

Трудовая миграция как фактор риска для системы регионального здравоохранения

Н.Л. Струин, С.А. Перминова, Е.М. Гашков

Управление Роспотребнадзора по Свердловской области, АНО «Агентство социальных стратегий и проектов»

Резюме: Методология оценки риска последнее время используется мировой эпидемиологической наукой в целях оптимизации управленческих решений в общественном здравоохранении, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения или поддержания его на определенном уровне. Применение оценки риска в эпидемиологии инфекционных заболеваний позволяет существенно повысить эффективность и надежность мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на конкретной территории. Формирование перечня потенциальных факторов риска (внешних и внутренних) применительно к конкретной территории и конкретным нозологиям краевой патологии позволяет провести анализ риска с учетом вероятности их появления и приоритетности в формировании разнообразных последствий – экономических, социальных – для общественного здравоохранения, по которым риск может иметь наибольшее значение для социума.

В данной статье предпринята попытка использовать подходы риск-менеджмента для оценки влияния процессов трудовой миграции на территорию субъекта Российской Федерации - Свердловской области, как фактора риска для общественного здравоохранения, процесса формирования критических контрольных точек и определения значимости последствий от воздействия данного фактора риска.

Ключевые слова: трудовая миграция, факторы риска, общественное здравоохранение, критическая контрольная точка, квота, медицинское освидетельствование, социально значимые заболевания.

Применяемая методология оценки и управления гигиеническими рисками влияния факторов среды на здоровье населения, разработанная в США и служившая основой государственной природоохранной политики страны, в настоящее время активно развивается ВОЗ. Опыт применения методов оценки риска гигиеническими организациями как в мире, так и на территории Российской Федерации (РФ) показал, что подходы по оценке рисков могут существенно повысить эффективность и надежность мероприятий, направленных и на ограничение (снижение потенциальной опасности) конкретных инфекционных заболеваний, минимизируя разнообразные последствия и ущерб от их распространения.

Концепция риска включает в себя два основных элемента - оценку риска (Risk Assessment) и управление риском (Risk Management). Оценка риска - анализ генезиса и масштабов риска в конкретной ситуации, тогда как управление риском - анализ рисков ситуации и разработка решения, направленного на минимизацию риска [1]. Оценка риска является лишь одной из основ принятия решения по профилактике неблагоприятного воздействия факторов на здоровье населения, а не решением в готовом виде, т.е. представляет собой необходимое, но недостаточное условие для принятия решений.

Исходя из этого, мы решили применить данный подход к оценке рисков в проблеме трудовой миграции населения и оценить последствия ее воздействия в качестве внешних (применительно ко всему населению) и внутренних (применительно к отдельной личности) факторов риска для общественного здравоохранения, выделив в данной проблеме соответствующие критические контрольные точки. Для понятия «критической контрольной точки» мы определили

следующие признаки: наличие возможного риска (идентификация фактора) и предупреждающих (управляющих) воздействий, устраняющих риск или снижающих его до допустимого уровня.

Учитывая, что при трудовой миграции на территорию РФ априори должны приезжать здоровые люди, допустимым уровнем риска мы определили наличие единичных случаев основных социально обусловленных заболеваний – туберкулеза, ВИЧ/СПИД, сифилиса и иных половых инфекций, выявленных при проведении обязательного медицинского освидетельствования трудовых мигрантов в соответствии с постановлением Правительства РФ от 02.04.2003 №188 и постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 14.12.2007 г. №86 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства».

Важным моментом в проблеме трудовой миграции и первой, на наш взгляд, «критической контрольной точкой» является регулирование числа трудовых мигрантов, прибывающих на территорию конкретного региона страны. В основе этого процесса с 2002 года лежит механизм квотирования числа трудовых мигрантов, привлекаемых на работу в РФ, который регулируется соответствующими разрешениями Министерства здравоохранения и социального развития России.

Для Свердловской области квота в отношении трудовых мигрантов на период 2007 -2009 гг. составила: 181988 чел. (на 2007 г.), на 2008 г. первоначально было определено 47500 чел. и затем квота увеличилась более чем в 3,5 раза – до 167486 человек, на 2009 г. – определено 133402 человек. В тоже самое время число лиц, зарегистрированных в органах Федеральной миграционной службы по Свердловской области (ОФМС СО), реально составило – 145574 человек в 2006 году, 209824 человек в 2007 году и 293827 человек в 2008 году.

