



IOM International Organization for Migration

ТРУДОВАЯ МИГРАЦИЯ И ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Материалы «круглых столов»
(июль, декабрь 2009 г.)*

Москва
2010

Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы круглых столов.

Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве – М.: 2010, 56 стр.

Под общей редакцией **Валентея Д.А., Иртугановой О.А., Павловской Ю.Ю.**, Бюро МОМ в Москве.

Данная публикация стала возможной в рамках деятельности Региональной программы в области трудовой миграции (страны Центральной Азии и Россия), совместно реализуемой Офисом Регионального Координатора МОМ по Центральной Азии, миссиями МОМ в Казахстане, Таджикистане, Киргизстане и России, Региональным офисом Фонда ООН для развития в интересах женщин (ЮНИФЕМ) для СНГ и Всемирным Банком, при финансировании Британского Департамента международного развития (DFID).

Одной из основных задач программы является содействие урегулированию вопросов в сфере трудовой миграции, в том числе относящихся к доступу трудовых мигрантов к услугам здравоохранения.

В данном сборнике собраны материалы, представляющие интерес для специалистов и практиков в области миграции и здравоохранения.

Руководство Бюро МОМ в Москве хотело бы выразить благодарность авторам публикации и специалистам Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Евразийского экономического сообщества, Федеральной миграционной службы, Научно-исследовательского института медицины труда, которые внесли большой вклад в подготовку материала для данной публикации, и взгляды и позиция которых очень важны в разработке данной темы.

Опубликовано Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве: ул. 2-ая Звенигородская, д. 12, Москва, 123100, Российской Федерации.

Компьютерная верстка и корректура И. С. Гуро

Все права защищены. Содержание этой публикации может бесплатно копироваться и использоваться для образовательных и других некоммерческих целей при условии, что любое воспроизведение сопровождается ссылкой на данную публикацию, как источник используемой информации.

Приводимые в тексте оценки являются точкой зрения авторов и, следовательно, никоим образом не могут отражать официальное мнение Международной организации по миграции, донора и партнеров программы.

© Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве;
www.iomrussia.ru

Содержание

Введение .....	.4
1. Краткий обзор ситуации в РФ и Республике Таджикистан по ВИЧ и ТБ .....	.7
2. Рабочие встречи по проблемам доступа трудовых мигрантов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза .....	.13
2.1. Заседание «круглого стола» 21 июля 2009 года .....	.13
2.2. «Круглый стол» 21 декабря 2009 г. .....	.18
2.3. Презентации участников:	
• «Туберкулез среди мигрантов», Евгений Белиловский, Дмитрий Пашкевич. Материалы ВОЗ .....	.19
• «Проблемы ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов», Елена Вовк. Материалы ВОЗ .....	.29
• «Проблемы трудовых мигрантов республики Таджикистан в России и возможные пути их решения», Татьяна Еманова. Материалы Всемирного Банка в Таджикистане .....	.41
3. Программа МОМ по предварительной оценке состояния здоровья мигрантов .....	.46
4. Список организаций .....	.54

Введение

Выбор темы и подготовка материалов для данной публикации основывались на приоритетах, обозначенных на встрече В.В. Путина, Председателя Правительства РФ и Маргарет Чен, Генерального директора Всемирной организации здравоохранения 26 июня 2009 г., включающего задачи пресечения распространения инфекционных и социально-значимых заболеваний в Российской Федерации в связи с трудовой миграцией из ряда стран Восточной Европы и Центральной Азии, улучшение уровня состояния здоровья трудовых мигрантов и населения страны пребывания, подготовки и обучения кадров.

Известно, что состояние здоровья трудовых мигрантов имеет непосредственную связь со здоровьем принимающего общества, но значение иностранных рабочих в распространении инфекционных заболеваний изучено недостаточно. В частности, получить объективную информацию о вкладе трудовых мигрантов в распространение туберкулеза или ВИЧ-инфекции в территориальную заболеваемость РФ практически невозможно. Это обусловлено тем, что достоверные статистические данные, касающиеся заболеваемости трудовых мигрантов социально-значимыми инфекционными заболеваниями на территории РФ не могут быть получены из-за отсутствия скординированного подхода стран происхождения и приема в вопросах медицинского освидетельствования.

Мониторинг в сфере трудовой миграции, проведенный Центром миграционных исследований при поддержке МОМ, ОБСЕ и Фонда Мак-Артуров, выявил серьезные организационные недоработки, касающиеся социального компонента. С позиции трудовых мигрантов на втором месте после задержек и невыплат зарплат, проблемной зоной является медицинское обслуживание мигрантов в стране приема.

Мигранты вынуждены сутками простоять в очередях за справками, причем приходится ехать в разные диспансеры: туберкулезный, кожно-венерологический, наркологический. Избежать потерь времени можно только заплатив деньги (2000 руб. – чтобы пройти освидетельствование без очереди; 5000 руб. – чтобы сразу получить готовую справку без обследования). По признанию иностранных рабочих из стран постсоветского пространства, только около 50% из них прошли медицинское обследование, остальные же или купили справки, или работают без них¹.

¹ Ю. Флоринская, Российская миграция, № 3-4, 2009.

Препятствием в получении документов является ограниченный список и часы работы медицинских учреждений, которые уполномочены выдавать медицинские заключения по установленному образцу. В то же время получивший разрешение и приступивший к работе мигрант уже не имеет достаточно времени, чтобы сдать анализы, пройти медосмотр и оформить справку².

В соответствии с существующим российским законодательством, только экстренная медицинская помощь предоставляется мигрантам бесплатно. А поскольку у значительной части трудовых мигрантов медицинские страховки отсутствуют, то без крайней необходимости они к врачам не обращаются из-за непомерной стоимости лечения. Примерно 15% мигрантов из-за страха увольнения не могут, если заболеют, пропустить работу. В случаях производственных травм или серьезных заболеваний работодатели скорее предпочтут отправить больного на родину, чем оплачивать его лечение³.

Срок получения медицинских документов, определенный в один месяц после получения разрешения на работу, может поставить под угрозу здоровье россиян. Возможно, имеет смысл настаивать на предоставлении медицинской справки одновременно с получением разрешения на работу, что возможно при обязательности прохождения медицинского освидетельствования перед въездом в Россию и признанием медицинских документов, полученных в стране-доноре, российской стороной.

В качестве причин эпидемического неблагополучия, которое связывают с присутствием мигрантов на территории РФ, может рассматриваться, с одной стороны, отсутствие медицинского освидетельствования лиц с неустановленным правовым статусом, и распространение поддельных или недостоверных медицинских документов, позволяющих уклоняться от обследования некоторым трудящимся мигрантам, с другой.

Является ли присутствие трудящихся мигрантов причиной роста заболеваемости опасными инфекциями на территории РФ определить практически невозможно, если не организовать медицинское освидетельствование потенциальных мигрантов перед въездом в страну приема в соответствии со стандартами и под контролем Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Оценка здоровья лиц, предполагающих работать в РФ, должна быть организована в стране-доноре, например Таджикистане, и являться частью спланированного перемещения в Россию с разрешения и под контролем регулирующей его принимающей страны.

Общими задачами в рамках возможного сотрудничества Министерства здравоохранения и социального развития, Федеральной миграционной службы (ФМС России), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Междуна-

² И. Ивахнюк, «Новое миграционное законодательство РФ: правоприменительная практика», 2009.

³ Там же.

родной организации по миграции (МОМ), а также других правительственные и международных организаций на всех этапах пути трудовых мигрантов из страны, поставляющей рабочую силу (Таджикистан), в страну приема (РФ) могут быть следующие:

- разработать систему предварительной оценки здоровья трудового мигранта в стране происхождения перед въездом в страну назначения с целью выявления состояний (социально-значимых заболеваний), недопустимых для въезда в Россию, представляющих риск для здоровья населения принимающей страны;
- разработать систему добровольного медицинского страхования на период пребывания трудового мигранта на территории РФ с целью оказания качественной амбулаторной и стационарной помощи;
- организовать мониторинг состояния здоровья трудового мигранта в стране приема путем периодических обследований на социально- значимые заболевания (1 раз в 6 мес.).

1. Краткий обзор ситуации в Республике Таджикистан и Российской Федерации по ТБ и ВИЧ

Ежегодно около 750 000 граждан Таджикистана покидают страну в качестве трудовых мигрантов. 72% из них – жители отдаленных районов.

Подавляющее большинство (97,6%) таджикских мигрантов уезжает в Российскую Федерацию на сезонную работу. При этом 77,9% из них состоят в браке и имеют 3-4 детей, а возраст 77% этих мигрантов не превышает 40 лет. По данным Госкомстата в 2008 году более 391 тысячи мигрантов из Таджикистана работало в РФ¹.

Отмечено, что большинство мигрантов из Таджикистана – это здоровые, молодые и трудоспособные мужчины². К сожалению, только 5,9% из них имеют возможность выехать на заработки вместе с семьей.

В Российской Федерации таджикские мигранты работают в индустриальных городах с высоким уровнем распространения ВИЧ: 49% из них работают в Москве и Московской области, 14% – в Сибирском Федеральном округе, 11% – на Урале, 10% – в Приволжском Федеральном Округе и 5% – в Санкт-Петербурге.

Результаты поведенческого исследования, проведенного в 2006 году в Таджикистане, показали, что 30% мигрантов имеют практику рискованного сексуального поведения именно во время пребывания в России и только 9% – по возвращении в Таджикистан. При этом лишь 16,5% трудовых мигрантов имеют твердые знания о путях передачи и профилактике ВИЧ/СПИД, и только 13% из них использовали презервативы во время сексуальных отношений с нерегулярными партнерами.

Все вышеперечисленные причины увеличивают уязвимость таджикских трудовых мигрантов к ВИЧ, особенно за рубежом. В результате, по данным Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИД, из 1045 официально зарегистрированных ВИЧ позитивных в 2007 году 11,05% являются трудовыми мигрантами. По данным исследования 2006 года из 407 таджикских трудовых мигрантов у 2,2% была выявлена ВИЧ инфекция³.

¹ www.gsk.ru.

² Доклад В. Власова «Миграция как стресс» (Московская медицинская Академия им. Сеченова И.М.)

³ ПРГ\ПРООН, МОМ, Научно-исследовательский Центр «Шарк», Республиканский Центр профилактики и борьбы со СПИД «Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов и членов их семей по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД», январь, 2006 г.

Еще одно заболевание, представляющее собой серьезную опасность, – туберкулез.

В 2008 году в России 120 835 человек были диагностированы с активной формой туберкулеза. Число инфицированных туберкулезом превысило число зарегистрированных случаев заболевания в 2007 году.

Уровень заболеваемости туберкулезом в России в 2008 году составил 85,1% на 100 000 населения. Самый высокий уровень туберкулеза был зарегистрирован на Дальнем Востоке (145,7), в Сибири (132,9) и в Уральском регионе (104,8)⁴.

В 2009 году было выявлено 117 227 новых случаев заболевания туберкулезом (82,6 на 100 000 населения), что на 2,9% меньше аналогичного показателя 2008 года, однако в 13-20 раз превышает показатели заболеваемости туберкулезом во многих развитых странах (например, в США этот показатель, по данным ВОЗ, составляет 4 на 100 тысяч населения, в Канаде – 5 на 100 тыс. населения, в Швеции, Норвегии, Финляндии – 6 на 100 тыс. населения и т.д.)⁵.

Для обеспечения эффективного диалога и координации сотрудничества между российскими и международными специалистами по борьбе с туберкулезом и разработки рекомендаций по стратегии и тактике борьбы с туберкулезом в РФ в августе 1999 года была создана **Рабочая группа высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации (РГВУ)** – коллективный координационный и совещательный международный орган, созданный Минздравом, Минюстом, РАМН и ВОЗ. Цели и задачи, структура, организация деятельности, партнеры и механизмы взаимодействия внутри РГВУ представлены в Положении о Рабочей группе высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации.

В 2003 г. в структуре РГВУ был образован **Международный координационный комитет (МКК)** – открытый добровольный форум, созданный для обеспечения обмена информацией и координации международных мероприятий в области борьбы с туберкулезом.

Роль РГВУ и МКК

- Обеспечение конструктивного диалога между международными и российскими специалистами.
- Консолидация усилий для совершенствования национальной стратегии борьбы с туберкулезом.
- Анализ результатов международных проектов по борьбе с туберкулезом.
- Координация мероприятий и мобилизация ресурсов.

⁴ По данным Госкомстата, www.gks.ru.

⁵ <http://www.tbpolicy.ru/publications/index.php?filter=searchin&topics%5B%5D=6&id=15>.

Одобрены следующие приоритеты РГВУ на 2010-2011 гг.:

- Содействие в дальнейшем совершенствовании национальной политики в области борьбы с туберкулезом с особым вниманием к контролю МЛУ-ТБ, инфекционному контролю, туберкулезу у больных ВИЧ-инфекцией, контролю туберкулеза в группах риска, включая трудовых мигрантов, через механизм РГВУ и ТРГ.
- Изучение опыта устойчивых моделей эффективного противотуберкулезного контроля для укрепления системы здравоохранения.
- Координация деятельности международных и российских организаций для эффективной борьбы с туберкулезом и усиления мер борьбы с МЛУ/ШЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ.
- Укрепление возможностей и кадрового потенциала для эффективной борьбы с МЛУ/ШЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ для укрепления системы здравоохранения.
- Укрепление системы эпиднадзора за туберкулезом, включая МЛУ/ШЛУ-ТБ.
- Методологическая помощь в реализации проекта борьбы с туберкулезом на средства Глобального фонда (4-й раунд), включая методологическую помощь в реализации проектов борьбы с МЛУ-ТБ и укрепление сотрудничества с Комитетом Зеленого Света.
- Методологическая помощь для улучшения управления лекарственным обеспечением противотуберкулезных мероприятий с фокусом на препараты 2-го ряда, способствование участию российских производителей противотуберкулезных препаратов в программе ВОЗ по преквалификации.
- Мониторинг и оценка достижения индикаторов проекта Глобального фонда и результатов проекта на средства займа Всемирного банка, передачи методологии национальной программе борьбы с туберкулезом.
- Поддержка прикладных научных исследований в области борьбы с туберкулезом, включая МЛУ/ШЛУ-ТБ.
- Обмен информацией и опытом.

