

На правах рукописи

Пихоцкий Александр Николаевич

**НАУЧНО - ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕЛЕГАЛЬНЫМ МИГРАНТАМ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва, 2009 год

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Сон Ирина Михайловна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Леонов Сергей Алексеевич

доктор медицинских наук

Попович Виктор Константинович

Ведущая организация:

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН

Защита состоится _____ 2009г. в ___ час. на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития" (ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития») по адресу: 127254, г.Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2009г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

Общая характеристика работы

Актуальность работы.

Нелегальная миграция из числа второстепенных перешла в разряд глобальных проблем, которые представляют серьезную угрозу международной стабильности и устойчивому развитию государств. По подсчетам Федеральной миграционной службы МВД Российской Федерации, сейчас из 20 млн. лиц, пересекающих границы страны, примерно 4-5 млн. являются нелегальными мигрантами, из которых в московском регионе находятся от 1,5 до 3 миллионов нелегальных мигрантов (Вендина О.И., Денисенко М.Б., 2005).

Основные проблемы мигрантов, кроме легализации их статуса и отношений трудовой занятости, – медицина и жилье. Распространенность неофициальных отношений на всех стадиях миграции (во время получения информации, переезда, трудоустройства, перехода с работы на работу и т.п.) объясняются, в частности, слабостью официальных структур, обеспечивающих все стороны трудовой миграции (Витковская Г.С., Рыбаковский Л.Л., 2003).

Мигранты не являются гражданами России и, соответственно, на них не распространяется правила государственного медицинского страхования. Финансирование из государственного бюджета или бюджета г. Москвы страхования мигрантов не производится. До сих пор отсутствует единая система персонифицированного учета мигрантов в структуре Федеральной миграционной службы МВД Российской Федерации.

В связи с усложненной и финансово затратной процедурой оформления разрешительной документации для проживания и трудовой деятельности на территории Москвы мигранты вынуждены оставаться вне рамок закона, переходя в статус нелегалов. Нелегальные мигранты нацелены на выполнение физически тяжелых видов работы для финансового обеспечения себя и своих семей, не заботясь при этом о нормировании рабочего времени и условиях проживания (Тюрюканова Е.В., Шарбариева З.Ф., 2005).

В совокупности с их социальным статусом качество жизни данной популяционной группы снижено. При возникновении острого заболевания или его перехода в хроническую форму мигранты не обращаются в лечебно-профилактические учреждения, тем самым, создавая угрозу распространения инфекционных заболеваний среди населения Москвы.

В изученной нами литературе мы не нашли работ, связанных с оптимизацией труда, быта и культурного отдыха мигрантов.

Из вышеизложенного следует, что необходимо провести медико-социальную оценку здоровья той части нелегальных мигрантов, подлежащих депортации, разработать оптимальную организационно-функциональную модель оказания им медицинской помощи.

Цель исследования: научно обосновать и разработать предложения по усовершенствованию организации медицинской помощи нелегальным мигрантам.

Задачи исследования:

1. Проанализировать российский и зарубежный опыт по организации медицинской помощи мигрантам (в том числе нелегальным).

2. Изучить заболеваемость нелегальных мигрантов социально значимыми инфекционными заболеваниями.

3. Проанализировать систему организации медицинской помощи нелегальным мигрантам (на примере Центра для содержания иностранных граждан № 1 ГУВД г. Москвы - ЦСИГ).

4. Изучить медико-социальный портрет нелегальных мигрантов, находящихся на территории г. Москвы.

5. Провести организационный эксперимент и разработать научно-обоснованные предложения по совершенствованию медицинской помощи нелегальным мигрантам.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые по материалам имеющейся первичной учетной медицинской документации и проведенного медико-социологического исследования на примере крупнейшего мегаполиса России (г. Москва):

- изучена динамика отдельных социально-значимых заболеваний нелегальных мигрантов;

- дана оценка состояния здоровья и образа жизни нелегальных мигрантов;

- составлен медико-социальный портрет нелегального мигранта;

- научно обоснован и разработан информационный медицинский модуль к базе данных по учету нелегальных мигрантов, который позволил организовать мониторинг за ситуацией;

- научно обоснована и разработана организационная модель деятельности медицинской части, а также индикаторы оценки ее деятельности.

Научно-практическая значимость работы определяется результатами

исследования, которое позволило объективно оценивать ситуацию и улучшить организацию оказания медицинской помощи мигрантам для предотвращения распространения социально-значимых заболеваний среди населения и заключается в том, что по результатам исследования разработаны и внедрены:

- алгоритм первичного медицинского осмотра поступающих нелегальных мигрантов, подходы к формированию групп для проведения профилактических мероприятий с учетом медико-социального портрета нелегального мигранта;

- в медицинской части ЦСИГ № 1 ГУВД г. Москвы в результате проведенного исследования функционирует усовершенствованная система оказания первичной медицинской помощи, в том числе больным социально-значимыми заболеваниями;

- медицинская карта мигранта.

- информационный медицинский модуль к базе данных по учету нелегальных мигрантов;

- стандарт оказания медицинской помощи;

- учетно-отчетная медицинская документация;

- организационно-функциональная модель деятельности медицинской части;

- индикаторы оценки деятельности медицинской части.

Внедрение.

Результаты исследования использованы при разработке:

- Приказа ГУВД г. Москвы от 01.09.2005г. № 138 «О создании медицинских изоляторов для лиц с выявленными социально-значимыми заболеваниями»;

- Приказа ГУВД г. Москвы от 27.11.2005 г. № 614 «Об оказании экстренной стоматологической помощи, плановой вакцинации и консультаций врачей-специалистов по медицинским показаниям»;

- Приказа ГУВД г. Москвы от 30.11.05 г. № 536 «Положение о Центре для содержания иностранных граждан ГУВД г. Москвы»;

- Приказа ГУВД г. Москвы от 12.02.2006 г. № 10/11 «О проведении регулярных флюорографических обследований иностранных граждан»;

- Приказа ГУВД г. Москвы от 15.03.06 г. № 14/72-1000 «Нормы табельной положенности мебели, инвентаря, химимущества, спецтехники и средств связи, оргтехники и автотранспорта Центров для содержания иностранных граждан № 1-8 ГУВД г. Москвы»;

- Приказа ГУВД г. Москвы от № 14/72-1509 от 06.04.2006 г. «Перечень лекарственных средств, необходимых для оснащения Центров для содержания иностранных граждан»;

- Методических рекомендаций Медицинского управления ГУВД г. Москвы «Стандарт деятельности медицинской части Центров для содержания иностранных граждан»; «Первичный медицинский осмотр иностранных граждан»; «Стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, содержащимся в Центре для содержания иностранных граждан» (утверждены 17.04.2006г.).

Основные положения, выносимые на защиту

- Состояние системы организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения для оказания помощи нелегальным мигрантам.
- Медико-социальный портрет нелегальных мигрантов, находящихся на территории г. Москвы.
- Механизм реализации разработанной организационно-функциональной модели деятельности медицинских частей Центров для содержания нелегальных мигрантов.

