

Анализ условий труда, социального статуса и здоровья трудовых мигрантов

Н. В. Орлова¹, Ю. Н. Федулаев¹, С. Э. Аракелов^{2,3}, И. Ю. Титова³,
Н. В. Щепетин¹, Н. В. Шурыгина³, А. В. Плющева¹

¹ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ России, Москва

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

³ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 ДЗМ», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Трудовая миграция имеет социально-экономическую значимость в интересах как принимающей страны, так и страны происхождения. Тяжелые условия труда, неблагоприятные условия жизни повышают риск развития заболеваний. Анализ состояния здоровья трудовых мигрантов в разных странах выявил, что наиболее часто встречаются инфекционные заболевания, травмы, включая производственные, острые интоксикации и острая хирургическая патология. Особого внимания требует женское здоровье. Проведенное исследование в ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ» выявило, что наибольшее количество пациентов были из Киргизии, Таджикистана, Узбекистана. Среди причин госпитализации преобладают острая хирургическая патология, травмы, гинекологические заболевания. Среди заболеваний терапевтического профиля наиболее часто встречаются циррозы, гепатиты, острые интоксикации, заболевания мочеполовой системы, болезни системы кровообращения и цереброваскулярные болезни. Обращает на себя внимание короткий срок пребывания в стационаре – 2,4 дня. В России приняты меры, направленные на сохранение здоровья трудовых мигрантов. С декабря 2021 года стал обязательным медосмотр. Разработанные меры по улучшению качества медицинских обследований трудовых мигрантов направлены на раннее выявление и профилактику заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: трудовые мигранты, заболеваемость, условия труда, социальные факторы, причины госпитализации.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Analysis of working conditions, social status and health of migrant worker

N. V. Orlova¹, Yu. N. Fedulaev¹, S. E. Arakelov^{2,3}, I. Yu. Titova³,
N. V. Shchepetin¹, N. V. Shurygina³, A. V. Pluscheva¹

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

² Russian Peoples' Friendship University, Moscow

³ City Clinical Hospital № 13, Moscow, Russia

SUMMARY

Labor migration has socio-economic significance in the interests of both the host country and the country of origin. Difficult working conditions, unfavorable living conditions increase the risk of developing diseases. An analysis of the health status of migrant workers in different countries revealed that infectious diseases, injuries, including industrial, acute intoxication and acute surgical pathology are most common. Women's health requires special attention. A study conducted at the GBUZ «GCB No. 13 DZM» revealed that the largest number of patients were from Kyrgyzstan, Tajikistan, Uzbekistan. Acute surgical pathology, injuries, gynecological diseases prevail among the reasons for hospitalization. Among the diseases of the therapeutic profile, cirrhosis, hepatitis, acute intoxication, diseases of the urinary and reproductive system, diseases of the circulatory system and cerebrovascular diseases are most common. Attention is drawn to the short period of stay in the hospital – 2.4 days. Russia has taken measures aimed at preserving the health of migrant workers. Since December 2021, a medical examination has become mandatory. The developed measures to improve the quality of medical examinations of migrant workers are aimed at early detection and prevention of diseases.

KEYWORDS: labor migrants, morbidity, working conditions, social factors, reasons.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no conflicts of interest.

Миграция является глобальным явлением, играющим существенную роль в социально-экономическом развитии многих стран. В 2019 году во всем мире насчитывалось 169 миллионов трудовых мигрантов. Ожидается, что к 2050 г. это число возрастет до 230 миллионов [1]. Около 40% глобальной миграции приходится на страны Южного полушария. Принимающими странами для трудовых мигрантов обычно являются страны с высоким уровнем дохода в Северной Америке, Европе, на Ближнем Востоке и в Австралии. Трудящиеся-мигранты, с одной стороны, вносят значительный вклад в экономику принимающей страны, работая в профессиях, которые непривлекательны для коренного населения, и обеспечивают стабильное

предложение рабочей силы. С другой стороны, трудовые мигранты поддерживают экономически свои семьи, которые остались на родине [2].

Правовой статус мигрантов различается между странами и между группами мигрантов внутри страны. Мигранты могут быть постоянными или временными (сезонными). Временные мигранты часто сталкиваются с нестабильностью занятости. Некоторые мигранты работают по краткосрочным визам на определенных работах, например, в качестве неквалифицированной домашней прислуги. Кроме того, существуют зарегистрированные и незарегистрированные («официальные» и «неофициальные») мигранты, которые имеют значительную разницу в правовом статусе, условиях

работы и проживания. Отдельно выделяют внутреннюю трудовую миграцию, связанную с перемещением, например, из сельских регионов в город [3].

Большое значение имеют отдельные социальные характеристики мигрантов. Этническое происхождение, раса, цвет кожи и религия мигрантов могут влиять на дискриминацию при трудоустройстве. Уровень образования, наличие профессиональных навыков, знание языка принимающей страны, страна происхождения также существенно влияют на возможность выбора вакансий. Высококвалифицированные работники и работники с высшим образованием по специальности, востребованной в стране прибытия, могут потенциально рассчитывать на трудоустройство по своей специальности [4].