Таким образом, упреждающее действие механизма квотирования фактически не позволяет провести регулирование легальных миграционных трудовых потоков в субъекты России, несмотря на то, что новое миграционное законодательство РФ значительно упростило процедуры регистрации и трудоустройства мигрантов из безвизовых стран СНГ.

Вторая «критическая контрольная точка» касается стран постоянного пребывания трудовых мигрантов, приезжающих в РФ, и их состояния здоровья.

Основным упреждающим действием для данной «контрольной точки» является выполнение положений уже упоминавшихся выше постановления Правительства РФ и постановления главного государственного врача РФ. Традиционно на Средний Урал едут работать жители Таджикистана (28%), Узбекистана (18%), Кыргызстана (14%), Азербайджана (10%), Украины (9%), а также Турции, Китая (8%) и Северной Кореи (2%).

Большая часть прибывших в Свердловскую область трудовых мигрантов – мужчины в возрасте от 18 до 45 лет (94%). Основные отрасли, в которых традиционно заняты трудовые мигранты – строительство и благоустройство (70%), около 30% - на предприятиях торговли и транспортного обслуживания. Подавляющее большинство трудовых мигрантов при сборе эпиданамнеза во время медицинского освидетельствования оценивали свое здоровье как хорошее и отрицали перенесенные ранее заболевания туберкулезом, си-

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

филисом, а также употребление наркотиков. При уточнении эпиданамнеза во время дополнительного освидетельствования при подозрении на ВИЧ-инфекцию и сифилис выяснялось, что около 4% трудовых мигрантов систематически употребляли психотропные препараты внутривенно, а около 20% характеризовались промискуитетным поведением, включая частые (3-4 в месяц) сексуальные контакты с работницами коммерческого секса, как из местного населения, так и этнических групп населения [2].

Учитывая подобные особенности поведения иностранных рабочих, мы решили оценить распространенность основных социально значимых инфекций в странах постоянного пребывания трудовых мигрантов. Для этого была использована официальная статистика ВОЗ - данные из WHO Statistical Information System (WHOSIS) по тем странам, откуда в Свердловскую область пребывает наибольшее число трудовых мигрантов (табл.1).

Таблица 1

Данные о распространенности социально значимых инфекций в странах постоянного проживания мигрантов за 2005-2006 г. (число случаев на 100 тысяч условного населения)

| Страна | Туберкулез | | Летальность от туберкулеза | | ВИЧ/СПИД | | Летальность от ВИЧ/СПИД | |
|-------------|------------|-------|----------------------------|------|----------|-------|-------------------------|------|
| | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 |
| Азербайджан | 86,0 | 87,0 | 10,0 | 10,0 | 87,0 | <10,0 | | |
| Киргизстан | 137,0 | 137,0 | 18,0 | 18,0 | 111,0 | <10,0 | | |
| Таджикистан | 288,0 | 298,0 | 37,0 | 39,0 | 123,0 | <10,0 | | |
| Украина | 123,0 | 114,0 | 13,0 | 13,0 | 1036,0 | 47,0 | | |

Таким образом, уровень распространенности основных инфекций в странах постоянного пребывания и поведенческие особенности иностранных рабочих позволяют предположить, что они представляют реальный фактор риска, способный значительно ухудшить санитарно-эпидемиологическую обстановку в регионе.

Для оценки влияния трудовых мигрантов (нерезидентов) на санитарно-эпидемиологическую обстановку в Свердловской области, определения дополнительных факторов риска в части распространения социально-обусловленных заболеваний среди постоянного населения региона (резидентов) проведем сравнительный анализ зарегистрированных в Свердловской области заболеваемости этими инфекциями (табл.2).

