



## Содержание

### ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ стр. 1

Мигранты и общественное здоровье: о чем свидетельствуют фактические данные?

### ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ стр. 3

1) Все сектора могут получить значительную пользу от Международных медико-санитарных правил (ММСП)

2) Миграция и здоровье: какими фактическими данными мы располагаем для более эффективного формирования политики?

3) Проект MIGHEALTHNET – незаконченная история?

4) Миграция и общественное здоровье: прогресс в этой области во время греческого председательства в ЕС

### СОБЫТИЯ стр. 11

### БИБЛИОГРАФИЯ стр. 12

### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА стр. 13

### РАЗДЕЛ “МНЕНИЯ И КОММЕНТАРИИ” стр. 14

### ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ стр. 18

## ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

### Мигранты и общественное здоровье: о чем свидетельствуют фактические данные?

Д-р Claudia Stein, директор

#### Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, ЕРБ ВОЗ

В документе "Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г.: курс на благополучие" миграция была отнесена к числу важных факторов, влияющих на демографические особенности прироста населения в Европе. Согласно представленным данным, расчетное число мигрантов, проживающих сейчас в Европейском регионе ВОЗ, составляет 73 миллиона человек, т.е. примерно 8% от общей численности населения. За счет миграции численность населения Региона с 2005 г. увеличилась на 5 млн человек. При этом на мигрантов приходится почти 70% прироста населения, имевшего место в период с 2005 по 2010 гг. (1).

Однако долгосрочное влияние миграции на рост численности и структуру населения остается неясным. Некоторые факты, относящиеся к миграции, хорошо документированы. Так, мигранты, как правило, моложе, менее богатые и имеют меньший доступ к услугам здравоохранения, чем остальная часть населения. С другой стороны, испытывается недостаток информации о профиле заболеваемости и смертности среди мигрантов. В значительной степени это связано с тем, что не все мигранты имеют юридический статус в странах, в которых они живут, и информация о состоянии их здоровья остается вне поля зрения официальной статистики здравоохранения. Зачастую вопросы, связанные со здоровьем мигрантов, выходят на первый план только тогда, когда возникают проблемы, связанные с трансграничной передачей инфекционных заболеваний, или когда какие-либо популистские движения пытаются убедить население в том, что мигранты являются носителями болезней. В этой связи следует отметить, что даже в случае хорошо документированных заболеваний, подлежащих регистрации, таких как туберкулез, имеется мало фактических данных, указывающих на то, что мигранты являются существенным фактором в передаче этого заболевания коренному населению.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

BIFFL, Gudrun  
CAMPOSTRINI, Stefano  
CARBALLO, Manuel  
COSTANZO, Gianfranco  
DECLICH, Silvia  
DENTE, Maria Grazia  
GEORGE, Francisco  
HANNICH, Hans-Joachim  
KONRAD, Helga  
KRASNIK, Allan  
LINOS, Athena  
McKee, Martin  
MOSCA, Davide  
NOORI, Teymur  
OROSZ, Éva  
RAMAZAN, Salman  
SIEM, Harald  
PADILLA, Beatriz  
PESIK, Nicki  
REZZA, Gianni

### Координаторы

TSOUROS, Agis  
SEVERONI, Santino  
SZILÁRD, István

### Европейское региональное бюро ВОЗ (Венеция)

BARRAGÁN, Sara  
DEMBECH, Matteo  
LIRUSSI, Flavio

### Печский университет

BARÁTH, Árpád  
CSÉBFALVI, György  
EMÓDY, Levente  
GOLESORKHI, Kíá  
KATZ, Zoltán  
MAREK, Erika



Какие-либо значительные усилия для систематического анализа существующей медицинской информации о мигрантах для получения более полной и дифференцированной информации о состоянии их здоровья пока что не предпринимались. Прежде чем приступить к сбору таких данных и их анализу, важно определить, что именно подразумевается под термином "мигрант". На международном уровне какого-либо официально принятого определения понятия "мигрант" не существует. Согласно Международной организации по миграции (МОМ) термин мигрант относится к случаям, когда решение о миграции было принято человеком свободно, по причинам "личного удобства" и без воздействия какого-либо внешнего принудительного фактора" (благодаря чему проводится различие между понятиями "мигранты" и "беженцы"). Согласно определению Организации Объединенных Наций, мигрантом является человек, который проживает в другой стране в течение более одного года, независимо от причин миграции (добровольная или вынужденная), а также ее характера – регулярная или нерегулярная (в данной трактовке это понятие также охватывает беженцев) (2).

Таким образом, значение этого термина остается нечетким, и его можно использовать для описания следующих групп: регулярные (легальные) или нерегулярные (нелегальные) мигранты; люди, меняющие место жительства по экономическим, политическим или иным причинам; краткосрочные и долгосрочные мигранты.



Совещание Европейского консультативного комитета по исследованиям в области здравоохранения, Копенгаген, Дания, 2013 г. © ВОЗ

Мигранты представляют собой неоднородную группу людей, которые, скорее всего, будут различаться по демографическим, эпидемиологическим и социальным характеристикам. Поэтому для обеспечения сбора наилучших фактических данных очень важно правильно сформулировать определение термина "мигранты". По рекомендации Европейского консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения (ЕАСНР) – который консультирует директора Европейского регионального бюро ВОЗ – отделение "Фактические данные и информация для формирования политики" (EIP), относящееся к Отделу информации, фактических данных, научных исследований и инноваций (DIR) в Европейском региональном бюро ВОЗ, в сотрудничестве с проектом "Миграция и связанные с ней аспекты общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ" (проект PHAME), планирует заказать подготовку ряда сводных обзоров фактических данных в рамках Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), для того, чтобы обобщить существующие данные в этой области. В обзорах СФДЗ будет дано описание определений, которые сейчас наиболее широко используются, а также предложено подходящее рабочее определение рассматриваемого термина (который может не включить все группы мигрантов). Кроме того, отделение EIP обобщит имеющуюся медико-санитарную информацию о мигрантах, наряду с другими межсекторальными индикаторами, относящимися к благополучию мигрантов (в том числе в плане доступа к услугам здравоохранения) в увязке с целостным набором основных индикаторов, изложенных в Европейской политике Здоровье-2020. Как и в случае всех индикаторов для политики Здоровье-2020, информация о мигрантах требует разбивки по половозрастным группам, и предпочтительно также по социально-экономическому статусу, что позволит улучшить понимание профиля здоровья этой группы, а также выявить неравенства как внутри данной группы, так и по сравнению с другими группами населения.

Такой анализ существующих фактических данных позволит обеспечить лиц, определяющих политику, информацией о мерах, необходимых для эффективного сбора, анализа и обобщения информации о мигрантах, в своих национальных системах информационного обеспечения здравоохранения.



Это в свою очередь обеспечит лиц, формирующих политику, фактическими данными, необходимыми для совершенствования или формирования стратегий в области здравоохранения на национальном и международном уровнях. Кроме того, эта работа станет ключевым вкладом в повестку дня в области здравоохранения и миграции на Международной конференции по вопросам здравоохранения в Средиземноморском регионе, созванной – в рамках нынешнего председательства в Европейском союзе (ЕС) – итальянским министерством здравоохранения в октябре 2014 г. в целях обеспечения ЕС прямыми фактическими данными, необходимыми для работы в этой области.

Начиная с момента появления людей на Земле, они передвигались по планете (т.е. мигрировали), и это всегда было связано как с возникновением проблем, так и с привнесением новых идей и способов решения актуальных проблем, стоящих перед людьми. Поэтому пора провести сбор, анализ и обобщение фактических данных о состоянии здоровья мигрантов – не только для целей формирования политики и стратегий в Европейском регионе, но и для того, чтобы обеспечить соответствующей информацией всех участников процесса разработки и реализации глобальных стратегий во всех секторах.

