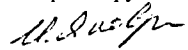
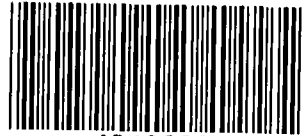


На правах рукописи



Яковлева Ирина Викторовна

Социальные практики доступа мигрантов к  
институтам здравоохранения: опыт европейских стран



4846368

Специальность 22.00.04 -  
Социальная структура, социальные институты и процессы

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук

19 МАЙ 2011

Москва - 2011

Работа выполнена на кафедре социологии управления факультета государственного управления Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова

Научный руководитель: доктор политических наук, профессор  
**Григорьева Наталья Сергеевна**

Официальные оппоненты: доктор социологических наук, профессор  
**Смакотина Наталья Леоновна**

кандидат социологических наук, доцент  
**Пархоменко Сергей Анатольевич**

Ведущая организация: Институт социально-экономических проблем  
населения РАН. Центр миграционных исследований

Защита состоится «14» мая 2011 г. в 15 часов на заседании  
диссертационного совета Д 501.001.02 при Московском государственном  
университете имени М.В. Ломоносова по адресу: 119992, г. Москва,  
Ломоносовский проспект, д. 27, корпус 4, Новый учебный корпус, факультет  
государственного управления, ауд. 619

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале Отдела  
диссертаций Фундаментальной библиотеки МГУ имени М.В. Ломоносова по  
адресу: 119992, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, сектор «А», к.812

Автореферат разослан «22» апреля 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
Д 501.001.02  
д.полит.н., проф.



Григорьева Н.С.

## 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Миграция и вопросы мигрантов как многоплановая проблема является одной из главных тем для европейского сообщества, представляя собой один из глобальных трендов современной европейской социальной политики, затрагивающей все социальные сектора, в том числе и сектор здравоохранения. В 2010г. численность населения ЕС составила 500 млн. жителей. За последние десять лет население ежегодно увеличивалось на 2 млн. человек и 80% этого роста пришлось на долю международной миграции<sup>1</sup>. Мигранты не только играют огромную роль в европейской экономике, но и формируют современную демографическую карту Европы, ее социальное пространство.

В рамках нового модернизированного общеевропейского подхода по координации социальной защиты и социальной включенности,<sup>2</sup> – искоренение неравенства и обеспечение равного доступа для всех социальных групп к институтам здравоохранения и медицинским услугам, – были определены в качестве одной из важнейших стратегических задач для стран - членов Европейского Союза<sup>3</sup>.

Стратегия социальной включенности, озвученная в докладе Европейской комиссии в 2006г.,<sup>4</sup> уделяет особое внимание проблеме преодоления неравенства среди различных групп населения в социальной сфере. Были выделены три основные группы, которые максимально подвержены риску социальной исключенности, – это мигранты; люди с ограниченными физическими возможностями; а также лица, страдающие психическими заболеваниями<sup>5</sup>. Включение мигрантов в число наиболее уязвимых категорий населения по такому показателю, как здоровье, подчеркивает абсолютную значимость проблемы обеспечения им доступа к институтам

---

<sup>1</sup> Eurostat: population of foreign citizens in 2008. 184/2009 – 16 December 2009. <http://ec.europa.eu/eurostat>; Background paper WMR 2010. The Future of European Migration: Policy Options for the Future Union and its Member States. P.5

<sup>2</sup> EU Open Method of Coordination of Social Protection and Social Inclusion, 2006. P.6

<sup>3</sup> Council of the European Union. Council Conclusions on Common values and principles in EU Health Systems. 2733th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting. Luxembourg, 1–2 June 2006.

<sup>4</sup> European Commission. Joint report on social protection and social inclusion 2006, Commission staff working document, Brussels, 2006

<sup>5</sup> Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. 2008. P.23

здравоохранения и медицинским услугам и достижению большего равенства и укреплению солидарности в обществе<sup>6</sup>.

В конце 80-х – начале 90-х гг. XX в. с проблемой массовой миграции столкнулась и Россия, специфика которой определилась тем, что она одновременно является страной принимающей, отдающей и транзитной. За прошедшие годы Россия присоединилась к ряду международных конвенций и разработала собственное миграционное законодательство. Однако современные законы нацелены, прежде всего, на «техническое управление» миграционными потоками. Ситуация усугубляется тем, что мигранты концентрируются в основном в нижней части социальной пирамиды и «по прошествии некоторого времени начинают ощущать себя представителями дискриминационного меньшинства, для которого закрыты многие возможности»<sup>7</sup>, включая и доступ к институтам здравоохранения. Поэтому ответ на вопрос, какие схемы нужно применять, чтобы сделать решение этих проблем максимально безболезненным и для коренного населения страны и для мигрантов, чей опыт в этом отношении может быть наиболее полезен, – является актуальным для перспективной миграционной политики России. Важно также подчеркнуть, что при отсутствии на сегодняшний день собственных научных традиций в комплексном изучении доступа к институтам и услугам здравоохранения различных групп населения (включая мигрантов), представляется целесообразным обратиться к анализу западных исследований, концептуальные подходы и инструменты измерения которых подтверждены опытом их эмпирической апробации в различных социальных практиках.

**Степень разработанности.** Изучение проблем мигрантов лежит на стыке различных областей знания. Поэтому важно рассмотреть заявленную тему, обратившись к основным типам социологического дискурса: социологическим доктринам, которые предлагают различные толкования развития общества как целого, социальным обследованиям, которые позволяют собирать и

---

<sup>6</sup> WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. The world health report 2008: primary health care now more than ever. P. 41

<sup>7</sup> Вишневский А.Г. Альтернативы миграционной стратегии // В кн. Вишневский А.Г. Избранные демографические труды в 2-х томах. Т.2: Экономическая демография. Анализ демографических процессов, М., Наука, 2005. С. 252

систематизировать сведения о состоянии общественной жизни и социологическим исследованиям, фокусированным на проверке гипотез<sup>8</sup>.

Несмотря на давнюю приверженность политиков принципу равенства в уровне здоровья и доступе к институтам здравоохранения, его направление и измерение является новым направлением в сфере общественного здравоохранения<sup>9</sup>. Только в конце XX века во многом в результате практической потребности решения назревших проблем, произошло переосмысление политики в отношении здоровья мигрантов в европейских странах. Тогда же появились первые национальные обследования состояния здоровья мигрантов и исследования в области доступа различных социальных групп к институтам здравоохранения.

При этом основная гипотеза базировалась на двух предположениях: а) здоровье мигрантов хуже в сравнении с основным населением; б) во многом это результат существующего в обществе неравенства, проявляющегося в неэквивалентном доступе к институтам здравоохранения и медицинским услугам.