Анализ трудовой деятельности мигрантов показывает, что их условия работы часто можно отнести к тяжелым и опасным, что сопряжено с повышенным риском травматизации на производстве и неблагоприятными последствиями для физического и/или психического здоровья. Мигранты могут выполнять работу без надлежащей подготовки или защитного снаряжения, что повышает риск несчастных случаев. Они часто занимаются так называемой трехмерной работой – грязной, опасной и унижительной.

Наиболее частые сферы производства, в которых работают трудовые мигранты, – строительство, обрабатывающие отрасли, сельское хозяйство, гостиничный бизнес, клиринговые компании, транспорт, сфера услуг, торговля. Как правило, это низкоквалифицированная, непрестижная, высокоинтенсивная и малооплачиваемая работа, с более продолжительным рабочим днем, с наличием вредных факторов производства. Есть гендерные различия в сферах деятельности. Мужчины чаще заняты в сельском хозяйстве, строительстве, производстве, транспорте, добыче ископаемых, а женщины – в сфере услуг, общественном питании, гостиничном бизнесе, здравоохранении [6]. Работа, на которую устраиваются мигранты, часто носит временный характер, без заключения договоров и профсоюзного представительства, как правило, это нерегулируемые сектора рынка труда. У мигрантов часто отсутствуют гарантии занятости, и они имеют ограниченные права. Трудящиеся-мигранты имеют высокие риски социальной дискриминации, эксплуатации и жестокого обращения [7].

Исследования, проведенные в странах Европы и Австралии, свидетельствуют, что мигранты из развивающихся стран, как правило, более здоровы, чем местное население, а также население стран, из которых они прибыли [8]. Однако дальнейшее наблюдение показывает, что состояние здоровья трудовых мигрантов со временем значительно ухудшается. Это может быть обусловлено несколькими факторами. С одной стороны, это тяжелые условия труда, а с другой стороны – это неблагоприятные социально-бытовые условия жизни, неполноценное питание, ограничение доступа к медицинскому обслуживанию, а также высокая распространенность вредных факторов – курение, употребление алкоголя, криминализация. Вредным привычкам наиболее подвержены мигранты-мужчины. В то же время распространенность вредных факторов может быть ограничена религиозным статусом. Так, среди мусульман реже распространено употребление алкоголя и небезопасное сексуальное поведение [9].

Исследования показывают, что у трудовых мигрантов больше пропусков по болезни, чем у местных рабочих. Это

может быть связано с более худшими условиями труда, чем у местного населения. В то же время не все мигранты берут отгулы по состоянию здоровья из-за опасения увольнения [10].

Физическое и химическое воздействие на рабочем месте может повлиять на здоровье рабочих-мигрантов и привести к профессиональным заболеваниям [5]. Отдаленные последствия воздействия вредных производственных факторов (например, бериллиоз), онкологические заболевания и заболевания с длительным развитием заболевания (например, силикоз) трудно поддаются статистическому учету [11]. Исследования распространенности пневмокониозов показало, что рабочие-мигранты подвергаются воздействию пыли в более раннем возрасте, но в течение более короткого времени. Заболевания проявляются часто в молодом возрасте и имеют более высокую долю поздних стадий [12]. Заболевания, обусловленные профессиональными вредностями, встречаются среди мигрантов в сельскохозяйственной отрасли, сотрудников парикмахерских и салонов красоты, домашних работников и работников здравоохранения, а также шахтеров, особенно при добыче асбеста [6].

Исследования распространенности профессиональных заболеваний и осуществление лечения среди рабочих-мигрантов в провинции Хунань (Китай) выявило, что трудовые мигранты с профессиональными заболеваниями составляли 50,43 % всех больных профессиональными заболеваниями, среди них 99,4 % – рабочие-мужчины; средний возраст трудовых мигрантов с профессиональными заболеваниями составил 55 лет; 98,31 % всех трудовых мигрантов болели профессиональным пневмокониозом. Основными профессиями были: подземные угольщики (62,42 %), проходчики (29,79 %), тягачи в угольных шахтах и не угольных шахтах (2,20 %). В общей сложности 27,25 % трудящихся-мигрантов с профессиональными заболеваниями пользовались страхованием от несчастных случаев на производстве, а 20,84 % не получали никаких медицинских компенсаций или компенсаций жизни [13].

Анализ среди сельскохозяйственных рабочих-мигрантов в США выявил высокую частоту заболеваний, обусловленных пестицидами. Более половины случаев приходилось на интоксикацию органофосфатами и карбаматами, неорганическими соединениями и пиретроидами. Наиболее часто происходило поражение кожи и органов зрения. В качестве профилактических мер было предложено заменять химикаты более безопасными соединениями, создавать эффективные средства защиты и обеспечивать соблюдение этих мер [14].