#### Список литературы

- 1) Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г.: курс на благополучие. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being-the-executive-summary>, по состоянию на 8 сентября 2014 г.).
- 2) Key migration terms [web site] [Словарь основных терминов в области миграции (веб-сайт)]. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2014 (<http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html>), по состоянию на 8 сентября 2014 г.).

## ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

### Все сектора могут получить значительную пользу от Международных медико-санитарных правил (ММСП)

**Thomas Dieter Hofmann**, технический специалист, Отделение "Готовность стран к чрезвычайным ситуациям", Отдел инфекционных болезней, безопасности в области здравоохранения и окружающей среды, Европейское региональное бюро ВОЗ

Текущие вспышки заболеваний и чрезвычайные ситуации (ЧС) в области общественного здравоохранения убедительно показывают, что наш мир стал более глобальным и что для эффективного управления такими ЧС нужны механизмы, которые должны быть такими же сильными и глобальными, как и угрозы для общественного здоровья. Международные медико-санитарные правила (ММСП) являются одним из таких механизмов. ММСП являются одной из двух правовых

конвенций, по которым ВОЗ выполняет функции секретариата. ММСП были впервые приняты в 1969 г., а в 2005 г. они были пересмотрены – главными причинами пересмотра ММСП были увеличение объемов путешествий и торговли, а также тот факт, что в нынешних условиях ни одна страна не в состоянии эффективно оценивать и реагировать на риски для здоровья населения на чисто национальном уровне, так как страны становятся все более взаимозависимыми.



Выпуск 3 – сентябрь 2014 г.

Цель ММСП состоит в том, чтобы защитить население мира от международного распространения болезней, обеспечить борьбу с ними и принять ответные меры таким образом, чтобы свести к минимуму экономический ущерб, связанный с запоздалым выявлением опасностей для здоровья людей или с принятием мер, которые несоизмеримы со степенью реальной проблемы. Важнейшим успехом пересмотренных ММСП является требование о создании национальных координационных центров по ММСП, т.е. учреждений, которые на постоянной основе поддерживают связь между государствами-участниками и ВОЗ. Все больше число государств-участников также используют эти многосекторальные центры для прямых контактов друг с другом – без привлечения ВОЗ. Такой обмен информацией повышает как качество эпидемиологических данных, так и уровень безопасности в области здравоохранения. Никто никогда не сможет помешать опасностям для здоровья пересекать границы, но механизмы, предусмотренные в ММСП, позволят странам обеспечить эффективное функционирование служб здравоохранения, несмотря на наличие этих угроз.

С другой стороны, многие государства-участники – несмотря на наличие необходимого потенциала – все еще не готовы использовать ММСП на ежедневной основе. Во многих случаях эти государства-участники начали в 2005 г. деятельность по ММСП с самыми амбициозными целями и с твердыми планами осуществления ММСП. Тем не менее, в процессе развития и укрепления основных возможностей в поддержку использования ММСП, первоначальная цель ММСП (охрана общественного здоровья) несколько утратила свою актуальность, и ММСП стали еще одним юридическим документом, имеющим лишь отдаленное отношение к повседневному функционированию системы здравоохранения. В Приложение 1А ММСП намечены минимальные обязательные требования к системе противоэпидемического обеспечения, которых страны должны придерживаться. На данном этапе большинство стран Европейского региона ВОЗ выполняют эти требования. Для обмена информацией и консультирования с ВОЗ нужны очень небольшие ресурсы, и в этом смысле ММСП обеспечивают очень экономичный подход к управлению событиями в области

здравоохранения, укрепляя потенциал страны за счет улучшения информирования всех заинтересованных сторон и укрепления связей между ними.

Ближе к концу 2014 г. Генеральный директор ВОЗ созывает совещание Комитета по обзору ММСП, на котором будут рассмотрены запросы стран о продлении до 2016 г. срока, выделенного на развитие и укрепление ресурсной базы, необходимой для выполнения ММСП. В связи с организацией этого мероприятия было высказано предложение о том, чтобы Комитет также обсудил и представил рекомендации о путях более активного выполнения ММСП как с ресурсами, которые уже имеются, так и с ресурсами, которые станут доступными в период после 2016 г. Необходимо стандартизировать требования к необходимой для выполнения ММСП ресурсной базе и ее эффективности в целях оптимального обмена информацией. До настоящего времени мониторинг осуществления ММСП был сосредоточен в большей степени на аспектах, связанных с административным обеспечением, процедурами и оборудованием (так называемые "жесткие ресурсы") и в меньшей степени на операционных аспектах и факторах, ориентированных на достижение конечных результатов (так называемые "мягкие ресурсы").

В начале этого года 28 государств-членов Европейского союза (ЕС) приняли согласованное Решение № 1082/2013, посвященное серьезным трансграничным угрозам для здоровья населения, которое дополняет ММСП. Это решение устанавливает многосторонние механизмы координации и консультирования – наряду с двусторонними механизмами сотрудничества по ММСП. Реализация ММСП никогда не будет полной – усилия по контролю и преодолению опасностей для здоровья населения требуют, чтобы все заинтересованные стороны постоянно улучшали механизмы и способы координации, оставались динамичными в своих подходах и адаптировали свою деятельность с учетом необходимости решения новых задач и вызовов. Государствами-участниками являются страны, которые приняли ММСП. На сегодняшний день их общее число составляет 196 стран, включая все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ, плюс Святой Престол и Лихтенштейн (т.е. 55 участников Региона в целом).

Государствами-участниками являются страны, которые приняли ММСП. На сегодняшний день их общее число составляет 196 стран, включая все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ, плюс Святой Престол и Лихтенштейн (т.е. 55 участников Региона в целом).



## Миграция и здоровье: какими фактическими данными мы располагаем для более эффективного формирования политики? Рекомендации Европейского консультативного комитета ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения (EACHR)

**Tim Nguyen**, руководитель отделения "Фактические данные и аналитическая информация для реализации политики", Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, ЕРБ ВОЗ

**Santino Severoni**, координатор проекта "Аспекты общественного здравоохранения в Европе, связанные с миграцией", Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия, ЕРБ ВОЗ

**Sol Richardson**, интерн, Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, ЕРБ ВОЗ

В свете кризиса с беженцами, который развивается на южных границах Европы в бассейне Средиземного моря, вопросы охраны здоровья мигрантов стали занимать важное место в политической повестке дня многих европейских стран. Организаторы здравоохранения во всем Европейском регионе ВОЗ имеют хорошие возможности для спасения многих жизней, снижения уровня страданий и заболеваемости и сведения к минимуму негативного воздействия миграции на системы здравоохранения и общества путем реализации эффективных мер в области общественного здравоохранения, которые основаны на надежных, многопрофильных научных данных.

Однако ввиду политической чувствительности и многогранного характера этого вопроса реализация этих возможностей связана со значительными трудностями. Действительно, причины, влияние и последствия массовой миграции ощущаются по-разному в разных частях Европейского региона. Южные средиземноморские страны вынуждены решать задачи, связанные с мощной волной нерегулярной миграции из Северной Африки, в то время как государства-члены северной Европы, сталкиваются с проблемой интеграции лиц, ищущих убежища. Российская Федерация – в которой находится наибольшая доля мигрантов в рамках Региона – является домом для растущего числа экономических мигрантов. При предоставлении фактических данных, необходимых для разработки будущей политики в этой сфере, следует задать следующие три вопроса: "Каким является определение понятия мигрант?", "Какие

конкретные группы имеются в виду?" и "Что означает определение "доступ к медицинской помощи" для мигрантов в различных условиях и ситуациях?"