Туберкулез остается возрастающей угрозой для общественного здоровья в Таджикистане, который относится к 18 странам с высоким уровнем бремени туберкулеза и для которого приоритетными считаются внедрение обновленной программы «Стратегии по остановке туберкулеза» и выполнение обязательств Глобального плана 2006-2015 «Остановить ТБ».

По оценочным данным уровень туберкулеза всех форм в Таджикистане составляет 204 случая на 100 000 человек (отчет ВОЗ 2008). Заболеваемость туберкулезом в Республике примерно в 20 раз выше, чем в Западноевропейских странах и одна из самых высоких в странах бывшего Советского Союза.

Тревожные индикаторы по туберкулезу в Таджикистане отражают истощенность системы здравоохранения, имеющую место с момента распада СССР в начале 90-х годов. Последний ускорил процессы распространения инфекционных заболеваний, включая туберкулез и мультирезистентный туберкулез. Таджикистан был не в состоянии обеспечить работу прежней инфраструктуры по контролю туберкулеза и нуждается в новых подходах в борьбе с возрастающей проблемой туберкулеза.

Для успешной реализации программы по туберкулезу важна минимизация времени от появления первых симптомов до начала терапии, известная как «диагностическая отсрочка». Увеличение отсрочки ведет за собой осложнение заболевания и увеличивает опасность заражения в обществе. Вернувшись в свою общину трудовые мигранты с не диагностированным легочным туберкулезом являются серьезным источником трансмиссии, и там, где отмечена эндемия туберкулеза, возможно более 20 вторичных заболеваний. Стратегии, нацеленные на сокращение времени между первыми симптомами и началом терапии, могут повлиять на изменение инфекционного периода в общине и, таким образом, снизить количество новых инфекций.

На отсрочку лечения влияют многочисленные факторы, которые варьируются в зависимости от населения конкретной местности. Вовлечение самих трудовых мигрантов и медицинских работников для выявления ключевых факторов, связанных с отсрочкой лечения туберкулеза и барьерами к доступу к услугам здоровья, позволят определить мероприятия, реализация которых снизит бремя туберкулеза.

Очень серьезным упущением является то, что трудовые мигранты в Российской Федерации имеют ограниченный доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза.

По данным исследований, проведенных демографами в Санкт-Петербурге (В. Ледневой и др.), 60% мигрантов не имеют доступа к медицинским услугам и практикуют самолечение, 30% обращаются к услугам частных медицинских клиник и 10% получают помощь со стороны работодателей или спонсоров⁶. При этом согласно Федеральному Закону Российской Федерации от 30 марта 1995 года, ВИЧ позитивные трудовые мигранты подлежат депортации.

Благодаря денежным переводам мигрантов уровень бедности в Таджикистане снизился на 20%⁷, и эксперты утверждают, что в ближайшее время поток трудовых мигрантов из Таджикистана не уменьшится. Из этого можно

⁶ Дементьева Л.А. «Роль миграционных потоков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в Российской Федерации и на постсоветском пространстве», 2008 г., Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (презентация Второй Международной Московской Конференции по вопросам ВИЧ, май, 2008 г.).

⁷ ПРГУПРООН, МОМ, Научно-исследовательский Центр «Шарк», Республиканский Центр профилактики и борьбы со СПИД «Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов и членов их семей по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД», январь, 2006 г.

сделать вывод, согласившись с мнением Дементьевой Л.А., что сезонные трудовые мигранты, возвращаясь в страны СНГ, будут способствовать развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в этих странах⁸.

В ближайшем и отдаленном будущем большую часть внешних трудовых мигрантов составят выходцы из стран Центральной Азии. Трудовые мигранты из Украины, Молдовы, Республики Беларусь и стран Балтии ориентированы в своих устремлениях на работу в страны Евросоюза, где больше платят за работу.

ВИЧ-инфицированные, депортированные на родину, не горят желанием получить возможность лечения ВИЧ-инфекции в обмен на раскрытие своего ВИЧ-статуса, так как это связано с раскрытием конфиденциальной, стигматизирующей их информации. Соответственно, они не информируют своих близких, жен и подруг, не используют средства защиты при половых контактах. Возрастает число ВИЧ-инфицированных женщин, соответственно растет риск рождения ВИЧ-инфицированных детей. Таким образом, вероятность передачи ВИЧ-инфекции в популяцию возрастает.

Вместе с тем, при низких заработках на родине, эти люди будут стремиться любыми путями вернуться в Россию, чтобы заработать деньги на содержание семьи (либо в качестве нелегального мигранта, либо купив необходимые для регистрации документы в России). Таким образом, вряд ли удастся полностью перекрыть въезд ВИЧ-инфицированных мигрантов в Россию⁹.

По словам мигрантов, для визита к доктору требуется медицинская страховка, поэтому они вынуждены заниматься самолечением. Но в серьезных случаях они все же обращаются в поликлинику. Однако большинство мигрантов утверждает, что стоимость лечения очень высока, и они не могут себе этого позволить. Работающие в строительной сфере признались, что они постоянно испытывают беспокойство и боятся травм, болезней или обморожений, поскольку не имеют возможности обратиться за медицинским обслуживанием. У них нет медицинской страховки, нет регистрации, большинство из них не имеют разрешения на проживание, они боятся преследований полиции и не в состоянии оплатить услуги врача и медикаменты¹⁰.

⁸ Дементьева Л.А. «Роль миграционных потоков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в Российской Федерации и на постсоветском пространстве», 2008 г., Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (презентация Второй Международной Московской Конференции по вопросам ВИЧ, май, 2008 г.).

⁹ http://www.aidsjournal.ru/journal/65_11.html.

¹⁰ «Трудовая миграция из Таджикистана», 2003, МОМ Таджикистана, Исследовательский Центр «Шарк», стр. 91.

Таким образом, ограничение доступа к медицинскому обслуживанию повышает уязвимость мигрантов к ВИЧ и туберкулезу, так как большинство из них – взрослые и трудоспособные люди. Эти заболевания оказывают разрушительный социальный и экономический эффект, приводя к тому, что трудоспособные люди перестают вносить свой вклад в общество.

Осознание большинством государств того факта, что миграция – это процесс, затрагивающий более чем одну страну, является очень важным. Для обеспечения доступа мигрантов к медицинским услугам, в том числе в случаях, связанных с ВИЧ и туберкулезом, в странах происхождения, транзита и приема необходимо принятие политических мер.

Принимая во внимание существующую ситуацию, должно быть усилено проведение информационно-просветительских кампаний по правам мигрантов на здоровье в странах назначения, а также развитие тесного сотрудничества между Таджикистаном и Российской Федерацией через заинтересованные организации.

2. Рабочие встречи по проблемам доступа трудовых мигрантов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза

2.1. «Круглый стол» 21 июля 2009 года

21 июля 2009 года в Москве состоялся «круглый стол», посвященный теме «Двустороннее сотрудничество по улучшению доступа трудовых мигрантов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и туберкулеза».

«Круглый стол» был организован Международной организацией по миграции (представительствами в Душанбе и Москве) в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения. Поводом для проведения круглого стола послужила неблагоприятная ситуация в Республике Таджикистан, связанная с высоким риском заболевания трудовых мигрантов, уезжающих на заработки за границу (в основном в Россию), ВИЧ/СПИДом и туберкулезом.

На «круглом столе» представители правительства Республики Таджикистан и Российской Федерации, международных организаций и российских общественных организаций обсудили проблемы и меры по улучшению доступа трудовых мигрантов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза, были разработаны рекомендации для создания совместного плана действий.

Перед участниками стояли следующие задачи:

1. Оценить прогресс мероприятий проводимых в Таджикистане и России в области профилактики и лечения ВИЧ и туберкулеза.
2. Определить проблемы по обеспечению доступа мигрантов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза.
3. Разработать рекомендации для краткосрочных и долгосрочных совместных мероприятий по обеспечению доступа мигрантов к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза.
4. Интегрировать выявленные приоритеты, задачи и рекомендации в Программу и Резолюцию предстоящей Третьей Московской Международной Конференции по вопросам ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии.

«Круглый стол» затронул актуальные проблемы трудовой миграции на конкретных примерах взаимоотношений Российской Федерации и Республики Таджикистан. Участниками были сделаны краткие презентации, затрагива-

ющие темы регулирования положения мигрантов, медицинского контроля, профилактических мер предотвращения распространения инфекционных заболеваний, в частности ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

Участники провели обсуждение путей возможного сотрудничества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, миграционных служб, МОМ, ВОЗ на основе взаимопонимания, слаженной межсекторальной работы с участием гражданского общества (**Честнов О.П.**) в сфере идентификации существующих проблем и выработки предложений касательно развития сотрудничества.

Были высказаны предложения о целенаправленном развитии трудовой миграции путем ее регулирования, проведении унифицированного и согласованного медицинского освидетельствования на территории стран исхода, создании Центров медицинского содействия и медицинского обследования и разработки стандартизованных медицинских документов, согласование порядка их выдачи (**Артамонов О.В., Рудик А.Ф.**). Также было указано на необходимость согласования стандартов показателей медицинского освидетельствования, разработки вопросов медицинского страхования с включением таких заболеваний как туберкулез и ВИЧ/СПИД, соответствия показателей нормативам обеих стран (**Артамонов О.В., Рудик А.Ф.**).

В связи с обсуждением проблем ВИЧ/СПИД в Российской Федерации было обращено внимание на возрастные группы риска (20 – 30 лет), новые группы риска среди контингентов пенитенциарной системы, армии и среди мигрантов. Помимо этого обсуждалось неадекватное финансирование профилактических мер, малое количество больных, имеющих доступ к лечению антиретровирусными препаратами за счет средств Глобального фонда (**Голиусов А.Т.**).

Среди проблем, порождающих избыточную миграцию и касающихся непосредственно Республики Таджикистан, были названы трудоизбыточность страны и регулярный рост ее трудовых ресурсов (**Бобоев А.А.**).

В ходе обсуждения был также сделан акцент на трудности объективной оценки влияния миграции на эпидемиологическую ситуацию в странах происхождения и приема по причинам наличия значительного количества нелегальных трудовых мигрантов в Российской Федерации из стран СНГ и сложности получения объективной информации, как в стране исхода, так и в стране приема (**Иргутанова О.А.**).

Приоритетная роль была отдана повышению уровня информированности трудовых мигрантов и членов их семей по вопросам профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и ВИЧ, вопросам пропаганды безопасного сексуального поведения, популяризации услуг по тестированию на ВИЧ и синдрому лечению ИППП (**Рахимова Н.**). В выступлении также было указано на слабую взаимосвязь между профилактическими программами Российской Федерации и Республики Таджикистан и низком доступе мигрантов к бесплатным и анонимным услугам по ВИЧ и ИППП.

Помимо этого была отмечена и обратная тенденция – случаи, расцениваемые мигрантами как заражение туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями в стране приема и распространение этих заболеваний на территории своей страны, что является непосильным бременем для семей (**Мирса-бурова С.Д.**).

В заключении были предложены и обсуждены рекомендации для дальнейших действий.

Олег Честнов, заместитель директора Департамента по международному сотрудничеству и связям с общественностью Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, внес следующие предложения:

1. обозначение перечня проблем, связанных с трудовой миграцией;
2. разработка слаженного механизма взаимодействия страны исхода и страны приема, включая pilotный проект Российской Федерации – Республика Таджикистан;
3. разработка единого плана взаимодействия различных организаций на основе межсекторального подхода;
4. проведение научного исследования в области трудовой миграции;
5. назначение ответственного лица за исполнение программы.

Заместитель руководителя Департамента развития социально-гуманитарной сферы ЕвроАзЭС **Александр Рудик** предложил рекомендации следующего характера:

1. выработка конкретных рекомендаций с указанием перечня существующих проблем и планируемых результатов;
2. определение конкретного лица, отвечающего за организационные вопросы, и посредника в лице Отраслевого Совета ЕвроАзЭС;
3. рассылка разработанных рекомендаций в государственные органы исполнительной власти;
4. создание универсального документа с дальнейшим его распространением в других центрально азиатских странах;
5. включение ВОЗ и МОМ в состав рабочей группы «Сотрудничество в области оказания медицинской помощи трудящимся-мигрантам» ЕвроАзЭС.

Среди предложений представителей Всемирной организации здравоохранения (**Луиджи Мильорини**, специального представителя ВОЗ, руководителя Офиса ВОЗ в Российской Федерации, **Сантини Северони**, руководителя Офиса ВОЗ в Республике Таджикистан, **Саехат Хасановой**, координатора программ ВОЗ в Республике Таджикистан и **Дмитрия Пашкевича**, координатора Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации) были следующие:

1. признание проведенного круглого стола отправным моментом для первичной оценки ситуации;

2. необходимость обеспечения финансовой поддержки для дальнейшей реализации запланированных действий;
3. разработка законодательной базы, регулирующей медицинский контроль;
4. оценка эффективности роли мигрантов в принимающей стране с точки зрения микроэкономического анализа;
5. диагностика мигрантов в стране исхода и стране приема, избежание дублирования функций; профилактика заболеваний;
6. введение обязательного стандартизированного медицинского страхования;
7. разработка механизма доступного медицинского обслуживания для всех мигрантов;
8. написание краткого меморандума и обсуждение всеми участниками.