Апробация работы.

Материалы диссертационного исследования были доложены и обсуждены на: Межотдельческой конференции ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (г.Москва, 23 декабря 2005г.); Методическом совете Медицинского управления ГУВД г.Москвы (г.Москва, 17 апреля 2006г.); XIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство»- (г.Москва, 3-7 апреля 2006г.); II Всероссийском научном форуме «Инновационные технологии медицины XXI века» (г.Москва, 23-26 мая 2006г.); Апробационном совете ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (г.Москва, 30 июня 2008г.).

Публикации: по теме диссертации опубликовано 8 работ, в том числе в изданиях, рекомендованных ВАК – 1 публикация.

Объем и структура диссертации.

Материалы диссертации изложены на **170** страницах машинописного текста, иллюстрированы **31** рисунками, **2** таблицами и **6** схемами. Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, главы «Методика и организация исследования» и 3 глав собственного исследования, заключения, выводов, предложений, списка литературы, **7** приложений. Список использованной литературы включает **167** работ, из которых **129** отечественных и

38 иностранных авторов.

Содержание работы.

Во введении обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, изложена научная новизна, научно-практическая значимость работы, представлены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор литературы и научных исследований, отражающих состояние проблемы миграции в России и за рубежом, законодательные, нормативные основы миграционной политики и направления развития в организации медицинской помощи мигрантам на современном этапе. Проанализированы и обобщены основные приоритеты развития миграционной политики России, что позволило выделить направления для решения проблем, послуживших основанием для проведения данного исследования.

Во второй главе изложены методика и организация исследования, дана характеристика базы исследования. Предметом исследования явились система организации медицинской помощи нелегальным мигрантам. Объектом исследования был Центр содержания иностранных граждан № 1 ГУВД г. Москвы, рассчитанный на 450 мест для мужчин.

В исследовании применялись аналитический, статистический, социологический методы, метод организационного эксперимента. Исследование выполнялось в четыре этапа (Схема 1).

На первом этапе был проанализирован зарубежный и отечественный опыт организации оказания медицинской помощи нелегальным мигрантам.

На втором этапе был проведен анализ системы оказания медицинской помощи нелегальным мигрантам. Информационной базой этого этапа были:

- База данных поступивших в Центр для содержания иностранных граждан нелегальных мигрантов в течение 2003-2008 гг. (на 13 433 чел.);
- Статистические ежеквартальные отчетные формы № 11-МОК «Отчет о работе медицинской части ЦСИГ ГУВД» - за 2003-2008 гг. (24 отчета);
- Статистические ежемесячные отчеты о работе медицинской части ЦСИГ, подаваемые в Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора ГУВД г. Москвы - за 2003 - 2008 гг. (48 отчетов).

На третьем этапе изучался медико-социальный состав нелегальных мигрантов. Информационной базой выполнения второго этапа явилась учетная документация за 2003-2008гг.:

- Журнал амбулаторного приема медицинской части (20 260 посещений);

Цель работы: Научно обосновать и разработать предложения по усовершенствованию организации медицинской помощи нелегальным мигрантам				
Задачи исследования:				
Проанализировать российский и зарубежный опыт по организации медицинской помощи мигрантам (в том числе нелегальным)	Изучить заболеваемость нелегальных мигрантов социально значимыми инфекционными заболеваниями.	Проанализировать систему организации медицинской помощи нелегальным мигрантам (на примере медицинской части ЦСИГ Москвы)	Изучить медико-социальный портрет нелегальных мигрантов, находящихся на территории г. Москвы	Провести организационный эксперимент и разработать научно-обоснованные предложения по усовершенствованию медицинской помощи нелегальным мигрантам
Предмет исследования: Организация системы оказания медицинской помощи на базе Центра для содержания иностранных граждан № 1 ГУВД г. Москвы				
Источники информации:				
<p>Законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней – 58 документов; обзор литературы по современным тенденциям в области миграционной политики – 167 работ; документация медицинской части (за 2003-2008 гг.) - Журнал амбулаторного приема медицинской части (20 260 посещений);- Журнал учета инфекционных заболеваний медицинской части (752 записи);- Журнал медицинского осмотра вновь прибывших (13 433 чел.);- Журнал учета содержащихся в учреждении больных туберкулезом и рабочего времени по их охране сотрудниками учреждения (250 чел.); анкетный опрос нелегальных мигрантов (400 человек); база данных поступивших нелегальных мигрантов в ЦСИГ № 1 ГУВД г. Москвы за 2003-2008 гг. (на 13 433 человек)</p>				
Методы исследования: Аналитический, статистический, социологический и организационного эксперимента				

Схема 1. Методика и организация исследования

- Журнал учета инфекционных заболеваний медицинской части (752 записи);

- Журнал медицинского осмотра вновь прибывших (Приказ МВД РФ и МЗ РФ от 31.12.2001 г. № 1115/457 «Об утверждении инструкции о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, находящихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел») (13 433 чел.);

- Журнал учета содержащихся в учреждении больных туберкулезом и рабочего времени по их охране сотрудниками учреждения (250 чел.).

Кроме того, была разработана формализованная анкета первичного осмотра, состоявшая из социологического и медицинского модулей. Каждый модуль включал перечень из двадцати пяти вопросов. Результаты социологического опроса были использованы для проведения статистического анализа по соответствующим параметрам. Всего опрошено 400 нелегальных мигрантов, поступивших в Центр в 2006г. Исследование проводилось сплошным методом ежедневно по мере поступления мигрантов, во время амбулаторного приема – в течение февраля-апреля 2006г.

На четвертом этапе был проведен организационный эксперимент, разработаны и внедрены предложения по совершенствованию системы организации медицинской помощи нелегальным мигрантам.

В третьей главе представлены результаты анализа заболеваемости нелегальных мигрантов социально значимыми инфекциями и описана система организации медицинской помощи до начала организационного эксперимента.

Годовая численность поступивших в ЦСИГ № 1 ГУВД г. Москвы нелегальных мигрантов в 2003 – 2008гг. практически не изменялась, за исключением 2004 г., когда она значительно возросла, что было связано с активизацией работы органов федеральной миграционной службы (ФМС) по выявлению данной категории лиц, находящейся на территории г. Москвы.

Количество нелегальных мигрантов, посетивших (впервые и повторно) медицинскую часть составило в 2003-2004 гг. – более 5,5 тыс. человек, в 2005-2008гг. – более 2,2 тыс. человек. При этом в 2003 г. на одного поступившего мигранта приходилось 2,8 посещения; в 2004 г. – 2,0; к 2005 г. их число сократилось до 1,1; а к 2008 г.- до 1,0 посещения. Уменьшение числа посещений, начиная с 2005 года, можно объяснить совершенствованием организации

деятельности медицинской части, лучшей обеспеченностью ее кадрами и медикаментами, больные стали своевременно получать лекарства сразу после выявления заболевания.