Эти вопросы, помимо ряда других, были подробно обсуждены на пятом совещании EACHR, которое состоялось в Копенгагене 7-8 июля 2014 г. Функции EACHR, который подчиняется непосредственно директору Европейского регионального бюро ВОЗ, включают следующие: выработка рекомендаций по формированию политики в области координации и развития научных исследований в области здравоохранения, координация приоритетных направлений исследований в области здравоохранения в рамках Региона, а также разработка научно-обоснованных стратегий по решению приоритетных проблем общественного здравоохранения. Пункты повестки дня совещания включали следующие: охрана здоровья мигрантов и уязвимых групп населения, сокращение неравенств в отношении здоровья, обзор научно-исследовательской деятельности в области здравоохранения, геномика общественного здравоохранения и практическое применение знаний.

Общий вывод обсуждений по вопросам охраны здоровья мигрантов заключался в том, что существующая доказательная база используется недостаточно, и что на данный момент актуальной задачей является обобщенный анализ имеющихся фактических данных. Такой анализ должен иметь два компонента: 1) систематический обзор с упором на рассмотрение вопросов миграции с различных позиций, 2) оценка конкретных потребностей различных групп мигрантов.



В связи с политической чувствительностью вопросов как регулярной, так и нерегулярной миграции, характер предоставления этих вопросов лицам, определяющим политику, имеет огромное значение. Вместо того чтобы проводить новые исследования по вопросам миграции и здоровья, сейчас нужно вести работу по обобщению и анализу имеющихся данных и изложению результатов анализа в такой форме, которая будет наиболее полезна для лиц, определяющих политику. Для адекватного и целостного удовлетворения потребностей мигрантов нужен многосекторальный подход. При использовании такого подхода также легче получить поддержку лиц, формирующих политику, которые имеют тенденцию рассматривать любые вопросы с экономической или правовой точки зрения, а не посредством анализа последствий тех или иных стратегий для общественного здоровья.

Был сделан вывод, что при подготовке таких обзоров следует основываться на стратегической перспективе и использовать сбалансированный подход, признавая как необходимость соблюдения прав человека, так и утилитарные экономические аргументы, касающиеся контроля расходов на медицинское обслуживание и создания потенциальных выгод для населения принимающей страны. Кроме того, в каждом обзоре следует учитывать конкретные социально-экономические

реалии в каждой стране – например, в отношении доступа к медицинской помощи для коренных жителей, моделей финансирования здравоохранения в соответствующей стране, наличия данных и любых возможных пробелов в исследованиях. Наконец, при разработке любых будущих стратегий следует учитывать потребности работников здравоохранения в обучении, чтобы преодолеть не только проблемы с реализацией стратегий на страновом уровне, но и другие невидимые барьеры для доступа мигрантов к услугам здравоохранения, включая культурные детерминанты здоровья.

ЕРБ ВОЗ планирует сделать вопросы охраны здоровья мигрантов одним из приоритетов своей деятельности в ближайшие месяцы, а также максимально реализовать возможности, которые появились благодаря тому, что тема миграции является сейчас актуальной в политической повестке дня многих государств-членов. Во-первых, ЕАЧНР создаст рабочую подгруппу и разработает круг ее ведения применительно к составлению обзоров имеющихся фактических данных. Во-вторых, серия сводных докладов Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) может послужить хорошей платформой для распространения выводов Комитета и их предоставления лицам, определяющим политику, и практическим работникам здравоохранения во всем Регионе.

## Проект MIGHEALTHNET – незаконченная история?

**David Ingleby**, почетный профессор межкультуральной психологии в Утрехтском университете и научный сотрудник Центра социальной науки и глобального здравоохранения, Университет Амстердама

Идея о проведении проекта MIGHEALTHNET сформировалась за 2 года до начала его реализации в мае 2007 г. во время совещаний участников Сети передового опыта в области международной миграции, интеграции и социальной сплоченности в Европе (IMISCOE). Небольшая группа исследователей по вопросам миграции, заинтересованных в охране здоровья мигрантов, осознала, что отсутствие твердой, доступной базы данных является одним из основных препятствий для развития знаний и передового опыта, необходимых для решения многих задач и проблем, связанных с миграцией.

Проект был разработан с целью создания такого

интернет-сборника статей, ссылок и полезной информации из различных стран, который был бы легко доступен для всех заинтересованных лиц. План сводился к использованию так называемого вики-сайта, пользователи которого могут сами редактировать соответствующие тексты и добавлять новые материалы (наиболее известным примером такого сайта является Википедия). Этот веб-сайт будет выступать в качестве своего рода информационно-координационного центра, который также будет способствовать улучшению контактов между специалистами и, соответственно, развитию сетей партнеров.



В конце 2005 г. два члена проектной группы приехали в головной офис Международной организации по миграции (МОМ) в Женеве и получили там обещание о том, что этому проекту будет оказана помощь – скорее практическая, чем финансовая – в процессе реализации этой идеи. В результате всего этого родился проект IMISCOE/MOM по Европейскому обследованию состояния здоровья мигрантов.

Почему было принято решение приступить к проведению этого проекта, несмотря на все связанные с этим трудности? Почему бы не использовать уже имеющиеся медицинские базы данных, такие как PUBMED или MEDLINE? Проблема заключается в том, что информация о состоянии здоровья мигрантов находится во многих различных местах и поэтому ее часто очень трудно найти. Назрела необходимость обеспечить гораздо более широкую доступность различных видов информации, охватывающих различные дисциплины (общественные науки, медицину и т.д.), разные языки и различные типы публикаций – в частности, "серую литературу" (т.е. технические отчеты и другие документы менее формального характера). Перечни мероприятий, организаций и ссылок на полезные сайты также будут необходимы в этом контексте.

Однако вскоре было обнаружено, что выполнение этой задачи не будет легким – даже с помощью МОМ – и что в проект вовлечено слишком малое количество участников, чтобы обеспечить его практическую реализацию. Проект IMISCOE является сетью и не располагает какими-либо фондами для исследований. Поэтому вскоре выяснилась необходимость в изыскании более серьезной финансовой поддержки проекта для того, чтобы добиться успеха или хотя бы просто продолжить его дальнейшую деятельность.

Как это часто бывает в мире исследований, следующий шаг был сделан совершенно случайно. Исследователь из Афинского Университета (Ioanna Kotsioni) услышала о проекте и поняла, что он будет идеальной платформой для ее собственного отдела, который в это время планировал расширить свою научно-исследовательскую программу. Генеральный директорат по здравоохранению и защите потребителей (DG-SANCO) только что опубликовал призыв, в котором тема охраны здоровья мигрантов занимает видное место. Проект MIGHEALTHNET был разработан при финансовой поддержке со стороны Афинского национального университета им. Каподистрии. Ioanna была

координатором проекта, а я (David Ingelby) выполнял функции научного координатора. Продолжительность проекта была определена в 2 года (2007-2009 гг.), а его общая стоимость составляла около 650 000 евро.

Полная энтузиазма группа партнеров приступила к работе в 16 различных странах. Без преданности и энтузиазма всех партнеров никогда бы не были достигнуты те успехи, которые были получены благодаря проекту. Было принято решение использовать такое же программное обеспечение как и в Википедии (Mediawiki). Сеть сайтов включает сайты в 16 странах, а также общий сайт для всего ЕС. Все эти сайты доступны через сайт MIGHEALTHNET ([www.mighealth.net](http://www.mighealth.net)).