Предложения Международной организации по миграции были представлены в выступлении **Энрико Понзиани**, директора Бюро МОМ в Москве, и **Ольги Иртугановой**, микробиолога медицинского отдела Московского МОМ:

1. унификация медицинского контроля;
2. создание медицинских центров;
3. взаимодействие с Глобальным фондом;
4. разработка четких политических рекомендаций по отношению к мигрантам;
5. при лечении – прохождение полного курса процедур;
6. проведение совместного научного исследования по проблемам туберкулеза и ВИЧ/СПИДа среди трудовых мигрантов;
7. использование лучшего опыта зарубежных стран (Англия, Канада, США, Австралия, Новая Зеландия) по организации медицинского скрининга при со-действии международных организаций;
8. идентификация механизмов оценки здоровья с позиции целесообразности для стран происхождения и приема и разработка алгоритма обследования здоровья мигрантов и системы регистрации информации;
9. ведение документации и компьютерной учет сведений по здоровью и другой персональной информации мигрантов.

Офелия Хачатрян, региональный координатор по здравоохранению Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, в качестве приоритета обозначила:

1. готовность большого количества волонтеров Красного Креста к оказанию помощи;
2. разработка унифицированных медицинских документов и форм.

Заместитель начальника Управления внешней трудовой миграции Федеральной миграционной службы Российской Федерации **Олег Артамонов** выделил следующие направления:

1. необходимость многостороннего анализа проблемы развития трудовой миграции;
2. корреляция правовых норм и медицинских стандартов, регулирующих трудовую миграцию между Российской Федерацией и Республикой Таджикистан, на основе принятия Межправительственного соглашения.

Первый Заместитель директора государственного агентства социальной защиты, занятости и миграции населения Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан **Анвар Бобоев** внес предложения следующего характера:

1. подготовка и подписание (двух- и многостороннего межгосударственного) нормативного документа, регулирующего проблему предотвращения распространения социально значимых заболеваний;
2. подготовка конкретного плана мероприятий рабочей группой.

Муратбоки Бекназаров, секретарь Национального Координационного Комитета Республики Таджикистан, уделил внимание таким направлениям, как:

1. выработка рекомендаций по отправке документов в правительства стран;
2. создание рабочей группы (или организационного комитета) из числа представителей Российской Федерации и Республики Таджикистан для определения проблем по улучшению доступа трудовых мигрантов к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и туберкулеза;
3. разработка рабочей группой межсекторального плана взаимодействия сторон и путей сотрудничества, а также определение механизма взаимодействия сторон;
4. организация встречи представителей Российской Федерации и Республики Таджикистан для подготовки необходимых документов и поиска финансирования для реализации данного проекта.

Саадат Мирсабурова, главный специалист отдела здравоохранения по делам женщин и семьи Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан, в список своих рекомендаций включила:

1. межведомственное регулирование перечисленных на «круглом столе» проблем;
2. поддержка проведения микроэкономического анализа;
3. определение поддерживающей стороны для проведения этого анализа;
4. учет опыта неправительственных организаций в сфере выдвинутых проблем;
5. включение других возможных партнеров, таких как ПРООН, ЮНЕЙДС, для оказания технической поддержки.

Рекомендация **Сергея Назарова**, руководителя медико-профессионального центра Научно-исследовательского института медицины труда РАМН, заключалась в создании рабочей группы по результатам «круглого стола».

Согласно всеобщему мнению, встреча способствовала укреплению сотрудничества между органами здравоохранения и миграционными службами Российской Федерации и Республики Таджикистан.

2.2. «Круглый стол» 21 декабря 2009 года

21 декабря 2009 года в Московском Институте медицины труда прошло заседание «круглого стола» на тему: «Совершенствование механизма медицинского контроля здоровья трудовых мигрантов».

«Круглый стол» был организован Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в продолжение встречи по вопросам двустороннего сотрудничества между Российской Федерацией и Республикой Таджикистан в области улучшения доступа трудовых мигрантов к профилактике и лечению ВИЧ и туберкулеза, прошедшей в июле 2009 года.

Декабрьский «круглый стол» обсуждал вопросы межведомственной межрегиональной координации в целях совершенствования механизма медицинского контроля здоровья трудовых мигрантов, а также развития системы диагностики социально-опасных инфекционных заболеваний и оказания медицинской помощи иностранным рабочим на национальном и международном уровнях.

«Круглый стол» был также направлен на усиление «научного» подхода, с целью выработки рекомендаций для Министерства здравоохранения и социального развития по вопросам улучшения доступа трудовых мигрантов к системе здравоохранения в России.

В работе заседания приняли участие представители Министерства здравоохранения и социального развития, Всемирной организации здравоохранения, Международной организации труда (МОТ), Федерального агентства по делам СНГ, соотечественников, проживающих за рубежом, и по международному гуманитарному сотрудничеству («Россотрудничество»), представители академических институтов и учреждений здравоохранения.

На заседании состоялся обмен мнениями по вопросам необходимости разработки и внедрения унифицированной системы медицинского контроля трудовых мигрантов в странах выезда; организации специализированных Центров оказания медицинской помощи; создания стандартного пакета доку-

ментов применительно к трудовым мигрантам и др. Обсуждались реалии существующего в России контроля состояния здоровья трудовых мигрантов в период экономического кризиса, а также долгосрочные перспективы в организации медицинского освидетельствования лиц безвизового порядка въезда.

Презентации участников включали следующие вопросы:

- Трудовая миграция в РФ в период экономического кризиса.
- Исследования по ВИЧ/СПИД среди трудовых мигрантов, выполненные на территории РФ.
- Туберкулез среди трудовых мигрантов.
- Влияние нелегальной трудовой миграции на эпидемиологическую ситуацию в странах направляющих и принимающей. Статистические показатели и их достоверность.
- Реалии существующего в России контроля состояния здоровья трудовых мигрантов в период экономического кризиса, а также долгосрочные перспективы в организации медицинского освидетельствования лиц безвизового порядка въезда.

В следующем разделе данной публикации представлены презентации Евгения Белиловского и Дмитрия Пашкевича, представителей Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации; Елены Вовк, координатора Программы по борьбе с ВИЧ/СПИД, ВОЗ в РФ и Татьяны Елмановой, консультанта Всемирного Банка в Таджикистане.

2.3. Презентации участников

Материалы ВОЗ

Туберкулез среди мигрантов Страны мира и Российская Федерация

**Презентация подготовлена Е. Белиловским и Д. Пашкевичем
Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в РФ**

В 2007 году в мире было зарегистрировано 5 572 000 новых случаев и рецидивов туберкулеза, что составляет 84 случая на 100 тыс. населения. При этом по оценке Всемирной организации здравоохранения в том же году заболело 9 272 000 человек, т.е. 139 на 100 тыс. населения.

От туберкулеза ежегодно умирает 1,8 миллиона человек в мире. Примечательно, что около 95% больных туберкулезом и 98% смертей от этого забо-

левания происходит в развивающихся странах, где 75% пациентов принадлежат к наиболее экономически активной возрастной группе (15-50 лет).

Туберкулез – инфекционная болезнь, представляющая собой серьезную опасность во многих странах мира, особенно для мигрантов. Он становится все более значимой причиной заболеваемости и смертности среди мигрантов.

Так, по оценке УВКБ ООН, проведенной в 2006 г., более 85% из 32 млн. беженцев и перемещенных лиц, прибывают из 22 стран с наиболее высоким бременем туберкулеза.

Ввиду ряда причин беженцы и перемещенные лица принадлежат к группе высокого риска по туберкулезу. К таким причинам относятся:

- скученность проживания, что способствует передаче туберкулезной инфекции;
- сопутствующие заболевания, в частности ВИЧ-инфекция;
- недоедание, что ослабляет иммунную систему, делая организм более уязвимым к развитию туберкулезного заболевания.

Население, рожденное за пределами страны, составляет значительную долю зарегистрированных случаев туберкулеза в европейских странах – от 20% до 70%.

На сегодняшний день заболеваемость туберкулезом среди людей, проживающих в Европе, но рожденных за ее пределами, почти в 50 раз выше, чем среди коренного населения. Это связано преимущественно с тем, что у населения, прибывшего на Европейский континент из других стран, существует повышенный риск развития этого заболевания вследствие реактивации латентной инфекции туберкулеза, полученной в стране рождения.

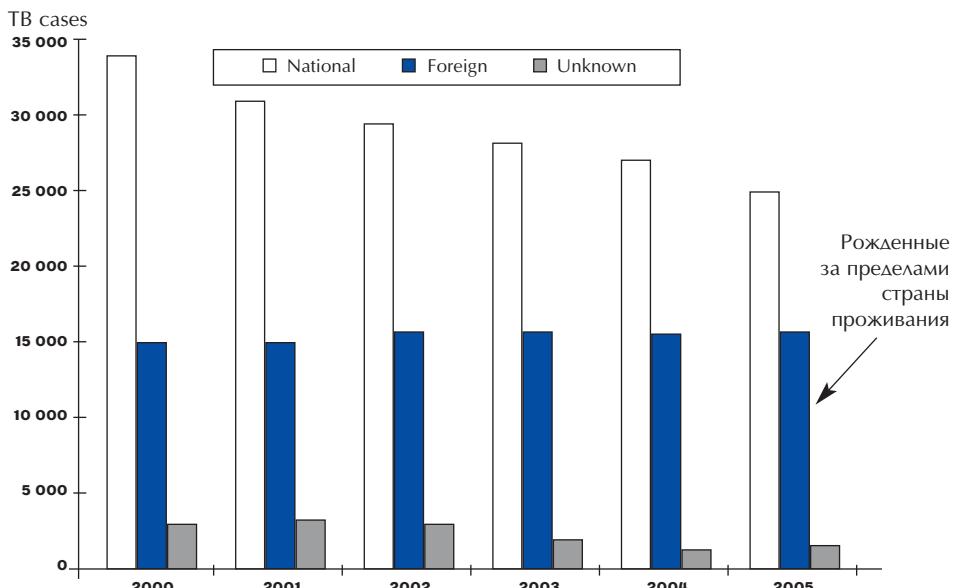
В 2002 г. в некоторых странах Европы, таких как Дания, Израиль, Нидерланды, Норвегия, Швеция, Швейцария, а также в США доля иммигрантов среди случаев заболевания туберкулезом превышала 50%. Так, риск заболевания туберкулезом среди фермерских рабочих США в шесть раз выше, чем среди всего работающего населения страны.

При этом важно отметить, что повышенный риск заболевания туберкулезом среди лиц, рожденных за пределами данной страны, может сохраняться в течение 20 лет после прибытия.

На диаграмме 1 мы можем наблюдать рост доли мигрантов среди новых случаев туберкулеза в странах Западной Европы при снижении таковых среди коренного населения.

Диаграмма 1

Рост доли мигрантов среди новых случаев туберкулеза в странах Западной Европы



* 24 countries (excluding Andorra, Bulgaria, Cyprus, Greece, Luxembourg, Monaco, Poland, Romania, San Marino, Spain)

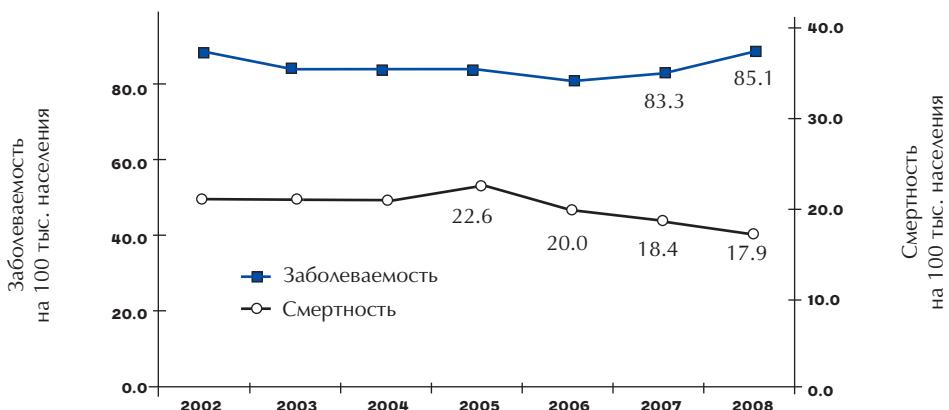
Источник: Euro TB 2007: http://ecdc.europa.eu/documents/pdf/EuroTB_report.pdf

Туберкулез в Российской Федерации, по сравнению с Европейским регионом ВОЗ и с миром в целом

В 2007 году в Российской Федерации зарегистрировано 127 000 впервые выявленных случаев туберкулеза, а также рецидивов. Это составляет 2,3% от зарегистрированных во всех странах мира случаев заболевания (5 572 тыс. случаев), 2,8% от зарегистрированных в 22 странах с наибольшим бременем туберкулеза (4 519 тыс. случаев), а также 39,4% от зарегистрированных в Европейском регионе ВОЗ (322 тыс. случаев).

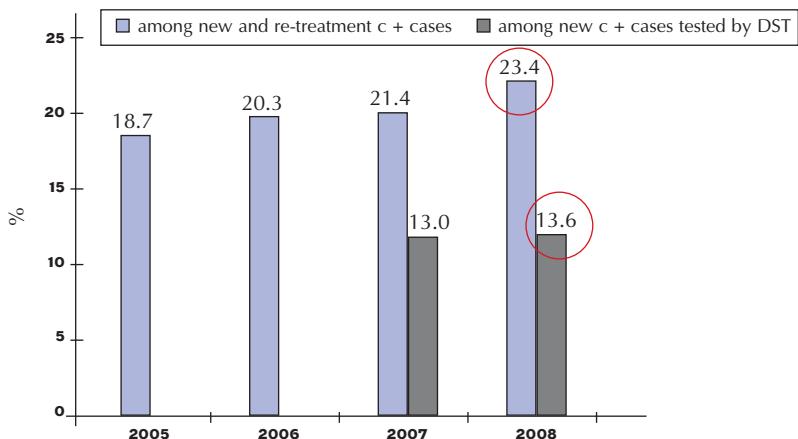
Как видно из диаграммы 2, регистрируемая заболеваемость туберкулезом с 2002 по 2008 гг. оставалась примерно на одном и том же уровне, и в 2008 г. увеличилась по сравнению с предыдущим годом с 83,3 до 85,1 случая на 100 тыс. населения. Смертность же от туберкулеза устойчиво снижается с 2005 г., и в 2008 г. этот показатель составил 17,9 случаев на 100 тыс. населения по сравнению с 22,6 случаями в 2005 г.