Одно из первых комплексных исследований положения мигрантов в отношении доступа к институтам здравоохранения предложил М. Гроссман (Grossman) в 1972 г., который представил зависимость потребляемого объема медицинских услуг от сочетания таких факторов, как общее состояние здоровья, возраст и уровень образования мигрантов<sup>10</sup>. Во второй половине 80-х гг. XX в. эти исследования были продолжены Муириненом и Вагстафом (Muurinen, 1982<sup>11</sup>, Wagstaff, 1986<sup>12</sup>). Спустя 20 лет, специалисты вновь обратились к исследованиям различных моделей потребления мигрантами медицинских услуг в рамках

---

<sup>8</sup> Батыгин Г.С. Три типа социологического дискурса: исторический очерк. // Журнал исследований социальной политики. Том. 1(2). С.245

<sup>9</sup> WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. The world health report 2008: primary health care now more than ever P.44

<sup>10</sup> Grossman M. On the concept of health capital and demand for health, Journal of Political Economy, Vol. 80, No. 2, 1972. Pp. 223-255

<sup>11</sup> Muurinen J. M. Demand for health: A generalised Grossman model, Journal of Health Economics, 1(1), 1982. Pp. 5-28

<sup>12</sup> Wagstaff A. The Demand for Health: A Simplified Grossman Model. Bulletin of Economic Research, 38(1), 1986. Pp. 93-95. Согласно функциональному подходу в поддержании здоровья, более взрослые опытные индивидуумы испытывают более быстрое обесценивание своего здоровья, а также люди с более высоким уровнем образования, которые наиболее эффективно поддерживают хорошее состояние здоровья.

институтов систем здравоохранения принимающих стран (Muñoz de Bustillo and Antón, 2007<sup>13</sup>, Cantarero and Pascual, 2008<sup>14</sup>).

Современных исследователей, в фокусе работ которых – изучение доступа мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам, – можно условно разделить на две большие группы. Представители первой (Weinik, Zuvekas and Cohen, 2000<sup>15</sup>, Van Houtven, 2005<sup>16</sup>, Waidman and Rajan, 2000<sup>17</sup>, Bilger and Chazer, 2008<sup>18</sup>) обращают внимание на ключевую роль социально-демографических характеристик мигрантов, социо-культурных барьеров в обеспечении доступа к услугам здравоохранения.

Представители второй исходят из положения, что в большинстве стран нет ограничений в доступе к институтам здравоохранения и различий в качестве услуг, которые были бы обусловлены статусом мигранта. Это исследования, выполненные в Канаде (Laroche, 2000<sup>19</sup>), Швеции (Hjern, 2001<sup>20</sup>), Дании (Krasnik et al., 2002<sup>21</sup>), Швейцарии (Winkelmann, 2002<sup>22</sup>), в Германии (Sander, 2008<sup>23</sup>).

Но все европейские исследователи едины в понимании того, что хорошее здоровье – это не только результат медицинского обслуживания. Прежде всего, это «состояние полного физического, психического и социального благополучия»<sup>24</sup>.

<sup>13</sup> Muñoz de Bustillo R. and Anton J.I. Inmigración y Estado de Bienestar. Una aproximación al caso español, en Domínguez, R. (coord.) Inmigración: crecimiento económico y bienestar social, Santander: Universidad de Cantabria and Parlamento de Cantabria, 2007. Pp. 117-146

<sup>14</sup> Cantarero D. and Pascual M. Inmigración, Salud y Utilización en España, paper presented at the 15th Conference in Public Economics, Salamanca (Spain), February 7-8, 2008. P.8

<sup>15</sup> Weinik R., Zuvekas S. and Cohen J. Racial and ethnic discrimination health services, 1977 to 1996, Medical Care Research Review, 57(1), 2005. Pp.36-54

<sup>16</sup> Van Houtven C.H.; Voils C.I.; Oddone E.Z., Weinfurt K.P., Friedman J.Y., Schulman K.A. and Bosworth H.B. Perceived Discrimination and Reported Delay of Pharmacy Prescriptions and Medical Tests, Journal of General Internal Medicine, 20(7), 2005. Pp. 578-583

<sup>17</sup> Waidman T.A. and Rajan S. Race and ethnic disparities in health care access and utilization: an examination of state variation, Medical Care Research Review, 57(1), 2000. Pp. 55-84

<sup>18</sup> Bilger A. and Chaze J.P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland, Swiss, Journal of Economics and Statistics, 144(3), 2008. Pp.337-358

<sup>19</sup> Laroche M. Health Status and Health Services Utilization of Canada's Immigrant and Non-Immigrant Population, Canadian Public Policy/ Analyse de Politiques, 26(1), 2000. Pp. 51-75

<sup>20</sup> Hjern A., Haglund B., Persson G. and Rosen M. Is there equity in access to health care ethnic minorities in Sweden, European Journal of Public Health, 11(2), 2001. Pp.147-152

<sup>21</sup> Krasnik A., Norredam M., Sorensen T.M., Michaelsen J.J., Nielsen A.S. and Keiding N. Effect of ethnic background on Danish hospital utilization Patterns, Social Science & Medicine, 55(7), 2002. Pp. 1207-1211

<sup>22</sup> Winkelmann R. Work and health in Switzerland: Immigrants and Natives, Socioeconomic Institute, University of Zurich, Working Paper 203, 2002. P.15

<sup>23</sup> Sander M. Is there migration-related inequity in access to or in the utilization of health care in Germany, SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research, 2008. Pp.147

<sup>24</sup> Men Ageing And Health. Achieving health across the life span. World Health Organisation, 2001. P.10 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_nmh\\_nph\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_nmh_nph_01.2.pdf) (10.02.2011)

Поэтому обследования и исследования в области здоровья мигрантов, в большинстве случаев, являются частью изучения более широкого социального поля – адаптации мигрантов в принимающем обществе (Castles 2002<sup>25</sup>; Ager and Strang 2002<sup>26</sup>). Именно в этом контексте изучаются проблемы доступа мигрантов к социальным услугам вообще; разнообразные проявления дискриминации мигрантов и национальных меньшинств в рамках этого доступа; предрасположенность прибывающих к тем или иным заболеваниям (van den Bosch and Roberts 2000<sup>27</sup>; Allebeck and Silveira 2001<sup>28</sup>; Watters 2002<sup>29</sup>; Elkerrri 2003<sup>30</sup>; Robertsson 2003<sup>31</sup>; Ohlander, 2004<sup>32</sup>).

