План защиты здоровья мигрантов** (2019), предлагаемый странам-участницам Панамериканской организацией здравоохранения с целью разработки мер по укреплению здоровья мигрантов и коренного населения стран Северной и Южной Америки¹⁶. Он включает в себя пять основных направлений:

1. *Укрепление эпидемиологического надзора, управления информацией и мониторинга.* В рамках данного направления предполагается обеспечить стандартизацию и сопоставимость информации о состоянии здоровья мигрантов на региональном и национальном уровнях с целью эмпирического обоснования мер, предлагаемых по совершенствованию системы медицинской помощи мигрантам. На этой основе также предполагается обмен данными между странами, отправляющими и принимающими мигрантов. Среди конкретных мер следует отметить разработку «системы раннего предупреждения» по выявлению угроз здоровью; укрепление системы сбора данных о состоянии здоровья мигрантов, включая проведение исследований дозорного эпидемиологического надзора; улучшение возможностей по проведению эпидемиологического надзора, управления информацией и подготовки отчетности в принимающих странах; разработку эпидемиологического профиля основных групп мигрантов, включая определение факторов риска; обеспечение совместимости формата данных о здоровье мигранта с различными информационными системами, в том числе используемыми в других странах, при соблюдении требований национального законодательства.
2. *Улучшение доступа мигрантов и коренного населения к медицинской помощи.* Это направление деятельности ориентировано на устранение барьеров – языковых, финансовых, социокультурных – в доступе к медицинской помощи, с которыми могут сталкиваться мигранты. Также ставится задача обеспечения всего спектра медицинской помощи, включая профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативный уход. Среди предлагаемых мер: включение разделов по охране здоровья в государственные планы, касающиеся миграции, включение Министерства здравоохранения в работу соответствующих структур; расширение спектра и масштаба профилактических мер по инфекционным и неинфекционным заболеваниям с учетом социально-демографических факторов (возраст, пол, образование, особенности культуры и традиций); разработка мер по увеличению охвата вакцинацией в трудно-доступных группах населения, в том числе среди мигрантов; при наличии квалифицированных специалистов из числа мигрантов, их подключение к разработке, реализации и оценке программ информирования и предоставления медицинской помощи мигрантам.
3. *Совершенствование обмена информацией и проведение информационных кампаний для противодействия проявлениям ксенофобии, стигматизации и дискриминации.* Данный вид деятельности сконцентрирован на преодолении предубеждений и искаженных представлений, бытующих как среди медицинских работников, так и мигрантов, а также на расширении возможностей по обмену информацией, протоколами, программами между странами, отправляющими и принимающими мигрантов. Среди предлагаемых мер можно отметить: сбор информации о состоянии

¹⁶ Guidance document on Migration and Health, 2018. Доступно по ссылке: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-document-migration-and-health>

здоровья населения в соседних странах, из которых идёт основной поток мигрантов, для разработки совместных профилактических и лечебных проектов; обмен и распространение положительного опыта, документов и иных наработок по вопросам охраны здоровья мигрантов между организациями, ведомствами и странами с целью создания межрегиональной системы обмена информацией; разработка информационных материалов по возможностям получения медицинской помощи с учетом языковых и иных социокультурных особенностей основных групп мигрантов; проведение обучающих курсов для медицинских специалистов по особенностям традиций и культуры стран, откуда прибывает основная часть мигрантов; подготовка периодических отчетов о медицинских аспектах миграции, оценке риска распространения инфекционных заболеваний и эффективности принимаемых профилактических мер; при полном соблюдении законодательства соответствующей страны, подготовка баз данных и проектов для возможного предоставления приграничным партнерам информации о факторах риска в странах отправления, транзита и приёма мигрантов, разработка удостоверения о состоянии здоровья («карты здоровья») для переезжающих в другую страну с целью обеспечения непрерывности лечения.

4. *Укрепление партнерств, сетей и многонациональных объединений для защиты здоровья мигрантов* призвано содействовать решению вопросов охраны здоровья мигрантов с помощью совместных действий как на государственном, так и международном уровнях. В числе предлагаемых мер: улучшение межведомственного взаимодействия со службами социальной защиты и образования, расширение диалога на многостороннем уровне с целью разработки совместных протоколов и схем лечения; на дву- и многосторонней основе создание механизмов по решению трансграничных вопросов, связанных с медицинскими аспектами миграции; учреждение координирующих органов по вопросам охраны здоровья мигрантов на двусторонней основе; определение финансовых механизмов, способных покрывать потребности учреждений здравоохранения, предоставляющих помощь мигрантам.
5. *Реализация законодательных мер и программ по защите здоровья мигрантов.* Данное направление ориентировано на включение вопросов охраны здоровья мигрантов в общественную дискуссию с целью разработки механизмов по оказанию медицинской и социальной помощи. Среди предложений на этот счёт: проведение оценки последствий отказа или ограничения предоставления помощи мигрантам для сферы здравоохранения; разработка целевых программ по сокращению рисков для здоровья и неравного доступа к медицинской помощи; участие в формировании тематики исследований по вопросам миграции и здоровья; разработка мер социальной поддержки с целью сокращения неравного доступа к медицинской помощи.

