

ОБОБЩАЮЩИЙ ДОКЛАД СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ №42

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

Elisabetta De Vito | Chiara de Waure | Maria Lucia Specchia | Walter Ricciardi



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

## Сеть фактических данных в отношении здоровья

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

### СФДЗ предоставляет:

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

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

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

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

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

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

---

Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №42

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

---

Elisabetta De Vito | Chiara de Waure | Maria Lucia Specchia | Walter Ricciardi

## Аннотация

Мигранты, не состоящие на официальном учете, – это лица, пребывающие в стране без необходимых документов и разрешений. Считается, что они подвергаются большему риску развития проблем со здоровьем в связи с их незаконным статусом и последствиями экономической и социальной маргинализации. В результате проведения систематического обзора были обнаружены 122 документа, в которых предлагаются стратегии и мероприятия по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи мигрантам, не состоящим на официальном учете. В странах Европы недокументированные мигранты в основном имеют доступ только к услугам неотложной помощи, и даже в тех странах, где они обладают полным правом на получение медицинской помощи, имеющиеся формальные и неформальные барьеры мешают им этим правом воспользоваться. Это вызывает обеспокоенность как в отношении охраны общественного здоровья, так и в отношении оказания помощи мигрантам. На основании полученных результатов предлагаются варианты стратегий в сфере сбора данных, проведения исследований, обеспечения права на получение медицинской помощи, информирования и коммуникации, обучения и использования межсекторальных подходов.

### Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE, EVIDENCE-BASED HEALTH CARE, HEALTH POLICY, MIGRANTS, SOCIOECONOMIC FACTORS

### Совет для цитирования

De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья недокументированных мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №42).

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

ISSN 2227-4316

ISBN 978 92 890 5119 4

## © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

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

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

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

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

# СОДЕРЖАНИЕ

▶ Условные сокращения .....	iv
▶ Соавторы .....	v
▶ Предисловие.....	vii
▶ Резюме.....	ix
▶ 1. Введение .....	1
▶ 1.1. История вопроса.....	1
▶ 1.2. Методология .....	2
▶ 2. Результаты.....	4
▶ 2.1. Проблема 1: социальный, политический и юридический контекст и демография.....	4
▶ 2.2. Проблема 2: состояние здоровья.....	6
▶ 2.3. Проблема 3: право на получение медицинской помощи и предоставление медицинской помощи .....	8
▶ 2.4. Проблема 4: качество услуг здравоохранения .....	9
▶ 2.5. Проблема 5: коммуникационные стратегии и политика .....	11
▶ 3. Обсуждение .....	16
▶ 3.1. Сильные и слабые стороны обзора.....	16
▶ 3.2. Варианты и значение стратегий.....	16
▶ 4. Выводы.....	19
▶ Библиография .....	20
▶ Приложение 1. Стратегия поиска .....	33

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

Евростат	Статистическое бюро Европейского союза
ЕС	Европейский союз
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
СНГ	Содружество Независимых Государств
СФДЗ	Сеть фактических данных в отношении здоровья
CORDIS	Community Research and Development Information Service
EUR-lex	Законодательные акты и другие официальные документы ЕС
HUMA	Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers Network (Сеть «Здоровье недокументированных мигрантов и лиц, ищущих убежища»)
MIPEX	Индекс политики по интеграции мигрантов
PICUM	Платформа международного сотрудничества по вопросам недокументированных мигрантов
PRISMA	Проект «Прозрачные отчеты о систематических обзорах и мета-анализах»
RESTORE	Исследования в области выполнения стратегий по поддержке пациентов различного происхождения, говорящих на разных языках, в европейских учреждениях первичной медико-санитарной помощи
SOPHIE	Оценка воздействия структурных стратегий на неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также содействие переменам



## СОАВТОРЫ

### Авторы

Elisabetta De Vito

Профессор, факультет гуманитарных наук, Общество и здоровье, Университет Кассино и Южной Лацио, Кассино (Италия)

Профессор, факультет общественного здравоохранения, Центр глобальных исследований в области здравоохранения (UniCLAM), Католический университет Святого Сердца, Рим (Италия)

Chiara de Waure

Доцент, факультет общественного здравоохранения, Католический университет Святого Сердца, Рим (Италия)

Maria Lucia Specchia

Доцент, факультет общественного здравоохранения, Католический университет Святого Сердца, Рим (Италия)

Walter Ricciardi

Профессор, факультет общественного здравоохранения, Католический университет Святого Сердца, Рим (Италия)

### Соавторы

Авторы хотели бы выразить глубокую признательность соавторам, в том числе Maria Avolio, Elena Azzolini, Alice Corsaro, Marcella Favale, Anna Maria Ferriero, Emanuela Maria Frisicale, Claudia Marotta, Benedetta Michelazzo, Sonja Milovanovic, Paolo Parente, Anna Puggina, Giulia Silvestrini, Jovana Stojanovic и Anna Adele Teleman с факультета общественного здравоохранения Католического университета Святого Сердца в Риме (Италия).

### Независимые рецензенты

Ametz Sues

Исследователь, Андалузская школа общественного здравоохранения; Центр биомедицинских сетевых исследований – эпидемиология и общественное здравоохранение (CIBER-ESP); Институт биомедицинских исследований Гранады (ibs.Granada), Гранада (Испания)

Anne E. MacFarlane

Профессор, отдел исследований в области первичной медицинской помощи, Медицинская школа Лимерикского университета, Лимерик (Исландия)

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

Santino Severoni, координатор  
Rita Sá Machado  
Rocío Zurriaga-Carda  
Matteo Dembech  
Sara Barragán-Montes  
Grace M. Lassiter  
Kate Langley

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

## **Редакционная коллегия Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)**

Claudia Stein, директор  
Tim Nguyen, исполнительный редактор  
Ryoko Takahashi, редактор серии  
Jane Ward, редактор-корректор

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



## ПРЕДИСЛОВИЕ

### Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

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

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

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

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

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

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

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



## РЕЗЮМЕ

### Суть проблемы

Миграция считается одной из главных социальных, политических и здравоохранительных проблем в Европейском регионе ВОЗ, а Европа в настоящее время занимает второе место по числу прибывающих международных мигрантов в год. В то время как все мигранты могут испытывать проблемы при обращении за медицинской помощью, недокументированные мигранты особо уязвимы к определенным рискам и заболеваниям и могут сталкиваться с рядом препятствий, мешающих им получать медицинскую помощь из-за неурегулированного статуса и экономической и социологической маргинализации.

### Обобщающий вопрос

Целью данного доклада является обобщение результатов исследований, выявленных в процессе систематического обзора имеющихся научных фактических данных и неиндексированной в медицинских базах данных литературы, чтобы ответить на следующий вопрос: «Какие стратегии и мероприятия содействуют улучшению доступа к услугам здравоохранения для недокументированных мигрантов в Европейском регионе?»

### Виды фактических данных

Фактические данные были получены из литературы, прошедшей коллегиальный обзор, и неиндексированной в медицинских базах данных литературы об исследованиях населения, не имеющего юридического права пребывать/оставаться в какой-либо стране Европейского региона ВОЗ. В обзор вошли 122 публикации на английском языке, доступные в полном текстовом варианте и опубликованные до 28 февраля 2015 г.

### Результаты

Демографические данные и данные в области здоровья, особенно относительно недокументированных мигрантов, отличаются непоследовательностью и неопределенностью во всем Европейском регионе ВОЗ.

- В большинстве докладов рассматриваются конкретные проблемы, такие как инфекционные или хронические болезни, психические расстройства, охрана здоровья матери и ребенка, а не общие вопросы доступности услуг здравоохранения.
- Недокументированные мигранты в основном имеют доступ к неотложной помощи во всем Регионе.
- Даже в странах, в которых недокументированные мигранты имеют полное право на получение медицинской помощи, существуют неформальные и формальные препятствия, осложняющие доступ.

- Неформальные барьеры включают языковые и коммуникационные проблемы, отсутствие социальных сетей поддержки, недостаточные знания о работе системы здравоохранения и сетей медицинских работников.
- Медицинские работники зачастую сталкиваются с преградами, мешающими им предоставлять медицинскую помощь, например, с культурными и языковыми барьерами. Несколько имеющихся примеров стратегий и передовой практики направлены на преодоление таких барьеров.

## Стратегические соображения

С целью оказания поддержки принимающим решения лицам в области укрепления и введения особых и согласованных стратегий, касающихся права недокументированных мигрантов на здоровье, гарантирующих справедливый доступ к медицинской помощи и обеспечивающих конфиденциальность и защиту всех заинтересованных сторон, были определены следующие варианты стратегий:

- пересмотреть право недокументированных мигрантов на медицинскую помощь относительно вопросов обеспечения прав человека, нормативно-правовой базы страны, организации системы здравоохранения и укрепления здоровья людей;
- расширить общественную осведомленность путем отстаивания интересов недокументированных мигрантов;
- разработать системы распространения информации о праве на медицинскую помощь и юридическую защиту, а также о способах ее получения среди недокументированных мигрантов и медицинских работников;
- содействовать применению межсекторального подхода и установлению трансграничного сотрудничества в рамках планирования служб, направленных на обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами;
- сделать доступными или улучшить коммуникационные услуги (т.е. культурных посредников, переводчиков) для поставщиков медицинских услуг с целью содействия развитию инклюзивной системы здравоохранения, в которой учитываются культурные особенности разных национальностей;
- регулярно проводить сбор данных о состоянии здоровья недокументированных мигрантов и делать их доступными для научного сообщества и лиц, разрабатывающих стратегии;
- определить показатели и механизмы мониторинга и оценки действия стратегий;
- проводить планирование программ подготовки медицинского персонала, содействовать включению данного предмета в образовательные программы здравоохранения;
- содействовать проведению исследований об определении потребностей в области здравоохранения недокументированных мигрантов и их различиях по сравнению с потребностями других групп мигрантов.



