

*Яковлева И.В.*

## **Новые направления политики государств-членов ЕС в отношении обеспечения доступа мигрантов к услугам здравоохранения**

Существующие различия на европейском рынке труда, количество мигрантов, а также сложившиеся миграционные модели предопределили значительные вариации политики в странах ЕС в отношении этой социальной группы, которые влияют как на ситуацию в ЕС в целом, так и на формирование политики отдельных стран-членов союза. Различные исторические условия привели к разнообразию политики в отношении мигрантов. Закономерно выделяются страны с длительной историей взаимодействия с мигрантами, например, посредством временных программ по привлечению рабочей силы (Австрия, Германия, Швейцария). Иная ситуация прослеживается в отношении связей стран-метрополий (Бельгия, Франция, Нидерланды, Великобритания) с бывшими колониями, – эти страны во главу угла своей политики поставили выработку специальных условий для въезда мигрантов, а также ограничение миграционных потоков. Такое развитие вполне объяснимо, поскольку постоянно до начала 1990-х годов увеличивался поток просьб о предоставлении убежища, воссоединении с семьей. Одновременно, усиливалась мобильность населения внутри ЕС. В конце 80-х – начале 90-х гг. XX века эти процессы были усилены потоками мигрантов из стран Центральной и Восточной Европы и стран бывшего Советского Союза.

Очевидно, что европейские страны не впервые в своей практике вырабатывают миграционную политику, а скорее – видоизменяют и дополняют уже существующую, приводя ее в соответствие с современными требованиями и учетом опыта соседей. Так, Великобритания модифицировала свой подход к экономической миграции, которая достигла своего максимального развития с применением системы оценки будущих мигрантов. Сущность же самой системы состояла в выделении категорий мигрантов в зависимости от их квалификации и необходимости на рынке труда. Во Франции в 2003–2006 гг. существенному пересмотру подверглось понятие воссоединения семей с тем, чтобы приостановить поток членов семей мигрантов в страну. В 2008 г. Швеция полностью переработала комплекс подходов к миграции, а шведские работодатели в результате получили право на привлечение рабочей силы из других стран с минимальным вмешательством государства.

Наряду с регулированием экономических вопросов многие европейские страны сосредоточили внимание на пересмотре стратегий интеграции мигрантов, признав, что политика в этом направлении не была эффективна. Ярким примером работы в данном направлении является подход Нидерландов, которые за последние 10 лет существенно изменили работу всех министерств, связанных с реализацией политики интеграции. Как следствие, была отвергнута политика мультикультурализма с применяемым принципом невмешательства, которая доминировала до конца 1990-х годов.

В целом ряде европейских стран, таких как Финляндия, Ирландия, Греция, Португалия, Испания и Великобритания, которые большую часть XX века были странами эмиграции, миграционная политика не носила ярко выраженного ограничительного характера в отношении трудовой миграции. Однако в некоторых странах такой подход был связан, скорее с отсутствием опыта в решении подобных вопросов и с несформированностью политики в этом направлении.

Ирландия, при решении о выдаче разрешения на работу, следовала избирательному подходу, когда учитывался недостаток сотрудников той или иной квалификации в определенном секторе экономики. В Испании изменения привели к выработке довольно понятных правил трудовой миграции и политики в области

воссоединения семей. Однако в условиях экономического кризиса власти Испании также начали искать пути по снижению безработицы среди мигрантов в стране и предложили единовременную выплату социальной помощи тем, кто вернется в страну исхода.

Среди стран, вступивших в ЕС в 2004–2007 гг., государства Балтии, Болгария, Польша и Румыния остаются странами эмиграции; Чехия, Венгрия и Словения, наоборот, становятся более привлекательными для мигрантов как из других стран-членов ЕС, так и из третьих стран. Следовательно, политика соответствующих стран направлена на изменение сложившегося дисбаланса.

Некоторые страны с наиболее существенной эмиграцией (Литва и Польша) начали проведение политики по возвращению своих граждан, а приоритет Чехии направлен на привлечение высоко квалифицированных мигрантов из других стран. В фокусе интересов Болгарии и Румынии оказалось приведение уже существующего миграционного законодательства в соответствие с законодательством ЕС, а не выработка специфических национальных стратегий.