Два основных вопроса, которым посвящена сеть MIGHEALTHNET – это состояние здоровья мигрантов и этнических меньшинств, и медицинское обслуживание этих групп (право на получение медицинской помощи, ее доступность, ее качество и т.д.). Кроме того, вышеуказанные веб-сайты содержат справочную информацию о статусе мигрантов и этнических меньшинств в каждой стране, а также о мерах, принимаемых для улучшения качества медицинских услуг, оказываемых этим группам, включая проведение дальнейших исследований в этой области. Автоматический перевод Google Translate позволяет не только просмотреть сайты на известных человеку языках, но и посмотреть на машинный перевод на родной язык веб-страниц, написанных на другом языке. Хотя результаты машинного перевода и бывают часто просто смехотворными, такие переводы, как правило, достаточно хороши, чтобы, по крайней мере, составить общее представление о том, что именно делается в каждой стране.

Все сайты структурированы одинаково – в соответствии со следующими шестью темами:

- справочная информация о мигрантах и этнических меньшинствах;
- информация о состоянии здоровья мигрантов и этнических меньшинств;
- информация о системе здравоохранения и правах мигрантов и этнических меньшинств на медицинскую помощь;
- информация о доступности медицинской помощи;



Выпуск 3 – сентябрь 2014 г.

- информация о качестве медицинской помощи, в том числе о передовом опыте по адаптации оказываемых медицинских услуг к потребностям мигрантов и этнических меньшинств;
- информация о механизмах достижения перемен к лучшему, которая охватывает следующие моменты: центры передового опыта, общие доклады и программные документы, научные журналы, учебные программы, группы электронных адресов и т.д.

К концу 2-летнего периода почти на всех веб-сайтах был размещен большой объем соответствующих материалов. Доклады о положении дел были подготовлены большинством партнеров и размещены на их сайтах. В некоторых странах, этот проект имел огромный успех. Лучшим примером является Норвегия, где Thor Inseth и его коллеги из Норвежского центра по исследованиям, посвященным охране здоровья этнических меньшинств (NAKMI), превратили свою Вики в настоящую энциклопедию – со специально написанными статьями и многочисленными ссылками. В конце проекта количество запросов к этому сайту в сутки составляло несколько сотен. Напротив, команда в Германии – несмотря на создание отличного сайта, энергичную информационную кампанию и гораздо большую численность населения – смогла зарегистрировать лишь крошечную долю количества запросов к их сайту по сравнению с сайтом в Норвегии. Действительно, было очень трудно предсказать, насколько популярны окажутся те или иные сайты.

Здесь нужно рассмотреть две важные проблемы. Одна из них – это огромные различия между странами. Так, например, в Соединенном Королевстве и Нидерландах объем соответствующей информации был, по-видимому, даже слишком большой, в то время как в Болгарии, Венгрии и Турции эта тема была практически неизвестной. Другой проблемой была трудность привлечения добровольцев, готовых создавать сайты на безвозмездной основе. Вдохновение пришло из Википедии, которая привлекает огромное количество людей, готовых затрачивать массу времени и энергии на написание новых статей и улучшение статей, написанных другими. Первоначально считалось, что этот подход сработает и среди людей, занимающихся вопросами охраны здоровья мигрантов в Европе. К сожалению эта идея так и осталась идеей, так как почти все люди,

разрабатывающие сайты, получали за эту работу финансовое вознаграждение. Было также выявлено, что в некоторых странах само понятие "вики-сайта" имело негативный оттенок, например, из-за того что оно ассоциировалось с идеями, которые не заслуживают уважения и являются подпольными и явно ненаучными. К сожалению, финансирование по гранту закончилось как раз тогда, когда сайты начали приносить реальную пользу.

Когда стало ясно, что устойчивость проекта находится под угрозой, DG-SANCO и партнеры проекта достигли согласия о том, что группы проекта в каждой стране сделают все возможное, чтобы заручиться поддержкой, необходимой для продолжения проекта. Однако договориться о таком подходе было легче, чем реализовывать его на практике. Последствия кризиса становились все более выраженными. Поэтому для большинства потенциальных спонсоров приоритетом стало принятие срочных мер по экономии средств, а не обсуждение того, как израсходовать их наиболее эффективным образом. Только в Норвегии и Нидерландах были найдены такие источники финансирования, которые позволяют регулярно обновлять созданные сайты. В большинстве других стран, такие сайты стали примером инициативы, эффективность планирования которой оказалась недостаточной для ее развития и выживания. Несмотря на это, силами добровольцев к сети было добавлено 5 дополнительных вики-сайтов.

Оживить эту сеть, или, по крайней мере, некоторые ее части будет совсем не трудно. На данный момент общий вики-сайт (на английском языке) используется для размещения материалов проекта COST Action ADAPT (Адаптация систем здравоохранения в Европе к разнообразным условиям). Другие проекты также могли бы использовать этот сайт для аналогичных целей. В некоторых странах, где в начале проекта интерес к нему был незначительным, в настоящее время тема миграции прочно вошла в политическую повестку дня. Основа уже заложена и, если удастся найти источники финансирования, то проект MIGHEALTHNET все еще может сыграть ключевую роль в укреплении здоровья мигрантов и этнических меньшинств в рамках Европы.





## Миграция и общественное здоровье: прогресс в этой области во время греческого председательства в ЕС

Jenny Kremastinou, директор Греческого центра профилактики и контроля заболеваний

### Введение

В 2011 г. 69% роста населения в странах ЕС-27 приходилось на мигрантов (0,9 млн человек). Вклад чистой миграции (с учетом статистической корректировки) в общий прирост населения превышает процент естественного прироста с 1992 г., а его пик имел место в 2003 г. (95% от общего прироста населения). Поэтому миграция является одним из факторов обновления, силы и роста будущей рабочей силы в рамках ЕС.

Тем не менее, нерегулярная (нелегальная) миграция в страны ЕС-28 продолжает оставаться значительной проблемой для общественной безопасности, а также для систем медицинского обслуживания и служб общественного здравоохранения во всех государствах-членах. Важным моментом является то, что нерегулярная миграция имеет разные формы в различных государствах-членах. Например, государства-члены в бассейне Средиземного моря часто сталкиваются со случаями массового прибытия иммигрантов/беженцев через свои морские границы, в то время как государства-члены в центре и на севере Европы в основном сталкиваются с ситуациями, когда мигранты пытаются въехать в эти страны с поддельными документами.

### Ситуация в Греции и в ЕС в целом

По данным Европейского агентства по управлению оперативным сотрудничеством на внешних границах государств – членов Европейского союза (ФРОНТЕКС), в 2013-2014 гг. большинство незаконных пересечений границы имели место на морских границах. В частности, массовый приток мигрантов имеет место в центральном Средиземноморском регионе, в основном на границах Италии и Греции. Следует отметить, что количество таких пересечений в настоящее время находится на пике, даже по сравнению с начальными стадиями "арабской весны" в 2011 г. (1). Этот наплыв мигрантов сочетался с тем, что в страны ЕС было подано большее количество ходатайств о международной защите, чем в любой другой период времени, начиная с 2010 г. Последствия "арабской весны" и гражданской войны в Сирийской Арабской Республике привели к рекордному числу ходатайств о предоставлении убежища, поданных в ЕС – особенно в таких странах, как

Германия, Швеция и Соединенное Королевство.

Кроме того, произошло несколько крупных трагических инцидентов, связанных с опрокидыванием судов в центральной части Средиземного моря (например, кораблекрушение у острова Лампедуза в октябре 2013 г.) и в Эгейском море, что привело к массовой гибели людей, в том числе женщин и детей. Данные, собранные ФРОНТЕКС, позволяют предполагать, что миграционное давление в центральном Средиземноморском регионе останется на высоком уровне. При этом Греция является той страной в рамках ЕС, где приток мигрантов является самым высоким.