Детальный анализ динамики показателей заболеваемости нелегальных мигрантов, находящихся в учреждении в 2003 – 2008гг., показал, что впервые выявленная заболеваемость чесоткой (на 100 тысяч соответствующего контингента) в 2003г. составляла 3640,7; к 2008 году показатель снизился на 36,9% (до 2297,3). Показатель заболеваемости педикулезом в 2003г. составлял 1418,4, к 2008г. он возрос в 3,3 раза (до 4702,1). Показатель заболеваемости сифилисом за 2003 -2008гг. практически не изменился, к 2008 году его уровень снизился всего на 5,2% (с 236,4 до 224,2) (рис. 2).

В отличие от трех вышеперечисленных инфекций показатель заболеваемости туберкулезом в 2003-2008гг. имел постоянную тенденцию к росту (от 94,6 в 2003г. до 2361,1 в 2008г.). По сравнению с 2003 годом ее уровень возрос в 25 раз. Такая динамика показателя может свидетельствовать с одной стороны об истинном росте заболеваемости туберкулезом нелегальных мигрантов, и, следовательно, о напряженной ситуации по туберкулезу в тех странах, откуда они приезжают в Москву, с другой стороны, о значительном улучшении организации выявления этой инфекции у лиц, поступивших в Центр (рис. 1, 2).

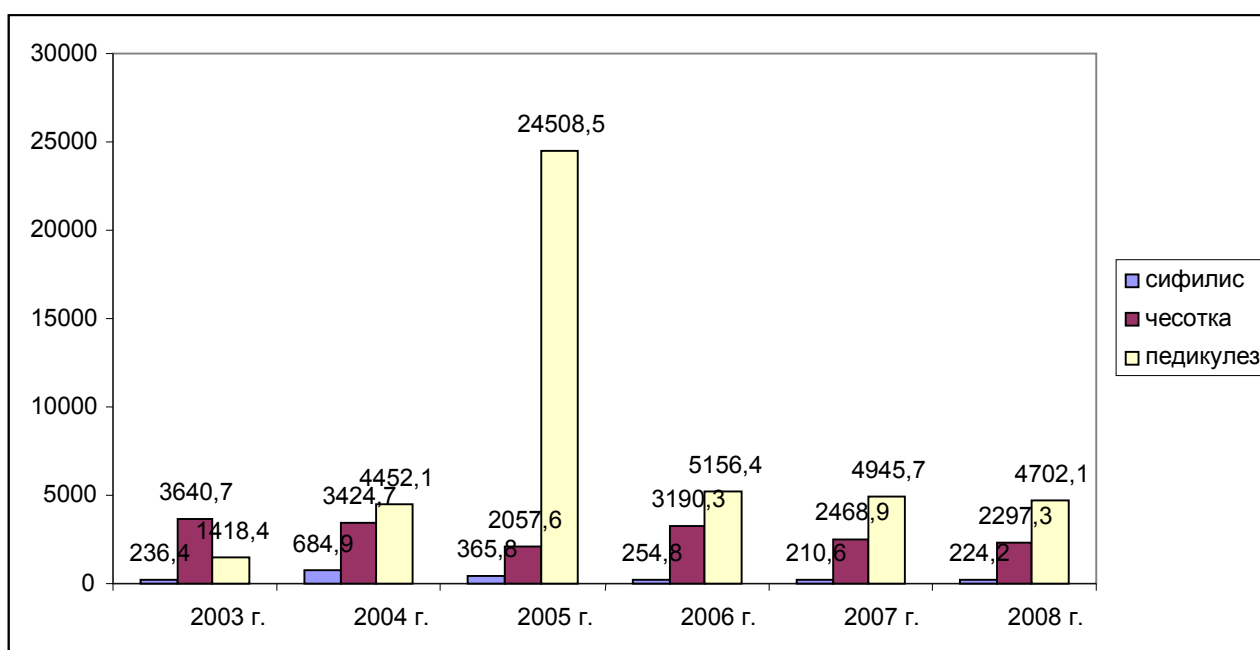


Рис.1. Заболеваемость сифилисом, чесоткой и педикулезом среди нелегальных мигрантов за 2003-2008 гг. (на 100 тыс. мигрантов)

Таким образом, при практически одинаковом количестве поступивших за 2003-2008 гг. в ЦСИГ нелегальных мигрантов отмечалось многократное увеличение случаев выявленных заболеваний туберкулезом и педикулезом, уменьшение числа случаев выявления чесотки и практически неизменном числе случаев выявления сифилиса.

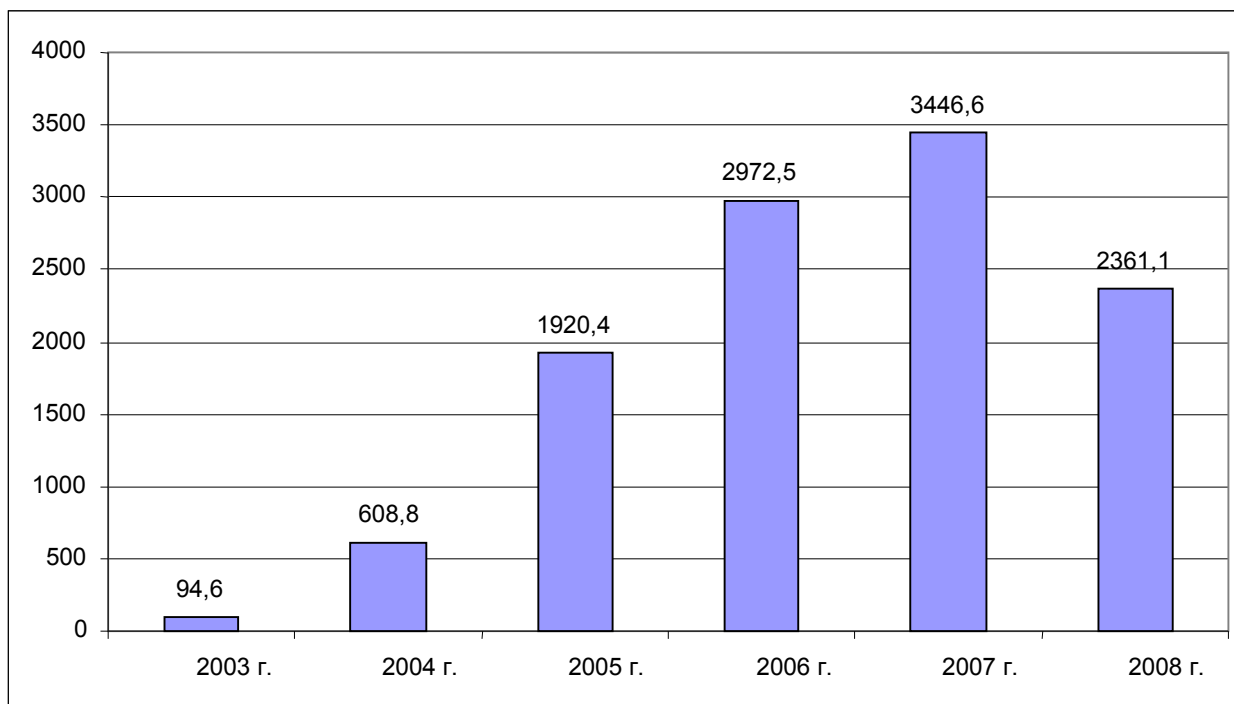


Рис.2. Заболеваемость туберкулезом среди нелегальных мигрантов за 2003-2008 гг. (на 100 тыс. мигрантов)

Распределение случаев выявления у нелегальных мигрантов, находящихся в учреждении в 2003 – 2008гг., социально-значимых инфекций представлено в таблице 1.