Переходя к европейским наработкам, следует отметить **Европейскую стратегию и план действий по охране здоровья беженцев и мигрантов** (2016)¹⁷. Её структура несколько отличается от Операционной концепции, предложенной на Всемирной консультативной встрече в 2010 году, поскольку европейский документ создавался под эгидой Регионального бюро ВОЗ для стран Европы и по каждому направлению в нём проводится распределение ответственности между странами и Региональным бюро. Кроме того, большее внимание уделено профилактике и лечению инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также

¹⁷ Action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region, 2016. Доступно по ссылке: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf

проведению медицинского освидетельствования, которые выделены в отдельные направления. При этом содержание разделов Стратегического плана перекликается с рекомендациями, зафиксированными на Всемирной консультативной встрече 2010 года в Мадриде.

Переходя к рассмотрению деталей европейского документа, следует отметить, что он включает в себя 9 разделов, начиная с организационно-политических, затем лечебных и заканчивая обсуждением информационных вопросов. Первый раздел *«Создание рамки для совместных действий»* посвящён укреплению сотрудничества с международными, европейскими, неправительственными организациями, а также с частным сектором, университетами и профессиональными ассоциациями по вопросам охраны здоровья мигрантов. Министерством здравоохранения рекомендуется взять на себя направляющую роль при выстраивании системы общественного взаимодействия и формулировке задач, отражающих ситуацию в конкретной стране.

Во втором разделе *«Продвижение права беженцев, лиц, ищущих убежище, и мигрантов на охрану здоровья»* ставится цель предоставить объективную информацию о вопросах охраны здоровья, возникающих среди мигрантов с тем, чтобы способствовать сокращению предубеждений и устранению помех в доступе к медицинской помощи для этой социальной группы. В частности, рекомендуется проводить информационные кампании по снижению ксенофобии среди медицинских сотрудников, государственных служащих и других категорий участников. Особое внимание уделяется необходимости обеспечить взаимодействие с министерствами финансов, внутренних и иностранных дел для решения вопросов, связанных с предоставлением медицинской помощи мигрантам.

Третий раздел *«Решение вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья»* сфокусирован на создании условий для эффективного взаимодействия между государственными и негосударственными структурами. В качестве первого шага предлагается провести оценку риска и возможностей для укрепления здоровья, имеющихся у беженцев и мигрантов. Оценка должна учитывать действие социальных, экономических и других факторов, включая наличие жилья, условий проживания, получения образования и возможности устройства на работу. При этом необходимо выяснить, какие финансовые, религиозные, национальные или политические вопросы могут встать перед мигрантами, пытающимися получить соответствующие услуги или работу. Далее следует определить основных участников, которые отвечают за каждое из этих направлений и сформулировать приглашение к диалогу и совместным действиям по конкретным вопросам. Особое внимание рекомендуется уделить расширению сети социальной защиты мигрантов.

Четвертый раздел *«Обеспечение противоэпидемической готовности и эффективных ответных мер»* призван гарантировать, что потребности мигрантов по охране здоровья учитываются при формировании государственных планов или программ, а также при распределении ресурсов учреждениям здравоохранения. Для этого предлагается проводить исследования дозорного эпидемиологического надзора и собирать иные данные, свидетельствующие как о состоянии здоровья мигрантов в целом, так и внутри подгрупп, различающихся по возрасту, полу, образованию, другим демографическим признакам, а также пострадавшим от определенных заболеваний.

В пятом разделе *«Укрепление систем здравоохранения и их устойчивости»* речь идёт, в основном, о решении организационно-политических вопросов, связанных с возможностями системы здравоохранения по оказанию помощи мигрантам. В частности, предлагается учредить государственный орган по вопросам охраны здоровья беженцев и мигрантов с передачей ему полномочий по координации межведомственного взаимодействия и

сотрудничества с приграничными странами. При необходимости могут быть сформулированы соответствующие законодательные поправки, а также проведена оценка возможностей учреждений здравоохранения по оказанию помощи мигрантам. В рамках этого же раздела рекомендуется проведение семинаров с организаторами и работниками здравоохранения по оказанию помощи с учётом специфических потребностей мигрантов. Ряд рекомендаций при этом напрямую взят из *Операционной концепции по охране здоровья мигрантов* – например, «включение медицинских специалистов, представляющих организации этнической диаспоры, в разработку, реализацию и оценку программ обучения и предоставления медицинской помощи мигрантам» или «включение вопросов охраны здоровья мигрантов в программы обучения медицинских вузов и факультетов повышения квалификации, в том числе для лиц, занимающих административные и вспомогательные должности».