В начале XXI в. были проведены масштабные исследования политики в отношении мигрантов в ЕС (Carr-Hill, 2000<sup>33</sup>; Council of Europe, 2000<sup>34</sup>; Wren and Boyle, 2001<sup>35</sup>; Watters, 2002<sup>36</sup>; Ahlberg, Lundstrom, and Krantz, 2004<sup>37</sup>). Они явились рефлексией на многочисленные примеры ухудшения здоровья мигрантов и факты ограничений в доступности медицинских услуг. В дальнейшем они послужили

---

<sup>25</sup> Castles S., Korac M., Vasta E., and Vertovec S., with Hansing K., Moore F., Newcombe E., Rix L., and Yu S. Integration: Mapping the Field. Oxford: Centre on Migration, Policy, and Society and Refugee Studies Centre, 2002. [http://www.blink.org.uk/docs/mapping\\_the\\_field.pdf](http://www.blink.org.uk/docs/mapping_the_field.pdf) (10.02.2011)

<sup>26</sup> Ager A., and Strang A. Indicators of Integration. London: Home Office, 2004. P.35

<sup>27</sup> Van den Bosch C. and Roberts J. Tuberculosis Screening of New Entrants: How Can It Be Made More Effective? *Journal of Public Health Medicine* 22, number 2, 2000. Pp. 220–223

<sup>28</sup> Allebeck P. and Silveira E. Migration Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perception of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London. *International Journal of Social Welfare*, number 10, 2001. Pp. 309–320

<sup>29</sup> Watters Ch. Migration and Mental Health Care in Europe: Report of a Preliminary Mapping Exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28, number 1, 2001. Pp. 153–172

<sup>30</sup> Elkerrri R. Le Diabete Non Insulinodependant Chez le Patient Maghrebin: Un Regard Sociosanitaire. *Migrations-Sante*, number 117, 2003. Pp. 28-35

<sup>31</sup> Robertsson E. Aspects of Foreign-Born Women's Health and Childbirth-Related Outcomes: an Epidemiological Study of Women of Childbearing Age in Sweden. Stockholm: Karolinska University Press, 2003. Pp. 15-30

<sup>32</sup> Ohlander M. Problematic Patienthood. Immigrants in Swedish Health Care. *Ethnologia Scandinavica*. Vol. 34, 2004. P.47

<sup>33</sup> Carr-Hill R. Intercultural Health in Europe. In Jagdish Gundara and Sidney Jacobs, eds. *Intercultural Europe: Diversity and Social Policy*. Aldershot: Ashgate, 2000. Pp. 289–313

<sup>34</sup> Council of Europe. Health Conditions of Migrants and Refugees in Europe. Committee on Migration, Refugees and Demography. Lord Ponsonby, rapporteur. Doc 8650. Strasbourg. February 2000, Pp. 7-8 <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc00/EDOC8650.HTM> (15.02.2011)

<sup>35</sup> Wren, Karen, and Boyle, Paul. Migration and Work-Related Health in Europe: A Literature Review. SALTSA Report, Number 1, Stockholm, 2001. P.6

<sup>36</sup> Watters Ch. Migration and Mental Health Care in Europe: Report of a Preliminary Mapping Exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28, number 1, 2002. pp. 153–172

<sup>37</sup> Ahlberg B., Lundstrom C., and Krantz I. The Health of Immigrants and their Access to Health Care in Sweden: The Perspectives of Immigrants and Health Care Providers. Skovde: Skaraborg Institute for Research and Development, 2004. P. 18

основой для разработки рекомендаций в странах ЕС по совершенствованию доступа к институтам здравоохранения<sup>38</sup>.

Что касается работ российских авторов то они, чаще всего, выполнены в русле европейских исследований миграции (Селиверстова М.М.<sup>39</sup>, Коробков А.В.<sup>40</sup>, Емельянова Л.Л., Федоров Г.М.<sup>41</sup>). Специалистов интересуют типичные проблемы здоровья мигрантов и тенденции, уже выявленные и описанные в зарубежной научной литературе. Есть, однако, единичные примеры (Леднев В.<sup>42</sup>) изучения, например, объема использования мигрантами услуг системы здравоохранения в РФ.

В основном работы отечественных исследователей формируются вокруг двух базовых направлений: социология миграции и социология медицины.

Социология миграции в современной интерпретации символизирует собой переход от описания экономической адаптации мигрантов к многостороннему исследованию социальной интеграции мигрантов в принимающем обществе (Юдина Т.Н.<sup>43</sup>). Отдельным блоком можно выделить работы, посвященные миграционной политике РФ, ее изменению на федеральном и региональных уровнях (Флоринская Ю.Ф.<sup>44</sup>, Мукомель В.И.<sup>45</sup>, Кузнецов И.М.<sup>46</sup>). Особое внимание уделяется юридическим аспектам миграционного законодательства (Воронина Н.А.<sup>47</sup>; Витковская, Г., Платонова В., Школьников М.<sup>48</sup>)

---

<sup>38</sup> Health at a glance, 2009. OECD Indicators. P.140

<sup>39</sup> Селиверстова М. М. Мировая миграция: статистика, проблемы и решения / Мария Селиверстова ; Междунар. ассоц. пенс. и соц. фондов. М. : Соц. и пенс. страхование, 2007. С. 106 – 139

<sup>40</sup> Коробков А.В., Мукомель В.И. Опыт миграционной политики США: уроки для России. Московское бюро по правам человека. Москва, «Academia», 2008. С. 21

<sup>41</sup> Миграция и социально-экономическое развитие стран региона Балтийского моря. Под ред. Емельяновой Л.Л., Федорова, Г.М. Калининград, изд-во РГУ им. И. Канта, 2008

<sup>42</sup> Согласно результатам данного исследования, 60% мигрантов на территории РФ не имеют доступа к системе здравоохранения и медицинским услугам.

<sup>43</sup> Юдина Т.Н. Социология миграции. М.: Академический Проект, 2006

<sup>44</sup> Флоринская Ю. Ф. Россия — Казахстан: приграничные миграции, взгляды с разных этажей власти // Миграционные процессы в странах Центральной и Восточной Европы: проблемы и методы регулирования. Ставрополь-Будапешт: Изд-во СГУ, 2005: 183—190

<sup>45</sup> Мукомель В.И. Миграционная политика и политика интеграции: социальное измерение // Россия реформирующаяся. Ежегодник / Отв. Ред. Горшков М.К. - Вып.7. - М.: Институт социологии РАН, 2008. С. 250-272

<sup>46</sup> Кузнецов И.М. Мигранты в мегаполисе и провинции: вариативность реализации интеграционного потенциала // Россия реформирующаяся. Ежегодник / Отв. Ред. Горшков М.К. - Вып.7. - М.: Институт социологии РАН, 2008. С. 273-288

<sup>47</sup> Воронина Н.А. Миграционное законодательство России: состояние, проблемы, перспективы. М.: Спутник +, 2010

<sup>48</sup> Новое миграционное законодательство Российской Федерации: правоприменительная практика. Под ред. Г. Витковской, А. Платоновой, В. Школьников. М.: Адамант, 2009



Активно исследуются миграционные процессы в странах СНГ, современная трансформация этих процессов, а также миграция в контексте будущего развития России (Зайончковская Ж.А.<sup>49</sup>, Ивахнюк И.В.<sup>50</sup>).