Анализ материалов показал, что чаще всего на момент начала исследования в 2003г. среди указанного контингента лиц выявлялась чесотка (в 67,5% случаев); на втором месте стоял педикулез (26,3%). Значительно реже в 2003г. у нелегальных мигрантов выявлялся сифилис. Доля сифилиса среди выявленных социально значимых инфекций в 2003г. составляла 4,4%., туберкулеза – всего- 1,8%.

К 2008г. структура патологии существенно изменилась. На первое место «вышел» педикулез, его доля среди всех случаев выявленной патологии составляла 49,0%. Значительно чаще стал выявляться туберкулез (в 24,5% случаев) и педикулез (24,1%), которые регистрировались у каждого четвертого

помещенного в изолятор. Доля сифилиса сократилась в 2 раза (до 2,4%). Можно предположить, что такая динамика связана с проведенными организационными мероприятиями. В отношении туберкулеза – это проведение флюорографических скрининговых исследований; в отношении педикулеза – это своевременное проведение первичного осмотра и изоляция для проведения лечения и дезинфекционных мер, в отношении чесотки - своевременная изоляция и лечение.

Таблица 1

Распределение случаев заболеваний нелегальных мигрантов по различным социально значимым инфекциям в 2003 и 2008гг.

Впервые выявленные заболевания	2003 г.		2008 г.	
	абс.чис.	% от итога	абс.чис.	% от итога
Туберкулез	2	1,8	51	24,5
Чесотка	77	67,5	50	24,1
Сифилис	5	4,4	5	2,4
Педикулез	30	26,3	102	49,0
Итого:	114	100,0	208	100,0

Действовавшая до начала организационного эксперимента система организации медицинской помощи представлена на схеме 2.

В приемнике-распределителе (ПР), в соответствии с Положением о врачебной медицинской части Приемника-распределителя №1 ГУВД г. Москвы, утвержденным Медицинским Управлением ГУВД г. Москвы от 17.02.03г., было создано структурное подразделение – медицинская часть. При этом медицинская часть имела тройное подчинение: административно и организационно – начальнику учреждения, по медицинским вопросам – Медицинскому управлению ГУВД г. Москвы, по санитарно-эпидемиологическим вопросам – Центру санитарно-эпидемиологического надзора ГУВД г. Москвы, что не позволяло оперативно решать возникающие вопросы по медицинскому обеспечению нелегальных мигрантов.

До начала организационного эксперимента при первичном поступлении в учреждение, перед помещением в отдельные камеры, вновь прибывшие нелегальные мигранты находились в одной камере-накопителе, рассчитанной на 24 человека. При этом первичный осмотр проводился фельдшером через трое - пять суток после поступления, что из-за тесного контакта мигрантов между собой могло приводить к быстрому распространению инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, педикулез и чесотка.



Схема 2. Модель деятельности медицинской части Центра для содержания иностранных граждан до начала организационного эксперимента

Поскольку в структуре ГУВД г. Москвы отсутствуют ЛПУ, участвующие в оказании нелегальным мигрантам специализированной медицинской помощи госпитализация больных проводилась в городскую сеть здравоохранения только при наличии медицинских показаний силами городской скорой медицинской помощи на срок не более трех-пяти суток. При этом в соответствии с правилами административного содержания, при госпитализации нелегального мигранта необходимо обеспечивать его охрану силами сотрудников учреждения, что не всегда было возможно в связи с недостатком кадров, поэтому часто госпитализация не проводилась, и пациент оставался в учреждении на амбулаторном наблюдении, без проведения специализированного лечения. Обеспечение Приемника-распределителя №1 медицинскими средствами производилось ежеквартально, без учета ежемесячной потребности медицинской части в тех или иных лекарственных препаратах.

Из вышеизложенного следует, что деятельность медицинской части Центра для содержания иностранных граждан до начала организационного эксперимента была направлена на кратковременное содержание мигранта в учреждении и его быстрейшую последующую депортацию на родину.

В подтверждение этого вывода, рассмотрим более подробно систему оказания противотуберкулезной помощи, действующую в ЦСИГ до начала организационного эксперимента (схема 3).

Несмотря на наличие соответствующих распорядительных нормативных актов (Письмо заместителя Руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы от 22 июля 2004 г № 31-30-9066 и Указания УПДМ ГУВД г. Москвы от 25 августа 2004 г. № 29/2750 «О флюорографическом обследовании задержанных»), обязательное флюорографическое обследование находившихся в учреждении нелегальных мигрантов не было организовано, следовательно, лица с активной формой туберкулеза и, возможным бактериовыделением, не госпитализировались и продолжали находиться в общем изоляторе ПР №1, рассчитанным на мигрантов с различными заболеваниями; либо в камерах, где также возможно заражение мигрантов друг от друга.

Ситуация усугублялась тем, что противотуберкулезные препараты не входят во Временный перечень лекарственных средств и других изделий медицинского назначения, необходимых для оснащения медицинских частей приемников распределителей (приказ ГУВД г. Москвы от 13.03.01г. № 5/391),