Несмотря на то, что миграционная политика всех европейских стран различается, существует несколько тенденций, характерных для ЕС в целом. Многие из характерных черт этой политики отражены в Европейском пакте об иммиграционной политике, который был принят в 2008 г. во время президентства Франции<sup>1</sup>.

Во-первых, общей тенденцией стал интерес к избирательной миграции, т.е. экономически необходимой. Наиболее широкое применение этот принцип нашел во Франции: он распространился не только на экономических мигрантов, но и на тех, кто приезжал с целью воссоединения семьи, – главное требование заключалось в необходимости и способности интегрироваться во французское общество.

Во-вторых, в большинстве стран селективный метод означал тенденцию к привлечению высоко квалифицированных мигрантов посредством введения системы баллов. Это отвечало интересам работодателей. Данные программы были разработаны не только для установления уровня квалификации (в основном, исходя из критериев уровня зарплаты и образования), но и для создания более привлекательных условий для таких мигрантов: упрощенные процедуры получения всех документов, получения права безотлагательного воссоединения с семьей или же быстрое получение постоянного вида на жительство. Подход Ирландии и Великобритании в рамках данной тенденции означал, что все потребности в низко квалифицированной рабочей силе могут быть удовлетворены в рамках миграции внутри стран ЕС, а миграционная политика должна быть направлена исключительно на привлечение высоко квалифицированных специалистов.

Сравнение политики европейских стран наглядно демонстрирует различные процедуры въезда для высоко квалифицированных мигрантов, в основу которых положено получение вида на жительство и разрешения на работу. Так, Австрия, Латвия и Эстония пользуются системой квот, в то время как другие ориентируются на потребности рынка (Бельгия, Ирландия, Нидерланды, Швеция, Великобритания). Италия применяет оба подхода, а Германия совсем от них отказалась. Некоторые страны-члены ЕС требуют знание государственного языка (Эстония, Латвия) или же обращаются к системе, когда сам работодатель должен изыскать возможности оценить уровень владения государственным языком (Австрия, Ирландия, Италия, Германия, Греция, Швеция и Великобритания). Система баллов в Великобритании предусматривает знание английского языка в качестве формального требования<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> European Pact on Immigration and Asylum, Council of the European Union, 2008.

<sup>2</sup> Conditions of Entry and Residence of Third Country Highly-Skilled Workers in the EU. European Migration Network (EMN), 2007. P. 4–5.

Были разработаны и специальные срочные программы для незамедлительной реакции на срочные потребности рынка в людях специфической квалификации (Ирландия, Италия, Греция, Нидерланды). Британская схема по привлечению высоко квалифицированной рабочей силы предполагала возможность въезда в страну без определенного предложения о работе, что в некоторых случаях являлось предварительным условием для получения разрешения на работу. Некоторые страны-члены ЕС (Эстония, Ирландия, Латвия, Нидерланды) также выработали специальные социальные программы для привлечения высоко квалифицированных специалистов из третьих стран как часть схемы получения визы или разрешения на работу<sup>3</sup>. Люксембург и Швеция предоставляют работодателю большую свободу действий в вопросах найма трудовых мигрантов из третьих стран.

Наряду с отбором мигрантов в рамках экономического подхода в Европе усиливается тенденция к выработке обязательных программ интеграции на государственном уровне (обычно это курсы по обучению государственному языку или же занятия по истории), – все это устанавливает плавные ограничения на заключение межнациональных браков и воссоединение семей. В качестве основы принимаются установление минимального возраста для вступления в брак, минимальная языковая компетенция, необходимая подготовка до выезда из страны исхода, тестирование по основам прав и обязанностей граждан соответствующей страны. Данные критерии были выработаны с целью улучшения результатов интеграции, однако не исключаются и иные виды отбора (Carrera, 2006)<sup>4</sup>.

Еще одной общей чертой общей для всех стран ЕС стало возобновление интереса к циклической миграции, в основу которой лег принцип максимизации экономической выгоды с минимальными социальными последствиями. Данная политика пока не стала всеобщей, однако пилотные проекты уже существуют (во Франции, Испании и Португалии), а также выработаны четкие планы по ее реализации в Германии и Нидерландах. Суть состоит во временном характере миграции, то есть отдельные аспекты политики направлены на поддержку возвратной миграции и затрагивают как сезонных рабочих, так и вышедших на пенсию мигрантов. В отличие от схожих программ предыдущего десятилетия, новые программы в своей основе стимулируют добровольную миграцию, а не устанавливают параметры принудительной. Однако единства европейской политики по данному вопросу пока нет, поскольку одновременно усиливается интерес к формированию лучшей интеграции новых членов общества.