Социологические исследования положения трудовых мигрантов, касаются проблем межэтнической напряженности, связанных с ней конфликтов и ксенофобии (Донцова М.В.<sup>51</sup>); процессов социальной адаптации мигрантов (Строева Г.Н.<sup>52</sup>), вопросов формирования общественного мнения в отношении мигрантов и этнических меньшинств (Зайончковская Ж.А.<sup>53</sup>, Дробижева Л.М.<sup>54</sup>). Проблемам трудовой миграции посвящены работы Тюрюкановой Е.В., которая значительное внимание отводит анализу незаконной миграции и многочисленных нарушений прав мигрантов, а также гендерным аспектам миграции<sup>55</sup>.

Одна из последних работ – коллективная монография «Миграция и демографический кризис в России»<sup>56</sup>, в которой вопросы здоровья мигрантов только обозначены.

Социология медицины, как самостоятельная дисциплина, сформировалась в 50-е гг. XX в., хотя ее появление относят к XIX в., когда это понятие было введено в научный оборот французским ученым Гуерином (J.Guerin, 1848). Под социологией медицины он понимал изучение физического и психического состояния населения и законодательства, а также связи между социальными факторами, здоровьем и

---

<sup>49</sup> Иммигранты в Москве. Под ред. Зайончковской Ж.А. М.: Три Квадрата, 2009

<sup>50</sup> Ивахнюк И.В. Российская миграционная политика в контексте человеческого развития: история и современность (на русском и английском языках). Научная серия «Международная миграция населения: Россия и современный мир». Гл. редактор серии Ионцев В.А. Выпуск 22. М.: МАКС Пресс, 2009

<sup>51</sup> Донцова М.В. Этнические мигранты и принимающее общество: процессы социального взаимодействия: на материалах Краснодарского края: диссертация на соискание степени кандидата социологических наук. Краснодар, 2007

<sup>52</sup> Строева Г.Н. Внешние трудовые мигранты в социальной структуре дальневосточного региона. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата социологических наук. Хабаровск, 2008

<sup>53</sup> Зайончковская Ж.А. Миграции населения России как зеркало социально-экономических перемен. Куда идет Россия? Альтернативы общественного развития / Общ. ред. Заславской Т.И. М.: Аспект Пресс, 1995. С. 41-54

[http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/276668/007\\_zajonchskovskaya.pdf.html](http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/276668/007_zajonchskovskaya.pdf.html) (14.01.2011)

<sup>54</sup> Дробижева Л.М. Этничность в современном обществе. Этнополитика и социальные практики в Российской Федерации. Мир России, 2001. Т. 10. № 2. С. 167-180  
[http://www.ecsocman.edu.ru/images/pubs/2006/10/07/0000291511/2001\\_n2\\_p167-180.pdf](http://www.ecsocman.edu.ru/images/pubs/2006/10/07/0000291511/2001_n2_p167-180.pdf) (15.11.2010)

<sup>55</sup> Тюрюканова Е.В. Принудительный труд в современной России: нерегулируемая миграция и торговля людьми. Женева, Международное бюро труда, 2006

<sup>56</sup> Миграция и демографический кризис в России. Под ред. Зайончковской Ж.А. и Тюрюкановой Е.В. Серия: Миграционный барометр в Российской Федерации. М.: МАКС Пресс, 2010. С. 98 – 99

заболеваемостью<sup>57</sup>. В 1959г. на Всемирном социологическом конгрессе «Общество и социология» была впервые организована секция социологии медицины<sup>58</sup>.

Долгое время существовало широкое терминологическое поле для обозначения этой специальности: социология здоровья и болезни, медицинская социология, социология здравоохранения, социальная медицина, и т.д. Тем не менее, после долгих дискуссий, в научной теории и практике закрепился термин «социология медицины»<sup>59</sup>. В сфере ее интересов находится и анализ причин заболеваний в различных социальных группах, в том числе и мигрантов<sup>60</sup>.

Необходимо отметить, что исследователями признается необходимость в смещении фокуса исследований с культурных и индивидуальных особенностей мигрантов на роль различных социальных институтов, которые воспроизводят и тем самым закрепляют правила для постоянного населения и новых членов общества (Бараулина Т., Карпенко О.)<sup>61</sup>. Но такая постановка вопроса, формулируется, скорее, как задача на будущее. Она пока не нашла своего широкого отражения в научной литературе.

**Цель исследования:** провести сравнительное исследование существующих в европейских странах социальных практик, обеспечивающих доступ мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам.

Достижение данной цели обусловило постановку следующих задач:

- обобщить и систематизировать существующие материалы и проанализировать основные тенденции в европейской социальной политике по обеспечению права мигрантов на здоровье и доступ к институтам здравоохранения и медицинским услугам;

---

<sup>57</sup> В начале XX в. были изданы две фундаментальные работы: двухтомник «Очерки о медицинской социологии» (Essays on medical sociology, E.Blackwell, (1902) и книга «Медицинская социология» (1910).

<sup>58</sup> Председателем этой секции был член-корреспондент АН СССР Гращенков И.И., который выступил с докладом «Здоровье и социальное благополучие».

<sup>59</sup> Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины. // Экономика здравоохранения, №5, 2000. Следует отметить, что не все специалисты считают это название правомерным (Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. «Социология медицины», Киев, «Здоровья» 1981).

<sup>60</sup> Значительный вклад в развитие социологии медицины наряду с зарубежными исследователями, внесли и отечественные ученые: Бирюков Д.А., Гращенков И.И., Изуткин А.М., Лисицын Ю.П., Царегородцев Г.И., Решетников А.А.

<sup>61</sup> Бараулина Т., Карпенко О. Миграция и национальное государство (вместо введения) // Миграция и национальное государство / Под ред. Бараулиной Т. и Карпенко О. СПб: ЦНСИ, 2004. С. 3-14

- выявить основные барьеры, препятствующие получению мигрантами качественного доступа к институтам здравоохранения;

- показать на примере европейских стран (Великобритания, Испания, Нидерланды) основные пути и реальные практики решения проблем мигрантов в плане улучшения их доступа к институтам здравоохранения и медицинским услугам, в том числе и в зависимости от особенностей национальных моделей здравоохранения в этих странах;

- провести анализ возможностей использования опыта европейских стран в России по обеспечению доступа мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам с целью формирования перспективной социальной политики.

**Объект** исследования – миграция как феномен современной социальной действительности.

**Предмет** – особенности доступа мигрантов, как социальной группы к институтам здравоохранения и медицинским услугам в социальном пространстве европейских стран.