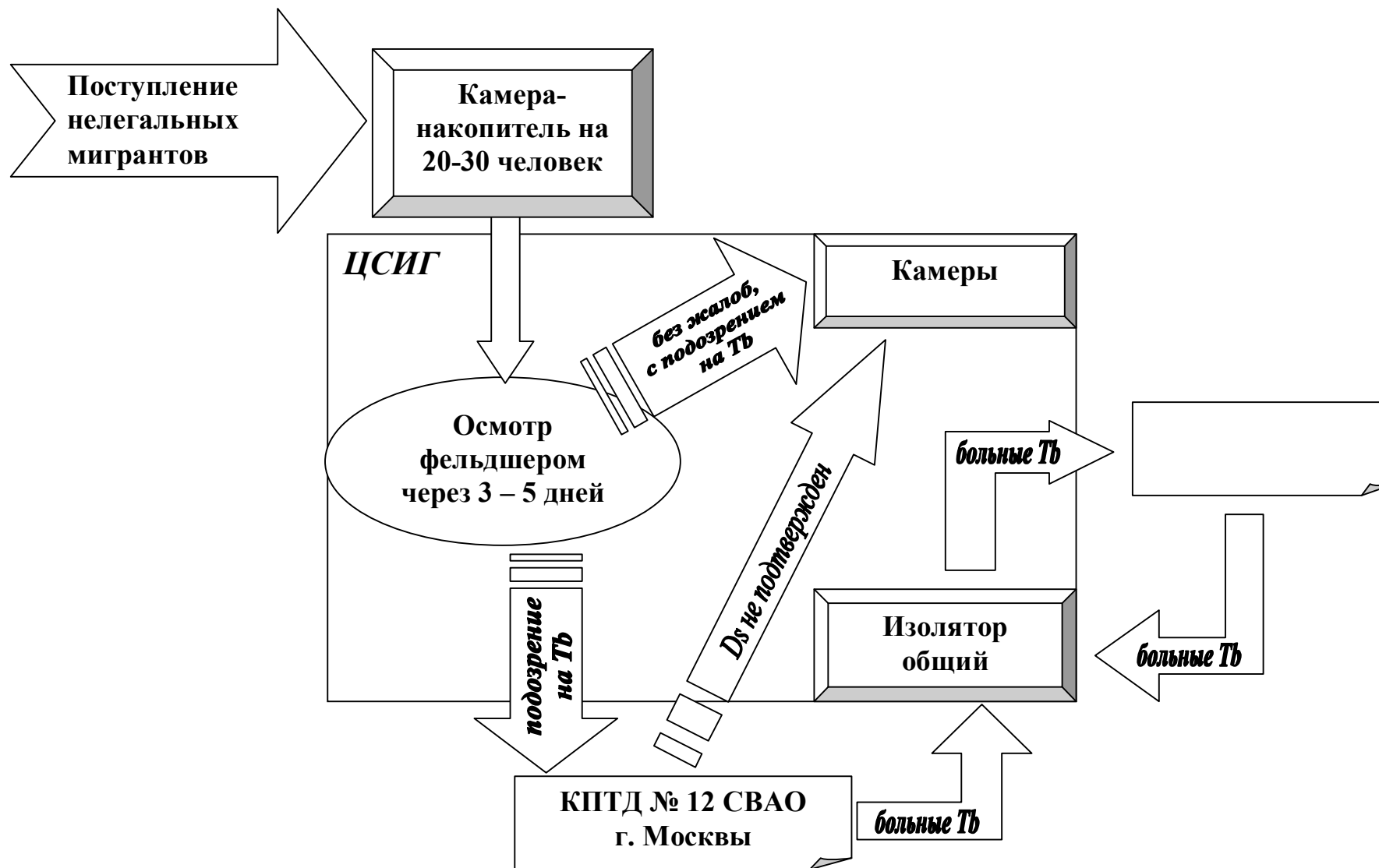


Схема 3. Выявление туберкулеза и оказание медицинской помощи нелегальным мигрантам, больным туберкулезом, до начала организационного эксперимента

соответственно начать лечение туберкулеза в Центре не представлялось возможным.

Стационарное лечение нелегальных мигрантов проводилось в туберкулезной больнице № 11, расположенной в г. Солнечногорске (Московская область) лишь при наличии свободных мест, а также пациентов с признаками наличия полости распада легочной ткани; подтвержденном флюорографически и заключением врача-фтизиатра, как правило, в течение 3-5 дней.

Таким образом, в системе организации медицинской помощи нелегальным мигрантам были выявлены следующие недостатки, которые являлись типичными для учреждений такого рода (таблица 2).

Для разработки и внедрения новой организационной модели деятельности медицинской части Центра для содержания иностранных граждан **в четвертой главе** представлена медико – социальная характеристика нелегальных мигрантов.

Прежде всего, мы исследовали возрастной состав приезжающих в Россию нелегальных мигрантов. Распределение мигрантов по возрастным группам было следующим: 41% - принадлежал к возрастной группе 18-24 года; 35% - 25-34 года; 17% - 35-44 года; в возрасте 45-54 года было лишь 6%, а 55-64 года – 1%; в возрасте 65 и старше – мигрантов зарегистрировано не было, т.е в Россию, в основном, приезжают мужчины трудоспособного возраста.

Изучение распределения нелегальных мигрантов по месту рождения показало, что подавляющее большинство из них прибывают из Средней Азии (70,0 % от общего числа опрошенных), из Кавказского региона прибывает 20,9 %, из Украины и Белоруссии - 7,3 %, из стран дальнего зарубежья - 1,8%. Приезжающие в страну мигранты примерно в равных долях делятся на холостых (51,1%), свободных в социальном плане мужчин, и женатых, имеющих семьи (45,3%); 2,5% из них разведены, и вдовцы составляют 1,1%.

Большая часть мигрантов имеет профессию, и это позволяет им быстрее ассимилироваться в новой среде проживания и найти работу. Практически 70% нелегальных мигрантов (69,9%) имеют законченное или незаконченное общее образование, каждый шестой (17,3%) среднее специальное, каждый десятый высшее (7,5%) или незаконченно высшее образование (3,8%), нигде не обучался 1,5%. При этом две трети из них имеют базовую профессию (62,2%), и одна треть (37,8%) не имеет.

Таблица 2

Недостатки в системе организации медицинской помощи нелегальным мигрантам

Причины существовавших недостатков	Последствия
Отсутствовала формализованная учетно-отчетная медицинская документация установленного образца. Результаты работы отражались в ведомственных документах и журналах в произвольной форме	Невозможно проводить достоверный статистический учет и анализ деятельности медицинской части
Не соблюдались сроки первичного медицинского осмотра вновь поступающих в учреждение иностранных граждан, которые содержались в накопителе, рассчитанном на 24 человека	Учитывая многонациональный состав граждан, прибывающих из стран с различной эпидемиологической ситуацией, существовала опасность распространения инфекционных заболеваний
Отсутствовал договор между Центром и территориальными органами здравоохранения	Не проводилось флюорографическое обследование вновь поступающих нелегальных мигрантов
Отсутствовали стандарты проведения первичного осмотра	Невозможно распределить поступающих иностранных граждан на группы здоровья, своевременно изолировать лиц с инфекционными заболеваниями
Отсутствовал паспорт, включающий стандарт деятельности медицинской части	Отсутствовала информация о потребностях в материально-техническом оснащении службы, штатной структуре
Отсутствовала медицинская карта мигранта, которая должна являться необходимым приложением к миграционной карте (В ней указываются все проведенные лечебно-профилактические мероприятия, результаты вакцинации, перенесенные заболевания)	При депортации мигранта за пределы России вся медицинская документация оставалась в архиве Центра, то есть отсутствовала преемственность между ЛПУ России и страны-родины в наблюдении за выдворяемыми гражданами.
В централизованной базе данных учета мигрантов ГИЦ МВД РФ отсутствовал медицинский модуль с соответствующей информацией	При повторном поступлении гражданина в учреждение другого региона России не было возможности оперативно обмениваться информацией о состоянии его здоровья.
Не регламентировались сроки изоляции контактных больных, отсутствовали медицинские изоляторы.	Существовала возможность распространения инфекционных заболеваний среди нелегальных мигрантов и сотрудников Центра
При расчете объема финансирования для закупки лекарственных средств не учитывалась структура заболеваемости и количество содержащихся в учреждении нелегальных мигрантов	Существовал недостаток либо избыток необходимых лекарственных средств в медицинской части Центра.
Укомплектованность медицинской части фельдшерскими и врачебными кадрами составляла менее 60%	Отсутствовала возможность оперативного осмотра вновь поступивших в Центр мигрантов, заболевания выявлялись несвоевременно