Информация о ситуации в Греции:

- в настоящее время оценочное число нелегальных мигрантов в стране является особенно высоким (от 150 000 до 400 000 человек, что составляет 2,5% общего населения);
- в период до 1 сентября 2014 г. в Греции были задержаны более 17 500 нелегальных мигрантов, и власти ожидают, что к концу года их количество достигнет 31 000 – по сравнению с 10 500 человек в 2013 г.;
- по сравнению с 2013 г. в этом году было зарегистрировано трехкратное увеличение числа иммигрантов и лиц, ищущих убежища; при этом более половины из них являются гражданами Сирийской Арабской Республики;
- дефицит ресурсов остается одной из основных проблем; 4 сентября 2014 г. правительство Греции направило в ЕС официальный запрос о предоставлении Греции экстренной финансовой помощи.

### Деятельность в области миграции и общественного здравоохранения, которая имела место во время греческого председательства в ЕС

Вопросы миграции и охраны здоровья населения были одним из главных приоритетов греческого председательства в ЕС (январь-июнь 2014 г.), которое поставило перед собой цель повышения общей осведомленности людей о воздействии миграции на общественное здоровье и системы здравоохранения.



В этом контексте, Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) – в сотрудничестве с Греческим центром по контролю и профилактике заболеваний и под эгидой Греческого председательства в ЕС – организовал технический семинар под названием "Преимущества для общественного здоровья, связанные со скринингом на инфекционные заболевания среди вновь прибывших мигрантов в страны ЕС/Европейской экономической зоны (ЕЭЗ)". Этот семинар был проведен в Афинах 19-20 марта 2014 г. с участием более 50 участников, включая представителей Европейской комиссии, ВОЗ, Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), МОМ и различных неправительственных организаций (НПО).

Одна из главных целей этого мероприятия заключалась в том, чтобы подчеркнуть положительные аспекты расширения сотрудничества между государствами-членами ЕС, направленного на решение этой общей проблемы здравоохранения. В ходе семинара представители государств-членов ЕС/ЕЭЗ получили возможность обменяться опытом и передовыми методами работы, а также были проинформированы о текущих проектах (проводимых при поддержке Программы ЕС в области здравоохранения и ECDC) и исследованиях экономической эффективности программ скрининга мигрантов, проводимых в некоторых государствах-членах.

Во время этого 2-дневного семинара был рассмотрен ряд ключевых вопросов, вызывающих озабоченность всех государств-членов, включая следующие:

- отсутствие системного подхода к профилактике и лечению определенных заболеваний, а также к используемым для этой цели протоколам и методикам;
- потребность в европейском руководстве по скринингу инфекционных заболеваний среди мигрантов в ЕС;
- необходимость обеспечения того, чтобы инфекционные больные, выявленные в ходе скрининга, имели доступ к соответствующей медицинской помощи;
- необходимость устранить пробелы в коммуникации и сотрудничестве с другими секторами, занимающимися вопросами миграции (например, правоохранительными органами).

Приоритетные вопросы миграции и здравоохранения были также обсуждены на неформальном совещании

Совета министров здравоохранения в Афинах, состоявшемся 28-29 апреля 2014 г. Министры договорились о необходимости принятия мер для:

- обеспечения доступа к медицинской помощи для всех мигрантов;
- разработки руководящих принципов и методик борьбы с инфекционными заболеваниями;
- создания специальных медицинских служб для особо уязвимых групп мигрантов, например, для беременных женщин и детей младшего возраста;
- создания специальной рабочей группы в рамках Комитета ЕС по безопасности здоровья населения для эффективного решения наиболее насущных проблем здравоохранения;
- повышения межгосударственного сотрудничества с целью обмена передовым опытом и оказания взаимной поддержки; и
- более широкого распространения информации и более эффективного использования ресурсов структурных фондов ЕС, в том числе нового фонда "Предоставление убежища, миграция и интеграция" (AMIF).

Последующие действия на основе этих решений, конечно, еще предстоит увидеть, но есть надежда, что органы здравоохранения по всей Европе смогут достичь договоренности об основных принципах скрининга вновь прибывших мигрантов.

В заключение следует отметить, что в Греции основными целями общественного здравоохранения применительно к вопросам, связанным с ростом миграции, остаются следующие:

- укрепление системы эпиднадзора, чтобы она была в состоянии принимать необходимые оперативные меры;
- повышение информированности медицинских работников и общественности в целом по вопросам здоровья мигрантов; и
- повышение межсекторального сотрудничества с соответствующими заинтересованными сторонами (правоохранительными органами, пограничными службами, НПО и т.д.).



## Библиография

1) FRAN Quarterly. Quarter 1 January–March 2014. Risk analysis (18/8/2014). Warsaw: European Agency for the Management of Operational Cooperation at the External Borders of the Member States of the European Union (FRONTEX) Risk Analysis Unit; 2014 ([http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk\\_Analysis/Fran\\_Q1\\_2014.pdf](http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Fran_Q1_2014.pdf), accessed 9 September 2014).

## СОБЫТИЯ

**Кто проводит:** ВОЗ

**Что:** Шестидесят четвертая сессия Европейского регионального комитета ВОЗ

**Когда:** 15-18 сентября 2014 г.

**Где:** Копенгаген, Дания

Министры и высокопоставленные представители из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ, а также представители партнерских организаций и организаций гражданского общества приняли участие в 64-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, состоявшейся в Копенгагене, Дания, 15-18 сентября 2014 г. В первый день сессии был проведен технический брифинг на тему "Миграция и здравоохранение", в ходе которого представители ряда стран обсудили последствия миграции для общественного здравоохранения в Регионе, уделяя особое внимание основным задачам и проблемам в этой области и вопросам удовлетворения наиболее неотложных потребностей. В ходе этого брифинга осуществлялась его прямая трансляция в Интернете, а также его прямое освещение в Twitter – через хэштег #RC64Copenhagen.

**Ссылка:** <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/sixty-fourth-session>

**Кто:** Европейская ассоциация общественного здравоохранения

**Что:** Седьмая европейская конференция по общественному здравоохранению. Помните о наличии разрыва: действия по сокращению неравенств в отношении здоровья и медицинского обслуживания

**Когда:** 19-22 ноября 2014 г.

**Где:** Глазго, Шотландия, Соединенное Королевство

**Ссылка:** <http://ephconference.eu/>

**Кто:** Академия европейского права

**Что:** Ежегодная конференция по управлению границами ЕС, 2014 г. – FRONTEX, оценки по Шенгенской зоне, ЕВРОСУР и визовые правила

**Когда:** 25-26 сентября 2014 г.

**Где:** Международный центр конференций, CICG, Женева

**Ссылка:** [https://www.era.int/cgi-bin/cms?\\_SID=new&\\_sprache=en&\\_bereich=artikel&\\_aktion=detail&idartikel=124668](https://www.era.int/cgi-bin/cms?_SID=new&_sprache=en&_bereich=artikel&_aktion=detail&idartikel=124668)

**Кто проводит:** Initiatives and Studies on Multi-ethnicity (ISMU) Foundation [Фонд для инициатив и исследований по мультиэтничности (ISMU)]

**Что:** Международная конференция мегаполисов 2014 г.

**Когда:** 3-7 ноября 2014 г.

**Где:** Конференц-центр MiCo Milano Congressi, Милан, Италия

**Ссылка:** <http://www.metropolis2014.eu/page/17/Workshops>



## ПУБЛИКАЦИИ

### **Работа для иммигрантов (том 4.): интеграция на рынке труда в Италии (на англ. яз.)**

2014 г.