**Теоретико-методологические основы исследования.** Основу диссертационной работы составил методологический аппарат и теоретические принципы, сформулированные в теориях сравнительной социальной политики (А. Марш, Е. Оуэн, М. Харроп, позднее Н. Мэннинг, Дж. Бэлдок, А.-М. Гилмар, Дж. Андерсен и др.). В диссертации применяются возможности теорий социальной стратификации и социальной мобильности, теории социальной интеграции для анализа нового населения принимающих стран (Липсет С., Бендикс Л.), а также классического институционального подхода с фокусом на институтах здравоохранения, конкретно-исторического, компаративистского подходов; зарубежные и отечественные теоретические и методологические работы в области социологии миграции и социологии медицины, социальной психологии и демографии.

Основными методами являются качественный и количественный анализ первичной и вторичной социологической и статистической информации. В работе использованы результаты европейских количественных и качественных исследований в области доступа мигрантов к институтам систем здравоохранения и

медицинским услугам; данные о состоянии здоровья мигрантов, динамике его изменения и факторов, влияющих на этот процесс.

**Эмпирическую базу исследования составили:** корпус документов ЕС, касающихся политики в отношении мигрантов, интеграции, модификации социальных систем; документы отдельных европейских стран, направленные на регулирование положения мигрантов в целом и доступа к институтам систем здравоохранения и медицинским услугам в частности; данные статистических ведомств ЕС, некоммерческих организаций, занимающихся проблемами мигрантов; международных социологических служб<sup>62</sup>, а также аналогичных служб и бюро Великобритании, Испании и Нидерландов.

Особыми источниками получения аналитических и статистических материалов послужили базы данных и отчеты международных организаций, прежде всего, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также решения и резолюции: Всемирной встречи на высшем уровне в интересах социального развития (Копенгаген, 1995г.), Амстердамского договора (1997г.), Второй Конференции ООН по населенным пунктам (Стамбул, 1996г.), Гаагской декларации (2003г.), Лиссабонской декларации (2007г.), материалы 60-й юбилейной сессии Европейского Регионального Комитета ВОЗ (ЕРК ВОЗ, Москва, 2010) и иных мероприятий, организованных в рамках ЕС.

### **Результаты исследования и научная новизна.**

1. Выявлена общая тенденция изменения современной социальной политики в странах ЕС в связи с трансформирующимися миграционными процессами в направлении переориентаций систем здравоохранения с целью сокращения неравенства в отношении здоровья и в доступе к услугам здравоохранения.

2. Расширены исследовательские рамки проблемы через включение в научный оборот результатов новых зарубежных исследований по данной проблематике.

3. Выполнено сравнительное исследование состояния здоровья и доступа мигрантов к институтам здравоохранения в европейских странах. Установлены и проанализированы общие тенденции и специфические особенности обеспечения

---

<sup>62</sup> Например, <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/>,  
<http://www.brookes.ac.uk/library/sociol/sociodat.html>, <http://www.cessda.org/>

доступности для мигрантов институтов здравоохранения и медицинских услуг на примере социальных практик Великобритании, Испании и Нидерландов.

5. Определены и проанализированы факторы, влияющие на качество доступа мигрантов к институтам системы здравоохранения в европейских странах.

6. Обоснованы выводы о возможности использования опыта европейских стран в секторе здравоохранения для улучшения мер государственной политики РФ в отношении здоровья мигрантов.

### **Положения диссертации, выносимые на защиту.**

1. Характер и направления миграции существенно изменились в конце XX – начале XXI вв., что привело к выработке иных подходов стран ЕС к решению проблем мигрантов в социальной сфере, в частности, выработке системной политики, опирающейся на сотрудничество сектора здравоохранения с другими секторами.

2. Мигранты являются социальной группой, для которой характерны определенные модели поведения в решении проблем в области здоровья и здравоохранения. В настоящее время здоровье мигрантов является изменяющейся характеристикой с отрицательной динамикой, что определяется качеством доступа мигрантов к институтам здравоохранения принимающих стран.

3. Исследования доступа к институту здравоохранения – важный инструмент оценки всей системы. Доступ мигрантов к институтам здравоохранения может служить индикатором степени интеграции мигранта в новом обществе.

4. В настоящее время в европейских странах произошло смещение акцента с рассмотрения здоровья мигрантов как угрозы обществу на принятие мер для обеспечения социальной безопасности и достижения социальной справедливости через равный доступ всех групп населения к институтам здравоохранения.

5. Важную роль в решении проблем здоровья мигрантов играет уровень культурной компетенции и его повышение. Усиливается значение коммуникационных технологий в современном здравоохранении для повышения эффективности доступа мигрантов к институтам системы здравоохранения и медицинским услугам.

6. Опыт европейских стран свидетельствует в пользу проведения целенаправленной государственной политики в отношении мигрантов в секторе

здравоохранения и может быть учтен при формировании социальной политики в отношении мигрантов в России.

**Теоретическая и научно-практическая значимость.** Основные положения диссертационного исследования могут быть использованы представителями органов государственной власти, осуществляющих разработку миграционной политики и политики в секторе здравоохранения, общественными организациями. Они будут полезны представителям научного сообщества, СМИ, сотрудникам научно-исследовательских и научных заведений гуманитарного профиля. Некоторые положения диссертации могут быть востребованы при разработке рекомендаций по формированию политики РФ в области обеспечения мигрантам доступа к медицинским услугам, а также технологий ее реализации. Материалы исследования можно активно использовать в преподавании учебных курсов социологии, политологии и дальнейшей научной работе автора.

**Апробация результатов исследования.** Диссертация выполнена, обсуждена и рекомендована к защите на кафедре социологии управления факультета государственного управления МГУ им. М.В. Ломоносова.

Результаты исследования (промежуточные и итоговые) были представлены автором в докладах и выступлениях, во время дискуссий на теоретических семинарах: «Государственное управление в XXI веке: традиции и инновации», 27-29 мая 2009г.; Первый Российский экономический конгресс, Москва, 7 – 12 декабря, 2009г.; Общероссийский Форум «Инфраструктурные проекты России: сложные условия – новые возможности», 9 февраля 2010г., секции «Женщины и здоровье» в рамках Московской конференции женских организаций (май, 2010г.) Основные идеи, положения и выводы работы отражены автором в публикациях.

**Структура работы.** Диссертация состоит из введения, двух глав, шести параграфов, заключения и библиографического списка использованных источников и литературы на русском, английском, испанском и голландском языках.

## **II. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **Введении** обосновывается актуальность рассматриваемой темы, раскрывается степень ее научной разработанности, сформулированы цели, задачи и предмет исследования, обосновывается теоретико-методологический подход к

выбору методов исследования и анализу результатов. Дается общая характеристика работы и ее новизна.

Первая глава – «Проблемы мигрантов и их доступа к институтам здравоохранения и медицинским услугам в контексте общеевропейских исследований современной социальной политики» – включает три параграфа.

В первом параграфе – «Международная миграция: смена парадигмы в европейской социальной политике» проанализированы изменения в европейской социальной политике в отношении мигрантов в историческом контексте и ее современные модификации.