# 1. ВВЕДЕНИЕ

## 1.1. История вопроса

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

Ведется широкое обсуждение того, как предоставить доступ к высококачественным услугам здравоохранения всему населению и обеспечить всеобщий охват медицинскими услугами **(3)**. Особенно это касается недокументированных мигрантов (людей, не имеющих необходимых документов и разрешений во время или после въезда в страну **(4)**), которые относятся к одной из групп высокого риска появления проблем со здоровьем из-за неурегулированного статуса и экономического и социального отчуждения **(5)**.

В том, что касается разногласий по поводу определения понятий, термины «недокументированный» и «неурегулированный» могут быть взаимозаменяемыми, в то время как термин «нелегальный» следует избегать **(6)**.

Согласно оценочным данным на 2002-2008 гг., в Европейском союзе (ЕС) проживали 1,9-3,8 млн. недокументированных мигрантов. Их неурегулированный трудовой статус может считаться главным препятствием на пути получения основной медицинской помощи и социальных услуг **(7)**. Население европейских стран глубоко обеспокоено их уязвимостью к определенным рискам и болезням, а также ухудшением физического и психического здоровья, связанным с социально-экономическими условиями и ограниченным доступом к услугам здравоохранения **(8,9)**. Более того, данные указывают на то, что недокументированные мигранты не имеют достаточной информации о своих правах пользования медицинскими услугами и зачастую не обращаются за медицинской помощью из-за боязни быть обнаруженными **(9)**.

Авторы данного доклада отвечают на обобщающий вопрос путем обзора имеющихся фактических данных и анализа того, какие стратегии и мероприятия могли бы привести к снижению неравенства в отношении доступа к медицинской помощи и качества ее предоставления недокументированным мигрантам.

## 1.2. Методология

### 1.2.1. Источники обзора

Доклад был составлен из литературы, найденной в результате поиска в базах данных PubMed, Scopus, Cochrane Collaboration и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Авторы также просмотрели веб-сайты следующих источников с целью найти неиндексированную в медицинских базах данных литературу и современные статистические данные: Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ); Европейской обсерватории; EUR-lex (законодательные акты ЕС и другие официальные документы ЕС); Community Research and Development Information Service (CORDIS); Статистического бюро Европейского союза (Евростат); ОЭСР; Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and their Social Determinants, and Fostering Change (SOPHIE) (Оценка воздействия структурных стратегий на неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также содействие переменам); Migrant Integration Policy Index (MIPEX) (Индекс политики по интеграции мигрантов); Платформы международного сотрудничества по вопросам недокументированных мигрантов (PICUM); Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers (HUMA) Network (Сеть «Здоровье недокументированных мигрантов и лиц, ищущих убежища»), Google. Книги, комментарии и передовые статьи не рассматривались для итогового включения. Для итогового включения в доклад проводилась оценка полного текста потенциально подходящих исследований, а также тщательно изучались их библиографии с целью определения дальнейших подходящих исследований. В приложении 1 приводятся использованные базы данных и методология на основании диаграммы PRISMA (10).

### 1.2.2. Извлечение данных

Подходящими для включения в обзор исследованиями считались работы на английском языке, опубликованные до 28 февраля 2015 г. (но без начальной даты), доступные в полном текстовом варианте, ссылающиеся на страны Европейского региона ВОЗ и недокументированных мигрантов (определяемых как лица, не имеющие юридического права находиться/оставаться в стране назначения). Только литература на английском языке была включена в обзор из-за ограниченности ресурсов. В обзоре также изучались пять специфических проблем:

- проблема 1: социальный, политический и юридический контекст и демография;
- проблема 2: состояние здоровья, особенно относительно основных и вновь появляющихся забытых заболеваний, оценка риска для здоровья;
- проблема 3: право на получение медицинской помощи и предоставление медицинской помощи;
- проблема 4: качество услуг здравоохранения в том, что касается их доступности, эффективности, уместности и справедливости, а также культурные барьеры доступа;

- проблема 5: политика и коммуникационные стратегии, разработанные специально для недокументированных мигрантов и медицинского персонала, оказывающего им помощь.

Идентификация исследований и извлечение данных осуществлялись с использованием терминов поиска, перечисленных в приложении 1, в котором также приводится блок-схема извлечения данных на основе шаблона прозрачных отчетов о систематических обзорах и мета-анализах (PRISMA).

В общем, было найдено 15 646 исследований после удаления всех дубликатов. После скрининга была проведена оценка 617 исследований на предмет того, отвечают ли они критериям отбора, а также 11 исследований, найденных в результате поиска из библиографий уже отобранных работ. Большинство из них (484) были исключены как не отвечающие целям доклада. В итоговой подборке из 115 исследований освещалась одна или несколько вышеуказанных проблем (**7–9,11–122**). Семь документов были отобраны из неиндексированной в базах данных литературы (**123–129**). Качественная оценка не проводилась из-за неоднородности построения исследований; отсутствия утвержденных общих инструментов оценки качества построения некоторых исследований; отсутствия исследований по оценке успешности стратегии в устранении неравенства по отношению доступности и качества предоставления медицинской помощи. Подробно с отдельными исследованиями, в том числе с изученными группами населения, задействованными странами, методами и основными результатами можно ознакомиться онлайн ([http://bit.ly/Annex\\_2](http://bit.ly/Annex_2)).

## 2. РЕЗУЛЬТАТЫ

### 2.1. Проблема 1: социальный, политический и юридический контекст и демография

#### 2.1.1. Используемые определения термина «недокументированные мигранты»

Ввиду различий нормативно-правовых баз недокументированные мигранты определяются по-разному в разных юрисдикциях. В рамках ЕС недокументированные мигранты определяются как граждане третьих стран (не являющиеся гражданами государства-члена ЕС, в котором они пребывают, или какого-либо другого государства-члена ЕС), у которых нет права оставаться, жить или работать в любом государстве-члене. Хотя национальные законодательства различаются, в основном эта административная ситуация присуща всем государствам-членам ЕС (21,22,57,69,111). Недокументированные мигранты можно разделить на несколько подгрупп:

- лица, ищущие убежища: лица, планирующие получить убежище, но еще не подавшие официального заявления в национальные компетентные органы, а также лица, чье прошение о предоставлении убежища не было удовлетворено, избегающие депортации;
- соискатели вида на жительство: лица, чье заявление все еще рассматривается (национальные компетентные органы не вынесли никакого решения; в некоторых странах считается, что такие лица имеют урегулированный статус) или чье заявление не было удовлетворено;
- лица, превысившие срок пребывания: те, кто имел разрешение на въезд, но превысил срок действия визы (туристы, студенты, временные контрактные работники, по медицинским причинам), вида на жительство или разрешения на работу;
- потерявшие вид на жительство: ввиду судимости за совершение серьезного преступления, пересмотра статуса беженца или статуса дополнительной защиты, ввиду того, что они больше не отвечают условиям пребывания или нарушили их, или временно не имеющие вида на жительство из-за задержек в процессе его возобновления (73);
- неурегулированные мигранты (географический приток): нелегальный въезд в страны через национальные границы;
- лица из демографического притока: в большинстве стран дети, оба родителя которых не имеют документов, автоматически становятся недокументированными резидентами, кроме стран, в которых гражданство присваивается при рождении на их территории (*jus soli*); если один родитель имеет документы, ребенок может подавать заявление на получение официального вида на жительство.



## 2.1.2. Масштаб миграционных потоков

Такие различия в определениях являются одним из препятствий в получении достоверных и систематических данных, поддающихся сравнению. В большинстве европейских стран имеются данные только по географическим неурегулированным миграционным потокам, например, по лицам, задержанным на границе или не пропущенным через нее. Статистика о задержаниях, т.е. о числе иностранных граждан, пойманных проживающими в стране без надлежащей документации, может быть полезным индикатором, хотя не может быть использована для определения общих масштабов внутренней неурегулированной миграции. Трудно провести явное разграничение между задержаниями на границе и внутри страны или между мигрантами, въезжающими в страну или проезжающими транзитом, и мигрантами, которые уже прожили в ней какое-то время и, таким образом, не отражают современный неурегулированный миграционный поток (73).

В рамках проекта Clandestino Европейской комиссии была проведена оценка «неурегулированного иностранного населения», постоянно проживавшего в 27 государствах-членах в период с 2002 по 2008 гг., в результате которой было выявлено уменьшение их числа с около 3,1-5,3 млн. человек в 2002 г. до 1,9-3,8 млн. человек в 2008 г. (7). Хотя считалось, что частично данный спад отражал методологические изменения, также на него, возможно, повлияло расширение ЕС и законодательные программы (7).

В докладе об анализе рисков агентства Фронтекс для государств-членов ЕС за третий квартал 2014 г. зарегистрировано общее увеличение по большинству показателей неурегулированных миграционных потоков в ЕС по сравнению со вторым кварталом 2014 г. Снижение наблюдалось только по одному показателю – числу реально возвращенных людей. Был зарегистрирован самый высокий рост числа случаев нелегального пересечения границ с 2007 г. Фактически в третьем квартале 2014 г. было зарегистрировано 110 581 случаев выявления незаконного пересечения границ, что соответствует 61% росту по сравнению со вторым кварталом этого года и 158% росту по сравнению с данными за третий квартал 2013 г. (123).