(<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114121e.pdf?expires=1405938146&id=id&accname=ocid195767&checksum=48709E17CDF3216AEF32C2A6C1A7129C>)

До середины 1990-х годов доля мигрантов в Италии была относительно низкой в сравнении с другими странами. Однако в последние 15 лет уровень миграции в Италию резко возрос в связи с такими причинами, как устойчивый спрос на иностранных рабочих в низкоквалифицированных и низкооплачиваемых рабочих местах, близость зон конфликтов и расширение Европейского союза (ЕС) в 2007 г. в связи с включением в

ЕС Румынии и Болгарии. В настоящем докладе представлен обзор следующих аспектов: навыки и квалификация иммигрантов в Италии; соответствующие ключевые показатели на рынке труда в международном сравнении; эволюция миграционной ситуации с учетом раздробленного рынка труда в Италии и высокой доли неофициальных рабочих мест. В докладе приведен анализ структуры и основных политических инструментов, созданных для содействия интеграции мигрантов. Особое внимание уделяется вопросам финансирования и распределения полномочий между задействованными сторонами на национальном и субнациональном уровнях. В настоящем докладе также рассматриваются такие вопросы, как интеграция детей иммигрантов в школе и их переход от периода школьного обучения к периоду трудовой деятельности.

### **Доступ к медицинскому обслуживанию людей с множественными факторами уязвимости в 27 городах в 10 различных странах. Доклад о социальных и медицинских данных, собранных в 2013 г. в восьми странах Европы, а также в Турции и Канаде (на англ. яз.)**

(<http://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/access-to-healthcare-27-cities-10-countries-doctors-of-the-world1.pdf>)

В докладе организации "Врачи мира" (Médecins du monde) представлен анализ данных, собранных в 27 городах 10 стран: восемь европейских стран, а также Турция и Канада.

Во многих странах группы, которые были уязвимы и в период до экономического кризиса (нелегальные мигранты, лица, ищущие убежища, люди, употребляющие наркотики, секс-работники, малоимущие европейские граждане, бездомные и т.д.), столкнулись с ухудшением или даже полным исчезновением служб социальной защиты и социальных сетей, которые ранее предоставляли им базовую поддержку.

Почти половина пациентов, с которыми встретились члены организации "Врачи мира", имеют разрешение на проживание в Европе. Для тех людей из стран ЕС и стран за пределами ЕС, которые не имеют разрешения на проживание, ситуация еще сложнее. В 2013 г. 76,3% людей, охваченных опросом, сообщили о том, что они, по крайней мере, один раз были объектами насилия. Типы насилия, о которых чаще всего сообщалось, включали голод и проживание в стране, находящейся в состоянии войны. Почти 20% людей сообщили, что они испытали насилие в стране, где они были опрошены.

Три типа проблем, препятствующих доступу к медицинской помощи, наиболее часто сообщаемых пациентами, включали следующие: финансовые проблемы (25,0%); административные проблемы (22,8%); дефицит знаний о системе здравоохранения и своих правах или дефицит понимания тех или иных аспектов (21,7%). Среди указанных респондентами причин миграции на вопросы личного здоровья пришлось только 2,3%. Эти результаты явно противоречат мифу о том, что мигранты приезжают в Европу для получения медицинских услуг.



### Annual Risk Analysis 2014 [Ежегодный анализ рисков, 2014 г.]

([http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk\\_Analysis/Annual\\_Risk\\_Analysis\\_2014.pdf](http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2014.pdf))

ФРОНТЕКС является Европейским агентством по управлению оперативным сотрудничеством на внешних границах государств – членов Европейского союза. Публикация ФРОНТЕКС "Ежегодный анализ рисков, 2014 г." посвящена описанию текущих проблем, которые могут повлиять на координацию оперативной деятельности вдоль внешних границ ЕС. В ней представлены самые последние данные о ситуации мигрантов до, во время и после пересечения границы.

Число случаев незаконного пересечения границы вдоль внешних границ ЕС резко возросло в период между 2012 и 2013 гг. – от примерно 72 500 до 107 000, что составляет годовой прирост в 48%. Хотя ежегодный прирост этого показателя и является существенным, уровень 2013 г. сопоставим с общим числом таких случаев, зарегистрированных государствами-членами ЕС в 2009 и 2010 гг. (104 600 и 104 000, соответственно), и он по-прежнему ниже, чем общее число случаев, зарегистрированных в ходе "арабской весны" в 2011 г. (141

000). В большинстве выявленных случаев незаконного пересечения границы нарушителями были граждане Сирии, Эритреи, Афганистана и Албании, на которых в совокупности приходилось 52% (55 400) от общего числа таких случаев.

Согласно данным сети ФРОНТЕКС по анализу рисков в 2013 г., количество поданных в ЕС заявлений о предоставлении убежища продолжает расти. Предварительные данные указывают на общее их увеличение примерно на 28%.

В 2013 г. около 159 000 граждан третьих стран были возвращены в третью страну и эта тенденция является довольно устойчивой. Эта величина не включает случаи такого возвращения (реадмиссии) между государствами-членами ЕС. В 2012 г. Соединенное Королевство и Греция были теми государствами-членами, на которых пришлось наибольшее количество реадмиссий.

Что касается прогнозов на будущее, то все указывает на повышенную вероятность большого числа незаконных пересечений границ ЕС и на увеличение числа мигрантов, нуждающихся в помощи. При этом речь идет не только о поисково-спасательных операциях, но и о международной защите граждан, в частности, на южном участке внешней границы ЕС (т.е. по миграционным маршрутам через страны Восточного и Центрального Средиземноморья).

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 2014 г.

**International migration and development: report of the Secretary-General [Международная миграция и развитие: доклад Генерального секретаря] (A/69/207).** Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2014 г.  
([http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/A-69-207\\_en.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/A-69-207_en.pdf))

Nyiri 2012

**A specialist clinic for destitute asylum seekers and refugees in London.** Br J Gen Pract. 2012; 62(604):599–600  
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481505/>)

Siyam & Roberto 2014

**Migration of health workers: the WHO Code of Practice and the global economic crisis. [Миграция работников здравоохранения: кодекс практики ВОЗ и глобальный экономический кризис]** Geneva: World Health Organization; 2014  
([http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/migration\\_book/en/](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/migration_book/en/))



## РАЗДЕЛ “МНЕНИЯ И КОММЕНТАРИИ”

Приведенные ниже статьи отражают мнения авторов. Они не обязательно отражают точку зрения или мнения ВОЗ, Печского университета или редакционного совета Информационного бюллетеня.

### Сбор данных о состоянии здоровья и оценка профессиональных опасностей для здоровья, связанных с работой в миграционных центрах Венгрии

**Zoltán Katz**, доцент

**Erika Marek**, старший преподаватель

**István Szilárd**, главный научный консультант

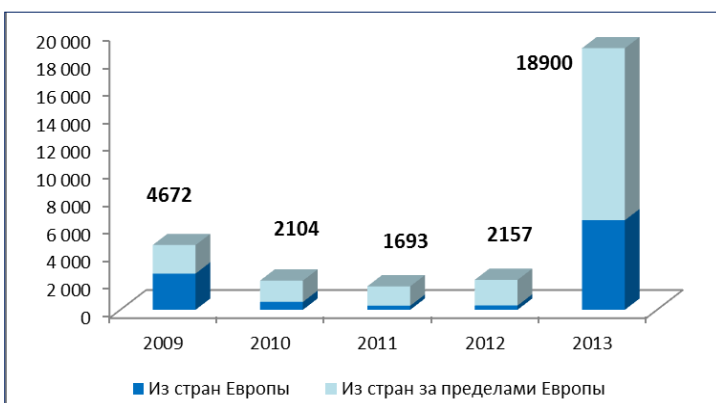
Медицинская школа Печского университета, кафедра по охране здоровья мигрантов

#### Исходные данные

Венгрия присоединилась к Шенгенской зоне Европейского союза (ЕС) 21 декабря 2007 г. На Венгрию приходится примерно 1100 км границ шенгенской зоны ЕС и она сталкивается с проблемой притока мигрантов – как регулярных, так и нерегулярных – из Восточной и Юго-Восточной Европы.