Оценка психического здоровья мигрантов выявила высокую распространенность психических нарушений – депрессию, тревогу, стресс, эмоциональное выгорание, дневную сонливость, бессонницу, хроническую усталость, токсикоманию. По разным данным, уровень депрессии среди мигрантов достигает 20 % [15]. Риск развития психических нарушений во многом зависит от социальных особенностей индивидов (этнические, религиозные, семейный статус, условия труда и быта, недостаточный сон, низкий уровень дохода и др.) [2]. Неблагоприятные факторы, влияющие на психическое здоровье, включают издевательства на рабочем месте и социальную изоляцию, которым подвержены представители этнических меньшинств [16, 17]. Негативным фактором для развития психических нарушений является отрыв от семьи [9].

Среди трудовых мигрантов регистрируется высокий уровень травматизма на рабочем месте. Исследование Bepa A. в период 1998–2003 гг. выявило, что из 58271 рабочего 10260 получили различные травмы. Итальянское управление по компенсации работникам (INAIL) сообщило, что в 2014 году трудящиеся-мигранты получили 52742 профессиональные травмы (14% от общего числа производственных травм), из них 72 привели к смерти (14,6%) [18]. Уровень травматизма был более высоким среди лиц молодого возраста и снижался с увеличением стажа работы. Исследователями подчеркивается, что для снижения травматизма среди мигрантов необходимо усилить национальную систему надзора за производственным травматизмом; сосредоточить надзор и меры в высокорисковых профессиях, в которых трудятся мигранты, таких как строительство, производство и горнодобывающие предприятия; улучшить обучение технике безопасности и доступ к соответствующему оборудованию для обеспечения безопасности; оценить последние изменения в области охраны труда и техники безопасности, результаты многосторонних мероприятий по снижению производственного травматизма среди рабочих-мигрантов [19].

Высокую распространенность среди трудовых мигрантов имеют инфекционные заболевания. Существует риск, что трудовые мигранты могут прибыть в страну с уже имеющимся заболеванием, таким как туберкулез, ВИЧ-инфекция, гепатит, венерические заболевания. В этом случае они становятся потенциальными источниками инфицирования для окружающих, особенно в сферах с большим контактом с населением (сфера услуг, торговля, пищевая отрасль, здравоохранение) [11]. Еще более опасная ситуация по инфекционным заболеваниям связана с нелегальной миграцией. По данным США, от 300 000 до 500 000 иммигрантов без документов, которые ежегодно въезжают в страну, прибывают с невыявленными заболеваниями, включая инфекционные заболевания, такие как туберкулез и ВИЧ, и часто не получают элементарной профилактической помощи и иммунизации, проживают в неудовлетворительных условиях, которые только усугубляют плохое состояние здоровья [20]. Очень важно медицинское обследование трудовых мигрантов при въезде в страну. Установлено, что риск ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний связан с рискованным сексуальным поведением и отраслями работы, связанной с частыми поездками [21].

Анализ заболеваемости коронавирусной инфекцией в Великобритании выявил, что уровень смертности трудовых мигрантов от COVID-19 был выше в сравнении с основным населением, особенно в первые волны пандемии [22]. В период пандемии COVID-19 высокому риску инфицирования подвергались мигранты – сотрудники сфер здравоохранения, торговли, городского транспорта, службы доставки еды. Эти отрасли характеризуются большим контактом с населением, в них наиболее широко заняты трудовые мигранты. Кроме того, трудовые мигранты в меньшей степени были защищены вакцинопрофилактикой, менее ответственно относились к индивидуальным мерам защиты и чаще проживали в условиях перенаселенности. Таким образом, основные меры общественного здравоохранения, такие как социальное дистанцирование, надлежащая гигиена рук и самоизоляция, были трудно реализуемы среди трудовых мигрантов [23].

Исследование законодательства стран Европейского союза, направленного на улучшение здоровья трудовых мигрантов, показало, что только 11 из 25 стран приняли дополнительные поддерживающие меры. Услуги здравоохранения для рабочих-мигрантов включают первичную медико-санитарную помощь [24]. До настоящего времени на низком уровне находятся профилактика инфекционных заболеваний (включая вакцинацию/иммунизацию), охрана психического здоровья, оказание стоматологической, гинекологической и педиатрической помощи. Мигрантам должна быть доступна неотложная медицинская помощь, особенно в отраслях, связанных с повышенным риском травматизма и несчастных случаев на производстве. Доступности медицинской помощи могут препятствовать низкая информированность мигрантов о предоставляемых медицинских услугах, языковые барьеры, финансовые затраты. Препятствием для получения медицинского обслуживания может быть нелегальная миграция [25].

Учитывая социально-экономическую значимость трудовой миграции, в интересах как принимающей страны, так и страны происхождения сохранить здоровье трудовых мигрантов, обеспечить благоприятные условия труда и жизни, обеспечить доступ к медицинскому обслуживанию. Мероприятия, направленные на улучшение здоровья мигрантов, включают гигиену труда и технику безопасности. Информация о профессиональных вредностях, средствах индивидуальной и коллективной защиты, инструкции по технике безопасности должны предоставляться работодателями на языке трудовых мигрантов. Мигрантам должен быть обеспечен доступ к первичной медико-санитарной помощи (целевое медицинское наблюдение, программы вакцинации и направление на лечение) [11].