Шестой и седьмой разделы посвящены *профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний*, соответственно. В отношении инфекционных заболеваний рекомендуется расширять сбор данных дозорного эпидемиологического надзора с включением в него групп беженцев и мигрантов, а также выделять необходимые ресурсы для проведения иммунизации, обеспечивая при этом участие в ней беженцев и мигрантов. Предлагается также рассмотреть вопрос о совместимости и обмене данными по инфекционным заболеваниям среди мигрантов. В отношении неинфекционных заболеваний, помимо сбора дозорных данных, предлагается способствовать доступу беженцев и мигрантов к первичной медицинской и стоматологической помощи, а также к программам укрепления здоровья и медицинской диагностике.

Восьмой раздел также касается врачебной практики, а именно *условий медицинского освидетельствования*. Предлагаемые рекомендации имеют целью обеспечение проведения медицинского освидетельствования беженцев и мигрантов в отношении факторов риска, по которым имеется доказательное подтверждение. При этом пациентам должно предоставляться лечение, если в ходе освидетельствования выявится патология. Документ содержит рекомендацию по проведению обучения организаторам и сотрудникам здравоохранения по этим вопросам.

В девятом разделе «*Совершенствование медицинской информации и коммуникаций*» речь идет об обеспечении стандартизации и сравнимости данных о состоянии здоровья беженцев и мигрантов. Многие рекомендации этого раздела взяты из секции 1 *Операционной концепции по охране здоровья мигрантов*.

В свою очередь влияние Европейской стратегии прослеживается и в другом документе Всемирной организации здравоохранения, обсуждающем совершенствование системы оказания медицинской помощи этой социальной группе – ***Глобальном плане действий «Содействие укреплению здоровья беженцев и мигрантов»*** (2019)¹⁸. Поскольку его целью является определение роли Всемирной организации здравоохранения – и, прежде всего, её Секретариата – в международных усилиях по решению проблем, связанных с охраной здоровья беженцев и мигрантов, то структура и положения Глобального плана ориентированы на взаимодействие на надгосударственном уровне. Тем не менее, они имеют определенную актуальность для подготовки национальных программ по охране здоровья мигрантов.

В Плате выделены шесть приоритетов, касающиеся как лечебных, так и организационно-политических вопросов. Первым определено «*содействие укреплению*

¹⁸ Документ в переводе на русский язык доступен по ссылке: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-ru.pdf

здоровья беженцев и мигрантов с помощью комплекса краткосрочных и долгосрочных мер в области общественного здравоохранения». Под этим имеется в виду содействие комплексу мер по укреплению физического и психического здоровья беженцев и мигрантов, в частности проведение вакцинации детей и взрослых, предоставление услуг по профилактике болезней, своевременной диагностики и лечению, реабилитации и паллиативной помощи. При этом Секретариат берёт на себя обязательство оказывать поддержку в разработке национальных руководящих указаний, моделей и стандартов, предназначенных в качестве основы для профилактики и ведения инфекционных и неинфекционных заболеваний и психических расстройств, уделяя особое внимание группам риска.

Второй приоритет также касается лечебных вопросов и определяется как «обеспечение непрерывности и качества основных видов медицинской помощи при одновременной разработке, укреплении и осуществлении мер в области гигиены и безопасности труда». Целью действий в рамках данного направления является улучшение качества и доступности услуг здравоохранения путем преодоления физических, финансовых, информационных, лингвистических и других препятствий, а также профилактика профессиональных и иных связанных с работой заболеваний и травм среди работающих из числа беженцев и мигрантов. Достичь этих результатов предлагается путем расширения охвата услугами в области гигиены труда и первичной медико-санитарной помощи, а также с помощью системы социальной защиты.