В то же время данные для европейских стран, не входящих в ЕС, почти полностью отсутствуют. Российская Федерация в настоящее время является самым большим региональным центром привлечения трудовых мигрантов из Содружества Независимых Государств (СНГ), главным образом из среднеазиатских стран. Большинство неквалифицированных трудовых мигрантов в Российской Федерации имеют неурегулированное рабочее положение (125). По оценкам российского министерства внутренних дел, в стране может находиться от 2,1 до 10 млн. недокументированных трудящихся-мигрантов, из которых около 70% – это выходцы из других стран СНГ (124).

Случаи выявления на морских границах составили около 90% от числа всех случаев выявления нелегального пересечения границ, при этом на морских границах Греции и Италии было отмечено трехкратное увеличение этого показателя (123). В пятерку национальностей с самым высоким числом представителей недокументированных мигрантов (т.е. без надлежащих проездных документов) в конце

2013 г. входили сирийцы (25 923), эритрейцы (13 676), марокканцы (6594) и афганцы (6140), национальность 8400 лиц была не определена (123). Мотивы для миграции разные, но в основном это война, бедность и поиск работы. Сирийцы составили самое большое число выявленных мигрантов в третьем квартале 2014 г. (37 533), что представляет собой 128% рост по сравнению со вторым кварталом 2014 г. (16 429). За ними идут эритрейцы (13 672, хотя их число снизилось по сравнению с предыдущим кварталом), жители стран к югу от Сахары (12 491) и Афганистана (7532); число афганских недокументированных мигрантов выросло на 175% по сравнению со вторым кварталом 2014 г. (2742). Политическая нестабильность в Северной Африке привела к увеличению миграционных потоков; неуклонно растут и не показывают признаков уменьшения в ближайшем будущем темпы неурегулированной транс-средиземноморской миграции в ЕС. Ливия, Марокко и Тунис являются основными североафриканскими странами транзита с 2011 г. Мигранты, прибывающие по Средиземному морю, в основном являются малообразованными мужчинами в возрасте от 20 до 40 лет; однако данная категория населения становится все более разнообразной с большим числом женщин и образованных людей (66).

## 2.2. Проблема 2: состояние здоровья

Идентифицированные исследования в основном концентрировались на особых аспектах состояния здоровья недокументированных мигрантов, а не на общих проблемах здоровья.

Самой распространенной темой изучения были инфекционные заболевания (16 исследований). Согласно результатам одного исследования, проведенного в странах с низкой заболеваемостью туберкулезом (не только в Европейском регионе ВОЗ), около 5-10% случаев было обнаружено среди недокументированных мигрантов (52). Однако исследования в других местах, в том числе программы скрининга в пунктах въезда или в специализированных клиниках, дали самые разнообразные результаты, не поддающиеся сравнению (23,48,52,88,90,104).

В ряде исследований изучалась распространенность вирусных заболеваний среди недокументированных мигрантов, живущих в Италии (82,91,106). Среди недокументированных мигрантов была замечена более высокая распространенность гепатита В (9,3% по сравнению с коренными жителями (1,2–2,0%) (82); также среди недокументированных мигрантов была отмечена более высокая распространенность заболеваний, передающихся половым путем (0,97% по сравнению с около 0,4% среди коренного населения) (91). В результате обследования 2681 рабочих-мигрантов, в том числе недокументированных мигрантов, в неблагополучных районах были выявлены случаи нелеченых вирусных инфекций, в том числе 7,6% распространенность гепатита В, 5% и 3,1% - ВИЧ-инфекции и гепатита С соответственно (106). Показатели по гепатиту В и ВИЧ-инфекции были выше, чем среди коренного населения, но показатели по гепатиту С среди мигрантов были аналогичны показателям среди коренного населения.

Оценочное число недокументированных мигрантов с болезнью Шагас, согласно агрегированным данным из девяти европейских стран, было значительно выше, чем число документированных



мигрантов. По оценкам, самая высокая распространенность была зарегистрирована в Испании (3,9-7,8%) и Швейцарии (2,5-7,8%) **(18)**.

Шесть исследований были посвящены вопросам здоровья женщин и детей. В Швейцарии недокументированные женщины-мигранты не имели доступа к превентивным мерам, что приводило к таким проблемам, как нежелательная беременность, недостаточная иммунизация против краснухи, отсутствие обследований на выявление рака шейки матки **(119)**. Число случаев заражения хламидийной инфекцией было также больше среди недокументированных женщин-мигрантов (13%), чем среди женщин с видом на жительство (4,4%) **(118)**. В Португалии в результате проведенного в 2013 г. систематического обзора было заключено, что недокументированные женщины-мигранты подвергаются большему риску родить ребенка в подростковом возрасте, получить осложнения во время беременности или самопроизвольный аборт, а также сделать искусственный аборт **(14)**.

Было установлено, что у детей-мигрантов в Швейцарии, по всей вероятности, были другие медицинские потребности, чем у их сверстников, рожденных в стране **(61)**, в том числе в области инфекционных заболеваний, психологических и врожденных проблем. В одном итальянском исследовании, в котором изучались вопросы госпитализации детей, рожденных за пределами ЕС, было установлено, что самые распространенные причины госпитализации детей до 1 года были инфекции/паразитарные болезни; генетические/врожденные аномалии развития; дисметаболические, функциональные или органические нарушения и недостаточное питание. Среди детей в возрасте от года до 14 лет основными причинами госпитализации на первом месте были дисметаболические, функциональные или органические нарушения, затем шли генетические/врожденные аномалии развития и инфекции/паразитарные болезни **(100)**.

В результате ряда оригинальных исследований, проведенных в Греции, Испании, Италии и Франции, а также одного исследования по обзору агрегированных данных из других стран Европейского региона ВОЗ, было заключено, что существует более высокая вероятность того, что недокументированные мигранты подвергаются более высокому риску развития психических и психиатрических расстройств, таких как депрессия и шизофрения, по сравнению с обычным населением и документированными мигрантами. Это может быть вызвано стрессами, связанными с отъездом, транзитом, пересечением границ и условиями приема в другой стране. В некоторых случаях плохое психическое состояние также связано с тем, что мигранты подвергаются разным формам насилия **(16,81,97,99,122)**.

В рамках других исследований рассматривались хронические и острые заболевания среди недокументированных мигрантов **(9,11,27,60,65,103)** и было обнаружено, что в целом недокументированные мигранты были более уязвимы к ряду условий. Мужчины более часто обращались за помощью в связи с травмами, в основном полученными на работе, как это видно из оригинальных исследований, проведенных в Германии, Израиле и Франции, а также из обзора стран ЕС **(9,27,28,65)**. Приблизительно 50% причин случаев смерти среди недокументированных

мигрантов в Швеции были внешние причины смертности, включая самоубийство, на втором месте были сердечно-сосудистые заболевания (113).

### 2.3. Проблема 3: право на получение медицинской помощи и предоставление медицинской помощи

Доступ к медицинской помощи недокументированных мигрантов регулируется национальными нормативно-правовыми актами и варьируется от его абсолютного отсутствия до полного доступа в зависимости от страны.

Вопрос права на получение медицинской помощи недокументированными мигрантами часто обсуждается с точки зрения прав человека, отражая внутренний конфликт между иммиграционной политикой и правом на здоровье. В то время как всеобщее право на здоровье как одно из основных прав человека, независимо от административного статуса этого человека, подтверждено в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (130) и Хартии ЕС по правам человека (131), законы и практика в некоторых странах отклоняются от обеспечения выполнения данных обязательств. Сеть HUMA пришла к заключению, что в 2010 г. в ЕС не было отдельного положения, касающегося права недокументированных мигрантов на медицинскую помощь или других основных социальных нужд, а государства-члены вместо того, чтобы работать над постепенным выполнением данного права, все чаще используют его в качестве инструмента, ограничивающего въезд новых мигрантов (58). Атмосфера репрессий и существующая связь между политикой иммиграционного контроля и доступом к основным социальным услугам внушают иммигрантам страх «быть обнаруженными» и мешают им обращаться за медицинской помощью или заставляют их искать альтернативные пути, такие как занятие самолечением, обращение к докторам в родной стране, заимствование у знакомых карточек медицинского страхования или других разрешений на пользование услугами (8,108).

#### Анализ конкретных ситуаций №1. Код «временно присутствующего иностранца» в Италии

В Италии недокументированные мигранты могут получить код «временно присутствующего иностранца» (Stranieri Temporaneamente Presenti) для получения услуг здравоохранения. При помощи этого анонимного и бесплатного кода пациент идентифицируется в любых здравоохранительных службах. За получением кода можно обращаться в любое время, не обязательно при этом быть больным. Он действителен 6 месяцев и может быть возобновлен. Чтобы получить его, недокументированные мигранты должны также подать заявление на присвоение им статуса бедности (Stato di Indigenza). Код родителей распространяется на их детей. Данная система обеспечивает равный доступ к любой «неотложной и необходимой» помощи для недокументированных мигрантов и является примером соблюдения их права на медицинские услуги (8,127).



В большинстве стран недокументированные мигранты имеют доступ только к экстренной помощи и/или иногда к отдельным услугам по лечению особых болезней (инфекционных) или удовлетворению особых нужд (напр., беременность, здоровье детей) (анализ конкретных ситуаций №1). Согласно данным MIPEX, охват недокументированных мигрантов остается противоречивой проблемой в большинстве стран (127).

