

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ МИГРАНТОВ В СТРАНАХ СУБРЕГИОНА БОЛЬШОГО МЕКОНГА ДО ПАНДЕМИИ COVID-19

Сюнякова Д. А.

Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Москва, Россия
E-mail: dilsun51@mail.ru

DOI: <https://doi.org/10.19181/demis.2021.1.4.11>

Сюнякова Д. А. Инфекционные заболевания среди мигрантов в странах субрегиона Большого Меконга до пандемии COVID-19 // ДЕМИС. Демографические исследования. 2021. Т. 1. № 4. С. 140–151. DOI: <https://doi.org/10.19181/demis.2021.1.4.11>

Аннотация. Миграционные проблемы, в том числе влияние потоков мигрантов на состояние общественного здоровья населения принимающей страны и инфекционные заболевания, завозимые мигрантами, в настоящее время вызывают большие дискуссии. Цель настоящего исследования – проанализировать данные о распространенности инфекционных болезней среди мигрантов и меры по снижению инфекционной заболеваемости, принимаемые в странах субрегиона Большого Меконга, также относимые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) к регионам Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Материалами исследования послужили отчеты, доклады, статистические материалы, программные документы Всемирной организации здравоохранения, Международной организации по миграциям и другие публикации. Для анализа ситуации с инфекционными заболеваниями среди мигрантов были отобраны материалы, содержащие информацию и статистику об инфекционных заболеваниях в странах субрегиона Большого Меконга (Китай, Таиланд, Камбоджа, Лаос, Вьетнам), поскольку именно в этих странах миграционные потоки очень интенсивны, и проблема передачи инфекционных заболеваний от мигрантов к населению принимающих стран является весьма актуальной. Несмотря на дефицит имеющейся статистической информации об уровне инфекционной заболеваемости среди мигрантов в странах регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, а также разную миграционную и социальную политику в этих странах, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что проводимые специальные программы и мероприятия для снижения заболеваемости среди мигрантов дают положительные результаты. Проведение скрининга и тестов на инфекционные заболевания у мигрантов, а также соответствующая социальная политика в плане предоставления универсального медицинского страхования для беженцев и мигрантов позволили бы своевременно диагностировать инфекционные заболевания у мигрантов и таким образом способствовать снижению уровня их заболеваемости и, соответственно, уровня заболеваемости постоянного населения принимающих стран.

Ключевые слова: здоровье мигрантов; инфекционные заболевания среди мигрантов; страны регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана.

Введение

Количество международных мигрантов в мире растет. В 2020 г. оно составило 281 млн человек (3,6% населения мира), из которых 164 млн являются трудовыми мигрантами. Индия продолжает лидировать в списке стран происхождения международных мигрантов, живущих за рубежом (17,5 млн), за ней следуют Мексика и Китай (11,8 млн и 10,7 млн соответственно) [1].

Миграционные проблемы, в том числе влияние потоков мигрантов на состояние общественного здоровья населения принимающей страны и значимость инфекционных заболеваний, завозимых мигрантами, в настоящее время вызывают большие дискуссии и еще недостаточно изучены ввиду отсутствия достоверной статистической информации.

Понятие «международные мигранты» охватывает целый ряд различных подгрупп, включая тех, кто принял решение мигрировать добровольно (например, экономические мигранты – переезжающие в поисках работы и заработка, образо-

вательные мигранты, семейные мигранты – сменившие место жительства ради воссоединения с родственниками, и т. д.), и тех, кто был вынужден мигрировать из-за военных конфликтов, преследования или экологических катастроф, которых называют вынужденными мигрантами.

В проекте Глобального плана действий Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2019–2023 гг. по укреплению здоровья беженцев и мигрантов в принимающих странах среди приоритетных направлений названа поддержка диагностического потенциала для выявления вспышек инфекционных заболеваний и реагирования на них путем усиления эпиднадзора, стратегической готовности и введения необходимых вакцин; доступа к службам неотложной медицинской помощи, безопасным лекарствам и медицинским продуктам, эффективным, доступным для всех по цене высококачественным лекарственным средствам. Все эти виды деятельности должны осуществляться в странах в рамках всеобъемлющей национальной политики и стратегий в области здравоохранения, которые соответствуют международно-правовой ответственности и обязательствам, связанным с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), уделяя при этом внимание надлежащему применению антибиотиков и профилактике противомикробной устойчивости [2].