Третий приоритет сформулирован как «Активная поддержка включения вопросов охраны здоровья беженцев и мигрантов в глобальные, региональные и страновые программы и содействие расширению деятельности в следующих областях: меры политики по охране здоровья и обеспечение правовой и социальной защиты с учетом потребностей беженцев и мигрантов; охрана здоровья и благополучия женщин, детей и подростков из числа беженцев и мигрантов; обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин и девочек из числа беженцев и мигрантов; а также партнерства и механизмы межсекторальной, межгосударственной и межучрежденческой координации и сотрудничества». Целью этого раздела является укрепление международного взаимодействия, направленного на сокращение или устранение физических, финансовых, информационных и иных дискриминационных препятствий для доступа к услугам здравоохранения. В рамках данного направления Секретариат выразил готовность оказывать странам-участницам поддержку в разработке стратегий, планов и действий, направленных на укрепление национального потенциала для удовлетворения потребностей и соблюдения прав беженцев и мигрантов в области здравоохранения, в том числе путем применения межсекторальных подходов с привлечением основных заинтересованных сторон и содействия в предоставлении технической помощи. Кроме того, обещана поддержка в разработке рекомендаций и инструментов в области руководства, управления и оказания услуг здравоохранения, направленных на решение проблем, связанных с эпидемиологическими факторами, культурными и лингвистическими барьерами и правовыми, административными и финансовыми препятствиями, с привлечением к участию работников здравоохранения из числа беженцев и мигрантов. Другой темой, в рамках которой возможно взаимодействие с партнерами на государственном уровне, является разработка межгосударственных инструментов и механизмов эпидемиологического надзора для обмена данными о здоровье беженцев и мигрантов, а также информацией о принимаемых мерах и используемых методах в области сбора и анализа данных в разбивке по возрасту и полу.

Четвертый приоритет также связан с выполнением международных обязательств и определён как *«Укрепление потенциала для решения проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья, и ускорения прогресса в достижении Целей в области устойчивого развития, включая обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения»*. Воздействие на социальные детерминанты, влияющие на здоровье беженцев и мигрантов, планируется обеспечить посредством совместных и согласованных межсекторальных действий с учетом всех соответствующих Целей в области устойчивого развития. В этой связи Секретариат берет на себя обязательство оказывать поддержку в обучении персонала, работающего с беженцами и мигрантами, в отношении социальных детерминант здоровья и необходимых ответных мер, а также по профессиональной подготовке работников здравоохранения с учетом соответствующих Целей устойчивого развития.

Пятый приоритет касается *укрепления систем мониторинга показателей здоровья и информационных систем здравоохранения*, и в его рамках планируется обеспечить наличие надлежащих стандартизированных и сопоставимых учетных данных о здоровье беженцев и мигрантов для разработки более обоснованной политики, планов и мер вмешательства. Список конкретных действий, которые Секретариат предпринимает для достижения этой цели, включает целый ряд положений, содержащихся в Планах защиты здоровья мигрантов Панамериканской организации здравоохранения. В частности, Секретариат готов содействовать в разработке мобильных версий историй болезни и медицинских карточек с учетом возможности их выдачи перемещающимся группам населения.

Заключительная приоритетная сфера, определяемая как *«Поддержка мер по улучшению коммуникации в области здравоохранения на основе фактических данных и борьбе с ошибочными представлениями о здоровье мигрантов и беженцев»*, связана с борьбой с предрассудками, бытующими как среди беженцев и мигрантов, так и среди населения принимающих стран о воздействии миграции на здоровье мигрантов и коренного населения, а также на системы здравоохранения. В рамках этой сферы Секретариат планирует оказывать содействие в предоставлении надлежащей, основанной на фактах, своевременной, учитывающей культурные особенности и простой для понимания информации о правах человека и потребностях беженцев и мигрантов в области здравоохранения для противодействия актам, направленным на социальную изоляцию, таким как стигматизация и дискриминация.

Выводы:

- Определенное влияние на тематику и содержание международных рекомендаций по формированию государственных программ охраны здоровья мигрантов оказала Всемирная консультативная встреча «Здоровье мигрантов: следующий шаг», состоявшаяся под эгидой Всемирной организации здравоохранения и Международной организации по миграции в Мадриде с 3 по 5 марта 2010 года. Основные разделы Операционной концепции по охране здоровья мигрантов, согласованной участниками встречи, в той или иной форме нашли своё отражение в последующих международных документах на этот счёт. Они включают в себя: (1) блок вопросов, связанный со сбором, обобщением, стандартизацией и сопоставимостью информации о состоянии здоровья мигрантов с целью эмпирического обоснования мер, предлагаемых по совершенствованию системы медицинской помощи мигрантам; (2) блок

вопросов, связанный с организационными и законодательными мерами обеспечения такой помощи; (3) блок вопросов, связанный с доступностью медицинских услуг беженцам и мигрантам и с практическими вопросами предоставления профилактики и лечения, в том числе по конкретным группам заболеваний; (4) обеспечение взаимодействия с другими ключевыми партнерами из неправительственного сектора, а также на международном уровне.