## 2.4. Проблема 4: качество услуг здравоохранения

Преграды, с которыми сталкиваются недокументированные мигранты при обращении за медицинской помощью, могут быть формальными (напр., юридическая ситуация) или неформальными, которые затрагивают как специалистов, предоставляющих услуги, так и недокументированных мигрантов, нуждающихся в них (напр., коммуникация и понимание того, как работает система здравоохранения).

Одной из самых актуальных формальных преград является отсутствие юридической защиты недокументированных мигрантов при обращении за медицинской помощью. В некоторых странах (Босния и Герцеговина, Германия, Словения, Соединенное Королевство, Хорватия, Швеция) медицинские работники обязаны сообщать о недокументированных мигрантах в иммиграционные службы, когда как в других странах это делать запрещено (Дания, Исландия, Испания, Италия, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Франция, Чешская Республика, Швейцария). В Германии, Греции, Турции и Хорватии возможно применение юридических санкций против лиц, предоставляющих помощь недокументированным мигрантам (127). В странах, где нет официальной политики относительно права недокументированных мигрантов получать медицинскую помощь, ответственность ложится на медицинских работников (64); например, в Соединенном Королевстве врачи общей практики имеют право решать, регистрировать ли им недокументированных мигрантов в качестве пациентов или нет (51).

Также существуют препятствия, которые затрагивают медицинских работников, желающих лечить всех пациентов, независимо от их миграционного статуса. Сюда входят неформальные проблемы, такие как языковой барьер, проблемы, связанные со способами предоставления надлежащей помощи и выбором правил, подлежащих выполнению, а также проблемы, связанные с использованием фальшивых документов (21). Для медицинских работников большим барьером является недостаточное знание того, на получение какой помощи имеют право недокументированные мигранты, а также сложное и долгое оформление документов, связанных с доступом мигрантов к медицинской помощи (49). В Португалии врачи и административный персонал не знали о том, что недокументированные беременные женщины имеют право на бесплатное медицинское обслуживание (14). Трудности с обеспечением непрерывности ухода были выявлены в области назначения дополнительного лечения в рамках одной и той же службы или при существовании необходимости в направлении в другую службу из-за неурегулированного статуса пациентов (34); О существовании такой ситуации сообщалось даже в странах, где недокументированным мигрантам гарантируется полное право доступа к медицинской помощи (34). В 17 европейских странах некоторые специалисты, особенно в области

предоставления первичной медико-санитарной помощи, сообщали о том, что должны были передать недокументированных мигрантов в другие службы или должны были отложить лечение в ожидании решения юридических вопросов относительно статуса пациента **(34,49,51,64)**. В результате обзора, проведенного в шести государствах-членах ЕС, было сделано заключение о том, что, несмотря на существование профессиональных руководств и образовательных инициатив по межкультурной коммуникации при предоставлении первичной медико-санитарной помощи, в повседневной практике они применялись не часто **(110)**.

Несколько препятствий могут быть выявлены со стороны недокументированных мигрантов, в том числе отсутствие знаний о работе системы здравоохранения и неформальных сетей медицинских работников, страх быть выданными полиции, языковые и коммуникационные проблемы, отсутствие социальных сетей, которые могли бы помочь им сориентироваться в системе **(32,34,41,72,94,95)**. Мигранты 16 европейских стран не знали о своем праве на медицинскую помощь **(96)**. Во Франции последствия социальной стигматизации, тяжелые условия жизни и атмосфера страха и подозрения, созданная высоко ограничительной миграционной политикой, мешали недокументированным мигрантам пользоваться или чувствовать себя вправе пользоваться своим правом на здоровье **(75)**. Нематериальные факторы, такие как чувство страха и подозрения, оказывают мощное «субъективационное» воздействие, влияющее на способы мышления недокументированных мигрантов и медицинских работников о том, что они заслуживают и на что могут рассчитывать **(75)**. И наконец, в сообществе мигрантов можно выявить чувство стыда, страха стигматизации и повышенного риска маргинализации и дискриминации, особенно среди больных инфекционными заболеваниями **(46,102)**.

В странах с платными услугами здравоохранения недокументированные мигранты часто жалуются на дороговизну услуг, оплата которых составляет значительную часть их доходов **(56)**. В Российской Федерации высокая стоимость и недоступность медицинской страховки представляет проблемы не только для мигрантов без разрешения на работу или пациентов, находящихся в уязвимой ситуации, но и для иностранных работников с официальными разрешениями **(128)**. Вследствие этих экономических барьеров мигранты часто прибегают к самолечению, платят за специфические медицинские услуги и обращаются в службы неотложной помощи **(126)**. Результаты одного итальянского исследования показали, что ненадлежащее использование отделений экстренной медицинской помощи для лечения болезней, не требующих неотложного вмешательства, было вызвано существованием барьеров к получению первичной медико-санитарной помощи **(25)**.

Многие многоцентровые европейские исследования, основанные на результатах опроса мигрантов, показали, что языковой барьер, общие различия культурных норм, религиозные обряды и обычаи являются потенциальными препятствиями для прямого осмотра пациентов и лечения психических проблем. Опрошенные говорили о своем беспокойстве относительно физических осмотров, соблюдения религиозных ограничений, касающихся физических контактов, и культурных запретов **(30,77,94,96,101,108,117)**.



## 2.5. Проблема 5: коммуникационные стратегии и политика

Одной из наиболее важных проблем, с которыми сталкиваются правительства разных стран, является предоставление недокументированным мигрантам возможности пользоваться такими же юридическими правами, какими пользуются остальные резиденты страны (85) во время растущего беспокойства по поводу контролирования миграционных потоков, особенно неурегулированных. В рамках комплексной нормативно-правовой базы, включающей несколько законов и договоров (заключенных в Шенгене (1985 г.), Дублине (1990 г.), Лиссабоне (2007 г.), Стокгольме (2009 г.)), одним из приоритетных направлений политики ЕС является борьба с недокументированной миграцией. Основными принятыми политическими мерами являются повышенный контроль и надзор на внешних границах ЕС, вынужденное возвращение недокументированных мигрантов и применение административных и уголовных санкций против третьих сторон, участвующих в неурегулированном миграционном процессе. На фоне сложившейся ситуации многие страны также ввели процедуры по защите доступа к услугам здравоохранения (см. анализ конкретных ситуаций №1). Стратегические директивы (Лиссабонский договор, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин) указывают на то, что нельзя отказывать в оказании экстренного лечения ни по какой причине. Ряд неправительственных организаций, предоставляющих медицинскую помощь недокументированным мигрантам, лоббирует за проведение юридической реформы с целью предоставления недокументированным мигрантам таких же юридических прав на медицинское обслуживание, какими пользуются резиденты, с целью обеспечения соблюдения прав человека (53). В реальности отсутствие официальных стратегий относительно права доступа к медицинской помощи недокументированных мигрантов иногда приводит к переносу ответственности на медицинский персонал, дающей им право решать, кому оказывать помощь, что приводит к путанице и вызывает беспокойство (54,64). Шотландская стратегия «Справедливость для всех» является примером государственной политики, напрямую направленной на повышение уровня культурной компетенции (анализ конкретных ситуаций №2) (20,132).

Препятствия, осложняющие доступ к медицинскому скринингу и помощи, могут привести к заниженной оценке бремени болезней среди иммигрантов, что создает проблемы как для этой категории населения, так и для здоровья населения в целом. Результаты исследования о заболеваемости вирусными болезнями среди неблагополучных групп мигрантов с высоким числом недокументированных мигрантов, указали на эффективность использования клиник помощи нуждающимся для идентификации случаев инфекционных заболеваний и их лечения (106).

Изменчивый политический контекст усугубляет проблемы с предоставлением услуг и приводит к задержке лечения; поэтому существует явная необходимость в улучшении информирования медицинских работников и недокументированных мигрантов о правах на здоровье (27).

**Анализ конкретных ситуаций №2.** Повышение уровня культурной компетенции: стратегия «Справедливость для всех» в Шотландии

В директиву «Справедливость для всех» (132) входят 5 стратегических проблем:

- активизация работы организации и предоставление лидерского руководства;
- понимание демографии изучаемого населения;
- принятие шагов по модификации услуг для удовлетворения потребностей этнических меньшинств;
- равенство в трудоустройстве;
- укрепление сообществ.

Стратегия исследования включает четыре приоритетных направления:

- кодировка и увязка данных существующих медицинских информационных систем;
- анализ социальных/экономических обстоятельств;
- идентификация моделей факторов риска и распространения основных проблем здоровья;
- оценка качества услуг здравоохранения и социального обеспечения.

Примеры практических действий, принимаемых Национальной службой здравоохранения области Лотиан Шотландии для выполнения стратегии, включают (20):

- предоставление бесплатных переводческих услуг как для пациентов, так и для медицинских работников;
- предоставление духовных услуг в больницах для людей любого вероисповедания;
- возможность выбора в больничном меню согласно религиозным и культурным требованиям;
- реализация программ обучения персонала для оказания поддержки пациентам из числа национальных меньшинств и сообществ;
- оказание поддержки общественным организациям в предоставлении соответствующих услуг.

В ряде исследований заостряется внимание на языковых и культурных барьерах, мешающих получению услуг. Авторы проекта RESTORE, в рамках которого проводились исследования в области выполнения стратегий по поддержке пациентов различного происхождения, говорящих на разных языках, в европейских учреждениях первичной медико-санитарной помощи, пришли к выводу, что необходимо установить сотрудничество между европейскими странами для определения стратегий по преодолению барьеров и разработке культурно и лингвистически приемлемых систем здравоохранения (80). Учреждения здравоохранения должны играть активную роль во взаимодействии с мигрантами всех видов для обеспечения предоставления компетентной помощи, учитывающей



особенности разных культур (38,80). Акушерки подтверждают, что общение может играть центральную роль в ликвидации неравенства в области предоставления услуг здравоохранения, и что для этого необходимо уделять больше времени тому, чтобы выслушать пациентов, учесть их потребности и снизить уровень культурных и языковых различий (12).