Некоторые европейские страны начали усложнять требования к получению гражданства. Для этого увеличиваются сроки похождения документов и вводятся экзамены по языковой компетенции и основам прав и обязанностей граждан.<sup>5</sup>

Миграция и здоровье мигрантов. В настоящее время в Европе проживает более 64 миллионов мигрантов, что составляет 34% всего населения. Мигранты в современной Европе – это весьма разнородная по своему составу группа, которая включает лиц, как с легальным, так и нелегальным статусом, жертв торговли людьми, беженцев, просящих политическое убежище, перемещенных лиц и возвратившиеся из-за границы. И все эти категории жителей именуется мигрантами. Большинство мигрантов в Европе – это молодые люди, доля женщин среди которых составляет около половины, и именно они являются большинством среди наиболее уязвимых групп мигрантов

<sup>3</sup> EMN, 2007.

<sup>4</sup> Carrera, S. A Comparison of Integration Programmes in the EU: Trends and Weaknesses. Justice and Home Affairs Challenge Papers. Centre for European Policy Studies. Brussels, 2006. P. 9–11.

<sup>5</sup> Background paper WMR 2010. The Future if European Migration: Policy Options for the European Union and its Member States. International Organization for Migration, 2010. P. 12.

(например, жертвы торговли людьми и сексуальной эксплуатации). Говоря о легальной миграции в Европу, основная доля приходится на переезды по причине воссоединения семьи. Но вместе с тем увеличивается доля мигрантов, которые ищут работу и ожидается, что в ближайшее время эта группа станет наиболее многочисленной<sup>6</sup>.

Все фазы миграции подразумевают существенное влияние на мигранта, в том числе и в плане здоровья. Традиционно выделяется домиграционный период, переезд, прибытие в принимающую страну, интеграция (или возвращение). Уже сам по себе переезд в другую страну может влиять на здоровье мигранта, поскольку способствует созданию дополнительных рисков у мигрантов без легального статуса, беженцев и перемещенных лиц. Прибытие в принимающую страну часто связано с бедностью и социальной исключенностью, которые оказывают решающее влияние на состояние здоровья наряду с такими факторами как наличие, доступность, приемлемость и качество медицинских услуг в принимающей стране.

Услуги по поддержанию здоровья или предотвращению распространения заболеваний, которые созданы специально для мигрантов, зачастую недоступны или не подходят мигрантам по причине существования языковых или культурных барьеров. К схожим результатам приводит и отсутствия понимания того, что мигранты – это разнородная группа, которая подвержена разнообразным рискам. В условиях, когда модели поведения и детерминанты здоровья мигрантов существенно различаются в зависимости от места проживания мигранта, возвратная миграция тоже может составлять существенный риск для здоровья.

Все фазы миграции могут оказывать непосредственное влияние на инфекционные заболевания. Известно, что туберкулез, СПИД, заболевания, которые можно контролировать посредством вакцинации, а также некоторые паразитарные болезни неравномерно распределены в мире. Большое количество этих заболеваний широко распространено именно в странах исхода мигрантов, которые переезжают в Европу. Европейские страны в свою очередь выработали собственные критерии и подходы к оценке и факту наличия заболеваний у мигрантов.

Вполне объяснимо, что сам процесс миграции может повлиять на развитие и течение инфекционного заболевания. Например, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, может быть связан с тем, что мигранты не успевают пройти полный курс лечения на момент переезда, а на фоне увеличения потока мигрантов из стран, где контроль данного заболевания ослаблен, возможно дальнейшее распространение заболевания по причине слабого доступа к медицинским услугам в принимающей стране.

В абсолютном исчислении распространение инфекционных заболеваний довольно невелико, но в ситуации, когда эти заболевания появляются в регионах, для которых они не характерны, то эти факты принимают огромное значение для общественного здоровья и находятся на особом контроле со стороны систем здравоохранения. Более того, надзор за такими нехарактерными для определенной области заболеваниями требует особой подготовки специалистов, а также более существенной финансовой поддержки, как самой системы здравоохранения, так и всего социального сектора.