Каждое государство определяет собственные условия, на которых иностранцы могут приехать в страну, оставаться в ней на определенный срок, участвовать в экономической, социальной и политической жизни. Потоки мигрантов плохо регулируются, нет единых показателей их оценки, что создает значительные трудности для сопоставимости национальных статистических данных. Некоторые страны вообще не имеют такой статистики, другие начали вести учет мигрантов буквально несколько лет назад. Поэтому сравнительные исследования проводить объективно сложно, и сопоставления возможны лишь по группам стран, в которых используются схожие критерии и хотя бы в какой-то мере унифицированный методологический инструментарий.

Сдвиг в социальной политике относительно понятия «гражданство» привел к пересмотру традиционного подхода к социальным правам в сторону акцента на наделение полномочиями и обязанностями участвовать в реализации своих прав. Однако вопрос о том, как добиться этого активного участия и наделения полномочиями, остается открытым. В классической интерпретации это была система социальной защиты, гарантирующая гражданину всестороннюю социальную безопасность. В современных подходах право на социальную защиту заменяется правом быть самостоятельным и умеющим себя защищать, хотя такой подход не исключает право гражданина на социальную защиту и заботу о своем здоровье<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> General Comment 14. On the right to the highest attainable standard of health adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in May 2000, E/C.12/2000/4, July 2000. P.5  
[http://www.hospicecare.com/resources/pain\\_pallcare\\_hr/docs/GenCom14.pdf](http://www.hospicecare.com/resources/pain_pallcare_hr/docs/GenCom14.pdf) (18.11.2010)

От 35 до 40 млн. иностранцев в Европе сталкиваются с проблемами адаптации в своем стремлении стать частью экономической, культурной, социальной и политической жизни приобретенных сообществ. Само право на здоровье обязывает правительства гарантировать общедоступность «материально-технической базы и услуг здравоохранения, особенно для наиболее слабо защищенной или маргинальной части сообщества без какой-либо дискриминации по любому признаку»<sup>64</sup>.

Во втором параграфе – **«Доступ мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам: социальные практики»** – рассматриваются институционализированные здравоохранительные практики.

Доступ в здравоохранении принято рассматривать на двух уровнях: территориальном и финансовом. Первый предполагает наличие места фактического проживания мигранта в стране пребывания. Второй обуславливает распределение ресурсной нагрузки, обеспечивающей поддержку здоровья мигрантов. Практически все системы здравоохранения предполагают регистрацию мигранта в каком-либо органе власти или в социальной службе, поскольку осуществление доступа к медицинским услугам предполагает постоянную коммуникацию между медицинским учреждением и пациентом. В основе данной сложившейся практики лежит необходимость сбора информации о состоянии здоровья пациента, комплексе возможных медицинских мер, предпринятых в каждом конкретном случае.

Анализ состояния здоровья мигрантов в Европе позволяет отметить, что иностранцы, несмотря на изначальный «эффект здорового мигранта», чаще всего оказываются менее здоровы, чем местный житель. Существует несколько причин, которые привели к формированию такой практики.

*Во-первых*, структурные, связанные с определенными санитарными нормами, сложившимися в принимающем обществе, и отдельными правилами для вновь прибывших лиц, определяемых как «не граждане».

*Во-вторых*, лингвистические трудности, усложняющие или делающие невозможной коммуникацию между врачом и пациентом-выходцем из другой страны (институциональные формы доступа ориентированы на постоянное население страны).

---

<sup>64</sup> Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society 27<sup>th</sup>-28<sup>th</sup> September, Lisbon, 2007, P. 2



*В-третьих*, психологические проблемы, связанные с недоверием к предлагаемым медицинским услугам; страх перед необходимостью дать разрешение на проведение медицинского обследования и опасение быть высланным из страны, если от него отказаться.

*В-четвертых*, проблемы культурного характера, например, различные практики, связанные с ролью коммуникации пациента и врача (например, приемлемость пояснений действий врача).

Взятые в совокупности, они позволяют говорить о том, что условия социальной исключенности, в которых оказываются многие мигранты, оказывают существенное негативное влияние не только на состояние их здоровья, но влияют на общий уровень здоровья в принимающей стране.

В третьем параграфе – **«Мигранты в РФ и миграционные проблемы в здравоохранении»** – дана общая характеристика миграционной ситуации в России с акцентом на проблему обеспечения доступа мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам.

После распада СССР Россия стала одним из центров мировой миграции. Всероссийская перепись 2002г. показала, что около 9% постоянного населения России родились за пределами страны<sup>65</sup>. Согласно данным ООН, Россия занимает второе место в мире среди стран, принимающих наибольшее количество международных мигрантов, число которых достигает 12,3 миллионов человек<sup>66</sup>.

Несмотря на специфические черты и особенности состава мигрантов в РФ, миграция во многом развивается по тем же схемам, которые работали в европейских странах некоторое время назад.

Особенность ситуации в РФ состоит в том, что формирование доступа к необходимым социальным институтам, в частности, к институту здравоохранения, напрямую зависит от контролирующих ведомств. Явное расхождение между институцией нормы и институциональной практикой приводит к комплексу проблем, с которым сталкивается мигрант. Миграция, которая рассматривается

---

<sup>65</sup> Итоги Всероссийской переписи населения 2002 г. В 14 томах. Москва: ИИЦ «Статистика России», 2004, т. 10. С.21

<sup>66</sup> Trends in Total Migrants Stock: the 2008 Revision. UN DESA Population Division. P.3.  
[http://www.un.org/esa/population/migration/UN\\_MigStock\\_2008.pdf](http://www.un.org/esa/population/migration/UN_MigStock_2008.pdf) (18.11.2010)

только в рамках угрозы безопасности страны<sup>67</sup> на разных уровнях, приводит к формированию общественного мнения о серьезном негативном влиянии самого процесса на ситуацию в стране.

Доступ воспринимается как возможность пользоваться медицинскими услугами в решении определенной медицинской проблемы; в рамках такого подхода 60% мигрантов на территории РФ его не имеют<sup>68</sup>, то есть доступ мигрантов к системе здравоохранения отсутствует, а возможность доступа к медицинским услугам резко ограничена. С другой стороны, есть примеры, когда в результате предоставления мигранту медицинской услуги, возникала угроза для здоровья окружающих<sup>69</sup>.

**Вторая глава – «Исследования здоровья мигрантов в зарубежных странах: Испания, Великобритания, Нидерланды»** – посвящена обзору и анализу современной ситуации с доступом мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам в этих странах. В ней представлены материалы международных и национальных обследований и исследований по данному направлению, рассмотрены основные принципы решения проблем и проанализированы комплексы принятых мер.