Относительно поставщиков услуг здравоохранения, инициативы по преодолению преград могли бы включать обучение, предоставление услуг переводчиков и/или «культурных посредников», адаптацию организационной культуры, улучшение процесса сбора данных и предоставления информации мигрантам о проблемах здоровья и услугах. Относительно мигрантов, инициативы должны сфокусироваться на изменении поведения по обращению за помощью, улучшении коммуникации и грамотности в области здравоохранения (86).

В анализе конкретных ситуаций №3 описываются подходы к решению проблем коммуникации медицинского персонала в Европе; однако зачастую такие предложения касаются удовлетворения потребностей в области здравоохранения всех мигрантов, а не конкретно недокументированных мигрантов. В число других предложенных мероприятий по охвату «труднодоступных» категорий населения входит использование мобильных медицинских отделений (106), оказание поддержки НПО, устранение «функционального незнания» (86) путем введения специфических тренировочных модулей медицинских работников (55).

**Анализ конкретных ситуаций №3.** Проблемы коммуникации: мнение и передовой опыт медицинских работников

**Проект Best Practice in Health Care Services for Immigrants in Europe (EUGATE) (Передовой опыт в оказании услуг здравоохранения иммигрантам в Европе)**

В рамках проекта проводилась оценка трудностей, с которыми сталкиваются специалисты при оказании медицинской помощи международным мигрантам, а также давалось определение передовой практики по устранению проблем, связанных с предоставлением и качеством помощи. Проект финансировался Европейской комиссией и охватывал 16 европейских стран (Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Испания, Италия, Литва, Нидерланды, Польша, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция) (34). Коммуникационные барьеры воспринимались как более проблематичные при оказании первичной медико-санитарной помощи и услуг охраны психического здоровья, чем в отделениях неотложной помощи. Медицинские работники сообщили о следующем:

- низкий уровень использования услуг переводчиков;
- низкое качество переводческих услуг;

#### **Анализ конкретных ситуаций №3 (продолжение)**

- проблемы, связанные с культурными особенностями, которые мешали выздоровлению, например, отказ от помощи из-за того, что медицинский работник был противоположного пола или из-за культурных убеждений.

Были выявлены следующие основные компоненты передовой практики (96):

- гибкость организации с достаточным временем и ресурсами, а также индивидуальным подходом к пациентам при оказании помощи;
- наличие профессиональных переводческих услуг;
- установление контактов с семьями и социальными службами;
- расширение культурной осведомленности работников сферы здравоохранения;
- разработка и распространение пояснительных информационных материалов для мигрантов о системе здравоохранения;
- установление позитивных взаимоотношений между персоналом и пациентами;
- предоставление более ясной информации и руководств медицинским работникам о том, на какую медицинскую помощь имеют право различные группы мигрантов.

#### **Предоставление услуг здравоохранения иммигрантам в Дании**

Датские эксперты выделили следующие основные компоненты передовой практики (63):

- доступ к переводчикам и обеспечение высококачественного перевода;
- прием пациентов в индивидуальном порядке и отведение достаточного времени для консультации;
- обеспечение выполнения режима лечения и соблюдение последовательности предложений;
- надлежащее выделение ресурсов, расширение полномочий врачей и укрепление междисциплинарного сотрудничества;
- содействие повышению качества образования для медицинского персонала и студентов.

#### **Бельгийская группа экспертов ETHEALTH (Этничность и здоровье)**

Данная группа экспертов была создана для того, чтобы сформулировать рекомендации для государственных органов здравоохранения о способах устранения неравенства в отношении здоровья мигрантов и людей других национальностей. Сюда также входили рекомендации, относящиеся к недокументированным мигрантам и мигрантам с сомнительным юридическим статусом (34), а именно:

- обеспечение законодательной базы по оказанию неотложной медицинской помощи и возмещению связанных с этим затрат;



#### **Анализ конкретных ситуаций №3 (продолжение)**

- предоставление ваучера, дающего право недокументированным мигрантам обращаться за помощью;
- расширение использования медицинской карты, дающей право на экстренную медицинскую помощь всем недокументированным мигрантам;
- диверсификация медицинских работников и услуг, доступных для лечения мигрантов;
- предоставление временного вида на жительство недокументированным мигрантам с инфекционными заболеваниями с целью обеспечения полного курса лечения.

## 3. ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1. Сильные и слабые стороны обзора

Авторы данного доклада попытались рассмотреть особые проблемы, связанные со здоровьем недокументированных мигрантов, однако данный обзор был затруднен из-за существования целого ряда ограничений, связанных с определением данной группы мигрантов, недостатком демографических и здравоохранительных данных, неоднородностью национальных юридических прав доступа к медицинской помощи, а также комплексных социально-культурных барьеров.

Полученные данные касаются небольшой части Европейского региона ВОЗ, т.к. большинство исследований были проведены в государствах-членах ЕС; в подборку исследований, опубликованных на английском языке могли не войти некоторые актуальные данные. Кроме того, непоследовательность в определении понятия «недокументированные мигранты» и различия в нормативно-правовых базах и юридическом статусе недокументированных мигрантов являются серьезными преградами для получения надежных демографических данных.

Ввиду того, что недокументированные мигранты составляют небольшую группу по сравнению с документированными мигрантами, их проблемы часто изучаются в рамках более крупных категорий населения (в большинстве случаев других групп мигрантов), и большинство данных не сравнивается с данными общего населения. Информация, имеющаяся конкретно по недокументированным мигрантам, зачастую касается особых проблем здоровья. Самые распространенные из них – это нарушения психического здоровья, инфекционные заболевания, травмы, проблемы здоровья матери и ребенка, хронические метаболические заболевания или болезни кровообращения, а также стоматологические проблемы.

Недостаток данных может приводить не только к заниженной оценке проблем, с которыми сталкиваются недокументированные мигранты, но и к недостаточной общественной осведомленности в данной области. По сути, информированность общественности могла бы внести большой вклад в укрепление руководства для совместного решения проблем данной категории населения.

### 3.2. Варианты и значение стратегий

Существующие фактические данные указывают на низкую вероятность того, что недокументированные мигранты получают адекватную медицинскую помощь и имеют доступ к важным услугам профилактики. Это может приводить к повышенному использованию служб экстренной помощи, которого можно было бы избежать, излишним затратам и утечке ресурсов, а также к потенциальным проблемам здоровья людей, таким как заглушенные инфекционные болезни. Поэтому разработка стратегий, направленных



на защиту и укрепление здоровья всего населения, имеет социальное и экономическое значение, а также является вопросом обеспечения справедливости.

Разработка стратегий, уточняющих право доступа к медицинской помощи недокументированных мигрантов во всем Европейском регионе ВОЗ, с применением межсекторального подхода и трансграничного сотрудничества привела бы к улучшению всеобщего охвата медико-санитарными услугами в Регионе, т.к. недокументированные мигранты зачастую пересекают несколько стран в процессе переселения.

Стратегии, разъясняющие вопросы предоставления помощи данной группе и устраняющие формальные и неформальные барьеры доступа облегчили бы работу медицинских учреждений, предоставляющих помощь, а также помогли бы недокументированным мигрантам получать ее. Правовые рамки часто мешают недокументированным мигрантам обращаться за помощью (напр., боязнь быть выданными иммиграционным службам) и заставляют их обращаться к альтернативным стратегиям лечения. Следовательно, многие проблемы здоровья могут быть «скрытыми» от системы здравоохранения и могут приводить к усугублению как индивидуальных проблем мигрантов, так и общих проблем всего населения. Хотя в исследованиях, отобранных для обзора, содержатся данные по целому ряду контекстов и систем здравоохранения и социального обеспечения, все они указывают на то, что недокументированные мигранты сталкиваются с формальными и неформальными преградами при обращении за медицинской помощью даже в странах, предоставляющих расширенный или полный доступ к системам здравоохранения.

На основе данного систематического обзора были определены следующие варианты стратегий, относящиеся к недокументированным мигрантам:

- пересмотреть право недокументированных мигрантов на медицинскую помощь относительно вопросов обеспечения прав человека, нормативно-правовой базы страны, организации системы здравоохранения и укрепления здоровья людей;
- отстаивать интересы недокументированных мигрантов с целью расширения общественной осведомленности;
- разработать системы распространения информации о праве на медицинскую помощь и юридическую защиту, а также о способах ее получения среди недокументированных мигрантов и медицинских работников;
- содействовать применению межсекторального подхода и установлению трансграничного сотрудничества в рамках планирования служб, направленных на обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами;

- сделать доступными или улучшить коммуникационные услуги (т.е. культурных посредников, переводчиков) для поставщиков медицинских услуг с целью содействия развитию инклюзивной системы здравоохранения, в которой учитываются культурные особенности разных национальностей;
- регулярно проводить сбор данных о состоянии здоровья недокументированных мигрантов и делать их доступными для научного сообщества и лиц, разрабатывающих стратегии; определить показатели и механизмы мониторинга и оценки действия стратегий;
- содействовать проведению исследований об определении потребностей в области здравоохранения недокументированных мигрантов и их различиях по сравнению с потребностями других групп мигрантов и общего населения;
- планировать программы подготовки медицинского персонала, призывать университеты включать данный предмет в образовательные программы здравоохранения.