Тот факт, что более половины нелегальных мигрантов, до поступления их в ЦСИГ, находились на территории Российской Федерации менее одного года (55,0%), свидетельствует об интенсивности миграционных процессов и о достаточно высокой эффективности работы миграционной службы по выявлению нелегальных мигрантов и их последующей депортации.

Подавляющее большинство нелегальных мигрантов (2/3) при первом приезде в Москву уже в течение первого года попадают в ЦСИГ, чаще это происходит в течение первых трех месяцев. И лишь незначительная их доля (менее 2 %) проживает в Москве более 5 лет. Это свидетельствует об активной работе миграционной службы по выявлению нелегальных мигрантов и помещения их в ЦСИГ, а также о приобретении мигрантами опыта и осторожности, которые позволяют избегать встреч с сотрудниками миграционной службы при последующих нелегальных приездах в Россию.

При повторном нелегальном проникновении на территорию России, более половины мигрантов (58,2%) попадают в ЦСИГ в течение первого года; 34,1% - в период от 1 до 3 лет; 3,9% - в срок от 3 до 5 лет; и 3,8% - после пребывания в Москве более 5 лет. Повторное выявление нелегальных мигрантов свидетельствует о том, что более половины иностранных граждан, депортированных из России в страны своего постоянного проживания, возвращаются без оформления разрешительной документации.

Исследование показало, что в Москве большинство нелегальных мигрантов обосновываются в одном месте (72,3%), в два места меняет 19,9%, более двух мест - 7,9%, т.е. подавляющее большинство мигрантов в Москве ведут оседлый образ жизни, возможно, опасаясь активного перемещения по городу.

У 60,0% попавших в ЦСИГ респондентов нет родственников в Москве, у 40,0% - они имеются, как правило, выходцы из Средней Азии приезжают в московский регион, оставляя семьи по месту постоянного проживания, а мигранты - выходцы из кавказского региона имеют близких и дальних родственников в Москве.

Две трети нелегальных мигрантов, прибывших в Москву, работает в частных организациях (61,3%), одна треть - в государственных учреждениях (31,9%), не работает 6,8%. Чаще нелегальные мигранты работают без оформления трудового договора, заполняя физически тяжелые невостребованные коренным

населением низкооплачиваемые вакансии, а нигде неработающие, нуждаясь в денежных средствах, ухудшают криминогенную ситуацию в Москве.

Изучение продолжительности работы нелегального мигранта показало, что большинство из них находят работу сразу по приезду в столицу (73,9%), в течение одного месяца - 24,3%, не находят работу - 1,5%, выполняют разовую работу - 0,3%, что свидетельствует о высокой емкости московского рынка труда, особенно в секторе рабочей деятельности низкой квалификации.

Тип жилья, в котором проживают мигранты, зависит от наличия в московском регионе родственников, места работы в том или ином секторе производства, уровня доходов и иных факторов. Чаще они снимают в Москве комнаты (45,4%), квартиры - 26,3%, проживают в частном секторе 20,4%, по месту работы - 7,9%. При этом большинство нелегальных мигрантов работает ежедневно - 75,8%, исходя из графика работы московского рынка труда и сферы услуг – строительство, вещевые рынки, крупные грузовые терминалы и т.д.

Распределение нелегальных мигрантов по наличию вредных привычек показало, что среди опрошенных курят 67,7%, употребляют алкогольные напитки 26,9%. Потребление табачных изделий можно объяснить их ценовой доступностью для нелегальных мигрантов, а умеренное употребление алкоголя объясняется национальным менталитетом определенной этнической части нелегальных мигрантов.

Половина из респондентов (53,15%) считает, что в Москве медицинская помощь для них доступна, при этом, понимая медицинскую помощь - как возможность приобретения лекарственных средств без рецепта врача и получение экстренной медицинской помощи (отметили 69,2% опрошенных).

Из опрошенных нелегальных мигрантов не принимают лекарственных средств 76,4%. Из оставшихся 23,6% принимают лекарства самостоятельно 84,9%, по назначению медицинского работника 12,7%, самостоятельно и по назначению медицинского работника 2,4%; т.е. в подавляющем большинстве случаев мигранты принимают лекарственные средства самостоятельно, что связано с административными и законодательными барьерами в возможности оказания квалифицированной медицинской помощи и боязнью мигранта попасть через органы правопорядка и миграционную службу в ЦСИГ – для дальнейшей депортации из России. Многие из них по этой же причине не обращаются в

лечебные учреждения, продолжая при этом являться источником распространения инфекции, переводя острое заболевание в хроническую стадию течения, часто с рецидивирующим течением. Как правило, молодые мужчины - мигранты активно контактируют с окружением: одного полового партнера в Москве имели 38,3%, двух - 26,4%, трех и более - 17,5%, ни одного - 17,8%. При этом не использовали средств защиты при половых контактах 56,8% респондентов, использовали всегда 42,6%, периодически использовали - 0,6%.

На основании проведенного социологического исследования составили медико-социальный портрет нелегального мигранта: нелегальный мигрант, прибывший в Москву – это холостой или женатый мужчина в возрасте от 18 до 34 лет, прибывший из СНГ, чаще среднеазиатской страны, ранее несудимый, со средним образованием или наличием базовой профессии, позволяющей ему быстро найти работу в частном секторе экономики г. Москвы, проживающий в комнате или квартире вместе с другими мигрантами; в случае заболевания он предпочитает самостоятельно назначить себе лекарства, либо пользуется правом вызова скорой медицинской помощи, курит, активно вступает в половые контакты без использования средств защиты, при этом оценивает свое здоровье как удовлетворительное.

В пятой главе представлены результаты организационного эксперимента по внедрению новой организационно-функциональной модели деятельности медицинской части Центра для содержания иностранных граждан (Схема 4).