Итогом доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе прозвучал тезис: «Беженцы и мигранты должны быть включены в национальные системы здравоохранения без риска финансовых или правовых последствий для них. Такой подход имеет первостепенное значение, поскольку без здоровья беженцев и мигрантов не может быть общественного здравоохранения» [26]. Позиция ВОЗ по проблеме здоровья трудовых мигрантов состоит в следующем: проблемы со здоровьем, имеющиеся у мигрантов, аналогичны тем, с которыми сталкивается остальное население, однако в некоторых группах эти проблемы могут быть более широко распространены.

Изучение трудовой миграции в России показывает, что Центральная Азия остается основным источником мигрантов в Содружестве Независимых Государств (СНГ). На 2004 год из 8 миллионов человек, переехавших в Россию из республик СНГ, 50% приехали из государств Средней Азии. В то же время, по оценкам миграционной службы, в России на этот период нелегально работали 7–8 миллионов человек [27]. Среди трудовых мигрантов из Средней Азии старшее поколение статистически более образовано и, как правило, хорошо владеет русским языком. В результате этого они находят более квалифицированную и более высокооплачиваемую работу. Младшее поколение мигрантов хуже владеет русским языком и получает низкооплачиваемую работу, чаще всего это работа в строительной отрасли. Половина таджикских мигрантов в России работают в Москве, в то время как 14% – в Сибири, а 10% – в Волго-Уральских регионах. Наибольшее число

трудовых мигрантов работают в нефтяных и газовых компаниях, а также на химических заводах в крупных городах, таких как Екатеринбург, Тюмень, Сургут, Новосибирск, Новокузнецк и Красноярск [28].

Исследования показывают, что среди трудовых мигрантов из Таджикистана 72 % являются жителями сельских районов, что связано с более низким уровнем здоровья населения, вакцинопрофилактики, более высокими показателями инфекционной заболеваемости [29].

Исследование, проведенное в 2016–2017 гг. в России среди трудовых мигрантов из Киргизии, выявило, что в 2016 г. среди выходцев из Киргизии 84 % оценивали свое здоровье как хорошее, 16 % – как удовлетворительное и менее 1 % – как плохое. Это в целом совпадает с показателями по миграции во всем мире. Уровень здоровья потенциальных трудовых мигрантов выше в сравнении с соотечественниками. Как правило, это физически сильные мужчины относительно молодого возраста. Так же, как и в других странах, отмечено постепенное ухудшение здоровья мигрантов после нескольких лет пребывания. Исследования показывают, что наибольший скачок в ухудшении самооценки здоровья наблюдается между группами трудовых мигрантов, проживших в России до 5 лет и более. Отмечено недостаточное обеспечение мигрантов медицинской помощью, что было связано с отсутствием медицинской страховки и низкой осведомленностью о своем праве получить в России полис обязательного медицинского страхования (ОМС), если они имели легальный трудовой договор и работодатель платил за них все налоги. Был выявлен низкий уровень тестирования мигрантов на туберкулез и ВИЧ-инфекцию [30].

Так же, как и в других странах с высоким уровнем трудовой миграции, для России существует высокий риск завоза инфекционных заболеваний. По данным Ивахненко Г. А., в 2009–2011 гг. более 26 тыс. иностранцев, прошедших обследование в России, являлись носителями инфекционных и вирусных заболеваний, в том числе ВИЧ, гепатита и туберкулеза [31]. Храмцов В. Г. отметил, что 14 % трудовых мигрантов болеют туберкулезом, гепатитом, сифилисом, СПИДом или являются носителями дру-

гих инфекций. Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения) в государствах ЕЭС составляет 0,3–0,4, в России – 17, в государствах СНГ, Средней Азии – 20–44. Заболеваемость трудовых мигрантов туберкулезом, ВИЧ, сифилисом, гепатитами В, С в 30–50 раз выше, чем москвичей [32]. Миграция населения несет в себе угрозу завоза паразитарных болезней в Россию. Завоз гельминтозов в 36,5 % случаев происходит из стран СНГ [33]. В Москве в конце 2022 года отмечена непростая ситуация по менингококковой инфекции, которой болели в основном мигранты. За десять месяцев 2022 года среди трудовых мигрантов выявили 32 очага заболевания. Общее количество контактных – 10682, к концу года привили около 9000 человек.

Распространенность неинфекционных заболеваний среди трудовых мигрантов мало изучена. По данным исследования, проведенного в рамках проекта «Стратегическое партнерство по продвижению прав и расширению возможностей женщин – трудовых мигрантов в России» в 2010–2011 гг., почти каждая десятая женщина заявила о наличии у нее хронических заболеваний – диабет, язва, гипертония, астма, сердечно-сосудистая недостаточность и др. [31]. По данным Министерства внутренних дел Таджикистана, в 2005 году в России умерли 246 граждан Таджикистана: 115 от болезней, 99 от несчастных случаев и 36 от убийств. По неофициальным данным, ежегодно в России умирает от 600 до 700 таджиков [34].