По последним оценкам в регионе ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана находится 5 млн международных мигрантов, в том числе 4,9 млн – в Таиланде (из них 3,9 млн являются трудовыми мигрантами из Камбоджи, Лаосской Народно-Демократической Республики, Мьянмы и Вьетнама) [2].

В регионах ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана среди беженцев и мигрантов наиболее распространены такие инфекционные заболевания, как туберкулез, малярия, лихорадка денге, ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, корь и краснуха.

Цель настоящего исследования – проанализировать данные о распространенности инфекционных болезней среди мигрантов и принимаемые в странах регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана меры, направленные на снижение инфекционной заболеваемости.

Материалы и методы

Материалами исследования послужили отчеты, доклады, статистические данные, программные документы Всемирной организации здравоохранения, Международной организации по миграциям и другие публикации.

Для анализа ситуации с инфекционными заболеваниями среди мигрантов из таких публикаций были выбраны материалы, содержащие информацию и статистику об инфекционных заболеваниях в странах регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана (Китай, Таиланд, Камбоджи, Лаос, Вьетнам, входящих также в группу стран субрегиона Большого Меконга), поскольку именно в этих странах миграционные потоки очень интенсивны, и проблема с передачей инфекционных заболеваний от мигрантов населению принимающих стран является весьма актуальной.

Результаты

Основные инфекционные заболевания населения в регионе

Туберкулез легких является самым распространенным инфекционным заболеванием среди беженцев и мигрантов в странах регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Например, в списке 30 стран с высоким бременем туберкулеза, в соответствии с определением ВОЗ, в период с 2016 по 2020 гг.

находились следующие страны этих регионов ВОЗ: Бангладеш, Вьетнам, Индия, Индонезия, Камбоджа, Китай, КНДР, Мьянма, Папуа Новая Гвинея, Таиланд и Филиппины. В списке стран с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью были Бангладеш, Вьетнам, Индия, Индонезия, Китай, КНДР, Мьянма, Папуа Новая Гвинея, Таиланд и Филиппины. В список стран с высоким бременем туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, были включены Индия, Индонезия, Китай, Мьянма. Папуа Новая Гвинея и Таиланд. Среди заболевших туберкулезом немалую долю составляли мигранты [3].

Лихорадка денге, вызываемая несколькими флавивирусами, ежегодно приводит к 50–100 млн случаев заболевания, включая 24 тыс. случаев смерти от геморрагической лихорадки денге. За последние 60 лет частота, распространение и клиническая тяжесть лихорадки денге резко возросли. Например, в Юго-Восточной Азии количество случаев заболевания увеличилось с 1950-х гг. почти в 20 раз. В настоящее время более двух пятых населения мира живет в районах, потенциально подверженных риску распространения лихорадки денге. Наряду с ростом населения, другие причины также сыграли свою роль в увеличении данного показателя: например, неконтролируемая урбанизация привела к неадекватному управлению водоснабжением и отходами, в результате чего крупные хранилища воды становятся средой обитания для личинок комаров – переносчиков лихорадки денге¹.

Кроме того, воздушное сообщение между странами привело к импорту новых серотипов вируса лихорадки денге. Считается, что воздействие на человека нескольких серотипов вызывает более серьезные иммунные реакции. Также туризм ставит под угрозу жителей эндемичных для лихорадки денге стран. В некоторых исследованиях было подсчитано, что до 8% путешественников, возвращающихся домой из регионов, где распространена лихорадка денге, страдают данным заболеванием. К увеличению заболеваемости могут привести и антропогенные изменения в окружающей среде, такие как строительство новых плотин [4].

От малярии *Falciparum* ежегодно умирает около одного млн человек, в основном дети. Несмотря на согласованные усилия по искоренению и профилактике малярии после окончания Второй мировой войны, заболевание остается распространенным во многих регионах мира. Процессы глобализации в начале XXI в. способствуют росту заболеваемости малярией в некоторых районах. Во многих странах с низким уровнем дохода наряду с экономическими проблемами, гражданские и международные конфликты привели к прекращению программ по борьбе с комарами, что вызвало катастрофические последствия в плане распространения малярии².