- Среди конкретных предложений, связанных с обработкой данных, следует отметить: (1) сбор информации о состоянии здоровья населения в соседних странах, из которых идёт основной поток мигрантов, для разработки совместных профилактических и лечебных проектов; (2) обмен и распространение положительного опыта, документов и иных наработок по вопросам охраны здоровья мигрантов между организациями, ведомствами и странами с целью создания межрегиональной системы обмена информацией; (3) подготовка баз данных и проектов для возможного предоставления партнерам из прилегающих стран информации о факторах риска в странах отправления, транзита и приёма мигрантов, (4) разработка удостоверения о состоянии здоровья («карты здоровья») для переезжающих в другую страну с целью обеспечения непрерывности лечения.
- Среди предлагаемых организационно-политических мер можно отметить (1) обеспечение взаимодействия с министерствами финансов, внутренних и иностранных дел для решения вопросов, связанных с предоставлением медицинской помощи мигрантам и (2) учреждение государственного органа по вопросам охраны здоровья беженцев и мигрантов с передачей ему полномочий по координации межведомственного взаимодействия и сотрудничества с приграничными странами.
- Среди мер, направленных на улучшение доступности медицинской помощи беженцам и мигрантам, рекомендации международных организаций не ограничиваются обеспечением лечения и вакцинации по поводу конкретных заболеваний, но предлагают оказывать влияние и на «социальные детерминанты здоровья», в частности, провести оценку риска и возможностей для укрепления здоровья, имеющихся у беженцев и мигрантов. Оценка должна учитывать действие социальных, экономических и других факторов, включая наличие жилья, условий проживания, возможности устройства на работу и получения образования. В этой связи обращается внимание на важность мер социальной защиты, поддерживающих предоставление медицинских услуг. Улучшению доступности также должно способствовать включение медицинских специалистов, представляющих организации этнической диаспоры в разработку, реализацию и оценку программ обучения и предоставления услуг здравоохранения мигрантам и включение вопросов охраны здоровья мигрантов в программы обучения медицинских вузов.

5. Опыт стран по разработке и реализации государственных программ охраны здоровья мигрантов

Ниже приводится описание опыта конкретных стран по решению законодательных вопросов и предоставлению медицинской помощи беженцам и мигрантам. Каждый из разделов иллюстрирует возможности реализации тех или иных положений из числа международных рекомендаций, а также спектр возникающих в связи с этим вопросов. В

предварительном порядке можно выделить сопутствующие условия, которые способствуют реализации положений международных документов, касающихся охраны здоровья мигрантов.

Германия

Германия является основной страной приема беженцев в Европе и основным вкладчиком в европейские программы помощи беженцам и мигрантам. К 2021 году в стране находилось около двух миллионов беженцев, большинство из них прибыло из Сирийской Арабской Республики и Ирака. Хотя в настоящее время их поток идёт на убыль, такой наплыв беженцев потребовал введения новых подходов для обеспечения медицинского обслуживания вновь прибывших. Следует отметить, что при регулировании сферы здравоохранения федеральными властями Германии, финансирование и организация предоставления медицинской помощи происходит на местном уровне, в том числе в городах, пользующихся правами самоуправления¹⁹. Именно в городах разместилась основная часть беженцев и мигрантов, прибывших в Германию за последние годы, и именно на города легла основная тяжесть расходов по их медицинскому обеспечению²⁰. Например, в Гамбурге были организованы «центры медицинского приёма» для беженцев и мигрантов, на содержание которых городской бюджет потратил за один год более 58 миллионов евро. В Берлине, принявшем около 80 тысяч беженцев только 2015 году, городская структура Charité-Universitätsmedizin обратилась к медицинским специалистам с призывом помочь в организации клиник для беженцев и уже в марте 2016 года эта сеть начала обязательные медицинские осмотры, включая диагностику туберкулеза и вакцинацию. В оказании помощи беженцам участвовало 42 врача и медсестры, а также добровольцы. Частью этого проекта была программа переводов онлайн, позволяющая переводить с пятидесяти языков мира в максимально сжатые сроки²¹.

С помощью клиник для беженцев удалось провести сбор демографической информации об этой социальной группе и внедрить «систему раннего предупреждения». Основная часть пациентов была выходцами из ближневосточных стран – Сирийской Арабской Республики, Ирака, а также Афганистана. Обращения были связаны, в основном, с вирусными заболеваниями, неинфекционные заболевания составили 15% просьб о медицинской помощи. Число обращающихся по поводу психических расстройств было минимальным – 2%. При этом практически всем пациентам (95%), обратившимся за помощью в клиники для беженцев, требовалось продолжение лечения.