Несмотря на сложную экономическую ситуацию в России в 2022 году, трудовых мигрантов из стран Средней Азии, СНГ и других в нашей стране рекордное количество. Как сообщает государственное издание ТАСС, количество въехавших в Россию трудовых мигрантов во втором квартале 2022 года составило 3,12 млн человек, что на треть больше показателя пандемийного 2021 года. Как следует из материалов аналитической службы аудиторско-консалтинговой сети FinExpertiza, половина всех трудовых мигрантов в РФ (49,6 %) являются гражданами Узбекистана, около трети – уроженцы Таджикистана (30,5 %). Также в немалом количестве в России трудятся граждане Киргизии, Армении, Азербайджана, Белоруссии, Казахстана, Китая, Украины, а также Молдавии. На уроженцев остальных стран приходится примерно 1,7 %.

Коллективом авторов был проведен анализ заболеваний, с которыми трудовые мигранты госпитализировались в отделения ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ». За 2022 год из стран ближнего зарубежья было госпитализировано 3328 пациентов в возрасте 18–60 лет: Азербайджан – 130 человек (3,9 %), Армения – 120 человек (3,6 %), Беларусь – 338 человек (10,15 %), Грузия – 21 человек (0,63 %), Казахстан – 61 человек (1,8 %), Киргизия – 991 человек (29,7 %), Латвия – 3 человека (0,09 %), Молдова – 61 человек (1,8 %), Таджикистан – 623 человека (18,7 %), Туркмения – 14 человек (0,42 %), Узбекистан – 734 человека (22 %), Украина – 224 человека (6,73 %), Эстония – 1 человек (0,03 %), Литва – 7 человек (0,21 %). Таким образом, наибольшее количество пациентов были из Киргизии, Таджикистана, Узбекистана (*рис.*).

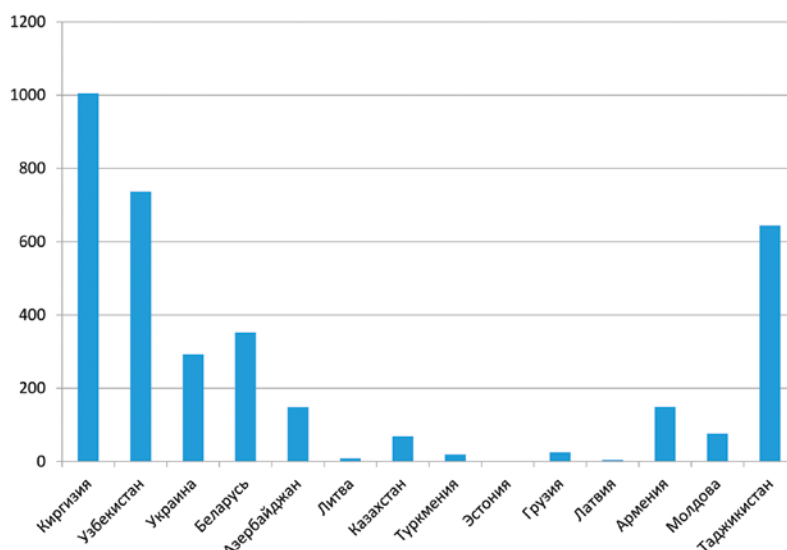


Рисунок. Количество трудовых мигрантов, поступивших из стран ближнего зарубежья

Среди госпитализированных трудовых мигрантов было больше мужчин – 1866 человек (56,1 %), чем женщин – 1462 человека (43,9 %). Наибольшее число пациентов были госпитализированы в хирургические отделения, включая реанимационные, – 1720 человек (56,8 %). По профилю других отделений, включая реанимационные, куда были госпитализированы пациенты, получены следующие данные: отделения травматологического профиля – 313 человек (10,3 %), отделения гинекологического профиля – 367 человек (12,1 %), отделения терапевтического профиля – 333 человека (11 %), отделения неврологии – 189 человек (6,2 %), отделения кардиологии – 71 человек (2,4 %), урология – 35 человек (1,1 %). Анализ заболеваний, с которыми были госпитализированы трудовые мигранты, выявил, что наиболее частой причиной были острая хирургическая патология (45 %), травмы (30 %) и острые интоксикации (2,3 %). Беременность и роды составили 12 % (392 женщины) от всех причин госпитализации. Таким образом, полученные данные по госпитализации в ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ» совпадают с международной статистикой о высокой доле заболеваний травматологического и хирургического профиля среди трудовых мигрантов. Важное значение имеет здоровье женщин – трудовых мигрантов и оказание им необходимой акушерско-гинекологической помощи. Среди заболеваний терапевтического профиля наибольшее число составили заболевания печени (K70-K77) – 19,5 % (из них циррозы – 31,8 %, гепатиты – 36,3 %), на втором месте были заболевания мочеполовой системы (N00-N99) – 14,3 % (из них тубулоинтерстициальные болезни – 11,7 %, воспалительные болезни женских тазовых органов – 9 %, невоспалительные болезни женских тазовых органов – 30,2 %, мочекаменная болезнь – 35,1 %). Болезни системы кровообращения (I00-I99) были выявлены у 208 человек (из них острый инфаркт миокарда и острый коронарный синдром – 8,9 %, ишемическая болезнь сердца – 4,8 %, артериальная гипертензия, гипертонический криз – 27,9 %, фибрилляция предсердий – 1,4 %), цереброваскулярные болезни (I60-I69) – 6,3 % (из них инсульты – 20,1 %). Заболевания других органов и систем встречались значительно реже: заболевания нервной системы (G00-G99) составили 5,5 %, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) – 3,2 %, новообразования (C00-D48) – 2 %, болезни эндокринной системы (E00-E90) – 0,63 %, болезни органов дыхания (J00-J99) – 0,6 % (болезни нижних дыхательных путей – 25 %, пневмонии – 60 %), болезни крови, кроветворных органов – 0,46 %, инфекционные болезни (A00-B99) – 0,52 % и др. Среди госпитализированных скончались 1,38 % пациентов. Длительность пребывания в стационаре составила – 2,4 дня. Большинство пациентов после оказания неотложной медицинской помощи не нуждались в дальнейшем лечении в стационарных условиях. Пациенты с инфекционными, онкологическими, эндокринными и другими заболеваниями были переведены в профильные стационары. Анализ соматической патологии в стационаре демонстрирует важность выявления заболеваний на ранних стадиях, а также проведение первичной и вторичной профилактики неинфекционных заболеваний среди трудовых мигрантов.