В конечном итоге вся глобальная среда стала более чувствительна к некоторым последствиям инфекционных заболеваний с серьезным эпидемиологическим потенциалом (например, синдром атипичной пневмонии, птичий и пандемический грипп). Более высокая частотность инфекционных заболеваний в группах населения иностранного происхождения может спровоцировать развитие диспропорции, которая

---

<sup>6</sup> Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. WHO European Office for Investment for Health and Development. Ed. By Theadora Koller. P. 257–259.

в свою очередь может повлечь дальнейшее развитие отрицательного отношения к сообществам, в которых эта болезнь была выявлена.

Вполне понятно, что бедность и социально-экономическая исключенность напрямую связаны с развитием инфекционных заболеваний. Предрасположенность к распространению заболеваний провоцируют и неблагоприятные жилищные условия с высокой плотностью заселения, и проблемы питания, а также ограниченный доступ к образованию и превентивной медицине.

Схожим образом неинфекционные заболевания неравномерно распределяются между мигрантами. Часто в сравнении с населением принимающих европейских стран генетические и биологические факторы указывают на то, что в группах мигрантов существует более высокий риск некоторых хронических заболеваний. Соответственно, как и в случае с нетипичными для данной местности инфекционными заболеваниями, они приобретают повышенную значимость для здоровья населения, более того, часто отсутствуют системы их диагностики и лечения.

В то же время в отношении некоторых групп заболеваний мигранты показывают лучшие индикаторы здоровья в сравнении с местным населением, данное явление носит название «эффекта здорового мигранта». К примерам таких индикаторов можно отнести индекс массы тела, режим питания, некоторые ЗППП, использование медицинских услуг и оценка собственного здоровья. Долгосрочные исследования в некоторых странах, принимающих наибольшее количество мигрантов, показывают, что эти положительные индикаторы имеют тенденцию к постепенному выравниванию с индикаторами здоровья местного населения.

Отмечается широкое распространение психических и психо-социальных заболеваний среди мигрантов в Европе, которые часто сопровождаются высоким уровнем потребления алкоголя, наркотической зависимостью, депрессией и состояниями тревожности. Травмы, полученные до переезда или во время него, а также явившиеся результатом участия в вооруженных конфликтах, последствия голода, насилия, психического или сексуального, существенно влияют на психическое состояние. Многочисленные выше перечисленные факторы зачастую являются причиной неудачной интеграции. Также среди основных препятствий на пути интеграции признаны культурные различия, языковой барьер, расизм и безработица.

Мигранты также вынуждены решать проблемы и задачи, которые возникают по причине гендерных различий. Здоровье матери и ребенка, репродуктивное и сексуальное здоровье представляют особую категорию проблем. Доступ к медицинскому обслуживанию беременных, особенно для мигрантов с неурегулированным статусом, становится проблемой особой значимости. Число неблагоприятных исходов можно было бы существенно снизить, гарантировав своевременный доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья, профилактической медицинской помощи, программам по охране здоровья, обследованиям и диагностике, а также к медицинскому обслуживанию для беременных и службам родовспоможения.

Культурно и этнически обусловленные практики и нормы в отношении сексуального здоровья, такие как женское обрезание, использование контрацепции часто становятся причиной конфликта с нормами в принимающем сообществе. Правильный подход к такого рода случаям со стороны профессионалов требует навыков культурной компетенции, однако необходимо отметить, что их выработка не может стать частью стандартного медицинского образования в современной Европе<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Gijón-Sánchez M-T. et al. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. Migration and health in the European Union. Eurohealth. Vol. 16. № 1. 2010. P. 17–19.

Следующий фактор риска проявляется в том, что работа мигрантов часто связана с повышенной опасностью и риском получения профессиональных заболеваний, травм, которые могут привести и к летальному исходу. Новые мигранты часто занимаются опасной для здоровья, не престижной и грязной работой, где такой риск существенно увеличивается. Языковая некомпетентность, наряду с отсутствием понятия о гигиене труда, безопасности на производстве, могут существенно ухудшить состояние здоровья мигранта.