На протяжении многих лет число выявленных нерегулярных (нелегальных) мигрантов стабилизировалось, но оно начало резко увеличиваться в период с 2012 по 2013 гг. (см. рис. 1).

**Рис. 1. Зарегистрированные лица, ищущие убежища в Венгрии, в разбивке по странам происхождения, 2009–2013 гг.**



**Источник:** Статистические данные Венгерского управления иммиграции и гражданства, 2014 г.

([http://www.bmbah.hu/jomla/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=492&Itemid=1259&lang=en#](http://www.bmbah.hu/jomla/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=492&Itemid=1259&lang=en#))

В 2013 г. более 18 000 нерегулярных мигрантов обратились с просьбой о предоставлении убежища или статуса беженца. В основе этой тенденции лежат несколько факторов выталкивания, включая побочный эффект "арабской весны" и серьезный, кровавый кризис в Сирии.

Состав группы лиц, ищущих убежища, в разбивке по странам происхождения, представлен на рис. 2, где дается сравнение данных за 2012 и 2013 гг. Помимо большого числа иммигрантов с Балкан (из провинции Косово, находящейся под управлением ООН (1244)) и Центральной Азии, также значительно увеличилось число лиц, въезжающих в Венгрию из стран Ближнего Востока и Африки. В этих регионах службы общественного здравоохранения либо недостаточно развиты, либо были разрушены, и, как следствие, прививочный статус мигрантов является в лучшем случае неопределенным. Распространенность возникающих и возвращающихся инфекционных болезней, таких как полиомиелит, корь и туберкулез, в этих странах является высокой, что указывает на реальную опасность возобновления в ЕС передачи вакциноуправляемых инфекций. В частности, уже хорошо известен тот факт, что заболеваемость инфекционными и вакциноуправляемыми инфекциями среди населения принимающей страны может значительно возрасти как следствие этих процессов (1). Наиболее пострадавшие страны Западной Европы – а именно Соединенное Королевство, Германия, Франция, Италия и Испания – также имеют значительное количество мигрантов. В последние годы публикуется все большее число докладов о воздействии иммиграции на состояние здоровья населения в ЕС. (Смотри, например, работу Suijkerbuijk et al. 2009 (2).)



Выпуск 3 – сентябрь 2014 г.

**Рис. 2. Состав лиц, ищущих убежища в Венгрии, в разбивке по странам происхождения**

Страна происхождения	Число лиц, ищущих убежища, в 2012 г.	Число лиц, ищущих убежища, в 2013 г.	Величина изменения
Провинция Косово, находящаяся под управлением ООН (резолюция 1244)	226	6 212	5 986
Пакистан	327	3 081	2 754
Афганистан	880	2 328	1 448
Алжир	59	1 116	1 057
Сирийская Арабская Республика	145	977	832
Бангладеш	15	679	664
Марокко	47	496	449
Нигерия	27	455	428
Мали	0	305	305
Гана	1	269	268
Сомали	69	191	122
Другие	361	2 791	2 430
<b>Итого</b>	<b>2 157</b>	<b>18 900</b>	<b>16 743</b>

**Источник:** Статистические данные Управления по делам иммиграции и гражданства Венгрии, 2014 г. ([http://www.bmbah.hu/jomla/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=492&Itemid=1259&lang=en#](http://www.bmbah.hu/jomla/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=492&Itemid=1259&lang=en#))

Эта опасность для здоровья населения одновременно повышает профессиональные проблемы, связанные со здоровьем, особенно для специалистов, работающих с мигрантами, или работников здравоохранения, оказывающих мигрантам медицинскую помощь. Пограничники, работники здравоохранения и люди, работающие в миграционных центрах, имеют первый контакт с мигрантами, которые въехали в страну в обход стандартных путей пересечения границы.

В 2013 г. кафедра по охране здоровья мигрантов Медицинской школы Печского университета (UPMS) начала проведение обзора, охватывающего 10 венгерских пограничных пунктов вдоль восточной/юго-восточной шенгенской границы и центры для просителей убежища, чтобы оценить готовность персонала и условия инфраструктуры, в том числе с точки зрения решения вопросов, связанных со здравоохранением. Это обследование было продолжением предыдущего совместного проекта Международной организации по миграции и Печского университета (3).

Проект состоял из 4-х основных элементов:

- содействие проведению среди соответствующего персонала (пограничники, работники здравоохранения и работники социального обеспечения) обследований, основанных на самоанкетировании;
- инвентаризация инфраструктуры общественного здравоохранения в пунктах пересечения границы и в миграционных центрах;
- сбор и анализ имеющихся данных о состоянии здоровья мигрантов на основе медицинских карт мигрантов непосредственно в местах их пребывания;
- организация групповых занятий с мигрантами.

Важным и продолжающимся элементом работы на местном уровне является сбор и анализ имеющихся данных о состоянии здоровья мигрантов, включая подробные сведения о доступе мигрантов к медицинскому обслуживанию и о системе хранения их медицинских данных. На основе проведенного на местном уровне анализа данных о состоянии здоровья мигрантов (в том числе о средствах сбора и хранения таких данных), можно сделать вывод, что в настоящее время в Венгрии не имеется стандартизированной, электронной статистики о состоянии здоровья мигрантов. Во всех охваченных обследованием миграционных центрах осуществляется скрининг состояния здоровья. В самом крайнем случае в них имеется медицинский кабинет, где мигранты могут получить врачебную помощь если не на постоянной, то на регулярной основе. Тем не менее, в центрах не имеется стандартизированного протокола скрининга, данные о состоянии здоровья мигрантов хранятся в бумажном виде и в большинстве случаев регистрируются только симптомы и результаты скрининга, а не диагнозы. Кодирование заболеваний по Международной классификации болезней (МКБ) также не проводится. В этих центрах также не имеется четких каналов направления соответствующих данных в национальные координационные центры по Международным медико-санитарным правилам (ММСР).

## Выводы

Ниже приводится краткое описание выводов, сделанных на основе накопленного опыта:



Хотя Венгрия предпринимает серьезные усилия, чтобы справиться с быстро растущим притоком мигрантов, есть области, в которых ей нужно принять дополнительные меры, как на это указывают результаты опроса.

- Необходимо модернизировать систему подготовки пограничников и соответствующего гражданского персонала, учитывая возросший профессиональный риск для здоровья, связанный с работой с мигрантами (UPMS предложил оказать помощь в этой области).
- Следует проводить курсы для обучения медицинского персонала по вопросам охраны общественного здоровья, включая аспекты, связанные с миграцией (UPMS предложил оказать помощь в проведении таких курсов).
- Меры по реализации ММСР должны быть усилены.

- Диапазон медицинских услуг, предоставляемых в миграционных центрах, должен быть расширен (персонал, протоколы скрининга, информационно-технологическая инфраструктура, часы работы и т.д.).

Разработка унифицированной электронной информационной системы (и базы данных) о состоянии здоровья мигрантов будет краеугольным камнем в организации оказания медицинской помощи мигрантам на основе фактических данных. UPMS начал процесс сбора имеющихся данных на основе существующих медицинских карт и записей на бумажных носителях. В качестве первого шага для регистрации и анализа данных можно использовать опыт, накопленный при применении системы эпиднадзора на основе симптомов и результатов обследований.