В задачи Евразийского экономического союза (ЕАЭС) входит общая политика в сфере трудовой миграции, в т.ч. предоставление медицинского обслуживания: возможность оказания бесплатной скорой и медицинской помощи трудящимся и членам их семей вне зависимости от наличия медицинского страхового полиса; возможность медицинской эвакуации пациента для его спасения и сохранения его здоровья; возмещение затрат медицинской организации на оказание скорой медицинской помощи трудящимся из государств – членов ЕАЭС за счет бюджета государства трудоустройства [35]. По различным данным, затраты на лечение иностранных рабочих, например, в городе Москве составляют от 2 до 5 млрд руб. в год. Ежегодно эта цифра увеличивается [36].

С декабря 2021 года, согласно Федеральному закону № 274 от 01.07.2021, ежегодный медосмотр стал обязательным и для граждан ЕАЭС. Любой иностранный гражданин, приезжая в Россию в целях работы, обязан пройти медицинскую комиссию. С 1 марта 2022 года медосмотр проходит в порядке, утвержденном приказом Минздрава № 1079н от 19.11.2021: регламентирован перечень мест, где иностранец может пройти медкомиссию; утвержден перечень обследований для выявления опасных заболеваний (туберкулез, лепра, сифилис, ВИЧ и коронавирус), выявление факта употребления наркотиков. В процессе медицинской комиссии иностранные граждане проходят осмотр следующих специалистов: инфекционист, фтизиатр, дерматолог-венеролог, психиатр-нарколог, терапевт. Обследование включает: флюорографию легких, клинические анализы крови и мочи, анализ крови на ВИЧ, анализ крови на сифилис, анализ на коронавирус, анализ мочи на наркотики. Прохождение медицинского осмотра и контроль за соблюдением этого требования иностранными сотрудниками касается и работодателя. Разработанные меры по улучшению качества медицинских обследований трудовых мигрантов направлены на раннее выявление и профилактику заболеваний.

Выводы

Необходимы исследования краткосрочных и долгосрочных последствий условий труда и социальных факторов для здоровья трудовых мигрантов. Необходима разработка рекомендаций изменения в организации труда и медицинского обслуживания для снижения рисков для здоровья трудовых мигрантов.

Список литературы / References

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10001592/%20-%20B1-ijerph-20-04056/MessageID:2027209801> Time: 2023/03/22 03:40:30
2. Hargreaves S et al. (2019) Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob. Health.* 7(7): e872–e882. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30204-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30204-9)
3. Ahonen EA et al. (2009) A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain. *J. Epidemiol. Community. Health.* 63(11):936–942. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077016>
4. Daly A et al. (2019) Using three cross-sectional surveys to compare workplace psychosocial stressors and associated mental health status in six migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *Int J. Environ Res Public Health.* 16(5):15. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050735>
5. Moyce SC, Schenker M. (2018) Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety. *Annu Rev Public Health.* 39:351–365. <https://doi.org/10.1146/annurev-publichealth-040617-013714>
6. Reid A, Merler E, Peters S, Jayasinghe N, Bressan V, Franklin P et al. Migration and work in postwar Australia: mortality profile comparisons between Australian and Italian workers exposed to blue asbestos at Wittenoom. *Occup Environ Med.* 2018 Jan;75(1):29–36. DOI: 10.1136/oemed-2017-104322