Право на здоровье имеет любой человек независимо от его иммиграционного статуса. Страны-члены ЕС, которые входят в европейский регион ВОЗ, ратифицировали важные международные и региональные документы, предусматривающих целый спектр инструментов, применение которых является гарантией справедливого доступа к медицинским услугам надлежащего качества в соответствии с медицинскими потребностями человека. Однако, несмотря на все договоры, по-прежнему существует неравенство не только в отношении состояния здоровья мигрантов, но и их доступа к медицинским услугам. Поэтому, право на здоровье должно быть формально гарантировано в законах каждого государства, а препятствия, с которыми мигранты сталкиваются при попытках реализации своего права на здоровье должны быть ликвидированы<sup>8</sup>.

Миграция сама по себе – это очень изменчивое явление, а сами мигранты существенно отличаются друг от друга. Поэтому, влияние тех проблем здоровья, которые могут быть связаны с миграцией, а также возможности, которые может предоставить для решения широкого круга данных вопросов каждая местность, неравномерно распределены в Европе. Несмотря на схожесть характеристик, социальная исключенность и связанные с состоянием бедности негативные показатели здоровья, выявляют те факторы, которые непосредственно связаны с населением на определенных территориях. Эти параметры могут варьироваться в разных странах или же областях в пределах одной страны (например, городская и сельская местность). Попытки механически скопировать специализированные программы и принципы, которые разработаны для определенных миграционных потоков, могут быть не столь эффективны при других исходных условиях.

Существующее разнообразие сбалансировано тем фактом, что программы, принципы и методология, разработанные на региональном уровне, в обязательном порядке отражают фундаментальные подходы к современной миграции, и включают именно те аспекты успешных программ, элементы которых можно использовать повсеместно. Применение данного подхода непременно требует создания тщательно продуманной системы, которая могла бы собирать, обрабатывать и анализировать информацию отдельных социально-экономических характеристик в различных группах мигрантов. В дополнение к выше сказанному, необходимо проведение долгосрочных наблюдений за индикаторами здоровья мигрантов и иными характеристиками. Сведенная воедино, такая информация могла бы способствовать выявлению основных тенденций, областей удачного применения тех или иных методов, а также обозначению принципов, показавших свою эффективность в каждом конкретном случае. Очень важным аспектом этой деятельности является признание того факта, что решение множества проблем в отношении здоровья мигрантов напрямую связано с преодолением несправедливости в мире. Попытки улучшения ситуации только на местном и региональном уровне, сфокусированные целиком на проблемах принимающих стран, будут менее эффективны, чем интегрированный глобальный подход, призванный разработать программы по сдерживанию негативных факторов и в странах исхода мигрантов.

---

<sup>8</sup> Good Practice Guide: Global Migration. BSR, 2010. P. 9–11.

Необходимость постоянной скоординированной работы, направленной на решение проблем здоровья мигрантов в Европе и во всем мире, получает все большее внимание при разработке политики. Здоровью мигрантов была посвящена встреча Европейской социально-экономической комиссии в июле 2007 года, а также конференция, посвященная здоровью мигрантов в ЕС, которая прошла в Лиссабоне в сентябре 2007 года во время президентства Португалии. Рекомендации, которые были выработаны в ходе работы этой конференции, подчеркнули необходимость создания последовательной иммиграционной политики, которая включила бы регулирование в отношении здоровья на уровне всего ЕС и каждой страны в частности. Всемирная Ассамблея Здравоохранения в 2008 году приняла резолюцию WHA 61.17, рекомендации которой впоследствии были одобрены во время работы 61 Всемирной Ассамблеи Здравоохранения в мае 2008 года. В итоговых документах подчеркивалась важность продолжения работы по включению здоровья мигрантов в стратегии развития здравоохранения на уровнях регионов, развития и поддержки системы оценки состояния здоровья мигрантов. Отмечалась необходимость обмена успешными примерами реализации политики; улучшение работы поставщиков медицинских услуг и профессионалов в сфере медицины с учетом потребностей мигрантов; вовлечение самих мигрантов в двустороннее и многостороннее сотрудничество; а также развитие сети технической поддержки для проведения дальнейших исследований и расширения возможности для сотрудничества.