Процессы глобального потепления, способствующие расширению диапазона широт, где передается малярия, а также растущее число туристов из стран с высоким уровнем дохода в эндемичных по малярии районах подвергает риску заражения малярией все больше людей. В настоящее время наблюдается очень высокая устойчивость паразитов к противомаларийным препаратам, включая множественную лекарственную устойчивость, а вирус малярии *Falciparum* почти повсеместно устойчив к хлорохину.

¹ Денге и тяжелая денге // Всемирная организация здравоохранения [сайт]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue> (дата обращения: 15.08.2021).

² Nội dung toàn văn Law No. 81/2006/QH11 of November 29, 2006, on residence // Vanbanphapluat.co. Legal documents website. URL: <https://vanbanphapluat.co/law-no-81-2006-qh11-of-november-29-2006-on-residence> (accessed on 21.08.2021).

Основные сведения о заболевших и излечившихся от малярии ежемесячно передаются в единую базу данных программы ВОЗ по ликвидации малярии. Эта база дает возможность национальным программам по борьбе с малярией в субрегионе Большого Меконга отслеживать свой прогресс и одновременно наблюдать ситуацию с малярией в соседних странах. Еще раз напомним: к странам субрегиона Большого Меконга (СБМ) относятся Китай, Камбоджа, Лаос, Мьянма, Таиланд и Вьетнам, которые входят также в группу стран регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана.

Согласно статистике, в 2020 г. в странах СБМ было зарегистрировано 76 689 подтвержденных случаев заболеваний малярией, из которых 1 148 (1,5%) случаев – среди мигрантов при неизменном уровне миграции в этом регионе (см. табл. 3)³.

Роль миграционных процессов в распространении инфекционных болезней и доступ к системам здравоохранения

В регионе ВОЗ Юго-Восточной Азии самой крупной страной, принимающей беженцев и мигрантов, является Таиланд (в 2019 г. в страну прибыли свыше 3,6 млн мигрантов), а в Западной части Тихого океана – Малайзия (более 3,4 млн) (см. табл. 1). В основном, люди, приезжающие на заработки в качестве мигрантов, имеют хорошее здоровье, способность и возможность выехать за рубеж, тем не менее им также требуется медицинское обслуживание.

Таиланд принимает большое количество мигрантов, в основном из соседних стран. В стране проживает, по разным оценкам, около 3–4 млн мигрантов, из которых около 1,5 млн человек пересекли границу без легально зарегистрированных документов [5]. Мигранты регистрируются в правительстве в соответствии с полисом «универсального обслуживания», однако незарегистрированные мигранты и лица без гражданства не имеют права на медицинское обслуживание [5].

Таблица 1.

Международные передвижения мигрантов по странам выбытия и прибытия в субрегионе Большого Меконга и Малайзии (2019 г.)

Table 1.

International movements of migrants by countries of origin and destination in the Greater Mekong Subregion and Malaysia (2019)

Страна назначения	Страна происхождения							
	Всего	Камбоджа	КНР	Лаос	Малайзия	Мьянма	Таиланд	Вьетнам
КНР	1 030 871				6 461		16 012	29 612
Камбоджа	78 649		1 614	276	182	55	32 758	38 744
Лаос	48 275	3 634	14 205			3 005	3 490	20 076
Малайзия	3 430 380	16 166	11 864			345 947	15 580	99 875
Мьянма	75 998		34 893					
Таиланд	3 635 085	689 451	77 581	934 936	1 369	1 858 735		7 350
Вьетнам	76 104	1 035	3 141	7 272	133	11 695	12 077	

Источник: *International Migration*⁴

³ Data and Research // International Organization for Migration [site]. URL: <https://www.iom.int/data-and-research> (accessed on 16.08.2021).

⁴ International Migration // Population Division / Department of Economic and Social Affairs / United Nations [site]. URL: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/index.asp> (accessed on 18.08.2021).

В 2014 г. правительство Таиланда ввело многосекторальную политику в отношении мигрантов, координируемую через министерства внутренних дел, труда, здравоохранения и иммиграции.