Диаграмма 2
**Регистрируемая заболеваемость и смертность от туберкулеза,
Российская Федерация, 1991-2008 гг.**



Из диаграммы 3 видно, что в 2008 г. в России наблюдалось 23,4% случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью среди впервые выявленных случаев туберкулеза и рецидивов, и этот показатель увеличивается с каждым годом примерно на 2%. В том же году было зарегистрировано 13,6 % случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью среди впервые выявленных случаев туберкулеза.

Диаграмма 3
**Случаи с множественной лекарственной устойчивостью среди
впервые выявленных и всех зарегистрированных с положительной
культурой больных туберкулезом в России**



Согласно данным, полученным из презентации Н.В. Фроловой (Роспотребнадзор) в 2008 г., за 2007 год в Российскую Федерацию прибыло 286 879 мигрантов, из них 273 795 человека – из стран СНГ, а 13 084 – из стран дальнего зарубежья (см. рис. 1).

Рисунок 1

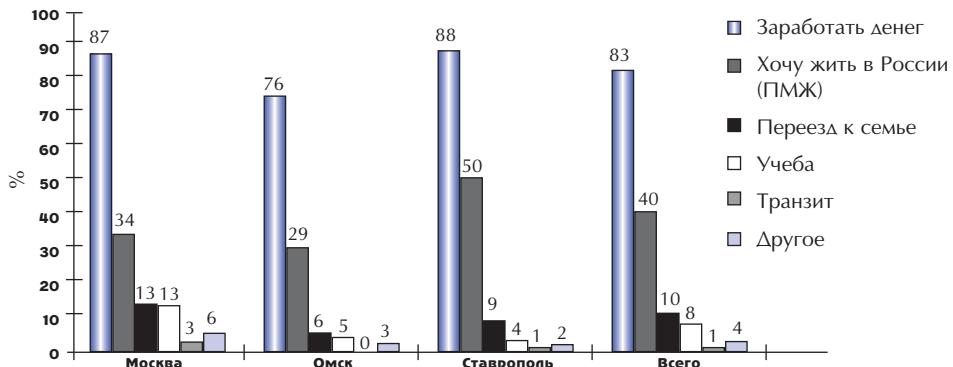
Миграционные потоки в Российскую Федерацию из стран СНГ в 2007 г.



Среди целей, с которыми мигранты приезжают в Россию, преобладает цель заработка материальных средств. На втором месте стоит желание постоянно проживать в Российской Федерации. И менее часто среди мотивов миграции встречаются воссоединение семей, учебная миграция, транзитный проезд через Россию, а также другие цели (см. диаграмму 4).

Диаграмма 4

Цели миграции в Российскую Федерацию



Источник: Презентация Г. Цогта (ВОЗ), февраль 2009 г.

В государствах-участниках СНГ регистрируется высокий уровень заболеваемости туберкулезом. Так, в Российской Федерации регистрируемая заболеваемость составляет 89 случаев на 100 тыс. населения (см. Таб. 1). При этом по сравнению с другими странами СНГ уровень заболеваемости и смертности ниже, однако, в сравнении с Европейским регионом ВОЗ значительно выше.

Таблица 1
Туберкулез в России и странах ближнего зарубежья, 2007 г.

	Регистрируемая заболеваемость, на 100 тыс. нас.	Заболеваемость, оценка ВОЗ, на 100 тыс. нас.	Смертность, оценка ВОЗ, на 100 тыс. нас.
Таджикистан	93	231	46
Кыргызстан	115	121	18
Узбекистан	72	113	16
Российская Федерация	89	110	18
Европейский регион ВОЗ	39	49	7

Среди впервые выявленных больных туберкулезом в России число иностранных граждан невелико. В 2008 г. оно составило 2,1% от общего числа впервые выявленных больных туберкулезом. Однако, как видно из диаграммы 5, доля иностранных граждан в этом показателе увеличивается.

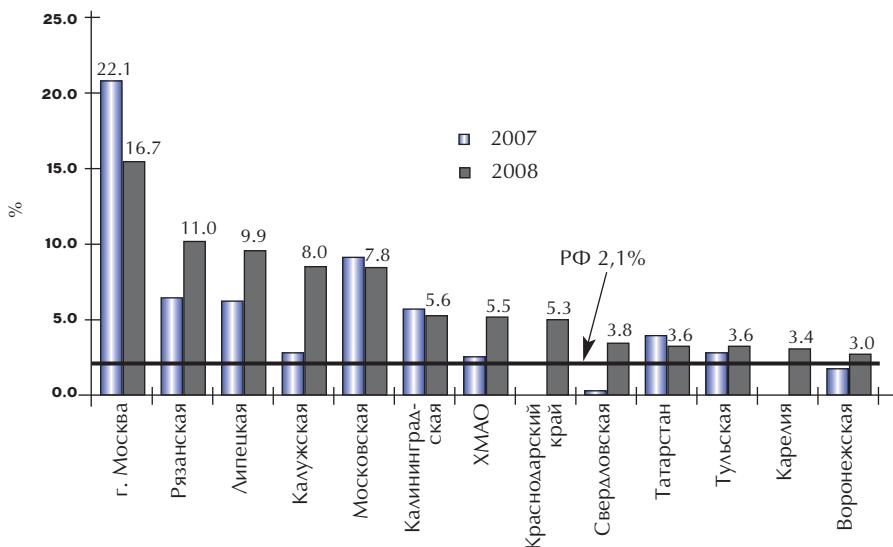
Диаграмма 5
Российская Федерация: численность впервые выявленных больных туберкулезом, 2002–2008 гг.



Доля иностранных жителей среди впервые выявленных больных туберкулезом разнится в зависимости от субъекта России. Наибольшее количество заболевших туберкулезом иностранных граждан наблюдается в Москве, где, однако, в отличие от многих других регионов Российской Федерации, в 2008 г. их было выявлено меньше, чем в 2007 г. Во многих регионах в 2008 г. зарегистрировано значительно больше впервые заболевших туберкулезом иностранных жителей, нежели в предыдущем году, а в некоторых, как, к примеру, в Краснодарском крае, до 2008 г. и вовсе не наблюдалось заболеваний туберкулезом среди иностранцев (см. диаграмму 6).

Диаграмма 6

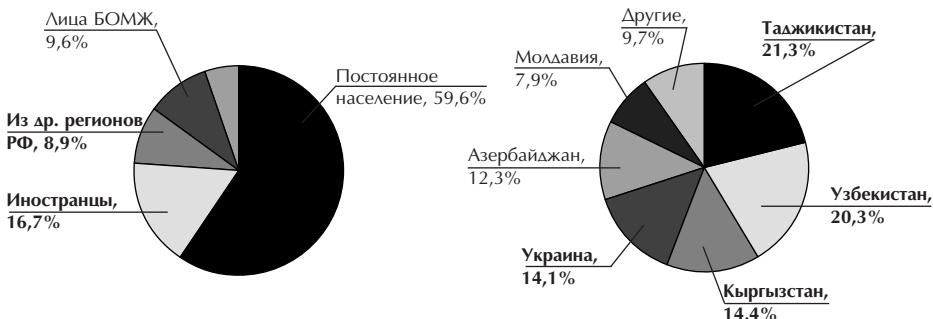
Доля иностранных жителей среди впервые выявленных больных ТБ, субъекты Российской Федерации, 2007–2008 гг.



При этом в Москве в 2008 г. среди впервые выявленных больных туберкулезом иностранцы составляли 16,7%, а мигранты из других регионов России – 8,9%. Исходя из этого, можно сделать вывод, что доля мигрантов среди впервые выявленных больных туберкулезом составила 25,6%. Распределение иностранных граждан по странам происхождения можно видеть на диаграмме 7.

Диаграмма 7

Доля иностранных жителей среди впервые выявленных больных ТБ,
г. Москва, 2008 г.



Источник: Данные МГ НПЦ борьбы с туберкулезом

Рассматривая проблему заболеваемости туберкулезом среди мигрантов, необходимо иметь в виду законы и постановления, регулирующие необходимость проведения обследования иностранных граждан на туберкулез.

Федеральный закон от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» предусматривает следующее:

- разрешение на временное проживание иностранному гражданину не выдается, а ранее выданное разрешение аннулируется в случае если данный иностранный гражданин страдает одним из инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих. Перечень таких заболеваний и порядок подтверждения их наличия или отсутствия утверждается Правительством Российской Федерации;
- в случае выявления туберкулеза у иностранного гражданина или уклонения иностранного гражданина от обследования на туберкулез – отказ в выдаче разрешений, Иностранный гражданин должен покинуть территорию Российской Федерации в течение 15 дней, в случае не выполнения предписания он подлежит депортации за счет средств работодателя.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 № 188, перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации:

- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);
- **туберкулез;**
- лепра;

- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, хламидийная лимфагранулема (венерическая, шанкроид).

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1295.-03 «Профилактика туберкулеза» предусматривают:

- п. 3.6. По эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) МИГРАНТЫ, БЕЖЕНЦЫ, ПЕРЕСЕЛЕНЦЫ проходят профилактические медицинские осмотры на туберкулез 1 раз в год.

В 2007 г. по России в целом прошли обследование 600 тыс. иностранных граждан, из них было выявлено 3058 больных туберкулезом. Отсюда заболеваемость составляет примерно 500 случаев на 100 тыс. иностранных граждан.

Больше всего случаев заболевания туберкулезом среди мигрантов выявлено в Центральном федеральном округе – 1280 случаев (см. таб. 2). Наименьшее количество заболевших туберкулезом мигрантов было зарегистрировано в Дальневосточном и Южном федеральных округах – 158 и 191 случай соответственно.

Таблица 2

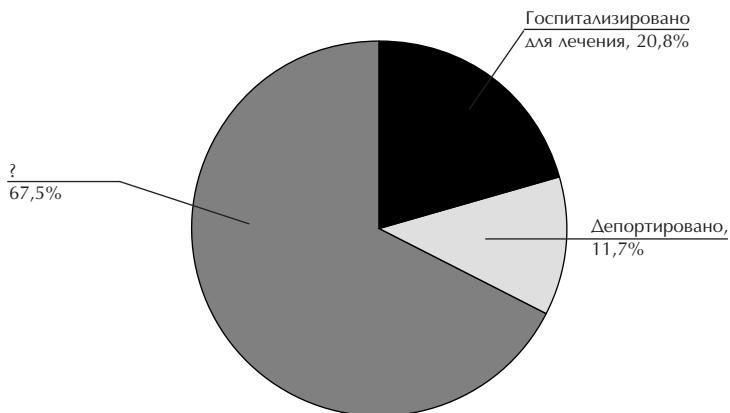
Выявление туберкулеза у мигрантов при медицинском освидетельствовании

Данные Роспотребнадзора по федеральным округам, 2007 год

Федеральные округа	Выявлено случаев туберкулеза	Госпитализировано	% госпитализированных	Депортировано	% депортированных
Центральный	1280	393	30.7	71	5.5
Северо-Западный	461	67	14.5	60	13.0
Южный	191	23	12.0	2	1.0
Приволжский	515	114	22.1	173	33.6
Уральский	449	55	12.2	18	4.0
Сибирский	306	42	13.7	28	9.2
Дальневосточный	158	5	3.2	42	26.6

При этом известна судьба лишь 32,5% иностранных граждан в России, больных туберкулезом (см. диаграмму 8).

Диаграмма 8 Больные ТБ среди иностранных граждан



Источник: презентация Н.В. Фроловой, Роспотребнадзор, 2008 г.

Очевидно, что в такой ситуации необходимо совершенствование эпидемиологического надзора за распространением туберкулеза среди мигрантов.

В частности, важно развивать эпидемиологический надзор в сфере выявления и учета заболеваний среди мигрантов. Для этого необходимо принимать меры в таких направлениях, как:

- совершенствование системы статистического учета и отчетности;
- разработка системы взаимодействия систем надзора за туберкулезом, действующих в странах ближнего зарубежья;
- разработка и развитие элементов единой системы надзора за больными туберкулезом, выявляемых в странах СНГ, включая надзор за распространением туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью;
- развитие эпидемиологического надзора за очагами туберкулезной инфекции через совершенствование системы статистического учета и отчетности по очагам ТБ;
- развитие системы взаимодействия между Роспотребнадзором и учреждениями противотуберкулезной помощи населению.

Материалы ВОЗ

Проблемы ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов

**Доклад подготовлен Еленой Викторовной Вовк в рамках
Программы по борьбе с ВИЧ/СПИД, ВОЗ в РФ**

Начало XXI столетия ознаменовалось положительными сдвигами в проблеме распространения ВИЧ-инфекции среди населения Земного шара.

За последние восемь лет число новых случаев ВИЧ-инфекции в мире снизилось на 17%. При этом в 46 странах Европейского региона, постоянно сообщавших данные по СПИДу в период с 2000 по 2008 год, число зарегистрированных случаев СПИДа снизилось с 12 072, что эквивалентно 19 случаям на миллион, до 7 564 (12 случаев на миллион).