Риски для здоровья, связанные с социально-экономическим статусом мигрантов. Некоторые риски для здоровья непосредственным образом связаны с социальными условиями, в которых проживает мигрант, а именно, социальная исключенность, жилье, питание, образование, доступ к медицинским услугам, изоляция и отдельное проживание от семьи, а также риски, связанные с гигиеной труда<sup>9</sup>.

Более подробно останавливаясь на проблемах, связанных с доступом к медицинским услугам, обратимся к самому понятию, которое объединяет услуги по продвижению здоровья, предупреждению развития заболеваний, своевременную диагностику и необходимую терапевтическую помощь, – все это меры, необходимые для поддержания и улучшения здоровья мигрантов (Davidson, 2004)<sup>10</sup>. Стоит особо отметить, что, доступ к медицинским услугам может быть существенно ограничен статусом мигранта и местом его проживания.

Важными факторами, затрудняющими доступ мигрантов к медицинским услугам, являются бедность и социальная исключенность. Несомненно, эти факторы являются общими и для других групп населения, но среди мигрантов они являются, по сути, ведущими. Низкий уровень занятости также связан с ограничениями на получение отпуска по болезни. Невозможность воспользоваться медицинскими услугами часто опосредована неудобным графиком работы (например, в ночное время). Более того, лингвистическая и культурная компетенция оказывают решающее влияние на доступ к самим медицинским услугам, а также на последовательность в соблюдении полученных рекомендаций (Bischoff, 2003)<sup>11</sup>.

Однако не только лингвистические и культурные барьеры затрудняют доступ мигрантов к медицинским услугам. Среди них выделяется и отсутствие осведомленности о существующих услугах вследствие отсутствия информации о

<sup>9</sup> Gushulak B., Pace P. and Weekers J., Migration and Health of Migrants, International Organization for Migration, In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. P. 263–265.

<sup>10</sup> Davidson et al. An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. Journal of Paediatrics and Child Health, 40. 2004. P. 569–575.

<sup>11</sup> Bischoff A et al. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. Social Science & Medicine. № 57. P. 503–512.

системах здравоохранения принимающих стран. Эта ситуация, в свою очередь, существенно осложняется тем фактом, что представители здравоохранения также не обладают специфическими знаниями об особенностях работы с мигрантами (Pace, 2007)<sup>12</sup>. Более того, постоянно увеличивающееся разнообразие мигрантов, часто превосходит возможности отдельно взятой системы здравоохранения (Betancourt, 2006)<sup>13</sup>.

Отложенная или задержанная медицинская помощь в большинстве случаев приводит к быстрому развитию заболеваний, и, следовательно, порождает потребность в более сложном и дорогостоящем лечении (Wang et al., 2007)<sup>14</sup>. Необходимо отметить, что ограниченный доступ к медицинским услугам повышает риск заболеваемости в тех случаях, когда этого можно было бы избежать, что, в свою очередь, снизило бы затраты на лечение. Данную сторону вопроса особенно важно учитывать в вопросах здоровья матери и ребенка, а также надзоре и контроле в отношении некоторых инфекционных заболеваний.

Меры по улучшению состояния здоровья мигрантов. Исследование требований в области разработки параметров продвижения здоровья мигрантов, выявило несколько системных недостатков. Во-первых, категорию здоровья мигрантов должна быть включена в те государственные структуры, которые занимаются проблемами здоровья и здравоохранения. Во-вторых, необходима более тесная координация структур отдельно взятого правительства с правительствами разных стран. В-третьих, значима роль сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами, включая частный сектор, сообщества мигрантов и некоммерческие организации. Разработка общей политики также была выделена в качестве решающей и очень эффективной меры, которая могла бы стать устойчивой основой решения проблем здоровья мигрантов.

Важным условием решения проблем здоровья мигрантов, является разработка и внедрение финансовых инструментов, направленных на решение медицинских потребностей мигрантов, которые должны включать повышения грамотности в области здоровья, первичную медико-санитарную помощь и доступ к более специализированным видам помощи. Меры материальной поддержки предполагают более широкое включение частного сектора в организацию медицинского страхования для мигрантов, а также предоставление возможности мигранту участвовать в страховых системах, предусмотренных в принимающих государствах. Другие инновационные схемы включают использование потенциала денежных переводов для поддержания самого мигранта и его семьи, которая осталась дома. Также предусматривается расширение доступа мигрантов к медицинским услугам за рубежом, не прекращая при этом выплаты, предусмотренные схемой финансирования здравоохранения в стране исхода.