## 4. ВЫВОДЫ

Миграция является одной из основных социальных, политических и здравоохранительных проблем Европейского региона ВОЗ, и вырабатывающие политику лица должны будут разработать особые и последовательные стратегии для удовлетворения медицинских потребностей всех мигрантов, в том числе недокументированных. Для этого им необходимо иметь ясное представление о потребностях и состоянии здоровья недокументированных мигрантов, о том, какое воздействие эти факторы оказывают на здоровье всего населения, а также о том, какие изменения могут привести к улучшению ситуации в секторе здравоохранения. Научное сообщество и эксперты по вопросам здравоохранения должны применять совместный подход для изучения развития и оценки стратегий в области здравоохранения с целью предоставления фактических данных лицам, принимающим решения, а также с целью обмена в рамках международных научных кругов.

Было достигнуто общее соглашение о необходимости обмена передовым опытом, особенно в области предоставления доступа к медицинской помощи недокументированным мигрантам; предпринимаются попытки осуществления нескольких различных стратегий по расширению доступа. Стратегии могут быть направлены на особые категории населения или типы услуг, но все они не должны создавать формальные барьеры, которые могут ограничить доступ недокументированных мигрантов к медицинской помощи или помешать медицинским работникам оказывать ее. Для разработки будущих стратегий по устранению неравенства в отношении доступа к медицинской помощи недокументированных мигрантов необходимо использовать точную прозрачную информацию и эффективные стратегии коммуникации как о праве на здоровье мигрантов, так и о поддержке поставщиков медицинских услуг в выполнении своей роли. Сюда входят специализированные коммуникационные услуги (т.е. услуги культурных посредников, переводчиков), а также просвещение относительно инклюзивной системы здравоохранения, в которой учитываются особенности разных культур.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. International migration report 2013. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2013 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf>, по состоянию на 29 июля 2015 г.).
2. Sixty-first World Health Assembly. Health of migrants. Geneva: World Health Organization; 2008 (WHA61.17) ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_R17-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf), по состоянию на 29 июля 2015 г.).
3. Global coalition calls for acceleration of access to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/en/), по состоянию на 20 октября 2015 г.).
4. Learning to live together: migrant/migration. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2015 (<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>, по состоянию на 21 июля 2015 г.).
5. Terminski B. Realizing the right to health of undocumented immigrants in Europe: legal and social challenges. In: Proceedings of the 13th World Congress on Public Health, April 23–27 2012. Bologna: Monduzzi Editore; 2013:463–79.
6. Reporting guidelines. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (<http://picum.org/en/press-room/guidelines-for-journalists/>, по состоянию на 21 июля 2015 г.).
7. Vogel D, Kovacheva V, Prescott H. The size of the irregular migrant population in the European Union: counting the uncountable? *Int Migr.* 2011;49(5):78–96.
8. Access to health care for undocumented migrants in Europe. Brussel: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM); 2007.
9. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, editors. Migration and health in the European Union. Maidenhead, UK: Open University Press for the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J for the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010;8(5):336–41.

- 
11. Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M et al. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Int Emerg Med*. 2011;8(7):561–6.
  12. Akhavan S. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2012;11:47.
  13. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17:1346–54.
  14. Almeida LM, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. *Cad Saude Publ*. 2014;30:333–40.
  15. Alvarez-del Arco D, Monge S, Caro-Murillo AM, Ramírez-Rubio O, Azcoaga-Lorenzo A, Belza MJ et al. HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):139–44.
  16. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanita* 2013;49(2):169–75.
  17. Aung NC, Rechel B, Odermatt P. Access to and utilisation of GP services among Burmese migrants in London: a cross-sectional descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:285.
  18. Basile L, Jansà JM, Carlier Y, Angheben A, Bartoloni A, Seixas J et al. Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Eurosurveillance*. 2011;16(37):pii:19968.
  19. Baussano I, Mercadante S, Pareek M, Lalvani A, Bugiani M. High rates of Mycobacterium tuberculosis among socially marginalized immigrants in low-incidence area, 1991–2010, Italy. *Emerg Infect Dis*. 2013;19(9):1437–45.
  20. Bhopal RS. The quest for culturally sensitive health-care systems in Scotland: insights for a multi-ethnic Europe. *J Public Health*. 2012;34(1):5–11.
  21. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*. 2011;11:560.

22. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):49–60.
23. Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, de Tribolet F, Masserey E et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis*. 2009;9:34.
24. Broeders, D. Return to sender? Administrative detention of irregular migrants in Germany and the Netherlands. *Punishment Society* 2010;12(2):169–86.
25. Buja A, Fusco M, Furlan P, Bertoncetto C, Baldovin T, Casale P et al. Characteristics, processes, management and outcome of accesses to accident and emergency departments by citizenship. *Int J Public Health*. 2014;59(1):167–74.
26. Castañeda H. “Over-foreignization” or “unused potential”? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):830–8.
27. Castañeda H. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med*. 2009;68:1552–60.
28. Chernin G, Gal-Oz A, Schwartz IF, Shashar M, Schwartz D, Weinstein T. Care of undocumented-uninsured immigrants in a large urban dialysis unit. *BMC Nephrol*. 2012;13:112.
29. Chimienti M, Solomos J. Social movements of irregular migrants, recognition, and citizenship. *Globalizations*. 2011;8(3):343–60.
30. Costa D, Matanov A, Canavan R, Gabor E, Greacen T, Vondráčková P et al. Factors associated with quality of services for marginalized groups with mental health problems in 14 European countries. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:49.
31. Cuadra CB. Policies on health care for undocumented migrants in EU27: country report France. Malmö: MIM/Health and Society, Malmö University; 2010 (Health Care in NowHereland: improving services for undocumented migrants in the EU).
32. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2011;21(2):267–71.

- 
33. Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC Public Health*. 2012;12:726.
  34. Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Devillé W, Dia H, Dias S et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Res Notes*. 2012;5:99.
  35. Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Serv Res*. 2014;14:294.
  36. Davies A, Blake C, Dhavan P. Social determinants and risk factors for non-communicable diseases (NCDs) in South Asian migrant populations in Europe. *Asia Eur J*. 2011;8:461–73.
  37. De Jonge A, Rijnders M, Agyemang C, van der Stouwe R, den Otter J, van den Muijsenbergh ME et al. Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2011;32(4):182–8.
  38. Degni F, Suominen S, Esse B. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland. *J Immigr Minor Health*. 2012;14:330–43.
  39. Depallens SD, Puelma MJ, Krähenbühl JD, Gehri M. The health status of children without resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13048.
  40. Devillanova C. Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan. *J Health Econ*. 2007;27(2):265–86.
  41. Devillé W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A et al. Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*. 2011;11:699.
  42. Dias ST, Gama A, Cortes M, de Sousa B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health Soc Care Community*. 2011;19(5):514–21.
  43. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:207.

44. Dorn T, Ceelen M, Tang MJ, Browne JL, de Keijzer KJ, Buster MC et al. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:190.
45. Duguet AM, Bévière B. Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France. *Eur J Health Law*. 2011;18(1):27–35.
46. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Med*. 2008;9(Suppl 2):23–5.
47. Filc D. Circles of exclusion: obstacles in access to health care services in Israel. *Int J Health Serv*. 2010;40(4):699–717.
48. García- García J-M, Blanquer R, Rodrigo T, Caylà JA, Caminero JA, Vidal R et al. Social, clinical and microbiological differential characteristics of tuberculosis among immigrants in Spain. *PLoS One* 2011;6(1):e16272.
49. Goossens MC, Depoorter AM. Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of “urgent” medical care. *Scand J Public Health*. 2011;39(6):649–55.
50. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2012;33:1–12.
51. Grit K, den Otter JJ, Spreij A. Access to health care for undocumented migrants: a comparative policy analysis of England and the Netherlands. *J Health Polit Policy Law*. 2012;37(1):37–67.
52. Heldal E, Kuyvenhoven JV, Wares F, Migliori GB, Ditiu L, Fernandez de la Hoz K et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):878–88.
53. Hellgren Z. Negotiating the boundaries of social membership: undocumented migrant claims-making in Sweden and Spain. *J Ethn Migr Stud*. 2014;40(8):1175–91.
54. Higginbottom G, Reime B, Bharj K, Chowbey P, Ertan K, Foster-Boucher C et al. Migration and maternity: insights of context, health policy, and research evidence on experiences and outcomes from a three country preliminary study across Germany, Canada, and the United Kingdom. *Health Care Women Int*. 2013;34(11):936–65.
55. Hollings J, Samuilova M, Petrova-Benedict R. Health, migration and border management: analysis and capacity-building at Europe’s borders. *Int J Public Health*. 2012;57:363–9.

- 
56. Huffman SA, Veen J, Hennink MM, McFarland DA. Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):864–72.
57. HUMA Network. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries: law and practice. Paris: Médecins du Monde France for the HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers) Network; 2009 ([http://www.episouth.org/doc/r\\_documents/Rapport\\_huma-network.pdf](http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_huma-network.pdf), по состоянию на 28 июля 2015 г.).
58. HUMA Network. Are undocumented migrants and asylum seekers entitled to access health care in the EU? A comparative overview in 16 countries. Paris: Médecins du Monde France for the HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers) Network; 2011 (<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
59. Jackson Y, Sebo P, Aeby G, Bovier P, Ninet B, Schrenzel J et al. Prevalence and associated factors for Chlamydia trachomatis infection among undocumented immigrants in a primary care facility in Geneva, Switzerland: a cross-sectional study. *J Immigr Minor Health*. 2010;12:909–14.
60. Jackson Y, Castillo S, Hammond P, Besson M, Brawand-Bron A, Urzola D et al. Metabolic, mental health, behavioral and socioeconomic characteristics of migrants with Chagas disease in a non-endemic country. *Trop Med Int Health*. 2012;17(5):595–603.
61. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland, *Int J Public Health*. 2012;57:659–71.
62. Jaeger FN, Kiss L, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective: improving hospital care for migrant children. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:389.
63. Jensen NK, Nielsen SS, Krasnik A. Expert opinion on “best practices” in the delivery of health care services to immigrants in Denmark. *Dan Med Bull*. 2011;57(8):A4170.
64. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:154.

65. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health*. 2012;12:53.
66. Kassar H, Dourgnon P. The big crossing: illegal boat migrants in the Mediterranean. *Eur J Public Health*. 2014;24(Suppl 1):11–15.
67. Kassar H, Marzouk D, Anwar WA, Lakhoua C, Hemminki K, Khyatti M. Emigration flows from North Africa to Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24(Suppl 1):2–5.
68. Keith L, LeVoy M, Vanbiervliet F. Health systems and services for undocumented migrants: developments in Spain and Sweden. *Eurohealth*. 2014;20(4):15–8 (<http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL20No4/EH20.4-WEB-Version-16Dec14.pdf>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
69. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? *Health Policy*. 2013;114(2,3):215–25.
70. Keygnaert I, Dialmy A, Manço A, Keygnaert J, Vettenburg N, Roelens K et al. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Global Health*. 2014;10:32.
71. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex*. 2012;14(5):505–20.
72. Kluge U, Bogic M, Devillé W, Greacen T, Dauvrin M, Dias S et al. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry*. 2012;27(Suppl 2):S56–62.
73. Kraler A, Reichel D. Measuring irregular migration and population flows: what available data can tell. *Int Migr*. 2011;49(5):97–128.
74. Laczko F. New directions for migration policy in Europe. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2002;357(1420):599–608.
75. Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):858–63.
76. Lazaridis G, Poyago-theotoky J. Undocumented migrants in Greece: issues of regularization. *Int Migr*. 1999;37(4):715–40.

- 
77. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry*. 2008;23(Suppl 1):14-20.
  78. Lorant V, Bhopal RS. Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. *Eur J Public Health*. 2012;21(2):235-40.
  79. MacFarlane A, O'Donnell C, Mair F, O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Spiegel W et al. Research into implementation strategies to support patients of different origins and language background in a variety of European primary care settings (RESTORE): Study protocol. *Implement Sci*. 2012;7:111.
  80. MacFarlane A, O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Dowrick C, O'Donnell C, Mair F et al. Healthcare for migrants, participatory health research and implementation science: better health policy and practice through inclusion. The RESTORE project. *Eur J Gen Pract*. 2014;20:148-52.
  81. Madianos MG, Gonidakis F, Ploubidis D, Papadopoulou E, Rogakou E. Measuring acculturation and symptoms of depression of foreign immigrants in the Athens area. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54(4):338-49.
  82. Majori S, Baldo V, Tommasi I, Malizia M, Floreani A, Monteiro G et al. Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy). *J Travel Med*. 2008;15(5):323-7.
  83. Maroukis T, Iglicka K, Gmaj K. Irregular migration and informal economy in southern and central-eastern Europe: breaking the vicious cycle? *Int Migr*. 2011;49(5):129-56.
  84. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to health care for undocumented migrants in 11 European Countries: 2008 survey report. Paris: Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare; 2009 ([http://www.episouth.org/doc\\_r\\_documents/Rapport\\_UK\\_final\\_couv.pdf](http://www.episouth.org/doc_r_documents/Rapport_UK_final_couv.pdf), по состоянию на 28 июля 2015 г.).
  85. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med*. 2012;12(3):248-52.
  86. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2012;105:1-9.
  87. Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2009;93:55-63.

88. Mor Z, Pinsker G, Cedar N, Lidji M, Grotto I. Adult tuberculosis in Israel and migration: trends and challenges between 1999 and 2010. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(12):1613–18.
89. Norredam M. Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bull.* 2011;58(10):B439.
90. Pace-Asciak A, Mamo J, Calleja N. Tuberculosis among undocumented boat migrants to Malta: implications for a migrant tuberculosis policy. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013;17(8):1065–70.
91. Pezzoli MC, El-Hamad I, Scarcella C, Vassallo F, Speziani F, Cristini G et al. HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004–2007. *Emerg Infect Dis.* 2009;15(11):1802–4.
92. Access to health care for undocumented migrants in the EU. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM); 2010.
93. Pikhart H, Drbohlav D, Dzurova D. The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. *Int J Public Health.* 2010;55(5):401–11.
94. Priebe S, Matanov A, Barros H, Canavan R, Gabor E, Greacen T et al. Mental health-care provision for marginalised groups across Europe: findings from the PROMO study. *Eur J Public Health.* 2012;23(1):97–103.
95. Priebe S, Matanov A, Schor R, Straßmayr C, Barros H, Barry MM et al. Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health.* 2012;28;12(1):248.
96. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health.* 2011;11:187.
97. Robert G, Martínez JM, García AM, Benavides FG, Ronda E. From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *Eur J Public Health.* 2014;24(3):404–9.
98. Romero-Ortuño R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *Eur J Health Law.* 2004;11:245–72.
99. Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract.* 2013;14:151.

- 
100. Sabbatani S, Baldi E, Manfredi R. Causes of hospitalization among extra-European Union children in a large hospital of northern Italy, in a five-year observation period. *Braz J Infect Dis.* 2007;11(1):6–8.
  101. Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T et al. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;48(1):105–16.
  102. Schoevers MA, Loeffen MJ, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health.* 2010;55(5):421–8.
  103. Schoevers MA, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: a descriptive study. *J Public Health Policy.* 2009;30(4):409–22.
  104. Scotto G, Fornabaio C, Prato R, Saracino A, Tartaglia A, Di Tullio R et al. Tuberculosis and immigrants: a SIMIT (Italian Society of Infectious Diseases) clinical, epidemiological multicentric research investigation. *New Microbiol.* 2009;32(1):39–47.
  105. Sebo P, Jackson Y, Haller DM, Gaspoz JM, Wolff H. Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study. *J Immigr Minor Health.* 2011;13:510–17.
  106. Stornaiuolo G, Cuniato V, Cuomo G, Nocera E, Brancaccio G, De Rosa M et al. Active recruitment strategy in disadvantaged immigrant populations improves the identification of human immunodeficiency but not of hepatitis B or C virus infections. *Dig Liver Dis.* 2013;46:62–66.
  107. Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Díaz-Olalla JM et al. Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. *BMC Public Health.* 2012;12:367.
  108. Teunissen E, Sherally J, van den Muijsenbergh M, Dowrick C, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ Open.* 2014;4(11):e005738.
  109. Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health.* 2007;17(5):483–5.

110. van den Muijsenbergh M, van Weel-Baumgarten E, Burns N, O'Donnell C, Mair F, Spiegel W et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP7 project. *Prim Health Care Res Dev*. 2014;15:122–33.
111. van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. *Eurohealth*. 2014;20(4):11–14.
112. Villanueva SD, Puelma M, Krähenbühl J, Gehri M. The health status of children without a resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13048.
113. Wahlberg A, Källestål C, Lundgren A, Essén B. Causes of death among undocumented migrants in Sweden, 1997–2010. *Glob Health Action*. 2014;7:24464.
114. Welbel M, Matanov A, Moskalewicz J, Barros H, Canavan R, Gabor E et al. Addiction treatment in deprived urban areas in EU countries: accessibility of care for people from socially marginalized groups. *Drugs Educ Prev Policy*. 2013;20(1):74–83.
115. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
116. Willen SS. How is health-related “deservingness” reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):812–21.
117. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. 2008;8:93.
118. Wolff H, Lourenço A, Bodenmann P, Epiney M, Uny M, Andreoli N et al. Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2008;8:391.
119. Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med*. 2005;60(9):2149–54.
120. Wolff H, Janssens JP, Bodenmann P, Meynard A, Delhumeau C, Rochat T et al. Undocumented migrants in Switzerland: geographical origin versus legal status as risk factor for tuberculosis. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(1):18–23.

- 
121. Yates T, Crane R, Burnett A. Rights and the reality of healthcare charging in the United Kingdom. *Med Confl Surviv.* 2007;23(4):297–304.
  122. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381(9873):1235–45.
  123. FRAN Quarterly. Quarter 3, July–September 2014. Warsaw:FRONTEX; 2015 ([http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk\\_Analysis/FRAN\\_Q3\\_2014.pdf](http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/FRAN_Q3_2014.pdf), по состоянию на 28 июля 2015 г.).
  124. Weine S, Demin A, editors. White paper: promoting health among migrants in the U.S. and Russia through a public health approach. Washington, DC: Eurasia Foundation for the Public Health Working Group of the US–Russia Social Expertise Exchange; 2014 ([http://www.usrussiasocialexpertise.org/sites/default/files/PH%20White%20Paper%20-%20EN%20-%20Final%20\(w%20Cover\).pdf](http://www.usrussiasocialexpertise.org/sites/default/files/PH%20White%20Paper%20-%20EN%20-%20Final%20(w%20Cover).pdf), по состоянию на 28 июля 2015 г.).
  125. MPC Team. Russia: the demographic-economic framework of migration, - the legal framework of migration, - the socio-political framework of migration. Florence: Migration Policy Centre; 2013 (from CARIM East database and publications) ([http://www.migrationpolicycentre.eu/docs/migration\\_profiles/Russia.pdf](http://www.migrationpolicycentre.eu/docs/migration_profiles/Russia.pdf), по состоянию на 6 августа 2015 г.).
  126. Mukomel V. Integration of migrants: Russian Federation. Florence: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute; 2013 (CARIM-East RR 2013/02) (<http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East-RR-2013-02.pdf>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
  127. MIPEX. Migrant Integration Policy Index (<http://www.mipex.eu>, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
  128. Kuznetsova I, Mukharyamova L. Labor migrants and health care access in Russia: formal and informal strategies. *Journal of Social Policy Studies* 2014;12(1):7–20.
  129. Council of Europe. Conclusions of the European Committee of Social Rights ([http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/conclusionsindex\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/conclusionsindex_en.asp), по состоянию на 20 октября 2015 г.).
  130. General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations, 1966.