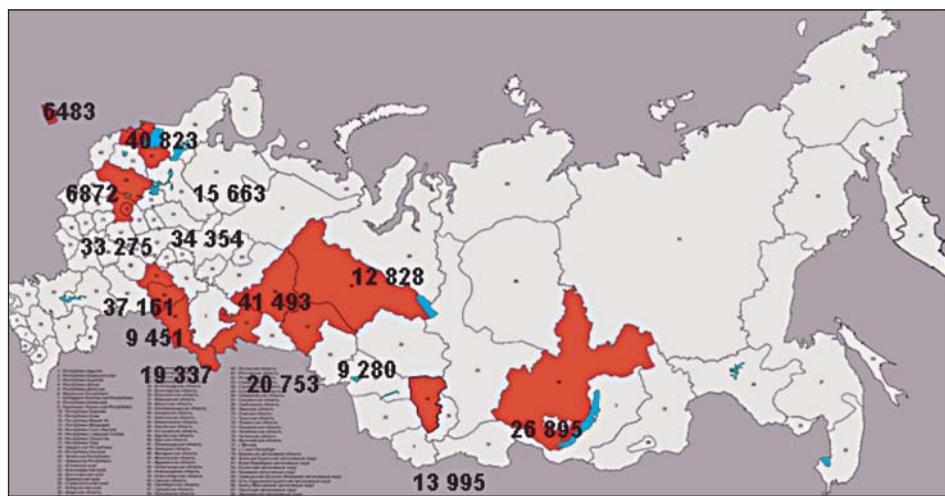
В 2008 году о 51 600 диагностированных случаях ВИЧ-инфекции сообщили 48 стран из 53 стран, входящих в Европейский регион ВОЗ, и Лихтенштейна. Не представили данные Австрия, Дания, Лихтенштейн, Монако, Российская Федерация и Турция. Самые высокие показатели были зарегистрированы в Эстонии, Латвии, Казахстане, Республике Молдова, Португалии, Украине и Соединенном Королевстве.

Согласно Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения 1946 года «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения... Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов».

В Российской Федерации на 1 октября 2009 г. было зарегистрировано 543335 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 4 474 – у детей. При этом по разным причинам умерло более 66 тысяч ВИЧ-положительных.

К 15 наиболее пораженным регионам России (см. рис. 1) относятся: Свердловская область (41 493 случая), Санкт-Петербург и Ленинградская область (40 823), Ульяновская область (37 161), Москва и Московская область (33 275), Иркутская (26 895), Челябинская (20 753), Оренбургская (19 337), Кемеровская (13 995) области, Ханты-Мансийский автономный округ (12 828), Самарская (9 451), Тюменская (9 280), Тверская (6 872) и Калининградская (6 483) области.

Рисунок 1
15 наиболее пораженных ВИЧ субъектов РФ



Источник: Роспотребнадзор – Сузdalь 2009 г

Значительный вклад в развитие эпидемии ВИЧ-инфекции во всех странах СНГ вносит миграция.

В Российской Федерации в 2007 году среди рабочих-мигрантов выявлено 1676 ВИЧ-инфицированных, 3360 больных туберкулезом, 5188 больных инфекциями, передающимися половым путем, и 2665 больных другими инфекционными заболеваниями.

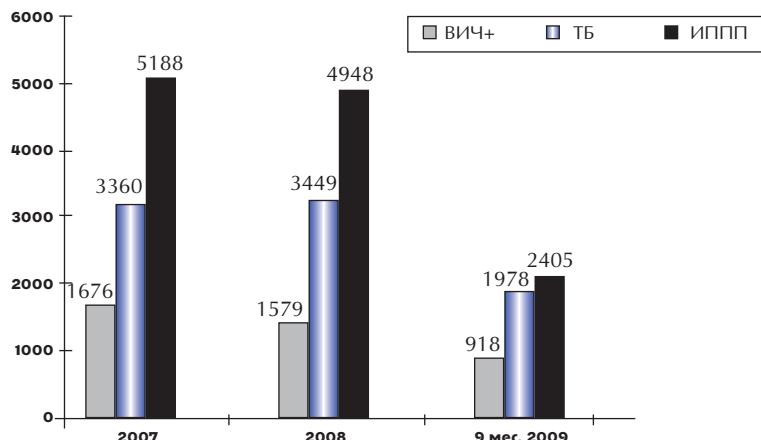
По мнению специалистов, мигранты – это популяция, испытывающая большой риск инфицирования ВИЧ и поэтому она становится одной из целевых групп для профилактической работы¹¹.

По данным Роспотребнадзора, в последнее время в России существенно снижается число заболеваний инфекциями, передающихся половым путем, ВИЧ и туберкулезом среди иностранных граждан (см. диаграмма 1).

¹¹ <http://www.minzdravsoc.ru/events/aids-conf/2>.

Диаграмма 1

Выявление ИППП, ВИЧ и ТБ среди иностранных граждан в России (в абсолютных числах)



Источник: Роспотребнадзор , Сузdalь, 2009 г.

Согласно исследованию, проведенному Ириной Ивахнюк, начиная с 2000 года численность иностранной рабочей силы в Российской Федерации – особенно из стран СНГ – постоянно увеличивается. Так, в 2008 году число трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья возросло более чем на 400 тысяч человек по сравнению с предыдущим годом (см. диаграмма 2).

Диаграмма 2

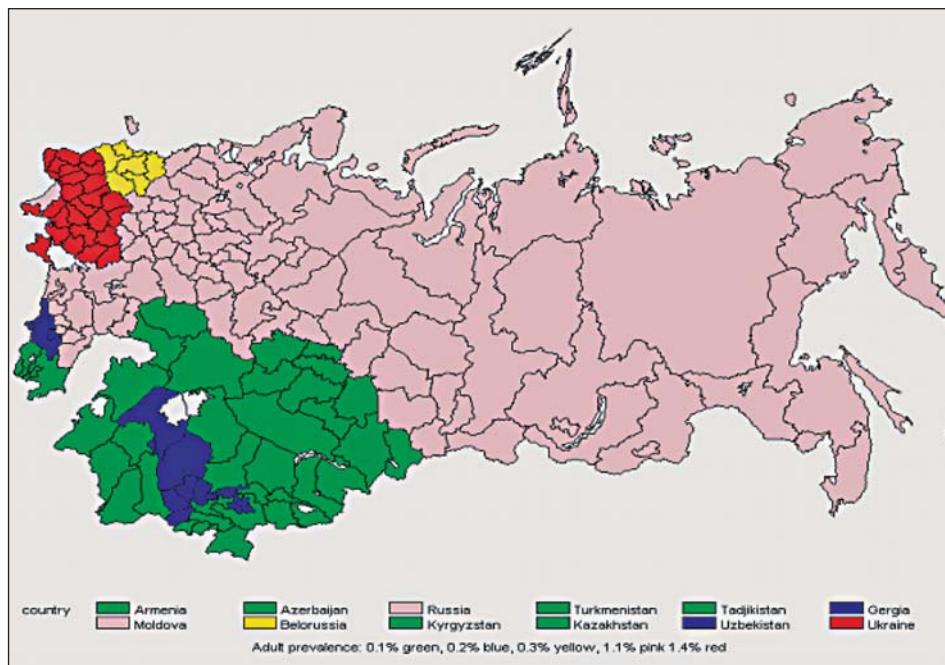
Численность иностранной рабочей силы в России, 1994-2008 гг., тыс. чел. (по количеству выданных разрешений на работу)



Источник: Population and migration in the Russian Federation. Statistical yearbook. Moscow: Rosstat; Monitoring of regular international labor migration in Russia in 2005-2006. Moscow: Federal migration service. 2007; Monitoring of regular international labor migration in Russia in 2006-2007. Moscow: Federal migration service. 2008. (all sources in Russian).

По уровню заболеваемости ВИЧ среди взрослого населения (15-49 лет) Россия превосходит все страны СНГ, кроме Украины. Так, в последней ВИЧ инфицировано 1,4% взрослого населения, в то время как в России и Молдавии – по 1,1%. В Белоруссии этот показатель составляет 0,3%, в Узбекистане и Грузии – по 0,2%, а в Армении, Азербайджане, Кыргызстане, Туркменистане, Казахстане и Таджикистане – по 0,1% (см. рис. 2).

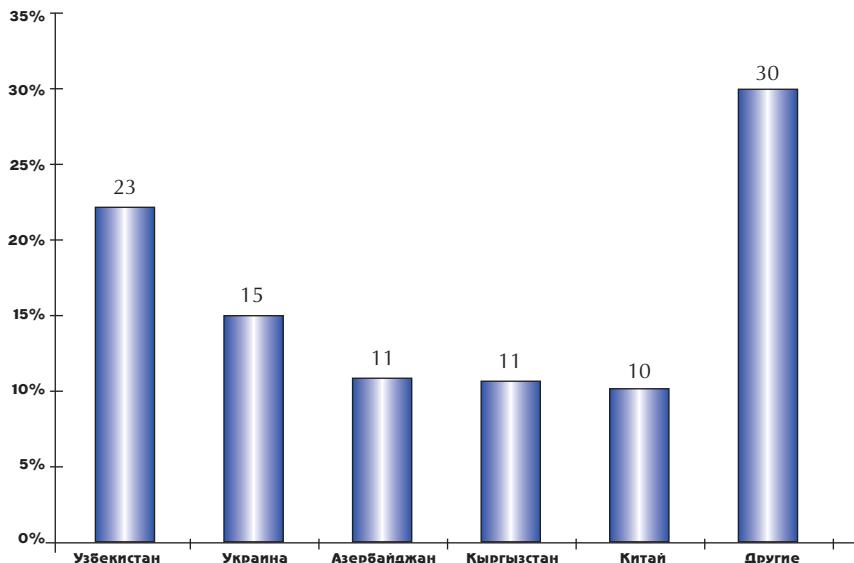
Рисунок 2
ВИЧ в странах СНГ



В то же время, по оценочным исследованиям, распространенность заболеваний ВИЧ в Российской Федерации среди мигрантов невелика (см. диаграмма 3). Так, больше всего заболеваемость у мигрантов из Республики Узбекистан (23%).

Диаграмма 3

Оценочные исследования – ВИЧ среди мигрантов в РФ – данные ОИЗ из 5 городов на 2007 г.



Источник: Открытый институт здоровья

В рамках национального проекта «Здоровье» в 2006-2009 гг. государство оказывало поддержку в осуществлении программ по профилактике ВИЧ-инфекции. Среди них:

- 137 программ по профилактике в группах риска и специальных группах;
- 49 программ по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы;
- **31 программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов;**
- 20 проектов по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков;
- 37 проектов по профилактике ВИЧ среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату;
- 135 программ по поддержке и уходу при ВИЧ-инфекции;
- 70 проектов по повышению приверженности АРВ – терапии пациентов из уязвимых групп населения;
- 55 проектов по оказанию паллиативной помощи при ВИЧ/СПИД по долгосрочному сопровождению;
- 35 программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди специальных групп;

- 25 программ по профилактике профессионального заражения ВИЧ и вирусными гепатитами среди медицинских работников;
- 5 программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди работников крупных промышленных предприятий в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией.

С 2007 года в России осуществлялись оценочные исследования заболеваемости ВИЧ среди мигрантов.

Так, Глобальный Фонд выделил грант на проведение проекта «ГЛОБУС», в рамках которого осуществлялась оценка ситуации в 5 городах России в феврале 2007 года и обработку данных в апреле 2009 года.

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2008 году проводилась оценка в 16 городах Российской Федерации – в мае и октябре, а также в 24 городах в мае и в конце 2009 года.

В рамках исследований, проведенных Открытым институтом здоровья, проводилась оценка ситуации среди трудовых мигрантов.

Осуществлялись одномоментные (поперечные) исследования знаний и практик в городах РФ, а также полуструктурированные интервью со 100 мигрантами в каждом городе (по 50, 20, 15 и 15 человек из четырех основных этнических групп).

Средний возраст респондентов составил 30 лет, 88% из них – мужчины. 53% состоят в браке, 70% имеют среднее или профессиональное образование. Наибольшее количество опрошенных мигрантов (60%) выходцы из Таджикистана и Узбекистана. 69% мигрантов пребывают в России не больше года. Заняты опрошенные в основном в сферах строительства и торговли.

В процессе проведения исследования удалось выяснить, что большинство респондентов имеют отличное и хорошее здоровье. 85% когда-либо проверялись на ВИЧ-инфекцию, 83,5% проходили проверку в течение последнего года. При этом 85% знали, куда обратиться в российском городе, в случае, если захотят пройти тест на ВИЧ-инфекцию и лишь 67% знали, куда обратиться в стране их постоянного проживания.

Оценка рисков заражения ВИЧ-инфекцией происходила на основании следующих данных:

- 56% опрошенных за последний год имели 1 полового партнера;
- 14% – 2 половых партнеров;
- 20% – более 2 половых партнеров;
- 50% не использовали презерватив при последнем половом акте;
- 3% имеют опыт употребления наркотиков;
- 1% респондентов употреблял наркотики за последние 30 дней.

На диаграммах 4 и 5 указаны результаты опросов, связанных со знаниями о ВИЧ-инфекции. Очевидно, что при второй оценке ситуации показатели

оказались значительно лучше и возросла осведомленность мигрантов о ВИЧ и необходимости защиты от заражения.