7. Kreshpaj B et al. (2020) What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. *Scand. J. Work Environ Health*. 46(3):235–247. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3875>
8. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. (2015) The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries. *J. Int Migr. Integr.* 16(2):317–332. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0340-x>
9. Mucci N, Traversini V, Giorgi G, Garzaro G, Fiz-Perez J, Campagna M et al. (2019) Migrant Workers and Physical Health: An Umbrella Review. *Sustainability* 11(1):232. DOI: 10.3390/su11010232
10. Agudelo-Suárez AA, Benavides FG, Felt E et al. (2010) Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*. 10:791. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-791>
11. Arici C, Tamhid T, Porru S. Migration, Work, and Health: Lessons Learned from a Clinical Case Series in a Northern Italy Public Hospital. *Int J. Environ. Res Public Health*. 2019 Aug 21;16(17):3007. DOI: 10.3390/ijerph16173007
12. Chen J, Ye S, Mao L, Xie W, Nie H, Su M. Characteristics and factors associated with morbidity of migrant workers with pneumoconiosis: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022 Nov 11;12(11):e064596. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064596
13. Yang LH, Xiao YL, Chen BL, Tang HQ, Lvju SJ, Xia GH. [An investigation of prevalence of occupational diseases and treatment implementation in migrant workers in Hunan, China]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2016 Aug 20;34(8):598–600. Chinese. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-9391.2016.08.010
14. Das R, Steege A, Baron S, Beckman J, Harrison R. Pesticide-related illness among migrant farm workers in the United States. *Int J. Occup. Environ. Health*. 2001 Oct-Dec;7(4):303–12. DOI: 10.1179/107735201800339272
15. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis Author links open overlay panel Jutta Lindert a, Ondine S. von Ehrenstein b, Stefan Priebe c, Andreas Mielck d, Elmar Brähler Social Science & Medicine. Vol. 69, Issue 2, July 2009. P. 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
16. Bergbom B., Vartia M. (2021). Ethnicity and Workplace Bullying. In: D'Cruz P., Noronha E., Caponecchia C., Escartin J., Salin D., Tuckey M.R. (eds) *Dignity and Inclusion at Work. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*. Vol. 3. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-13-0218-3_14
17. Rosander M, Blomberg S. (2021) Workplace bullying of immigrants working in Sweden. *Int J. Hum Resour. Manage.* <https://doi.org/10.1080/09585192.2021.1891113>
18. Giraudo M, Bena A, Costa G. Migrant workers in Italy: an analysis of injury risk taking into account occupational characteristics and job tenure. *BMC Public Health*. 2017 Apr 22;17(1):351. DOI: 10.1186/s12889-017-4240-9
19. Bena A, Giraudo M, Leombruni R, Costa G. Job tenure and work injuries: a multivariate analysis of the relation with previous experience and differences by age. *BMC Public Health*. 2013 Sep 22;13:869. DOI: 10.1186/1471-2458-13-869
20. Kullgren JT. Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform. *Am. J. Public Health*. 2003;93:1630–1633. DOI: 10.2105/ajph.93.10.1630
21. El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A, West B, Bearman P et al. Implications of mobility patterns and HIV risks for HIV prevention among migrant market vendors in Kazakhstan. *Am. J. Public Health*. 2011 Jun;101(6):1075–81. DOI: 10.2105/AJPH.2010.300085
22. Aldridge R et al. (2020) Black, Asian and Minority Ethnic groups in England are at increased risk of death from COVID-19: indirect standardisation of NHS mortality data [version 2; peer review: 3 approved]. *Wellcome Open Research*. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15922.2>
23. Kluge HHP, Jakob Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. (2020) Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*. 395(10232):1237–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1)
24. Aktas E, Bergbom B, Godderis L, Kreshpaj B, Marinov M, Mates D et al. Migrant workers occupational health research: an OMEGA-NET working group position paper. *Int Arch. Occup. Environ Health*. 2022 May;95(4):765–777. DOI: 10.1007/s00420-021-01803-x
25. Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2015. PMID: 27536766
26. World Health Organization. «Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region: no public health without refugee and migrant health.» (2018). <https://www.euro.who.int/en/publications/html/Time:2023/03/30%2019:40:00>
27. See «Les migrants en Russie. Des populations fragilisées, premières victimes des crises politiques internes et externes.» [International Federation for Human Rights, Paris, no. 472, April 2007], p. 17. <https://www.fidh.org/IMG/pdf/Migrant-russie472fr2007.pdf>
28. Ivankhniuk and R. Daurov. Nezakonnaia migratsia i bezopasnost' Rossii: ugrozy, vyzovy, riski [Illegal migration and Russian security: threats, issues and risks], in *Migratsia i natsional'naiia bezopasnost'* [Migration and national security] (Moscow: Maks Press, 2003), p. 34. https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl
29. Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы круглых столов. Бюро Международной организации по миграции. Москва, 2010. 56 с. http://moscow.iom.int/russian/publications/trudmigrac_and_zdravoohranenie-mod2.pdf
30. Полятев Д. В., Олимова С. К., Насридин Э. З. Анализ конъюнктуры рынка труда в РФ в целях эффективного трудоустройства трудящихся-мигрантов из КР и РТ. Трудовая миграция в РФ, КР и РТ. Аналитический доклад. Бишкек: Тянь-Шаньский аналитический центр. 2016. 136 с.
31. Poletaev D. V., Olimova S. K., Nasritdinov E. Z. Analysis of the labor market situation in the Russian Federation in order to effectively employ migrant workers from the Kyrgyz Republic and the Republic of Tatarstan. Labor migration to the Russian Federation, the Kyrgyz Republic and the Republic of Tatarstan. Analytical report. Bishkek: Tien Shan Analytical Center, 2016. 136 p. https://www.ferganacnews.com/archive/2017/Report_Book_Final_version_Rus_02_2017.pdf
32. Иващенко Г. А. Здоровье трудовых мигрантов в России. Демоскоп. № 599–600. 19.05.–1.06. 2014.
33. Ivakhnenko G. A. Health of migrant workers in Russia. Demoscope. No. 599–600. 19.05.–1.06. 2014. (<http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0599/andl04.php>)
34. Источник: <https://b2b24.center/publications/meditsinskie-tsentry/meditsinskiy-diagnosticheskiy-tsentr-spetsialnyy-mdts-s-ooo/dva-goda-nazad-nash-zhurnal-interesuyas-problemami-migratsii-vzval-intervyu-u-vevolodovicha-gerasim/> <https://rg.ru/2013/09/27/migr.html> досье 22.03.2023.
35. Сыслова Т. Г. Влияние миграции на заболеваемость населения паразитарными болезнями и разработка мер профилактики: автореф. ... канд. мед. наук. 2005.
36. Syskova T. G. The impact of migration on the incidence of parasitic diseases and the development of preventive measures. abstract of the cand. dis. for the Candidate of Medical Sciences, 2005/ <http://www.disscat.com/content/vliyaniemigratsii-na-zabolevaemost-naseleniya-parazitarnymi-boleznyami-i-razrabotka-mer-profilaktiki-ixzz51KMxMR8H>
37. Латов Ю. В., Выхованец О. В. Научный журнал. Нелегальная миграция в современной России. Вып. 8. 2006. 192 с. ISBN 5-7281-0886-5.
38. See for instance Lu, Latov, O. Vykhovanez (ed.), *Nelegal'naiia migratsia v sovremennoi Rossii* [The illegal migrations in contemporary Russia] (Moscow: RGGU, 2006). <https://urss.ru/cgi-bin/db.pl?lang=ru&lang=ru&page=Book&id=53799>
39. Алиев С. Б. Трудовая миграция и социальное обеспечение трудящихся в Евразийском экономическом союзе. М.: ЕЭК. 2016. 120 с.
40. Aliyev S. B. Labor migration and social security of workers in the Eurasian Economic Union. Moscow: EEC. <https://elibrary.ru/item.asp?id=276961332016>. 120 p.
41. Семенов И. Я. Социальное страхование трудовых мигрантов из стран СНГ: автореф. ... канд. эк. наук. Москва, 2014. 24 с.
42. Semenov I. Ya. Social insurance of labor migrants from the CIS countries; abstract. diss. for the Candidate of Ec. sciences; Moscow, 2014, 24 s. https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_005548451