В рамках проведенного организационного эксперимента были разработаны и утверждены:

- нормы лекарственного обеспечения, которые учитывают потребность медицинской части учреждения в лекарственных средствах и уровень выявленной заболеваемости нелегальных мигрантов (исходя из объема финансирования 240 000 рублей в год);

- табеля оснащения медицинской части;

- Паспорт медицинской части, включающий в себя стандарт деятельности, кадровый, материально-технический, фармацевтический, лечебный и санитарно-эпидемиологический ресурсы;



Схема 4. Усовершенствованная организационно-функциональная модель деятельности медицинской части Центра для содержания иностранных граждан

- положение о работе медицинской части, включающее в себя должностные инструкции и функциональные обязанности сотрудников медицинской службы;

- медицинский модуль к компьютерной базе учета данных иностранных граждан, включающий в себя данные о сроках пребывания на стационарном лечении в лечебно-профилактические учреждения Москвы, о выявленных заболеваниях, возникших при пребывании в Центре для содержания иностранных граждан; о проведенной вакцинации; отдельно выделены заболевшие туберкулезом, чесоткой, педикулезом, ИППП;

- отчетные формы, которые позволяют проводить статистический анализ и выводить получаемую информацию индивидуально по каждому лицу в медицинскую карту мигранта, а также передавать полученные сведения в региональные учреждения соответствующего профиля и в медицинские учреждения по месту постоянного проживания иностранного гражданина;

- локальная сеть по обмену информацией между медицинскими частями шести ЦСИГ ГУВД Москвы, которая позволяет в короткие сроки определять медицинскую тактику в отношении выявленных больных, проводить их консультирование врачами-специалистами и оказание специализированной помощи в лечебной сети Москвы;

- двадцать пять индикаторов деятельности медицинской части, позволяющие проводить оценку годовой деятельности данного подразделения.

- план работы медицинской части о проведении мероприятий по сезонной профилактике гриппа и ОРВИ среди иностранных граждан и сотрудников Центра.

Административно и организационно медицинская часть была подчинена напрямую начальнику Центра.

Было налажено взаимодействие с территориальными лечебными учреждениями по вопросу оказания консультативной и специализированной медицинской помощи, проведению скрининговых мероприятий по выявлению социально-значимых заболеваний, в том числе туберкулеза (схема 5).

Таким образом, проведенные организационные изменения в деятельности медицинской части, позволили в течение 3-х лет существенно снизить заболеваемость некоторыми социально значимыми заболеваниями, такими, например как сифилис и чесотка, а также увеличить частоту выявления туберкулеза и педикулеза, организовать лечение больных, и, следовательно своевременно прерывать эпидемиологическую цепочку, обеспечить преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями России и

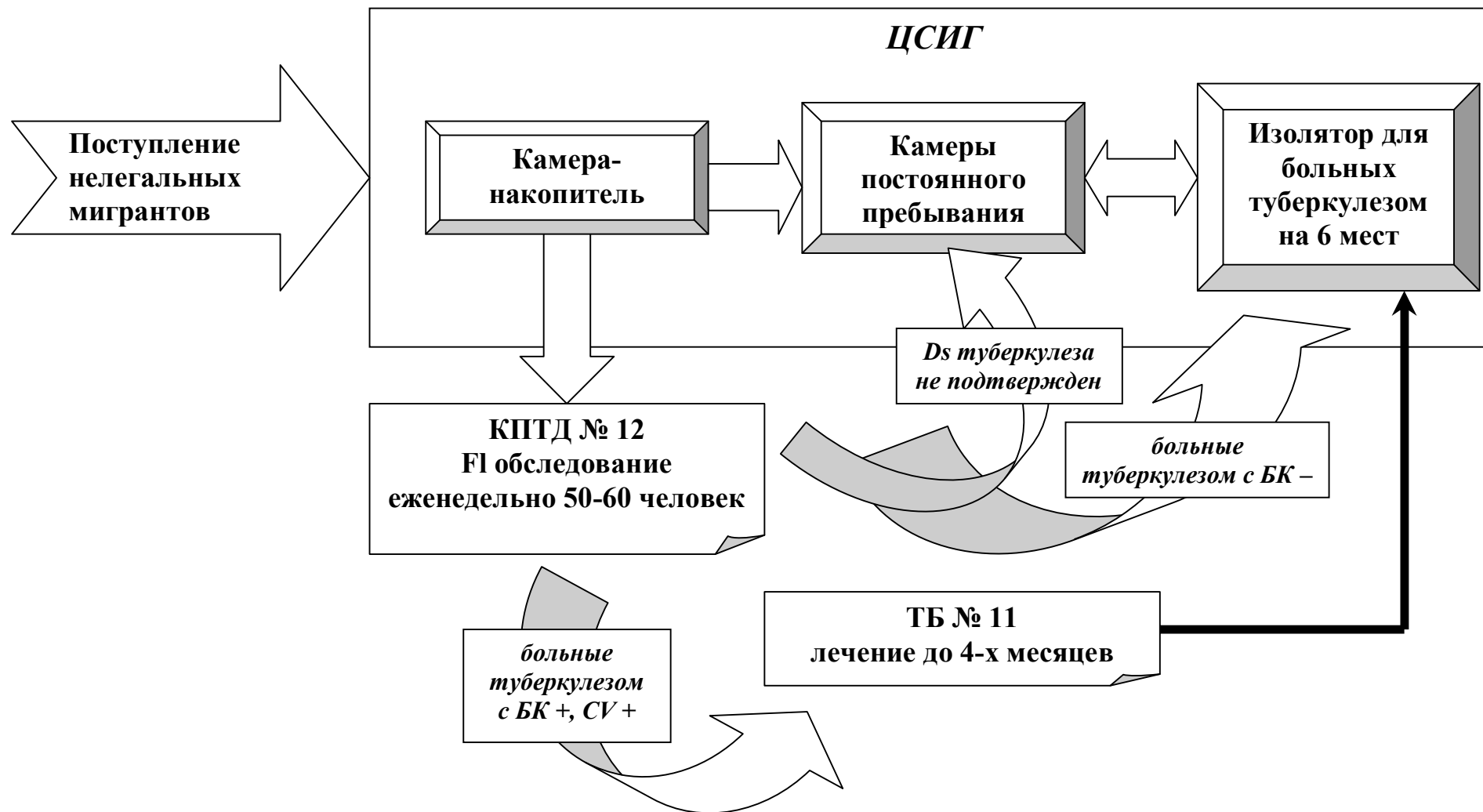


Схема 5. Выявление туберкулеза и оказание медицинской помощи нелегальным мигрантам, больным туберкулезом, во время организационного эксперимента

страны-родины в наблюдении за лицами, у которых были выявлены социально значимые инфекционные заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Российская Федерация, наряду со странами дальнего и ближнего зарубежья, не располагает эффективными механизмами правовой, медицинской, социальной защиты мигрантов, проживающих на их территории. Экономические, культурологические особенности коренного населения каждой страны, а также сезонные и трудовые колебания численности нелегальных мигрантов, требуют проведения регулярной корректировки действующих законодательных актов.