Диаграмма 4

Респонденты, которые правильно представляют способы профилактики передачи ВИЧ, и знают, как ВИЧ не передается

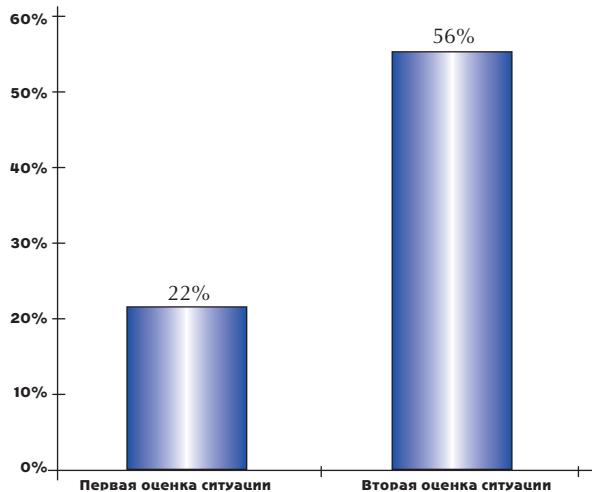
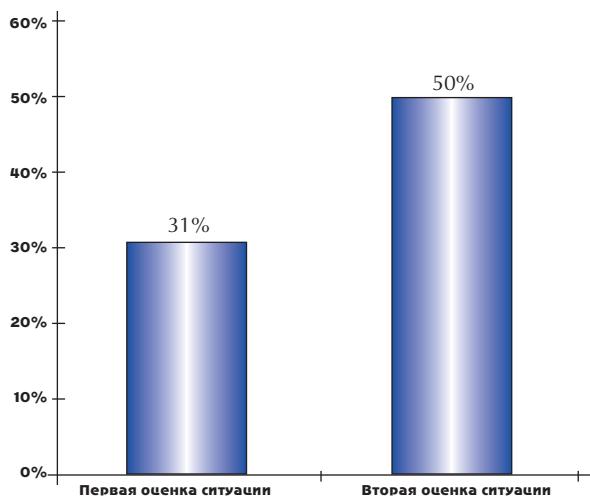


Диаграмма 5

Использование презерватива при последнем половом акте



Источник: исследование ОИЗ среди 1600 мигрантов в 16 городах РФ, 2008 г.

Опыт пилотных проектов по оценке ситуации ВИЧ-инфекции среди мигрантов в России показывает, что уязвимость мигрантов к ВИЧ обусловлена рядом факторов, как-то:

- маргинализация, дискриминация и эксплуатация в пути и в чужой стране;
- наличие барьеров для получения информации и медицинской помощи:
 - административные (особенно для нелегальных мигрантов);
 - культурные и языковые;
 - законодательные ограничения для въезда и пребывания ВИЧ положительных;
- рискованное поведение:
 - разделение с семьей и постоянными партнерами;
 - ощущение освобождения от прежних социальных норм;
 - восприимчивость к воздействию равного окружения.

Результаты пилотных проектов доказали:

- необходимость учета культурных особенностей;
- эффективность вовлечения национальных диаспор;
- возможность и необходимость связи с широкими темами общественного здравоохранения (ТБ, ИППП);
- потенциал двухсторонних межстранных подходов;
- внедряемые подходы работы эффективны даже в краткосрочной перспективе.

Миграция сама по себе часто связана с высоким уровнем риска.

Это связано, во-первых, с тем, что миграционные потоки, как правило, направлены из территорий и стран с более низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции в территории, где распространенность ВИЧ-инфекции среди населения значительно выше.

Во-вторых, риск увеличивается из-за ограничения прав мигрантов за пределами родной страны и незнания законов новой страны.

В-третьих, мигранты потенциально уязвимы для дискриминации и эксплуатации и могут сталкиваться с изоляцией и враждебностью со стороны коренного населения.

И наконец, они сталкиваются с рядом серьезных препятствий для получения профилактической информации и медицинской помощи.

По данным Роспотребнадзора, на сегодняшний день трудовая миграция носит следующий характер:

- снижается образовательный уровень трудовых мигрантов;
- 50% мигрантов не имеет специального профессионального образования;
- 70% мигрантов приезжают в Россию из сел и малых городов;

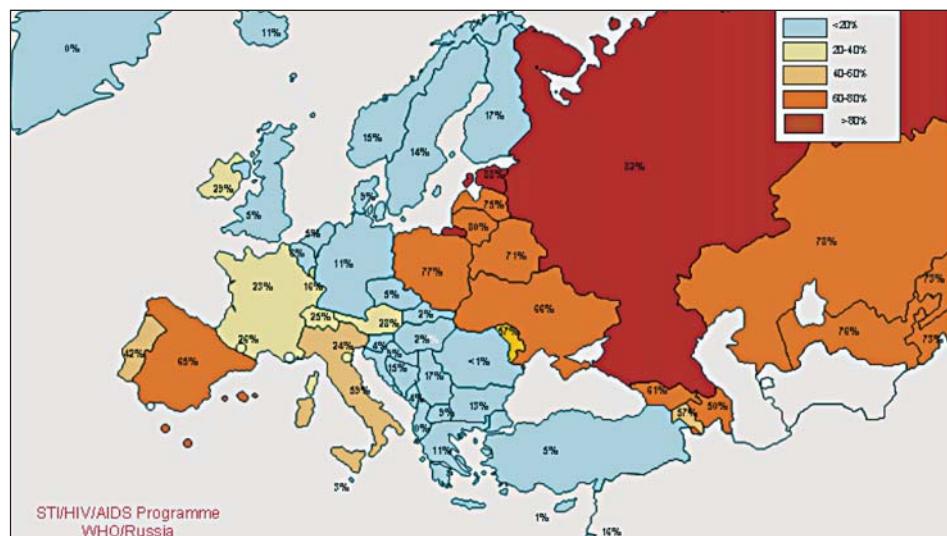
- 80% мигрантов до выезда в Россию относили себя к группе бедных и очень бедных;
- 50% мигрантов плохо знают русский язык;
- мигранты являются единственными кормильцами семьи.

Еще одной очень крупной уязвимой группой являются потребители наркотиков. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) являются движущей силой эпидемии ВИЧ.

В мире насчитывается около 16 миллионов потребителей инъекционных наркотиков. 3 миллиона бывших и активных потребителей наркотиков живут с ВИЧ. Причем 10% новых случаев ВИЧ связаны с ПИН.

Как видно из рисунка 3, Россия и страны СНГ и восточной Европы лидируют по количеству потребителей инъекционных наркотиков среди больных ВИЧ/СПИД.

Рисунок 3
ПИН среди всех случаев ВИЧ/СПИД с известными путями передачи, на конец 2007 г.



Источник: EuroHIV; national reports

Дозорные исследования в труднодоступных группах в разных регионах России позволили получить следующие данные (см. таб. 1). Среди потребителей инъекционных наркотиков самое большое количество инфицированных ВИЧ (64,3%) наблюдалось в Екатеринбурге в 2008 г. Исследование, проведенное в Москве, показало, что больных ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, менее 1%.

Таблица 1
Дозорные исследования в труднодоступных группах

Регион, год	Группа	Исследователи	ВИЧ, %	HCV, %	Сифилис, %
Воронеж, 2008	ПИН	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, Стеллит	3,8	62,8	6,2
Набережные Челны, 2007	ПИН	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, Стеллит	13,4	44,8	2,5
Иркутск, 2008	ПИН	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, Стеллит	48,9	80,6	7,7
Екатеринбург, 2008	ПИН	ВССВ, Стеллит	64,3	89,7	–
Орел, 2007	ПИН	ВССВ, Стеллит	14,7	61,0	–
Челябинск, 2007	ПИН	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, Стеллит	15,9	50,4	4,8
Иркутск, 2008	KCP	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, Стеллит	18,8	39,6	7,4
Челябинск, 2008	KCP	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, Стеллит	6,0	14,0	9,0
Красноярск, 2007	KCP	ГЛОБУС	8,0	–	–
Томск, 2007	KCP	ГЛОБУС	2,0	–	–
Москва, 2006	MCM	ВОЗ, Северо-Западный окружной Центр СПИД, Стеллит	0,93	1,9	0
Ст. Петербург, 2006	MCM	ВОЗ, Северо-Западный окружной Центр СПИД, Стеллит	3,8	3,0	4,2
Нижний Новгород, 2006	MCM	Партнерская программа Нижегородской обл. и Великобритании	9,3	–	–

При употреблении наркотиков существует также риск заражения туберкулезом. Известно, что у потребителей наркотиков уровень туберкулеза в 10-30 раз выше, чем у людей без пристрастия к наркотическим веществам.

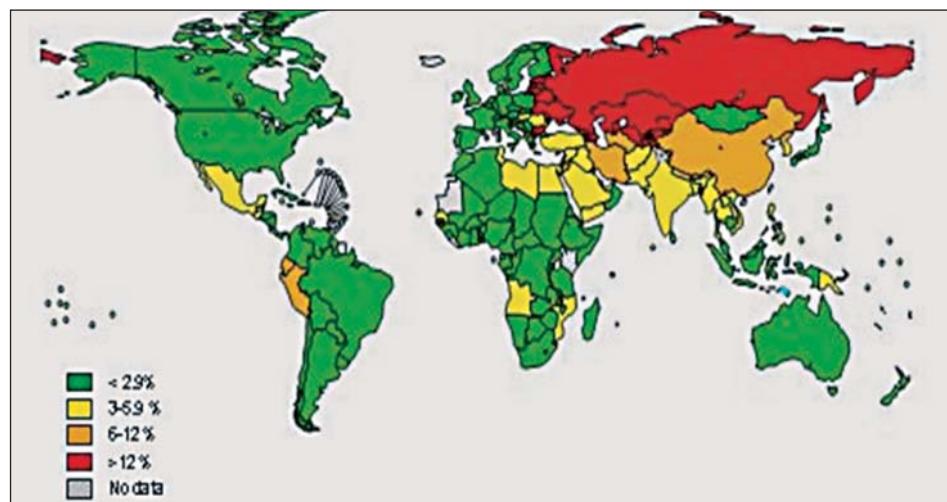
ВИЧ также увеличивает риск развития активного туберкулеза с 5-10% за всю жизнь (у людей с непораженной иммунной системой) до 10% за год (риск развития туберкулеза у лиц, живущих с ВИЧ).

Стоит также отметить, что потребители наркотиков часто оказываются в тюрьмах, где уровень заболеваемости туберкулезом в 10-50 раз выше.

Российская Федерация – одна из немногих стран с самыми высокими показателями (> 12%) заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (см. рис. 4).

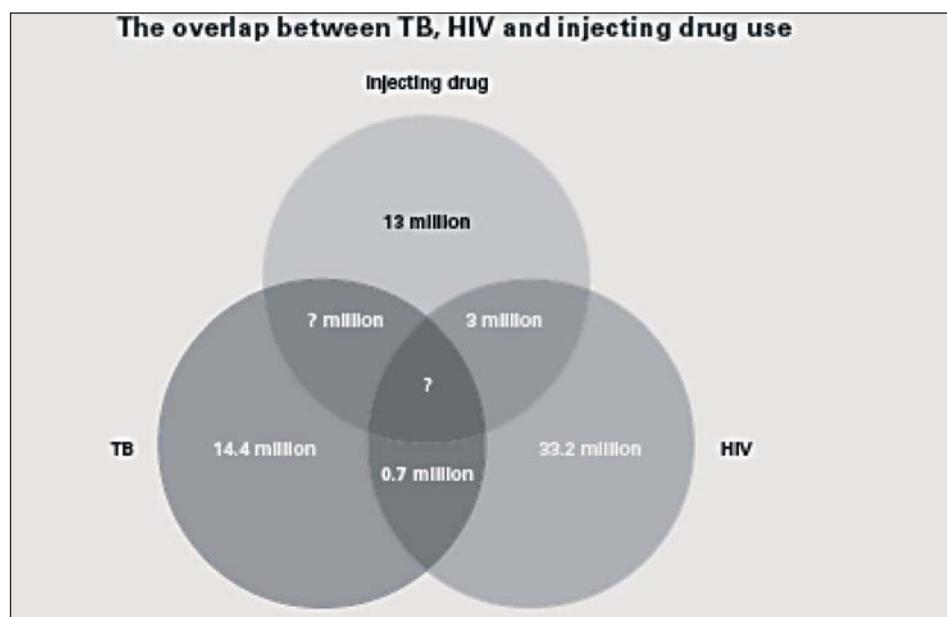
Рисунок 4

Процент случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью



Зачастую случаи заболевания туберкулезом сочетаются с заболеванием ВИЧ, а также употреблением наркотиков (см. рис. 5).

Рисунок 5



В подобных случаях необходимо иметь в виду, что при прерывании лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков увеличивается риск развития множественной лекарственной устойчивости. Помимо этого риск развития ТБ с МЛУ очень высок у ВИЧ-инфицированных ПИН, содержащихся в пенитенциарных учреждениях.

В связи с этим Всемирная организация здравоохранения разработала следующие рекомендации:

- необходимо межведомственное сотрудничество (использование существующих механизмов и разработка новых подходов);
- лечение должно быть доступным;
- комплексная помощь должна оказываться во всех учреждениях, куда ПИН обращаются за помощью, исключая стигму и обеспечивая качественный подход в лечении и мониторинг приверженности:
 - профилактика;
 - уход;
 - лечение.

Среди рекомендаций ВОЗ были и относящиеся к совместным ТБ/ВИЧ действиям (см. таб. 2).

Таблица 2
Совместные ТБ/ВИЧ действия

A. Создание механизмов взаимодействия служб	
A.1. Создание координирующего органа для совместных действий ТБ/ВЧ A.2. Проведение ВИЧ эпиднадзора среди ТБ A.3. Совместное планирование – ТБ/ВИЧ службы A.4. Проведение мониторинга и оценки (индикаторы)	Совместно НПВ, НПТ и партнеры
B. Уменьшение бремени ТБ среди ЛЖВ	
B.1. Создание механизма интенсивного выявления случаев: скрининг и диагностика ТБ B.2. Внедрение профилактики изониазидом B.3. Обеспечение инфекционного контроля – контроль ТБ в АПУ и других учреждений	Программы по борьбе с ВИЧ/СПИД
C. Уменьшение бремени ВИЧ среди ТБ пациентов	
C.1. Проведение тестирования на ВИЧ и консультирования C.2. Внедрение мер/методов профилактики ВИЧ C.3. Внедрение профилактики котrimоксазолом C.4. Обеспечение ухода и поддержки ЛЖВ C.5. Проведение АРВ терапии	Программы по контролю ТБ

Из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- необходимо совершенствование системы эпиднадзора – интеграция методики био-поведенческих исследований в систему надзора за ВИЧ-инфекцией в РФ;
- необходимо учесть рекомендации по работе с уязвимыми группами;
- необходимо развитие межведомственного сотрудничества.