Италия

Начиная с середины XIX века, Италия пережила несколько волн эмиграции, в ходе которых из страны выехало более 27 миллионов человек, в том числе квалифицированных специалистов. В связи с этим долгое время страна была заинтересована в притоке иностранной рабочей силы и её законодательство благоприятствовало въезжающим для постоянного проживания. В частности, в Конституции Италии упоминается право индивида, а не гражданина на охрану здоровья, и закон запрещает медицинским учреждениям сообщать в правоохранительные органы о случаях обращения за помощью со стороны мигрантов, не имеющих документов для пребывания в стране. Активную роль в оказании поддержки на

¹⁹ Health care in Germany: the German health care system. PubMedHealth online 6 May 2015. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/.

²⁰ Katz B, Noring L, Garrelts N. Cities and refugees—the German experience. Brookings Institute Discussion Paper, September 2016. www.brookings.edu/research/cities-and-refugees-the-german-experience/

²¹ Matlin S, Depoux A., Schutte S., Flahault A., Saso L. Migrants' and Refugees' Health: Towards an Agenda of Solutions. Public Health Reviews (2018) 39:27

практическом и законодательном уровнях играет созданное в 1990 году итальянское *Общество миграционной медицины*²². При его участии в 1998 году был принят закон, по которому обратившиеся за убежищем приравниваются к итальянским гражданам в плане получения медицинской помощи. В целом, законодательство предоставляет мигрантам возможность получения амбулаторного и стационарного лечения, профилактической и реабилитационной помощи, уделяя особое внимание охране здоровья женщин с детьми.

При этом здравоохранение является областью совместного ведения национальной и региональной власти, подходы которых далеко не всегда совпадают. Регионы, несущие основные расходы и нагрузку по оказанию медицинской помощи беженцам и мигрантам, зачастую склонны к более ограничительному толкованию законодательных положений на этот счёт²³. Например, запрещение сообщать в правоохранительные органы об обращениях за медицинской помощью со стороны мигрантов с неурегулированным статусом неоднократно оспаривалось по инициативе местных властей. В результате фактический доступ мигрантов к медицинской помощи не всегда соответствует законодательным положениям. Имеются данные, свидетельствующие о трудностях мигрантов в получении услуг в связи с гинекологическими заболеваниями, психическими расстройствами и производственными травмами²⁴. На основании этого некоторыми исследователями был сделан вывод о том, что отсутствие взаимопонимания между центральной и местной властью обесценивает законодательные положения, обеспечивающие права беженцев и мигрантов на медицинскую помощь²⁵.

Исламская Республика Иран

В Исламской Республике Иран проживает около одного миллиона беженцев, большинство из которых составляют выходцы из соседних Афганистана и Ирака. В дополнение к этому в стране находится около полутора миллионов мигрантов с неурегулированным статусом и более полумиллиона афганских граждан, получивших иранские визы²⁶. Ответственность за оказание медицинской помощи этим группам населения возложена на Министерство здравоохранения и медицинского образования, которое обеспечивает реализацию этой обязанности через сеть медицинских вузов страны. Беженцам и урегулированным мигрантам в Исламской Республике Иран доступно обязательное медицинское страхование, уровень покрытия страховыми услугами составил 92% в 2015 году. Включение в систему обязательного медицинского страхования гарантирует неограниченный доступ к первичной медицинской помощи, вакцинации, защите здоровья матери и ребёнка, лечению туберкулеза и ВИЧ, консультациям психологов и диетологов, а также лечебной физкультуре²⁷. К 2025 году ставится задача обеспечить охват услугами здравоохранения всех жителей страны, независимо от их правового статуса. Реабилитационные услуги беженцам предоставляются через отделы социального обеспечения и Бюро по делам иностранных граждан и иммиграции, при этом спектр услуг является таким же, как и у иранских граждан.

²² Italian Society of Migration Medicine [SIMM]. www.simmweb.it

²³ Piccoli L. Italy: Tuscany and Lombardy. Left out by the state, taken in by the region? Explaining the regional variation of healthcare rights for undocumented migrants in Italy, Spain, and Switzerland. National Centre of Competence in Research for Migration and Mobility Studies, Working Paper no. 10, November 2016, 14–17. http://nccr-onthemove.ch/wp_live14/wp-content/uploads/2017/01/nccrotm-WP10-Piccoli-Healthcare-Rights.pdf.

²⁴ Giraud M, Bena A, Costa G. Migrant workers in Italy: an analysis of injury risk taking into account occupational characteristics and job tenure. BMC Public Health. 2017;17:351. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4240-9>.