Другой сферой, обладающей широким потенциалом для решения проблем мигрантов в области здоровья, является организация устойчивых инновационных структур, механизмы которых основаны на таких принципах как доступность, умеренность по стоимости. В качестве одного их перспективных направлений в обозначенной сфере предлагается проведение тренингов и привлечение для сотрудничества мигрантов в рамках функционирования соответствующих

---

<sup>12</sup> Pace P. Migration and the right to health: a review of European Community law and Council of Europe instruments. Geneva, International Organization for Migration (International Migration Law Series No. 12. 2007. [http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published\\_docs/serial\\_publications/IM.L12-MRH%20dec07.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/IM.L12-MRH%20dec07.pdf)

<sup>13</sup> Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine*. 2006. № 81. P. 499–501.

<sup>14</sup> Wang W. et al. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *European Journal of Public Health*. № 17. P. 419–423.

правительственных структур. Сами мигранты, занятые в системе здравоохранения, врачи-волонтеры и переводчики могли бы стать тем связующим звеном между часто маргинализированными мигрантскими сообществами и теми услугами, которые организованы для них. Необходимы совместные усилия мигрантских сообществ и поставщиков медицинских услуг по отображению общей демографической ситуации, выявлению доступных социальных ресурсов и поиску домохозяйств, нуждающихся в помощи. Те меры, которые уже реализуются на практике, – это сбор медицинских данных обо всех членах семьи, двуязычные данные о здоровье матери и ребенка, вовлечение самих мигрантов в разработку информационных образовательных материалов. Среди иных инновационных практик числится и создание для мигрантов отдельных регистратур в больницах, мобильных госпиталей, которые могут работать в самых отдаленных районах, а также учреждение медицинских пунктов в поселениях мигрантов.

Следующим шагом в данном направлении является работа по созданию дружественного мигрантам персонала в системе оказания медицинских услуг. Один из путей достижения этой цели – это формирование дополнительных учебных курсов для специалистов. Особое внимание уделяется организации семинаров по развитию навыков эффективной межличностной коммуникации и оценке жалоб пациентов<sup>15</sup>.

Важной областью развития системы здравоохранения является расширение приграничного сектора. В первую очередь, эта мера необходима для усиления надзора за распространением инфекционных заболеваний, которые вследствие увеличившихся потоков населения через границы получили новые возможности для распространения. Одной из предлагаемых в этом отношении мер является введение параметров здоровья, которые позволяют пересекать границы, т.е. выдача, так называемых паспортов здоровья потенциальным мигрантам. В настоящее время Международная организация по миграции (МОМ) реализует подобную программу в сотрудничестве с некоторыми правительственными программами для мигрантов и беженцев<sup>16</sup>.

Еще одно направление деятельности – усиление медицинского контроля в приграничных областях, которые, как правило, обладают неразвитой медицинской инфраструктурой, сталкиваются с проблемой контрафактных лекарственных средств и слабо регулирующимся частным сектором, который обеспечивает предоставление недостающих услуг. Необходимо, чтобы правительства сопредельных территорий, работая с населением приграничных районов, сформировали отношение к ним как к единому с точки зрения здоровья сообществу. Данный подход должен способствовать развитию сотрудничества в области надзора за здоровьем, заболеваниями, в сфере стандартизации процедур контроля, а также разработки целевых программ для разнородного населения, проживающего по обе стороны границы.

Специфического подхода требует работа с населением, которое характеризуется повышенной мобильностью (например, водители-дальнобойщики, работники промышленного рыболовства, кочевники и т.д.), создания инфраструктуры для своевременной оценки состояния их здоровья в удобных местах. Информация о состоянии здоровья должна быть доступна в специализированных пунктах, расположение которых определяется основными транспортными магистралями. Реализация специализированного документа рассматривается посредством применения технологии пластиковых карт со встроенным микрочипом. Данный документ можно было бы рассматривать как паспорт состояния здоровья человека.