Таблица 2

Распространенность социально значимых инфекций среди постоянного населения Свердловской области (резидентов) и нерезидентов за период 2006-2008 гг. (число случаев на 100 тысяч условного населения)

| | Туберкулез | | ВИЧ/СПИД | | Сифилис | |
|------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | резиденты | нерезиденты | резиденты | нерезиденты | резиденты | нерезиденты |
| 2006 | 104,8 | 304,8 | 79,9 | 87,1 | 73,7 | 1704,3 |
| 2007 | 111,7 | 159,6 | 85,8 | 97,6 | 66,8 | 365,5 |
| 2008 | 119,9 | 326,4 | 109,0 | 136,8 | 65,6 | 429,2 |

Ниже приведены данные относительно случаев выявленных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, среди трудовых мигрантов, прибывших на территорию Свердловской области, в динамике за 3 года мониторинга ситуации с медицинским освидетельствованием мигрантов (табл. 3).

Таблица 3

Выявление инфекционных заболеваний среди трудовых мигрантов, прибывших на территорию Свердловской области в 2006-2008 гг.

| | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|
| | абс. число случаев на 100 тыс. обследованных |
| Туберкулез | 98 | 304,8 | 67 | 159,6 | 384 | 326,4 |
| ВИЧ-инфекция | 28 | 87,1 | 41 | 97,6 | 161 | 136,8 |
| Сифилис | 548 | 1704,3 | 154 | 365,5 | 505 | 429,2 |

Если учесть, что медицинское освидетельствование на приведенные в таблице 3 инфекции проходит только часть трудовых мигрантов, зарегистрированных в ОФМС Свердловской области (в 2006 г. – 32190 человек, или 22% зарегистрированных лиц; в 2007 г. – 41965 человек, или 20% зарегистрированных лиц; в 2008 г. – 117255 человек, или 40% от числа зарегистрированных трудовых мигрантов), то тогда прогнозируемый показатель распространенности этих инфекционных заболеваний среди мигрантов, прибывших на территорию региона, в совокупности с особенностями их социального поведения представляет реальную степень опасности для здоровья постоянного населения Свердловской области.

Поэтому наиболее приемлемым решением с точки зрения риск-менеджмента для первой и второй критических контрольных точек в данной проблеме будет изменение подхода к определению квот – не только для субъектов РФ, но и для конкретных стран постоянного проживания иностранных рабочих.

Важно отметить, что значительная часть иностранных граждан (до 28%), у кого при прохождении медицинского освидетельствования заподозрено инфекционное заболевание из Перечня к постановлению Правительства РФ №188, в дальнейшем не являются в лечебные учреждения для снятия или подтверждения диагноза, чем нарушают требования Федеральных законов от 15.08.1996 №114-ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ» и от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан», фактически незаконно пребывая на территории РФ.

Само по себе незаконное пребывание иностранного гражданина на территории РФ, на наш взгляд, является третьей «критической контрольной точкой», также влияющей на санитарно-эпидемиологическое благополучие территории. Но данный вопрос целиком находится в компетенции органов Федеральной миграционной службы. Для здравоохранения эта «критическая точка» интересна только с позиций полноты проведения профилактических (противоэпидемических) мероприятий в очаге инфекции в части установления лиц, имевших с больным разнообразные контакты – бытовые, сексуальные, производственные, по «игле» и проч., и привлечения этих лиц к медицинскому обследованию.

Основной проблемой работы с очагами по месту жительства является несоответствие адресов регистрации с фактическим местом проживания трудовых мигрантов. При этом количество проживающих лиц в среднем составляет 8-10 человек на 18-20 м². Доступ к местам проживания трудовых мигрантов значительно ограничен, и попасть в помещения, где проживают мигранты, практически невозможно. Основная причина этого в том, что всегда в этих помещениях есть люди, находящиеся в РФ нелегально.

Проведение заключительной дезинфекции в очагах заболеваний также ограничено по этой причине. В 2007 году заключительная дезинфекция проведена только в 2 очагах туберкулеза. В таблице 4 приведены данные о работе с оча-

гами инфекционных заболеваний, где находились трудовые мигранты.