²⁵ Matlin S, Depoux A., Schutte S., Flahault A., Saso L. Migrants' and Refugees' Health: Towards an Agenda of Solutions. Public Health Reviews (2018) 39:33

²⁶ Iran factsheet. Geneva: UNHCR, 2016. <http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Iran%20Factsheet%20-%20MAY16.pdf>

²⁷ Health: health insurance for refugees. Geneva: UNHCR. 2014. <http://unhcr.org/en/menu/96/Health>

Мигранты, не имеющие необходимых документов для пребывания в Исламской Республике Иран, получают медицинскую помощь через неправительственные организации.

Надо отметить, что к настоящему времени объёмы и, соответственно, стоимость медицинской помощи беженцам и мигрантам, оказывается очень высокой, что ставит вопрос о финансовой устойчивости иранской модели. Однако, несмотря на финансовые трудности, Исламская Республика Иран расширяет социальную поддержку беженцев, включая в неё и обучение. Достаточно сказать, что уровень грамотности среди выходцев из Афганистана поднялся с 6% в 1979 году до 60% в 2013 году. Студенты из числа беженцев при поступлении и обучении в вузах пользуются теми же правами, что иранские граждане.

Турция

Турция является основной страной, принимающей и размещающей на своей территории беженцев. К сентябрю 2020 года их число составило около 4 миллионов человек, из которых около 3,6 миллионов были выходцами из Сирийской Арабской Республики²⁸. Их статус в Турции определяется Законом об иностранных гражданах и международной защите, принятом в 2013 году. Согласно этому документу, беженцы получают медицинскую и социальную помощь наравне с гражданами Турции. Такими же возможностями беженцы пользуются и в отношении доступа в школы и вузы. При этом, однако, реализация этих положений закона во многом зависит от наличия программ для беженцев, финансируемых Европейским союзом²⁹.

Через Представительство ЕС для беженцев в Турции Европейский союз предоставляет гуманитарную помощь, ежегодно выделяя около 3 миллиардов евро на различные проекты, связанные с медицинским и социальным обслуживанием. В частности, за счет этих средств финансируется *Сеть социальной поддержки в чрезвычайной ситуации*, представляющая собой программу прямой финансовой помощи наиболее уязвимым категориям беженцев, таким как матери-одиночки и многодетные семьи, инвалиды и пожилые люди, оставшиеся без поддержки. С наступлением пандемии коронавируса ежемесячные выплаты в рамках этой программы были дополнены разовой доплатой. В настоящее время эта программа интегрируется с программами помощи, проводимыми в рамках системы социального обеспечения в Турции.

Предоставление медицинской помощи беженцам осуществляется под руководством Министерства здравоохранения Турции. Основными поводами для обращений мигрантов являются травмы и раны, вакцинация детей, хронические заболевания и инфекции, включая туберкулез, гепатит, ВИЧ, полиомиелит, корь, венерические заболевания и лейшманиоз. В целом, распространенность инфекционных заболеваний среди беженцев оказалась ниже ожидаемых показателей. При этом дети беженцев были включены в Национальную программу вакцинации, а около двух тысяч медицинских специалистов прошли обучающий курс «Охрана здоровья беженцев».

Марокко

В 2014 году в стране была принята Национальная стратегия по иммиграции и предоставлению убежища. Её частью являются меры по предоставлению мигрантам, получившим право на проживание в стране, доступа к медицинской помощи, обучению и

²⁸ Global trends: forced displacement in 2015. Geneva: UNHCR 2016, 14. Доступно по ссылке: www.unhcr.org/576408cd7.pdf

²⁹ Migrants, Refugees and Asylum Seekers: An Overview of International Practices. UNICEF. 2021 Доступно по ссылке: <https://www.unicef.org/egypt/media/6881/file/Improving%20social%20protection%20for%20migrants,%20refugees%20and%20asylum%20seekers%20in%20Egypt%20%7C%20Full%20report.pdf>

субсидируемому жилью. В рамках Стратегии была также развёрнута сеть программ по социальной и гуманитарной помощи под эгидой государственной службы по социальному обеспечению. При этом сотрудники службы проходили регулярное обучение по работе с беженцами и мигрантами. Поддержку в реализации программ социальной помощи оказывали Европейский союз и Дания. Однако, несмотря на эти благоприятные условия, охват мигрантов программами социальной помощи остаётся низким (0,4%), что говорит о наличии серьезных сдерживающих факторов, для устранения которых недостаточно проведения обучающих курсов для сотрудников.

Южно-Африканская Республика

Южная Африка является одним из центров экономической миграции, привлекая к себе не только выходцев из других африканских стран, но также Индии, Китая и Пакистана, в связи с развитой добывающей промышленностью. Значительное и долгосрочное присутствие мигрантов, вносящих существенный вклад в экономику страны, отразилось на её законодательстве, приравнивавшему беженцев и лиц, ищущих убежище, к южноафриканским гражданам в вопросах получения медицинской помощи. Мигранты, не имеющие разрешительных документов на проживание в Южной Африке, тем не менее сохраняют возможность получения первичной медицинской помощи.