<sup>15</sup>Davies A., Basten A., Frattini Ch. Migration: A social determinant of migrant's health... P. 10–12.

<sup>16</sup> International Organization for Migration. Migration and the Right to Health: a Review of International Law. International Migration Law. 2009. № 19. [http://publications.iom.int/bookstore/free/IML\\_19.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/IML_19.pdf)

Безусловно, все заинтересованные стороны должны выработать единые нормы и рекомендации. Стратегии обмена информацией, отслеживание результатов работы программы и оценка всей системы в целом должны следовать логике совместных усилий по работе с мигрантами вместо попыток решить данный сложный вопрос в рамках одного государства или же инициатив отдельных неправительственных организаций.

Для лучшей реализации обозначенных подходов и программ с целью организации единого приграничного медицинского пространства, необходимо широкое вовлечение в данный вид деятельности региональных экономических организаций и межправительственных органов. Техническое обеспечение и персонал предполагается привлекать по обе стороны границы. Безусловно, такие программы предполагают как активную работу всех заинтересованных лиц, так и открытые финансовые инвестиции и прозрачную политику. До сих пор, многочисленные попытки наладить работу подобных приграничных партнерств потерпели неудачу, в первую очередь, по причине того, что не смогли должным образом расставить приоритеты в соответствии с эмпирическими данными.

Успешная реализация программы такого рода предполагает и тщательный анализ того, что уже сделано в этой области правительственными организациями, чтобы можно было реализовать именно те моменты, которые были упущены в уже имеющихся программах, государственных стратегиях; необходимо также проанализировать и экономическую эффективность предполагаемых мер. Среди существующих на данный момент недостатков отмечается и тот факт, что многие региональные инициативы, часто уделяют слишком много внимания координации действий, рассчитывая на то, что обнаружившиеся пробелы смогут восполнить ресурсы уровня страны.

Важно отметить, что политика интеграции заключается не в том, чтобы сделать жизнь отдельной категории людей, а именно, мигрантов, лучше, а обеспечить благополучие всех людей, проживающих на определенной территории страны с большой долей мигрантского населения.

#### **Список литературы:**

1. Background paper WMR 2010. The Future of European Migration: Policy Options for the European Union and its Member States. International Organization for Migration, 2010. P. 12.
2. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine*. 2006. № 81. P. 499–501.
3. *Bischoff A. et al.* Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. № 57. P. 503–512.
4. *Carrera S.* A Comparison of Integration Programmes in the EU: Trends and Weaknesses. Justice and Home Affairs Challenge Papers. Centre for European Policy Studies. Brussels, 2006. P. 9–11.
5. Conditions of Entry and Residence of Third Country Highly-Skilled Workers in the EU. European Migration Network (EMN), 2007. P. 4–5.
6. *Davidson et al.* An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2004. № 40. P. 569–575.
7. *Davies A., Basten A., Frattini Ch.* Migration: A social determinant of migrant's health. *Migration and health in the European Union*. Eurohealth. 2010. Vol. 16. № 1. P. 10–12.
8. European Pact on Immigration and Asylum, Council of the European Union, 2008.

9. The Future of European Migration: Policy Options for the European Union and its Member States. Background paper. World Migration Report 2010. The Future of Migration: Building Capacities for Change, 2010. P. 7.
10. *Gijón-Sánchez M-T. et al.* Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. Migration and health in the European Union. Eurohealth. 2010. Vol. 16. № 1. P. 17–19.
11. Good Practice Guide: Global Migration. BSR, 2010. P. 9–11.
12. *Gushulak B., Pace P. and Weekers J.* Migration and Health of Migrants, International Organization for Migration, In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. P. 263–265.
13. International Organization for Migration. Migration and the Right to Health: a Review of International Law. International Migration Law. 2009. № 19. [http://publications.iom.int/bookstore/free/IML\\_19.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/IML_19.pdf) (25.02.2011)
14. *Pace P.* Migration and the right to health: a review of European Community law and Council of Europe instruments. Geneva, International Organization for Migration. International Migration Law Series No. 12. 2007. [http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published\\_docs/serial\\_publications/IML12-MRH%20dec07.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/IML12-MRH%20dec07.pdf) (25.02.2011)
15. *Wang W et al.* Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. European Journal of Public Health. № 17. P. 419–423.