#### Список литературы

1. Migrant health: infectious diseases in non-UK born populations in the UK. An update to the baseline report. London: Health Protection Agency; 2011 (<http://www.better-health.org.uk/resources/research/migrant-health-infectious-diseases-non-uk-born-populations-uk-update-baseline-rep>, accessed 9 September 2014).
2. Suijkerbuijk AWM, Lindeboom R, van Steenberghe JE, Sonder GJB, Doorduyn Y. Effect of hepatitis A vaccination programs for migrant children on the incidence of hepatitis A in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2009; 19(3):240–244.
3. PHBLM Project: increasing public health safety alongside the new eastern European border line. Brussels: International Organization for Migration (IOM) Regional Liaison and Coordination Office to the European Union; 2006 (<http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/PHBLM-Project-Summary-Brief-011209.pdf>, accessed 9 September 2014).

#### Демографические прогнозы: почему они так часто бывают ошибочными

(<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5184>)

John Appleby, главный экономист, Королевский фонд

BMJ 2014;349(g5184). doi: 10.1136/bmj.g5184

Прогнозирование численности населения – это и очень важная, и очень сложная задача. Эти прогнозы

используются для оценки наших будущих потребностей в области здравоохранения, государственных расходов, налоговых доходов и т.д. Численность населения обычно изменяется по трем основным причинам: рождения, смерти и миграция. John Appleby отмечает, что задача прогнозирования изменений этих факторов всегда является сложной (как показывает история) и что этот факт следует учитывать при построении различных сценариев будущего развития событий.





Выпуск 3 – сентябрь 2014 г.

## Роль информационных технологий в экологическом моделировании и в разработке систем раннего предупреждения с целью уменьшения рисков для здоровья населения

(<http://www.eo2heaven.org/>)

Эффективная профилактика эпидемий основана на ряде факторов, включая готовность медицинских работников и наличие системы медицинского обслуживания на местном уровне. Однако эффективность противоэпидемического обеспечения может быть повышена за счет применения правильных мер противодействия, поддерживаемых системой прогнозирования. Развитие системы моделирования риска в контексте охраны здоровья населения имеет важное значение в нашем быстро меняющемся мире.

Проводимый ЕС проект EO2HEAVEN (наблюдение за поверхностью Земли и экологическое моделирование с целью снижения рисков для здоровья) способствует улучшению понимания сложных процессов воздействия изменений окружающей среды на здоровье населения. Этот проект направлен на мониторинг изменений, вызванных деятельностью человека, с акцентом на загрязнение атмосферы, рек, озер и морской среды прибрежных районов. Место возможной вспышки заболевания может быть идентифицировано по карте рисков, которая была разработана с целью сведения воедино данных об окружающей среде и здоровье населения. Архитектура программного обеспечения для систем раннего предупреждения была разработана в расположенном в Карлсруэ Фраунгоферовском институте оптроники, системных технологий и использования изображений (IOSB) в рамках этого проекта. Эта инициатива посвящена изучению влияния различных факторов окружающей среды на эпидемии холеры в Уганде.

Холера является бактериальным заболеванием, передаваемым с водой. В Европе эта болезнь ликвидирована, но она ежегодно становится причиной тысяч смертей в Африке, что делает ее идеальной моделью для данного проекта. Посетите веб-сайт 52north для

получения дополнительной информации

(<http://www.52north.org/resources/references/sensor-web/eo2heaven>).

В рамках этого проекта ученые используют датчики для измерения ряда параметров окружающей среды, таких как осадки, уровень солнечной радиации, значения pH, температура, концентрация питательных веществ в воде и т.д. – наряду с прогнозами погоды и климата. Они также используют мобильные приложения для сбора данных о состоянии здоровья больных холерой от больниц и врачей, например, данных о том, в каком месте пациенты находились и какими были их симптомы. Благодаря новому программному обеспечению, каждый случай холеры показан в виде красной точки на цифровой карте. Сравнение такой информации с данными об окружающей среде позволяет ученым выявить как скорость, так и масштабы распространения данной вспышки.

Функционирующая система раннего предупреждения поможет лицам, принимающим решения, эффективно развертывать медицинские ресурсы в пострадавшем районе. Это также будет способствовать более эффективному и целенаправленному реагированию системы здравоохранения на вспышки заболеваний. Миграция (регулярная и нерегулярная) населения может способствовать распространению инфекционных заболеваний и ускорять этот процесс. В современных условиях инфекционные заболевания, имеющие четкую корреляцию с миграцией, можно эффективно лечить – при условии, что данные эпиднадзора будут хорошо коррелировать с изменениями в среде обитания человека. Другими перспективными направлениями дальнейших исследований может быть изучение различных вопросов, связанных с малярией, лихорадкой денге и другими трансмиссивными болезнями.

Проект EO2HEAVEN реализуется совместными усилиями многочисленных фирм и научно-исследовательских институтов – при существенной поддержке со стороны ВОЗ. Успешные информационно-разъяснительные мероприятия способствуют широкому внедрению рассматриваемой инициативы в странах с большим притоком мигрантов и улучшают возможности для создания трансграничной системы раннего предупреждения.

### Список литературы

1. Посетите веб-сайт 52north для получения дополнительной информации (<http://www.52north.org/resources/references/sensor-web/eo2heaven>).
2. Посетите веб-сайт Infection Control Today для получения дополнительной информации (<http://www.infectioncontroltoday.com/news/2014/02/scientists-developing-early-warning-system-for-epidemics.aspx>).



## ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

### Глобальный альянс по трудовым ресурсам здравоохранения

(<http://www.who.int/workforcealliance/en/>)

Работники здравоохранения – это душа и сердце любой системы здравоохранения. Несмотря на этот факт, в мире наблюдается хроническая нехватка этой категории персонала. Согласно новому докладу о ситуации в этой области, озаглавленному *A universal truth: no health without a workforce* [Универсальная истина: здравоохранение без

рабочей силы – это миф] (2013) в мире не хватает 7,2 млн работников здравоохранения, а в 83 странах наблюдается кризисная нехватка медицинских работников.

Проблема относительной нехватки врачей, медсестер и акушерок продолжает оставаться наиболее острой в странах Африки южнее Сахары. В настоящее время эта проблема является одним из основных препятствий на пути достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ) и других международных целей в области здравоохранения, включая цель всеобщего охвата услугами здравоохранения.

### Humanitarian Health Action – technical guidance in emergencies [Гуманитарная деятельность в области здравоохранения – техническое руководство по действиям в чрезвычайных ситуациях]

([http://www.who.int/hac/techguidance/health\\_of\\_migrants/en/](http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/))

Этот раздел веб-страниц, посвященный медико-санитарным действиям в условиях кризисов (Health Action in Crises), содержит техническую информацию по кризисным ситуациям и управлению такими ситуациями, полезные схемы и шаблоны и информацию по вопросам подготовки персонала, а также инструменты для облегчения работы на местах.

## Контакты

### Общественное здравоохранение и миграция, Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие

Европейское региональное бюро ВОЗ

Castello 3252/3253

I-30122 Venice, Italy (Венеция, Италия)

Электронная почта: [WHOvenicePHM@ihd.euro.who.int](mailto:WHOvenicePHM@ihd.euro.who.int)

### Медицинская школа Печского университета (University of Pécs Medical School)

Кафедра по вопросам миграции и здоровья (Chair of Migration  
Health)

Szigeti St. 12

H-7624 Pécs, Hungary (Печ, Венгрия)

Электронная почта: [mighealth-unipecs@aok.pte.hu](mailto:mighealth-unipecs@aok.pte.hu)

**О Бюллетене:** Настоящий информационный бюллетень издается в рамках проекта "Миграция и связанные с ней аспекты общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ" (проект PHAME), который реализуется на базе Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Венеция, Италия, в сотрудничестве с Печским университетом. Проект PHAME финансируется Министерством здравоохранения Италии. Данный информационный бюллетень публикуется ежеквартально и архивируется на сайте ЕРБ ВОЗ в разделе, посвященном вопросам миграции и здоровья.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить 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 пока что еще может не быть полного согласия.

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.