Однако, как и в случае Италии, законодательные положения в Южной Африке расходятся с реальной практикой и местными условиями. Проведенные исследования показывают, что декларированный доступ к медицинским услугам во многом зависит от степени загрузки врачей и их отношения к мигрантам. Южноафриканские врачи зачастую отказывают беженцам и мигрантам в лечении и даже предоставлении первичной помощи, причем не последнюю роль в этом играет языковой барьер³⁰. Последствия подобной практики особенно сказываются на занятых в добывающих отраслях и сельском хозяйстве, хотя имеет место и дискриминация мигрантов в городах, например Йоханнесбурге. В целом, в Южной Африке имеет место значительная разница в условиях доступа к медицинской помощи между провинциями, учреждениями здравоохранения и даже практикующими врачами. Особое место в этой связи занимает провинция Гаутенг, где в противоречии с национальным законодательством была введена оплата медицинских услуг и отмечались факты отказа в предоставлении медицинской помощи по национальному признаку. В этих случаях единственной защитой беженцам и мигрантам являлись действия неправительственных организаций.

Выводы:

- Краткий обзор опыта конкретных стран по предоставлению медицинской помощи беженцам и мигрантам показывает, что эффективность и устойчивость подобных усилий зависит не столько от наличия законодательной поддержки, сколько от взаимопонимания и согласованных действий центральной и местной власти. Примеры Италии и Южной Африки свидетельствуют, что закрепление прав мигрантов на медицинскую помощь даже на уровне Конституции страны оказывается декларативным, если региональные власти не заинтересованы в

³⁰ Crush J, Tawodzera G. Medical Xenophobia and Zimbabwean Migrant access to public health services in South Africa. *J. Ethn Migr Stud.* 2014;40(4):655–70. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.830504>. Hunter-Adams J, Rother H-A. A qualitative study of language barriers between South African health care providers and cross-border migrants. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:97. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2042-5>.

выполнении подобной нормы. Соответственно, представляется целесообразным включать вопросы взаимодействия различных уровней власти в государственные программы охраны здоровья мигрантов.

- Особое внимание при этом необходимо уделять крупным городам, в которых, как правило, концентрируется основная часть беженцев и мигрантов, прибывающих в страну. В то же время крупные города располагают значительными ресурсами – как финансовыми, так и кадровыми – позволяющими им выступать в роли площадок для формирования и тестирования программ оказания медицинской помощи. В частности, в Германии города Гамбург и Берлин стали первыми административными единицами, где удалось создать локальные «системы раннего предупреждения». Примечательно также, что основная часть данных о состоянии здоровья мигрантов приводится на основе исследований, проведенных на уровне городов или более мелких единиц.
- Определенного внимания заслуживает роль внешних спонсоров/партнёров при реализации программ медицинской и социальной помощи мигрантам. В Турции и Марокко государственные органы развернули сети социальной помощи беженцам, однако в Турции, где подобная программа действует при активном участии Европейского союза, её охват значительно выше, чем в Марокко. Некоторые эксперты связывают эту разницу с большей заинтересованностью Европейского союза в закреплении сирийских беженцев в Турции и, соответственно, его более активной поддержкой программ социальной помощи.
- Опыт Исламской Республики Иран показывает, что даже страна с ограниченными доходами в состоянии создать эффективную систему оказания медицинской помощи беженцам и мигрантам, используя для этого, в частности, сеть медицинских вузов. Опыт Исламской Республики Иран, равно как и Турции, также свидетельствует, что комплексный характер помощи с включением в него возможностей для обучения в стране, позволяет повысить охват мигрантов медицинскими программами.
- На основании опыта Южной Африки можно сделать вывод, что в странах, где распространены предубежденные настроения в отношении мигрантов в целом или выходцев из определенных государств, важно систематически проводить информационные кампании по снижению ксенофобии и стигматизации среди медицинских сотрудников. При этом мигрантам и беженцам следует предоставлять информацию об истории и традициях страны пребывания и способствовать освоению ими государственного языка.
- На уровне конкретных стран не зафиксировано примеров создания межведомственных координирующих органов по вопросам оказания медицинской помощи мигрантам, как это рекомендовано международными документами. Более того, случай Исламской Республики Иран свидетельствует, что Министерство здравоохранения может самостоятельно решать данную задачу. Также не было отмечено создания баз данных о состоянии здоровья мигрантов на государственном или межгосударственном уровне.