Выбор данных европейских стран не случаен. *Во-первых*, модели систем здравоохранения представлены принципиально различными приемами осуществления их финансирования: бюджетная и страховая модели. В Великобритании существует национальная система здравоохранения (НСЗ), которая предполагает равные права в получении медицинской помощи всеми гражданами, контроль над функционированием системы со стороны парламента, прозрачность финансовых потоков, подотчетность здравоохранения общественности.

В Испании и Нидерландах доступ граждан к институтам здравоохранения и медицинским услугам осуществляется в рамках страховой модели, которая

---

<sup>67</sup> Интервью директора ФМС России генерал-лейтенанта милиции Константина Ромодановского информационному агентству «Интерфакс» <http://mvdinform.ru/content/4363/>

<sup>68</sup> Роль миграционных потоков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации и на постсоветском пространстве. По Материалам доклада Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Суздаль, декабрь 2007 [http://www.aidsjournal.ru/journal/65\\_11.html](http://www.aidsjournal.ru/journal/65_11.html) (12.11.2010)

<sup>69</sup> В ноябре 2010г. в один из родильных домов Санкт-Петербурга по скорой помощи была доставлена роженица. При себе она не имела необходимой медицинской карты, но врачи приняли роды и сделали анализы, которые показали наличие у пациентки открытой формы туберкулеза, что создало угрозу как новорожденным и их матерям, так и медицинскому персоналу родильного дома.

наличествует в большинстве европейских стран. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) основана на четко выраженной схеме социальной солидарности – страховой взнос, который выплачивает работник или работодатель (или совместно и тот и другой), может быть использован только в медицинских целях. Государство определяет перечень основных видов помощи и услуг ОМС; группы застрахованных и величину страхового взноса; устанавливает правила всех взаимодействующих сторон и правовые основы системы; контролирует финансовые потоки.

В Великобритании здравоохранение финансируется в основном путем прямого общегосударственного налога и выраженного прогрессивного налогообложения. В Нидерландах – за счет местных налогов, в Испании – из общенациональных доходов.

Во-вторых, миграционная история этих стран различна, что находит свое отражение в вопросах формирования политики в отношении мигрантов и обеспечении им доступа к медицинским услугам. После распада колониальной системы Великобритания предоставила гражданам бывших колоний право переезда в страну с последующим доступом ко всем тем благам, которые имело государство на тот период времени. Это и определило взаимоотношения с первой многочисленной группой мигрантов. В Испании и Нидерландах, которые также имели колонии, ситуация складывалась иначе.

В-третьих, в настоящее время, несмотря на принадлежность к Европейскому Союзу и принятых в связи с этим обязательств в отношении соблюдения единых правил в отношении мигрантов, реальная политика национальных государств не является однородной. Тенденции унификации практик взаимодействия с мигрантами пока только обсуждаются в формате ЕС. Новым этапом можно считать разработку единых правил по приему беженцев. Законченный формат законодательного обеспечения прав мигрантов в стране и создание условий, обеспечивающих им доступ к институтам здравоохранения, может быть рассмотрен на примере Нидерландов. В то время как Великобритания и Испания демонстрируют, скорее, весь спектр многообразия подходов в этой сфере.

В первом параграфе – **«Доступ к институту здравоохранения и медицинским услугам в Испании: историческая традиция и современное**

**состояние»** – анализируется исторический контекст миграционного феномена Испании, который заключается в изменении направлений миграционных потоков, вследствие чего страна эмиграции превратилась в страну иммиграции.

Несмотря на сравнительно недавнюю историю проведения политики формирования доступа мигрантов к институтам здравоохранения, правительством организован сбор данных о состоянии здоровья населения (раз в два года) и, начиная с 2003г., осуществляется фиксация информации о мигрантах<sup>70</sup>.

Изначально ресурсы социального обеспечения были предназначены только для малоимущих и бездомных мигрантов. Разворачивались дебаты по поводу того, в чьем ведении должны находиться эти ресурсы – государства или муниципалитетов, руководства провинций, религиозных организаций или же частного сектора. В Испании определены территориальные границы предоставления услуг здравоохранения и выстроена строгая зависимость между постоянным местом проживания и правом на получение услуги. Все вопросы, касающиеся здравоохранения, образования и социального обеспечения мигрантов, находятся в ведомстве местных органов власти.

Наиболее совершенная организация доступа мигрантов к услугам системы здравоохранения сложилась в округе Барселона<sup>71</sup>. Основными принципами системы здравоохранения постулируются ее поддерживающая функция, общедоступность и бесплатность. Условием доступа ко всей системе выступает регистрация в муниципалитете, которая дает возможность получения карты медицинского обеспечения. Стоит отметить, что тип разрешительных документов и гражданство страны, из которой прибыл иммигрант, определяют и тип услуг социальной сферы.

Во втором параграфе – **«Институт здравоохранения Великобритании и мигранты: общая характеристика»** – представлена Британская модель, в которой весь комплекс существующих сложностей ассоциируется исследователями с «новыми мигрантами», то есть теми, кто прожил в Великобритании менее 5 лет. Доступ к системе здравоохранения рассматривается в рамках интеграции, то есть

---

<sup>70</sup> A comparison of the health status and health care utilization patters between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survery. C Hernandez Quevedo, Dolores Jimenez Rubio. September 2008. P.8

<sup>71</sup> Service for diversity and Citizenship Policies. Equality and Citizenship Department, Diputacio de Barcelona. Pyrgos, 18 April 2008. P.5

двустороннего взаимодействия по адаптации к новым условиям, как со стороны мигранта, так и принимающей стороны<sup>72</sup>.

Стоит отметить, что полный доступ к институтам здравоохранения предоставляется следующим категориям мигрантов: по истечении 12 месяцев с момента начала легального проживания в Великобритании; постоянным резидентам страны; студентам, которые провели в стране больше 6 месяцев; беженцам, лицам, запросившим убежище и подавшим заявку на получение права пребывания в Великобритании. Группам мигрантов, которые не входят в эти категории, бесплатно предоставляется только экстренная медицинская помощь. Исключение составляют люди, которые, согласно законодательству, имеют право на особые льготы: дети до 18 лет; студенты до 19 лет, беременные женщины и матери, родившие ребенка в течение предыдущих 12 месяцев.

Наиболее полное исследование здоровья мигрантов было проведено в Лондоне в 1999 г. Особое внимание уделялось совершенствованию механизмов обеспечения доступа мигрантов к институту здравоохранения и медицинским службам<sup>73</sup>. В ходе исследования, были выявлены такие особенности здоровья мигрантов<sup>74</sup>, как изменение потребностей с течением времени; тенденция к ухудшению здоровья, которая напрямую зависит от условий проживания; недостаточность первичной информации о здоровье (вакцинация, перенесенные заболевания). Также была отмечена низкая координация принимаемых мер, отсутствие механизмов оценки эффективности проведенных мероприятий и недостаточность информации у врачей и мигрантов относительно особенностей функционирования НСЗ.