Таблица 4

Данные о работе с очагами инфекционных заболеваний среди трудовых мигрантов на территории Свердловской области за 2007-2008 гг.

| | | Очаги по месту работы | | | Очаги по месту жительства | | |
|------------|------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | Число обследованных очагов | Число осмотренных контактов | В т.ч. выявлено больных | Число обследованных очагов | Число осмотренных контактов | В т.ч. выявлено больных |
| Туберкулез | 2007 | 14 | 140 | 4 | 6 | 54 | 3 |
| | 2008 | 16 | 98 | 5 | 5 | 43 | 4 |
| ВИЧ/СПИД | 2007 | | | | 2 | 2 | |
| | 2008 | | | | 5 | 6 | 1 |
| Сифилис | 2007 | | | | 2 | 2 | |
| | 2008 | | | | 3 | 4 | |

Из приведенных данных видно, что наиболее эффективно проводятся противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулеза. Мероприятия в очагах ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний не имеют никакой результативности, позволяющей хоть как-то ограничить угрозу распространения этих заболеваний не только в этнических группах мигрантов, но и среди постоянного населения Свердловской области.

Четвертой «критической контрольной точкой» в проблеме влияния трудовой миграции на общественное здравоохранение Свердловской области является финансовая составляющая этих взаимоотношений. Финансирование профилактических (противоэпидемических) мероприятий в очагах инфекционных заболеваний проводится за счет текущего финансирования учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора, дезинфекционные мероприятия в очагах – за счет бюджета Свердловской области.

Непосредственно медицинскую помощь иностранные граждане получают следующими путями:

1. Через неотложную помощь, как это предусмотрено действующим законодательством РФ;
2. Через систему добровольного медицинского страхования;
3. Через систему государственных гарантий в сфере здравоохранения: по системе обязательного медицинского страхования, а также через социальную поддержку и лечение лиц, страдающих социально-обусловленными заболеваниями. Это касается прежде всего таких заболеваний, как

туберкулез и ВИЧ-инфекция. Медицинская помощь по этим нозологиям финансово обеспечивается в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» (в части гепатитов, ВИЧ-инфекции) из федерального бюджета и из областного бюджета через региональные программы по профилактике туберкулеза и социально значимых заболеваний.

Только в 2008 году на лечение иностранных граждан от туберкулеза из областного бюджета было потрачено около 20 млн. рублей, при контроле за реализацией приоритетных национальных проектов были установлены факты обеспечения иностранных граждан антиретровирусной терапией. Таким образом, больший иностранный гражданин, попавший на территорию Свердловской области, но не имеющий соответствующего правового статуса или подлежащий депортации с территории РФ, приравнивается по своему праву доступа к медицинской помощи к гражданам РФ.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Через формирование «критических контрольных точек» можно определить, что проблема трудовой миграции является серьезным фактором риска в части обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Свердловской области.
2. Определение «критических контрольных точек» необходимо для оценки степени приемлемости риска и принятия управленческих решений для проведения упреждающих действий по снижению риска. Одним из таких решений может быть изменение системы квотирования иностранной рабочей силы – определение объемов не только для субъектов РФ, но и для конкретных стран, откуда пребывают иностранные рабочие. При определении такой квоты необходимо оценивать распространение конкретных инфекционных заболеваний на территории данных стран, в сравнении с состоянием здоровья иностранцев, уже прибывших на территорию РФ.

3. Для каждой «критической контрольной точки» должны быть сформированы критерии оценки степени приемлемости риска, позволяющие провести соответствующий многофакторный анализ для прогнозирования развития ситуации и расчета привлекаемых ресурсов (финансовых, материальных, медико-профилактических).

Литература

1. Черкасский Б.Л. Оценка риска в эпидемиологии инфекционных заболеваний // Сборник докладов Шестой Международной специализированной конференции «Безопасность и управление рисками в фармацевтических и биотехнологических отраслях». 16-17.02.2006 г. Москва, 2006. С.11-14.
2. Струин Н.Л., Гурвич В.Б., Юровских А.И. Проблемы реализации миграционной политики для ограничения распространения социально значимых заболеваний в регионах России // Материалы Четвертой международной конференции, посвященной 85-летию Санкт-Петербургского НИИЭМ им. Пастера и 120-летию Парижского института Пастера «Идеи Пастера в борьбе с инфекциями». Санкт-Петербург, 2008. С.71.