2. Система организации медицинской помощи в Центрах для содержания иностранных граждан, действовавшая до начала организационного эксперимента была ориентирована исключительно на скорейшую депортацию нелегального мигранта за пределы Российской Федерации. Учитывая многонациональный состав граждан, прибывающих из стран с различной эпидемиологической ситуацией, существовала опасность распространения инфекционных заболеваний. Действующие учреждения здравоохранения не имеют специализированных подразделений, участвующих в анализе структуры заболеваемости среди нелегальных мигрантов, оценке их медико-социального статуса.

3. Изучение динамики показателей заболеваемости нелегальных мигрантов показало: впервые выявленная заболеваемость чесоткой (на 100 тысяч соответствующего контингента) в 2003г. составляла 3640,7; к 2008 году показатель снизился на 36,9% (до 2297,3). Показатель заболеваемости педикулезом в 2003г. составлял 1418,4, к 2008г. его частота выросла в 3,3 раза (до 4702,1). Показатель заболеваемости сифилисом за годы исследования практически не изменился. К 2008 году его уровень снизился всего на 5,2% (с 236,4 до 224,2).

В отличие от трех вышеперечисленных инфекций показатель заболеваемости туберкулезом в 2003-2008гг. имел постоянную тенденцию к росту (от 94,6 в 2003г. до 2361,1 в 2008г.). По сравнению с 2003 годом его уровень возрос в 25 раз.

Такая динамика связана с проведенными организационными мероприятиями. В отношении туберкулеза – это проведение с целью скрининга флюорографических исследований; в отношении педикулеза – это своевременное

проведение первичного осмотра и изоляция для проведения лечения и дезинфекционных мер, в отношении чесотки - своевременная изоляция и лечение.

4. Среди прибывающих в Россию нелегальных мигрантов 2/3 выходцы из Средней Азии (70,0%) и 1/3 из кавказского региона (20,9%). Более половины из них - это холостые мужчины (51,1%) трудоспособного возраста 18-34 лет (76%). Подавляющее большинство мигрантов имеют среднее общее образование (69,9%) и профессию (62,2%), что позволяет им находить работу практически сразу после прибытия в Москву (73,9%), социально-бытовые условия проживания средние. Более 2/3 нелегальных мигрантов курят (67,7%), вступают в половые контакты с местным населением (82,2%), не используя средств защиты (56,9%). Прибывающие в Россию мигранты не обращаются за медицинской помощью в лечебные учреждения, предпочитая самолечение (84,9%), что способствует возникновению острых и обострению хронических заболеваний, с которыми нелегальный мигрант приезжает в Россию, учитывая неблагоприятный эпидемиологический статус стран постоянного проживания.

5. Разработка и введение единых стандартов проведения первичного осмотра нелегальных мигрантов для выявления социально-значимых заболеваний, отработка регламента межведомственного взаимодействия с городской сетью лечебно-профилактических учреждений позволяет в течение 3-5 лет существенно снизить заболеваемость социально значимыми заболеваниями и при их наличии организовать лечение, и, следовательно, своевременно прервать эпидемиологическую цепочку.

6. Система мониторинга за нелегальными мигрантами на основе формализованной «Медицинской карты мигранта» при депортации мигранта за пределы России позволяет обеспечить преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями России и страны-родины в наблюдении за лицами, у которых были выявлены социально значимые инфекционные заболевания; при повторном поступлении гражданина в учреждение другого региона оперативно получать информацию о наличии социально значимых инфекционных заболеваниях; избегать дублирования в проведении медико-диагностических исследований.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Для составления паспорта здоровья нелегальных мигрантов следует использовать комплексные методики, учитывающие медицинские и социальные факторы жизни, на основании первичного медицинского осмотра и результатов анкетирования.

2. Для индивидуальной оценки состояния здоровья нелегальных мигрантов необходимо разработать и внедрить региональные стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи.

3. В связи с большим количеством нелегальных мигрантов с высоким риском наличия социально-значимых заболеваний требуется разработать и внедрить комплексные программы медико-социальной реабилитации, учитывающие региональные особенности условий и образа жизни нелегальных мигрантов и членов их семей.

4. Для оценки динамики состояния здоровья нелегальных мигрантов целесообразно внедрение автоматизированных мониторинговых систем. Системы мониторинга должны учитывать первоначальные данные состояния здоровья и данных анкетирования, использовать единые принципы и методы сбора и обработки получаемой информации. Необходимо внедрить в региональные Центры для содержания иностранных граждан информационный модуль учета нелегальных мигрантов с целью своевременного обмена информацией о медицинском статусе мигранта, повторно попадающего в данное учреждение.

5. Необходимо принять совместные приказы органов управления здравоохранения и УВД субъектов Российской Федерации о межведомственном взаимодействии между лечебно-профилактическими учреждениями и Центрами для содержания иностранных граждан по организации флюорографического обследования, оказания специализированной медицинской помощи.

6. Необходимо на законодательном уровне разработать и утвердить механизм межгосударственного взаимодействия в сфере контроля и охраны здоровья нелегальных мигрантов, в том числе в виде обмена данными о состоянии здоровья, внесенными в медицинскую карту мигранта.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Пихоцкий А.Н. Популяционный и возрастной состав нелегальных мигрантов Москвы. /Пихоцкий А.Н. Скачкова Е.И. //Материалы XIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство»- М., 2006. –С.453.
2. Пихоцкий А.Н. Медико-социальная оценка здоровья нелегальных мигрантов Москвы. /Пихоцкий А.Н. Скачкова Е.И. //Материалы XIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство»- М., 2006. – С.454.
3. Пихоцкий А.Н. Информационные технологии в работе медицинской части Центров для содержания иностранных граждан Москвы /Пихоцкий А.Н. //Материалы II Всероссийского научного форума «Инновационные технологии медицины XXI века»- М., 2006. – С.154-155.
4. Пихоцкий А.Н. Актуальные проблемы системы оказания медицинской помощи нелегальным мигрантам в первичном звене здравоохранения г.Москвы /Пихоцкий А.Н. //Аспирант и соискатель- М., 2006.- № 3. – С.272-274.
5. Пихоцкий А.Н. Совершенствование организации медицинской помощи нелегальным мигрантам в Москве /Пихоцкий А.Н. //Медицинские науки- М., 2006.- № 3. – С.54-59.
6. Пихоцкий А.Н. Оказание медицинской помощи иностранным гражданам в московском регионе /Пихоцкий А.Н. //Главврач- М., 2006.- № 6. – С.51-60.
7. Пихоцкий А.Н. Миграционная политика в мире: социально-экономические и медицинские аспекты /Пихоцкий А.Н.//Актуальные проблемы современной науки- М., 2006.- № 4. – С.156-192.
8. Пихоцкий А.Н. Выявления больных туберкулезом в муниципальном звене здравоохранения /Скачкова Е.И., Пихоцкий А.Н., Кучерявая Д.А. //Российский медицинский журнал - М., 2009. – № 1 - С 4-6.