Помимо этого, стоит задуматься о том, достаточно ли существующих данных по ВИЧ среди мигрантов, насколько достоверны и необходимы дополнительные исследования, достаточно ли ресурсов для программ профилактики ВИЧ среди мигрантов, а также о наличии рекомендаций на национальном уровне.

В завершение приведем слова В.В. Путина, произнесенные им на встрече с Маргарет Чен – Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения: «Наши отношения со Всемирной организацией здравоохранения складываются давно и весьма успешно. Мы постоянно поддерживаем начинания и усилия Всемирной организации здравоохранения в борьбе со СПИДом, туберкулезом, малярией и другими социально опасными заболеваниями. Считаем очень важным объединить усилия в борьбе с такими явлениями, как алкоголизм, табакокурение, и некоторыми другими, которые напрямую отражаются на здоровье населения».

Материалы Всемирного Банка в Таджикистане

Проблемы трудовых мигрантов Республики Таджикистан в России и возможные пути их решения

**Доклад подготовлен Т.В. Елмановой,
международным консультантом Всемирного Банка в Таджикистане**

В данной работе рассматриваются следующие вопросы:

- внутренние факторы, определяющие трудовую миграцию из Таджикистана в Россию;
- качественные изменения трудовых ресурсов Республики Таджикистан и их влияние на трудовую миграцию в РФ (по данным 2007-2008 г.);
- предложения по развитию трудовых ресурсов и совершенствованию медицинского обеспечения трудовых мигрантов Таджикистана.

Каков же характер миграционных процессов в Республике Таджикистан?

Прежде всего, необходимо отметить, что трудовая миграция из Республики Таджикистан (РТ) в Российскую Федерацию является составной частью глобальных миграционных процессов.

Миграционная активность во многом определяется состоянием внутреннего рынка труда Таджикистана, отличительными чертами которого являются избыточность трудовых ресурсов и нехватка постоянных рабочих мест.

К ключевым причинам трудовой миграции из Республики Таджикистан относятся:

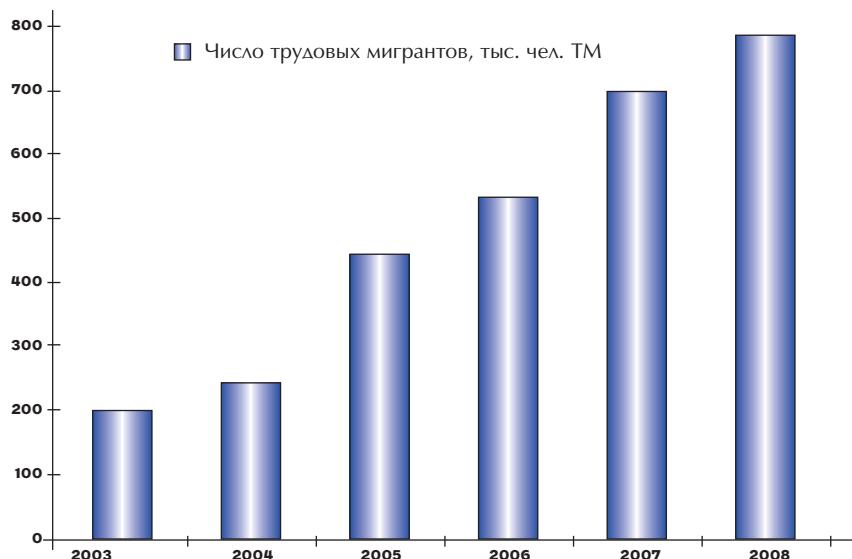
- высокий уровень безработицы, особенно среди молодёжи и женщин (52% из числа официально зарегистрированных);
- низкая заработная плата (средняя заработная плата на 01.11.08 составляла 234,3 сомони, или менее 70 долларов США).

Этим объясняется и рост числа трудовых мигрантов из Таджикистана в России (см. диаграмма 1).

Так, если в 2003 г. в России насчитывалось 224 тыс. трудовых мигрантов из Республики Таджикистан, в 2005 г. их было уже 466 тыс., в 2006 г. – 562 тыс., в 2007 г. – 727 тыс., а в 2008 г. их численность возросла до 800 тыс. чел.

Диаграмма 1

Рост числа трудовых мигрантов из РТ в РФ в 2003-2008 гг.



Источник: Минтруд и соцзащиты населения РТ, 2009

Стоит отметить, что на сегодняшний день отмечается устойчивый рост молодежной трудовой миграции из Таджикистана.

Об этом свидетельствует следующая статистика: если в 2003 году доля трудовых мигрантов в возрасте 18-29 лет составляла 44%, а возрасте 30-62 лет – 47%, то в 2008 г. эти показатели изменились: первый увеличился до 67%, а второй снизился до 28%.

Помимо этого, наблюдается тенденция феминизации трудовой миграции. В 2003 г. число мужчин и женщин в потоках трудовой миграции составляло 94% и 6% соответственно, а в 2008 г. оно равнялось уже 89% и 11%.

Если попытаться составить «портрет» «молодого» трудового мигранта, то ему будут присущи такие черты, как:

- незнание русского языка;
- отсутствие профессии, специальности;
- незнание культуры, традиций и обычаяев России;
- незнание правовых основ трудовой миграции (правил въезда, пребывания, трудоустройства);
- низкая информированность по вопросам легального трудоустройства.

Каковы же негативные последствия сложившейся ситуации?

Прежде всего, это нелегальная миграция.

Во-вторых, в результате многочисленных сложностей, с которыми сталкиваются трудовые мигранты в процессе адаптации в новых условиях, они оказываются в социальной изоляции.

В-третьих, из-за многочисленных нарушений правил въезда, пребывания и трудоустройства высок процент возвращения мигрантов.

Отсутствие профессии влечет за собой низкую оплату труда.

Растет число преступлений во внутренней мигрантской среде, учащаются случаи нарушения трудовых отношений в связи с риском злоупотреблений со стороны русскоговорящих соотечественников и работодателей.

И, наконец, складывается отрицательный имидж трудового мигранта.

В связи с этим в ноябре 2009 г. были предложены следующие шаги по развитию трудовых ресурсов Республики Таджикистан:

1. Поддержка системы обучения трудовых мигрантов (профессиональная подготовка и переподготовка) на базе созданных в стране Центров профессионального обучения взрослых (ЦПОВ) и ПТУ, которая должна включать в себя:

- методологическую помощь ЦПОВ;
- поддержку профессионально-технических училищ, на базе которых трудовые мигранты получают рабочие профессии;
- подготовку преподавателей из числа местного населения;
- обучение русскому языку;
- издание обучающих материалов;

- обучение российскому законодательству в области трудовой миграции (правилам въезда, пребывания, трудоустройства, медицинского обследования и др.);
- обучение целесообразно проводить в осенне-зимний период с учётом сезонного характера миграции.

2. Создание Центров информационной поддержки трудовых мигрантов в Таджикистане (как вариант – на базе областных служб занятости Минтруда и соцзащиты РТ):

- создание единой базы данных (персонифицированный учёт) потенциальных трудовых мигрантов на основе разработанной в Республике Таджикистан «Карточки учёта трудовых мигрантов»;
- создание базы данных вакантных рабочих мест (на внутреннем и внешнем рынках труда);
- координация взаимодействия потенциальных мигрантов и потенциальных работодателей;
- ознакомление с порядком медицинского обследования в уполномоченных медицинских организациях РТ (первый барьер для лиц с социально опасными заболеваниями).

3. Создание информационно-обучающего видеоролика для показа по национальному телевидению Таджикистана, в котором были бы освещены:

- правовые вопросы трудовой миграции;
- возможности получения профессионального образования;
- знакомство с культурой, традициями России;
- возможности Центров информационной поддержки мигрантов;
- медицинские требования к состоянию здоровья мигранта и др.

4. Создание Центра поддержки трудовых мигрантов из Таджикистана в Москве (консультации по правовым и организационным вопросам)

5. Привлечение общественных организаций (таджикская диаспора) для решения отдельных организационных вопросов по регулированию трудовой миграции.

И, в качестве заключения, обратим внимание на предпринимаемые шаги в области совершенствования медицинского обеспечения и страхования трудовых мигрантов:

- Ст. 27 ФЗ-114 (15.08.1996) «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию»: «Въезд в РФ иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается в случае, если: ...иностранный гражданин или лицо без гражданства не представили полис медицинского страхования, действительный на территории РФ, – до его представления...».
- Обязательное наличие полиса медицинского страхования не менее чем на 90 дней (период, который определен законом для поиска работы) является дополнительной мерой регулирования трудовой миграции в рамках правового поля РФ.

- Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов в уполномоченных страховых компаниях на территории РТ – первый барьер для лиц, страдающих социально опасными заболеваниями.
- Компании, несущие ответственность за качество медицинского обследования состояния здоровья трудовых мигрантов до выезда заграницу, финансово не заинтересованы в искажении персонифицированной медицинской информации или выдаче полисов на основе «фальшивых» справок.
- Медицинское (в перспективе – социальное) страхование трудовых мигрантов может осуществляться как в государственных страховых компаниях, так и в организованных на принципах государственно-частного партнёрства, концессии или другой организационно-правовой формы в соответствии с законодательством РТ.
- Целесообразно разработать технологию взаимодействия страховых компаний различной формы собственности, уполномоченных медицинских организаций, правомочных выдавать унифицированные легитимные в РТ и РФ документы о состоянии здоровья граждан (проекты документов разработаны в рамках ЕврАЗЭС), с целью развития добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов и выдаче полиса медицинского страхования, действительного на территории РФ.
- Для избежания рисков покупки медицинских документов (в случаях непрохождения медобследования или выявления заболевания, препятствующего выезду в качестве трудового мигранта) целесообразно разработать и осуществить pilotное внедрение индивидуальных идентификационных штрихкодированных пластиковых карточек, содержащих информацию о состоянии здоровья трудового мигранта, наборе медицинских услуг, гарантированных к оплате по договору добровольного медицинского страхования в случае предоставления их на территории РФ (пилотные площадки в 1-2 субъектах РФ).

3. Программа Международной организации по миграции (МОМ) по оценке здоровья мигрантов

МОМ считает, что организованная миграция должна приносить пользу как самим мигрантам, так и обществу. В качестве межправительственной организации МОМ взаимодействует со своими международными партнерами по следующим направлениям: содействие в решении оперативных вопросов в области миграции; изучение вопросов, связанных с миграцией; социальное и экономическое развитие за счет миграции; защита человеческого достоинства и благосостояния мигрантов и ряд других.

Оценка состояния здоровья мигрантов входит в число наиболее важных услуг, предлагаемых МОМ. Данные услуги предусматривают проверку состояния физического и психического здоровья мигрантов перед выездом из страны выезда или по прибытию в страну назначения (с целью изменения места жительства, трудоустройства, участия в специальных программах содействия мигрантам или при получении временной или постоянной визы). С учетом национальных особенностей иммиграционных процессов, государственной политики и процессуальных норм соответствующих государств, значительно различаются и требования, предъявляемые к проведению оценок состояния здоровья мигрантов. Тем не менее, их объединяющим принципом является стремление к тому, чтобы процесс миграции не представлял угрозы ни здоровью мигранта, ни здоровью населения страны приема. Предварительная оценка здоровья мигрантов должна ослабить нагрузку на систему здравоохранения страны и на ее социальные службы. Кроме того, в рамках программы оценки здоровья мигрантов определяются возможные пути решения конкретных вопросов, связанных с предоставлением мигрантам медицинской помощи и помочи в их интеграции в стране пребывания.

Оценка состояния здоровья мигрантов имеет важнейшее значение для всего процесса миграции. Мигранты получают достоверную информацию о состоянии своего здоровья, что позволяет им предпринять необходимые профилактические или лечебные меры. Предварительная оценка состояния здоровья мигрантов и профилактические мероприятия среди местных жителей позволяют снизить остроту проблем, возникающих в связи с предоставлением медицинской помощи мигрантам на местном уровне. При этом особую важность приобретают кампании по санитарному просвещению населения, способствующие формированию здорового образа жизни, как мигрантов, так и местного населения.

В течение 2008 года МОМ предоставила услуги по проверке состояния здоровья 230.944 мигрантам из 40 стран через стационарные и передвижные здравпункты. В ответ на поступающие запросы, Международной организацией по миграции во многих странах мира был оборудован ряд постоянно действующих лабораторий, предоставляющих медико-диагностические и радиологические услуги (Бангладеш, Кения, Непал, Пакистан и Таиланд). В других странах партнеры МОМ совместно с органами здравоохранения обеспечивает надзор, гарантирующий предоставление качественных медицинских услуг. Международная команда врачей, сформированная под эгидой Международной организации по миграции, в кратчайшие сроки может быть направлена в любую точку мира – туда, где требуется провести оценку состояния здоровья жителей удаленных населенных пунктов или людей, оказавшихся в кризисной ситуации. Эти мобильные группы могут оказать содействие в разработке и реализации программ в области осуществления медицинских услуг, как местному населению, так и мигрантам в странах, где действует МОМ.

В рамках программы по оценке состояния здоровья мигрантов МОМ предоставляет ряд дополнительных услуг по укреплению здоровья мигрантов, находящихся в пути или закрепившихся на новом месте. Эти услуги включают лечение, консультирование, санитарное просвещение, вакцинацию и медицинское сопровождение.



Все чаще и чаще можно наблюдать стремление правительственный органов использовать предварительную оценку состояния здоровья в качестве средства, способствующего интеграции мигрантов в принимающее их сообщество. Программа предварительной оценки здоровья мигрантов помогает избежать отторжения лиц, имеющих определенные проблемы со здоровьем.