131. European Commission. Charter of Fundamental Rights of the European Union Official Journal of the European Communities. 2000;C364/1.
132. NHS Scotland: fair for all. Edinburgh: Scottish Executive (<http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/ffar/ffar1.pdf>, по состоянию на 29 июля 2015 г.).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

## Базы данных

Для поиска исследований использовались базы данных PubMed, Scopus, Cochrane Collaboration и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Авторы также просмотрели веб-сайты следующих источников с целью найти неиндексированную в медицинских базах данных литературу и современные статистические данные: Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ); Европейской обсерватории; EUR-lex (законодательные акты ЕС и другие официальные документы ЕС); Community Research and Development Information Service (CORDIS); Статистического бюро Европейского союза (Евростат); ОЭСР; Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and their Social Determinants, and Fostering Change (SOPHIE) (Оценка воздействия структурных стратегий на неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также содействие переменам); Migrant Integration Policy Index (MIPEX) (Индекс политики по интеграции мигрантов); Платформы международного сотрудничества по вопросам недокументированных мигрантов (PICUM); Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers (HUMA) Network (Сеть «Здоровье недокументированных мигрантов и лиц, ищущих убежища»), Google.

## Термины поиска

Поиск в академической литературе осуществлялся в графе заголовка/резюме с использованием ключевых слов и приведенных ниже терминов MeSH.

### Проблема 1

**PubMed:** “transients and migrants/legislation and jurisprudence”[MeSH] OR “emigrants and immigrants/legislation and jurisprudence”[MeSH] OR “transients and migrants/statistics and numerical data”[MeSH] OR “migrants” OR “undocumented migrants” OR “irregular migrants” OR “irregular migration” OR “migration policies” OR “migration laws” AND (“Europe”[MeSH Terms] OR “Asia, Central”[MeSH] OR Europ\* OR country)

**Scopus:** (transient OR migrants OR immigrants OR emigrants OR undocumented migrants OR irregular migrants OR irregular migration) AND (legislation OR law OR regulation OR statute OR migration policy OR migration laws) AND (europe OR country)

### Проблема 2

**PubMed:** (“transients and migrants”[MeSH] OR “emigrants and immigrants”[MeSH]) AND (health[MeSH] OR health OR “health status” OR “health condition” OR disease[MeSH] OR disease) AND (europe[MeSH] OR Europ\* OR country) AND (risk OR risk[MeSH] OR epidemiology[MeSH] OR epidemiology OR “cost of illness”[MeSH])

**Scopus:** (transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant) AND (health OR "health status" OR "health condition\*" OR diseases\*) AND (europ\* OR country) AND [risk OR epidemiology OR ("burden of disease" OR "burden of illness" OR "illness burden")]

### Проблема 3

**PubMed:** ("transients and migrants"[MeSH] OR "Emigrants and immigrants"[MeSH]) AND (europe[MeSH] OR Europ\* OR country) AND (("delivery of health care"[MeSH] OR health care OR "health care") OR ((legislation OR "legislation as topic"[MeSH] OR entitlement OR right\*) AND ("Delivery of health care"[MeSH] OR health care OR "health care")))

**Scopus:** (transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant) AND (europ\* OR country) AND (("Delivery of health care" OR health care OR "health care") OR ((legislation OR entitlement OR right\*) AND ("Delivery of health care" OR health care OR "health care")))

**СФДЗ:** (transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant) AND (Europ\* OR country) AND (("delivery of health care" OR health care OR "health care") OR (("Delivery of health care" OR health care OR "health care") AND (legislation OR entitlement OR right\*)))

**Европейская обсерватория:** transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant

### Проблема 4

**PubMed:** ("transients and migrants"[MeSH] OR "emigrants and immigrants"[MeSH]) AND (europe[MeSH] OR Europ\* OR country) AND (health care quality, access, and evaluation[MeSH] OR quality indicators, health care[MeSH] OR barrier\*)

**Scopus:** (transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant) AND (europ\* OR country) AND (health care quality OR quality indicator\* OR barrier\*)

**Cochrane:** (transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant) AND (Europ\* OR country) AND (health care quality OR quality indicator\* OR barrier\*)

**ОЭСР:** transient OR migrant OR nomad OR immigrant OR foreigner OR alien OR emigrant

### Проблема 5

**PubMed:** (transient OR migrants OR irregular migrants OR undocumented migrants OR immigrant OR emigrant OR irregular migration) AND (health[MeSH] OR health carequality, access, and evaluation[MeSH]) AND ("health knowledge, attitudes, practice"[MeSH] OR "cultural competency"[MeSH] OR "health policy"[MeSH])



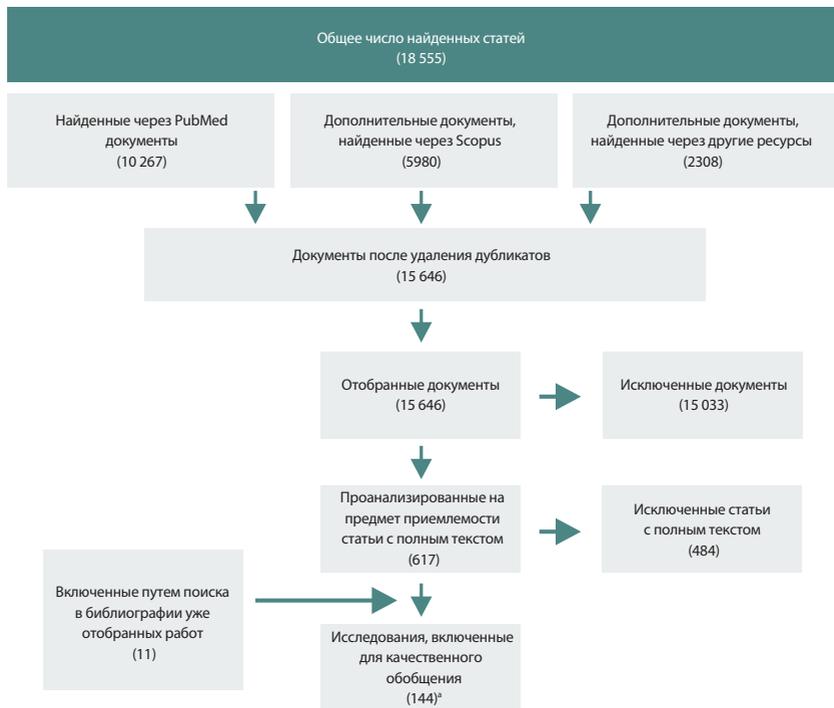
terms] OR "public policy"[MeSH terms] OR institutional policy[MeSH terms] OR migration policy[MeSH terms]) OR "health communication"[MeSH] AND ("Europe"[MeSH terms] OR "Europe"[MeSH terms] OR europ\* OR "Asia, Central"[MeSH] OR country))

**Scopus:** (transient OR migrants OR immigrants OR emigrants OR undocumented migrants OR irregular migrants OR irregular migration) AND (health care quality OR health care access) OR (knowledge, attitudes, practice OR cultural competency) OR (health policy OR health communication OR institutional policy OR migration policy) AND (europe) OR (country)

Примечание: термин «страна» в данном поиске указывает на использование названий следующих конкретных стран: Albania OR Andorra OR Armenia OR Austria OR Azerbaijan OR Belarus OR Belgium OR Bosnia OR Herzegovina OR Bulgaria OR Croatia OR Cyprus OR Czech Republic OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Georgia OR Germany OR Greece OR Hungary OR Iceland OR Ireland OR Italy OR Israel OR Kazakhstan OR Kyrgyzstan OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Macedonia OR Malta OR Moldova OR Monaco OR Montenegro OR the Netherlands OR Norway OR Poland OR Portugal OR Romania OR Russia OR San Marino OR Serbia OR Slovakia OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR Switzerland OR Tajikistan OR Turkey OR Turkmenistan OR Ukraine OR United Kingdom OR Uzbekistan.

На блок-схеме рисунка А1 отображен процесс отбора исследований на основе шаблона прозрачных отчетов о систематических обзорах и мета-анализах (PRISMA) для всего анализа. (Пять дополнительных схем, отображающих данный набор исследований в разбивке по пяти конкретным темам, можно найти онлайн по адресу <http://bit.ly/Figs2-6>).

Рис. А1. Блок-схема исследований, отобранных по пяти проблемам



\* Ввиду того, что из 144 статей 29 были посвящены нескольким проблемам, конечное реальное число исследований, включенных в обзор, составило 115 работ.







**Европейское региональное бюро  
Всемирной организации здравоохранения**

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

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. почта: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