Государственная политика Великобритании направлена на предотвращение социальной исключенности, что в первую очередь предусматривает улучшение

---

<sup>72</sup> *Refugees and other new migrants: a review of the evidence on successful approaches to integration*. Edited by Sarah Spencer. Centre on Migration, Policy and Society. University of Oxford. 2005. P.11

<sup>73</sup> Aldous J., Bardsley M. *Refugee Health in London*. London: Health of Londoners project, East London & City Health Authority, 1999

<sup>74</sup> Woodhead, D. *The Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees*. London: King's Fund, 2000.  
<http://www.kingsfund.org.uk>

доступа к институтам здравоохранения и медицинским услугам посредством выработки механизма предоставления первой медицинской помощи<sup>75</sup>.

В третьем параграфе – **«Исследования и практика обеспечения равного доступа к медицинским услугам в Нидерландах»** – проанализирован опыт этой страны в урегулировании вопросов здоровья мигрантов. Многокультурность и многоэтничность сообщества Нидерландов определила формирование различных подходов к пониманию категорий здоровья, заболевания; разграничению психического и физического здоровья; а также совокупности влияния данных факторов на благосостояние.

Ключевой подход в решении проблем мигрантов в области здравоохранения правительство Нидерландов определило как решение культурно обусловленных сложностей; поведение же человека относительно собственного здоровья – это не изолированный процесс, а взаимодействие мигранта и социальной обстановки, следовательно, здоровье мигранта выступает как показатель степени его интеграции в общество.

Выявлен ряд специфических сложностей, которые влияют на общую картину здоровья мигрантов. Прежде всего, это мигранты, которые не пользуются услугами здравоохранения, и поэтому не учитываются в исследованиях (хотя эта скрытая группа является большинством в отдельных территориях страны). Часто исследователи предпочитают вовсе не отражать «негативные примеры».

Для решения существующих проблем Совет по здравоохранению предложил принять следующие меры: структурные, дополнительные и культурно обусловленные. *Структурные меры* – это межкультурный менеджмент и политика приема на работу, помощь, как обязательная часть тренингов, лечения, методов и организации, которые адаптированы к культурному многообразию. *Дополнительные меры* носят временный характер, и связаны с расширением знаний, экспертизы и способностей. *Культурно специфичные меры* направлены на особенные аспекты культурной и религиозной идентичности пациентов.

---

<sup>75</sup> Feldman R. Primary health care for refugees and asylum seekers: a review of the literature and a framework for services. Public Health. 120(9). 2006. Pp.809-816

Совет также выработал рекомендации по улучшению качества доступа мигрантов к институту здравоохранения через развитие соответствующей инфраструктуры, позволяющей передавать знания и базовую поддержку; усилением межкультурного менеджмента (управления); оказанием мигрантам продуманной помощи; интеркультурализацией тренингов; вовлечением посредников; фокусированием внимания на культурном разнообразии; стимулированием медицинской поддержки и консультаций на уровне районов и кварталов; осуществлением непрерывного мониторинга и проведением исследований, направленных на отслеживание ситуации со здоровьем и доступом мигрантов к институтам здравоохранения; развитие специфических и независимых услуг, особенно в сфере умственного здоровья и заботы о здоровье старших поколений;

В **Заключение** автор подводит итоги проведенного исследования и формулирует основные выводы. Автор подчеркивает, что характер проблем, связанных со здоровьем мигрантов и доступом к услугам здравоохранения, существенно изменился на протяжении последних 10-15 лет и требуется постоянная корреляция европейской социальной политики для решения сложных задач и принятия эффективных мер, обеспечивающих соблюдения принципа справедливости. Растет заинтересованность в совместных действиях с тем, чтобы учитывать вопросы охраны здоровья во всех направлениях политики. Исследование социальных практик Великобритании, Испании и Голландии показывает с одной стороны, отличие систем здравоохранения этих стран и тех стратегий, которые каждая страна вырабатывает для достижения максимально возможного доступа мигрантов к институтам здравоохранения. А с другой – указывает на недостатки традиционных мер и необходимость сотрудничества заинтересованных сторон в решении проблем неравенства в здравоохранения. На это направлены выработанные в 2009г. ОЭСР индикаторы справедливости в обеспечении доступа к институту здравоохранения.

Проделанная работа позволяет сделать вывод, что европейский опыт решения проблем доступа мигрантов к институтам здравоохранения и медицинским услугам может быть применен в России с учетом специфики страны. В качестве первого шага можно проверить возможность использования предложенных индикаторов для

оценки состояния здоровья мигрантов и доступа их к медицинским услугам и институтам здравоохранения в России.

**По теме диссертации опубликованы следующие работы:**

*Публикации в периодических изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации:*

1. Яковлева И.В. Здравоохранение в европейских странах: здоровье мигрантов // Научные проблемы гуманитарных исследований. - Пятигорск, 2009.- №1. - С. 113-125. - 1 п.л.

2. Яковлева И.В. Новые направления политики государств-членов ЕС в отношении обеспечения доступа мигрантов к услугам здравоохранения // Государственное управление. Электронный вестник. - №26, март 2011г. - 0,9 п.л.

3. Яковлева И.В., Богданов С.В. Доступ к медицинским услугам и образованию для детей мигрантов: опыт Великобритании // Государственное управление. Электронный вестник.- №27, июнь 2011г.-1 п.л. (автор - 0,6 п.л.)

*Другие публикации:*

4. Яковлева И.В. Политика европейских стран в отношении мигрантов: проблемы здоровья и здравоохранения // Управление здравоохранением. - 2008. - № 3. - С. 81-95. - 0,7 п.л.

5. Яковлева И.В. Опыт решения социальных проблем мигрантов: стандарты предоставления услуг здравоохранения в Испании // Государственное управление в XXI веке: традиции и инновации. Материалы 7-ой международной конференции ФГУ МГУ им. М.В. Ломоносова (27-29 мая 2009г.).- С.662-668.-0,5 п.л.

6. Яковлева И.В. Исследование здоровья мигрантов в европейских странах: пример Испании // Управление здравоохранением. - 2009. - № 2. - С. 68-79. - 0,6 п.л.

7. Яковлева И.В. Успешные практики доступа мигрантов к услугам здравоохранения в Великобритании // Государственное управление в XXI веке: традиции и инновации. Материалы 8-ой международной конференции ФГУ МГУ имени М.В. Ломоносова (28-30 мая 2010г.). - С.488-495. - 0,4 п.л.



---

Заказ № 159-А/04/2011 Подписано в печать 21.04.2011 Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1

---



ООО "Цифровичок", тел. (495) 649-83-30  
[www.cfr.ru](http://www.cfr.ru) ; e-mail: [info@cfr.ru](mailto:info@cfr.ru)