Оценка состояния здоровья мигрантов в составе рабочих программ МОМ

Переселение

Медицинское обследование беженцев, получивших право на переселение в третью страны, финансируется государством и проводится по просьбе принимающих стран, среди которых Австралия, Канада, Дания, Новая Зеландия, Норвегия, Великобритания и США. Требования к медицинскому обследованию соответствуют национальным требованиям к иммиграции со стороны органов здравоохранения принимающей страны. Миграционный департамент здравоохранения (MHD) тесно сотрудничает с другими структурными подразделениями МОМ. Работа с беженцами предполагает проведение культурной ориентации, обучение языку, оказание помощи по организации транспортных услуг. МОМ взаимодействует со службами, ответственными за создание благоприятных условий для беженцев в принявшей их стране, что облегчает весь процесс интеграции в новой социальной среде.

Временные и постоянные мигранты, рабочие-мигранты

Некоторые принимающие страны требуют, чтобы мигранты перед отправлением прошли проверки состояния их здоровья. Подобные требования могут касаться только определенных социально опасных заболеваний, и заключаются, например, в проведении отъезжающим рентгенографии грудной клетки на предмет выявления туберкулеза согласно принятой в Великобритании программы по выявлению туберкулеза у выезжающих из страны. Кроме рентгенографии на предмет выявления туберкулеза, некоторые страны (Австралия, Канада, США и Новая Зеландия) требуют проведения более тщательного обследования, включая обследование на СПИД, заболевания, передающиеся половым путем, а также ряд хронических болезней или расстройств, которые представляют потенциальную опасность как для самих мигрантов, так и для окружающих.

Рабочие-мигранты – это еще одна группа временных мигрантов, которые могут нуждаться в получении визы и/или разрешения на трудовую деятельность для последующего трудоустройства в принимающей стране. Проводимые медицинские обследования служат для оценки состояния здоровья рабочих-мигрантов перед их отъездом, по прибытии или при возвращении после увольнения, и делается это в целях соблюдения требований производственной гигиены. Проведение подобных обследований особенно необходимо в тех посылающих и принимающих странах, которые имеют существенные эпидемиологические различия.

Добровольные возвращения

Тем мигрантам, которым не удалось получить убежище в новой стране, МОМ оказывает помощь по добровольному возвращению в страну, откуда он выехал. Медицинское обследование в случае добровольного возвращения не считается обязательными, но проводится МОМ по просьбе страны в качестве меры, способствующей реинтеграции и возвращению мигранта. В рамках процедуры добровольного возвращения МОМ предлагает добровольное обследование, включающее оценку физического состояния и психического здоровья, а также способности перенести переезд. Мигранты, которые по определенным медицинским показаниям нуждаются в более тщательном обследовании, могут быть направлены к независимым специалистам.

Порядок проведения проверок состояния здоровья мигрантов

В зависимости от конкретной ситуации, оценка состояния здоровья мигранта может включать некоторые или все перечисленные ниже процедуры:

- Изучение медицинской карты и карты вакцинации.
- Тщательная проверка физического состояния и оценка психического здоровья.
- Клинические или лабораторные обследования.
- Рентгенография грудной клетки.
- Химические анализы крови и мочи.
- Серологические анализы крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В, С.
- При наличии показаний обследуемый направляется на консультацию к врачу-специалисту.
- Принятие мер по защите результатов проверки ДНК и биопроб от несанкционированного доступа.
- Предоставление сведений и рекомендаций по проблеме ВИЧ-инфекции, санитарное просвещение.



- Подготовка к проведению вакцинации и назначение курса лечения или направление к соответствующему специалисту при выявлении определенных болезней (кишечная инфекция и инфекция, вызванная любыми другими паразитами, туберкулез (ТВ), малярия, инфекции, передаваемые половым путем, профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку).
- Полное документирование результатов обследование, составление необходимых иммиграционных медицинских форм и документов.
- Конфиденциальная передача надлежащей информации или документации соответствующим иммиграционным службам или органам здравоохранения.
- Обеспечение возможности для переезда по состоянию здоровья.
- Контроль соблюдения санитарных норм и эпидемиологические проверки в местах пребывания, пересыльных пунктах и временных поселениях.
- Предоставление медицинского сопровождения/специальных услуг при переезде и переселении.

Нелегальная миграция

(а) Трансграничная миграция

В местах с опасной эпидемиологической ситуацией, перемещение населения сопровождается перемещением социально опасных заболеваний. Обследование состояния здоровья мигрантов становится жизненно необходимым. Как на границах, так и в стране пребывания нелегальные мигранты, как правило, получают только неотложную медицинскую помощь, и инфекционные и хронические болезни могут оказаться вне контроля.

Организация в приграничных районах системы оперативной диагностики туберкулеза и прочих социально опасных заболеваний, с направлением пациентов к врачам-специалистам может оказаться полезной как отдельным мигрантам, так и населению принимающих, транзитных и стран исхода за счет снижения опасности переноса инфекции. По отношению к нелегальным мигрантам МОМ руководствуется основным принципом, который декларирует право мигрантов на доступное медицинское обслуживание вне зависимости от их юридического статуса.

(б) Жертвы торговли людьми

Жертвы торговли людьми часто подвергаются жестокому обращению и насилию и имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию. После освобождения пострадавших необходимо провести обследование этих лиц на наличие серьезных заболеваний, предоставить им реинтеграционную и ре-

абилитационную помощь. Оценка состояния здоровья может включать оценку его психического состояния и оказание психосоциальной поддержки. Женщины и девушки, ставшие жертвами торговли людьми, могут подвергаться повышенной опасности заражения венерическими болезнями и СПИДом, а также сталкиваться с другими проблемами сексуального, ментального и психосоциального характера из-за их уязвимости перед жестоким обращением.

Переселение и реинтеграция после ликвидации чрезвычайных ситуаций

Процедуры по оценке состояния здоровья являются составной частью мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и предусматривают решение вопросов перемещения и интеграции пострадавших людей. Обследования состояния здоровья проводятся в случаях возврата перемещенных лиц, «потерявшихся» граждан третьих стран, беженцев, демобилизованных солдат и их семей или лиц, нуждающихся во временном переселении. Подобные обследования необходимы для выявления лиц, нуждающихся в медицинской помощи до их отъезда или по прибытии в страну, и служат обеспечению личной безопасности, повышению уровня общественного здравоохранения, стабилизации обстановки в стране и развитию процессов интеграции.

Особенности предварительной оценки состояния здоровья мигрантов

Цель предварительной оценки состояния здоровья мигрантов – минимизация опасности для здоровья каждого конкретного мигранта и снижение угрозы для населения во время его перемещения или после прибытия в страну назначения.

Оценка состояния здоровья мигрантов проводится с учетом уровня здравоохранения в стране пребывания и требований к иммиграции, действующих при въезде в страну. Проверки состояния здоровья мигрантов могут использоваться в качестве средства, обеспечивающего безопасность их перемещения и способствующего их интеграции в новой среде.

МОМ считает необходимым начинать оценку состояния здоровья до лабораторных исследований, предоставляя всем заинтересованным лицам исчерпывающие и высококачественные консультации, способствующие получению их согласия на проведение обследования. Кроме того, МОМ проводит консультации и после медицинского обследования, используя положительные результаты накопленного опыта, благодаря чему мигранты имеют возможность получить информацию о состоянии своего здоровья и о дополнительном лечении на ближайшее время (до выезда или после прибытия в страну назначения).

Проводимые обследования создают возможность для улучшения состояния здоровья мигрантов путем назначения профилактических и лечебных процедур, для устранения условий, которые могут иметь нежелательные последствия для здоровья самих мигрантов и/или здоровья принимающих их сообществ. МОМ проводит лечение диагностированной активной формы туберкулеза легких с использованием ускоренного курса амбулаторного лечения (метода DOT), заболеваний, передающихся половым путем, малярии и кишечных инфекций, а также проводит необходимые мероприятия по защитной вакцинации мигрантов.

Туберкулез и миграция

Выявление туберкулеза легких (ТВ) представляется одной из главных целей программы оценки состояния здоровья мигрантов. Динамика развития болезни и способ ее передачи, в значительной степени определяемые социальными и экологическими факторами, делают ее в контексте миграции одним из самых опасных заболеваний.

Многие мигранты выезжают из стран, где распространение активной формы туберкулеза превышает 40 случаев на 100.000 населения (высокий уровень), в страны, где этот показатель не превышает 25 случаев на 100.000 населения (низкий уровень). Страны с высокой заболеваемостью туберкулезом могут иметь темпы его распространения, доходящие до 700 случаев на 100.000 населения, в то время как средний уровень заболеваемости туберкулезом в мире оценивается величиной в 200 случаев на 100.000 населения или прибл. 13,7 млн. случаев распространения (Отчет ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом» за 2009 г.). Выявление и лечение активной формы туберкулеза является важнейшим направлением программы борьбы с туберкулезом, особенно в отношении его распространения через границы.

МОМ способствует эффективности противотуберкулезного контроля при пересечении границ за счет его раннего обнаружения и лечения перед переселением. МОМ накопила значительный опыт борьбы с туберкулезом, в том числе и с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (MDR-TB). В некоторых странах МОМ учредила свои собственные центры ускоренного курса амбулаторного лечения, а в других странах мигранты направляются к специалистам, которые предоставляют им медицинские услуги на международном уровне. В настоящее время МОМ совместно с правительством Великобритании реализует программу предъездного выявления туберкулеза в 8 странах с высоким уровнем его распространения для лиц, подавших заявку на визу и планирующих остаться в Великобритании не меньше чем на полгода.

Информатика здоровья

Под информатикой здоровья миграции (MHI) понимается систематическое применение информации, вычислительных средств и технологий в научно-исследовательских и практических вопросах медицинского обслуживания мигрантов. Применение средств MHI в рамках программы по оценке состояния здоровья мигрантов создает для МОМ широкие возможности в области предоставления медицинских услуг на международном уровне. Наличие этих возможностей подтверждается информационной системой MiMOSA, которая была разработана с целью объединения деятельности всех служб на уровне постановки задач, стандартизации данных, собираемых этими службами, и создания законодательной платформы для централизованного сбора данных.

Эти функции позволяют МОМ анализировать и классифицировать формы заболеваний среди мигрантов, накапливать необходимую информацию и обеспечивать контроль качества предоставляемых медицинских услуг. Это, в свою очередь, позволяет МОМ и правительствам принимающих стран на практике использовать средства обнаружения заболеваний с различными эпидемиологическими аспектами и дает возможность правительствам принимающих стран получать более точное представление о состоянии здоровья мигрантов, предоставлять им более качественные услуги по интеграции.

Кроме того, средства MHI обеспечивают непрерывность работы служб здравоохранения за счет электронной передачи соответствующих данных до прибытия мигранта в принимающую страну; в настоящее время данная услуга предоставляется Центру по контролю и профилактике заболеваний в США.

Укрепление системы здравоохранения

Предоставляя услуги по оценке состояния здоровья, МОМ стремится влиться в действующие национальные программы по контролю и профилактике заболеваний путем учета требований местных систем. Одновременно чтобы добиться этой цели МОМ сотрудничает по проблемам коллективного использования данных, решая вопросы конфиденциальности персональной информации, предоставления услуг местным партнерам на условиях аутсорсинга, обучения местных специалистов и предоставления работы местному медицинскому персоналу. Услуги по охране и укреплению здоровья, предусмотренные программами миграции, распространяются при любой возможности и на местное население.

4. Список организаций

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – агентство Организации Объединённых Наций, состоящее из 193 государств-членов, основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира.

ЮНЭЙДС, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Секретариат ЮНЭЙДС, находящийся в Женеве, Швейцария, работает более чем в 80 странах по всему миру. Согласованные действия, осуществляемые системой ООН в ответ на СПИД, координируются в странах через тематические группы ООН и совместные программы по СПИДу. ЮНЭЙДС оказывает помощь для организации и поддержки расширенных мер в ответ на СПИД, осуществляемых с участием различных секторов и партнеров, представляющих правительство и гражданское общество.

Программа развития ООН (ПРООН) – организация при ООН по оказанию помощи странам-участницам в области развития. ПРООН оказывает помощь правительствам в проведении изысканий и исследований природных ресурсов, в создании учебных заведений, в развитии энергетических ресурсов, предоставляет консультационные и экспертные услуги, обучает специалистов, поставляет оборудование и т. д.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) – федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, включая вопросы организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи и медицинской реабилитации, фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств и т.д.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) – федеральная служба России, подчинённая Министерству здравоохранения и социального развития России. Федеральной службе передана часть функций Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства экономического развития и торговли Российской Федерации, Министерства по антимонопольной политике Российской Федерации. Федеральная служба является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Евразийское экономическое сообщество (ЕврАзЭС) – международная экономическая организация, ответственная за формирование общих внешних таможенных границ входящих в нее государств (Беларусь, Казахстан, Киргизия, Россия, Таджикистан и Узбекистан), выработку единой внешнеэкономической политики, тарифов, цен .

Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК и КП) – крупнейшая международная гуманитарная организация. Направляет и координирует международную помощь жертвам стихийных бедствий и технологических катастроф, беженцам, а также принимает участие в решении неотложных проблем здравоохранения.

Федеральная миграционная служба (ФМС России) является федеральным органом исполнительной власти, реализующим государственную политику в сфере миграции и осуществляющим правоприменительные функции, функции по контролю, надзору и оказанию государственных услуг в сфере миграции.

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан – центральный орган исполнительной власти Республики Таджикистан, ответственный за разработку и реализацию единой государственной политики и регулирования норм деятельности в области охраны здоровья населения.

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан является республиканским органом государственного управления в структуре Правительства Республики Таджикистан, осуществляющим разработку и реализацию единой государственной политики в области труда, занятости и социальной защиты населения.

Национальный Координационный Комитет Республики Таджикистан. Основными направлениями деятельности Национального координационного комитета по борьбе с вирусом иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД), туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан (далее НКК) является координация и осуществление взаимодействия министерств, ведомств, органов исполнительной государственной власти на местах, международных организаций, аккредитованных в Республике Таджикистан, гражданского общества, религиозных и неправительственных организаций в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ/СПИД, туберкулезу и малярии.