Статья поступила / Received 28.03.23
Получена после рецензирования / Revised 31.03.23
Принята в печать / Accepted 04.04.23

Сведения об авторах

Орлова Наталья Васильевна, д.м.н., проф., проф. кафедры факультетской терапии педиатрического факультета¹. E-mail: vrach315@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-4293-3285

Федулаев Юрий Николаевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской терапии педиатрического факультета¹. SPIN-код: 2764-7250. ORCID: 0000-0003-4040-2971

Араkelov Сергей Эрнестович, д.м.н., проф., зав. кафедрой «Семейная медицина с курсом паллиативной медицинской помощи»², главный врач³. ORCID: 0000-0003-3911-8543

Титова Ирина Юрьевна, зам. главного врача медицинской части¹. ORCID: 0000-0001-7056-0634

Щепетин Никита Витальевич, ординатор кафедры факультетской терапии педиатрического факультета¹

Шурыгина Наталья Васильевна, зав. отделом медицинской статистики³

Плюшева Александра Васильевна, студентка кафедры факультетской терапии педиатрического факультета¹

¹ ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ России, Москва

² ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

³ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 ДЗМ», Москва, Россия

Автор для переписки: Орлова Наталья Васильевна. E-mail: vrach315@yandex.ru

About authors

Orlova Natalia V., MD, PhD, Professor the Department of faculty therapy¹. E-mail: vrach315@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-4293-3285

Fedulaev Yuri N., MD, PhD, head of the Department of faculty therapy¹. ORCID: 0000-0003-4040-2971

Arakelov Sergey E., M.D., Ph.D., head of the Department of Family Medicine with the Course of Palliative Care², head physician³. ORCID: 0000-0003-3911-8543

Titova Irina Yu., deputy head physician of the Department of Medicine³. ORCID: 0000-0001-7056-0634

Shchepetin Nikita V., resident the Department of faculty therapy¹

Shurygina Natalia V., Head of the Department of Medical Statistics³

Plusheva Alexandra V., student of faculty therapy¹

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

² Russian Peoples' Friendship University, Moscow

³ City Clinical Hospital № 13, Moscow, Russia.

Corresponding author: Orlova Natalia V. E-mail: vrach315@yandex.ru

For citation: Orlova N. V., Fedulaev Yu. N., Arakelov S. E., Titova I. Yu., Shchepetin N. V., Shurygina N. V., Plusheva A. V. Analysis of working conditions, social status and health of migrant worker. *Medical alphabet*. 2023; (13): 22–27. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-13-22-27>