Мигранты, имеющие разрешения на работу, полностью охвачены тайской системой социального обеспечения. Анализ данных показал, что с апреля по июль 2016 г. 1 146 979 человек, т. е. 33,7% от общего числа предполагаемых рабочих мигрантов, насчитывающих 3 400 787 человек, подали заявления, прошли скрининг и были включены в систему медицинского страхования мигрантов (см. табл. 2) [6].

Таблица 2.

Результаты проверки здоровья при регистрации в системе медицинского страхования мигрантов в Таиланде с 1 апреля по 2 августа 2016 г.

Table 2.

Health check results when registering with the migrant health insurance system in Thailand from 1 April to 2 August 2016

Результаты	Количество мигрантов
Целевая численность мигрантов, охваченных медицинским страхованием, на 2016 г.	3 400 787
Подали заявку для регистрации и проверки здоровья (4 месяца в 2016 г.)	1 147 889
Проверены и зачислены в программу медицинского страхования мигрантов	1 146 979
Не нуждаются в лечении	1 138 066
Проходили лечение от инфекционных заболеваний, в т. ч.:	6 897
Туберкулез легких	4 929
Сифилис	1 913
Лимфатический филяриатоз	50
Лепра (проказы)	5
Другие (как, например, гельминтоз, анемия, недоедание)	2 016
Проверены и оценены как не пригодные для работы: вернулись обратно в страну происхождения ³	910

Источник: [6]

Из них 1 146 979 человек (33,7%) были зачислены в программу медицинского страхования мигрантов; 6 897 (0,6%) проходили лечение от инфекционных заболеваний (в т. ч. 4 929 от туберкулеза легких). Еще 910 мигрантов (0,1%) были оценены как не пригодные для работы (из-за злоупотребления психоактивными веществами, сифилиса третьей стадии, симптоматической проказы или лимфатического филяриатоза) и вернулись обратно в страну происхождения без лечения. Все дети, а не только участники системы медицинского страхования мигрантов, имели право на полный охват иммунизацией через одну и ту же систему расширенной программы иммунизации граждан Таиланда. Несмотря на это достижение, уровень использования медицинских услуг среди участников медицинского страхования остается низким [6]. В соответствии с определением ВОЗ, в период с 2016 по 2020 гг. Таиланд входил в список 30 стран с высоким бременем туберкулеза, туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ [7]. В 2020 г. в Таиланде

³ Из-за наркотической зависимости и токсикомании, алкоголизма, сифилиса (3-я стадия), симптоматической проказы и лимфатического филяриатоза.

было зарегистрировано 4 004 случая заболевания малярией, из которых 715 было завезено мигрантами (см. табл. 3) [8].

Вьетнам является страной, преимущественно отправляющей мигрантов. В среднем около 100 тыс. рабочих ежегодно выезжают из Вьетнама для работы в других странах. Характеристики вьетнамских мигрантов и характер миграции может различаться в зависимости от принимающих стран. В более чем 40 странах и территориях насчитывается около 500 тыс. вьетнамских рабочих по крайней мере 30 различных профессий [9]. В 2016 г. около 126 тыс. вьетнамских мигрантов работали по контрактам с фиксированным сроком в 28 странах. Мигранты были определены как уязвимые группы населения, сталкивающиеся с проблемами в доступе к медицинской помощи во Вьетнаме и странах назначения [9].

Вьетнам разработал национальные законы и политику, предусматривающую доступ к медицинской помощи среди мигрантов. В то время как некоторые национальные законы и политика облегчают доступ к медицинской помощи для мигрантов, Закон о резиденции (2006 г.)⁶ и Закон о медицинском страховании (2014 г.) [9] могут ограничивать доступ к медицинскому обслуживанию для внутренних и зарубежных мигрантов, поскольку доступ к медицинскому обслуживанию зависит от места проживания. Мигранты являются также целевой группой национальных стратегий, связанных с туберкулезом, малярией и ВИЧ, для профилактики, выявления и лечения этих трех заболеваний. В принципе, диагностика и лечение туберкулеза, малярии и ВИЧ-инфекции бесплатны для всех граждан Вьетнама. Однако краткосрочные резиденты и мигранты без документов должны платить за эти услуги, если они не зарегистрированы в национальной информационно-справочной системе.

Основными инфекционными заболеваниями среди мигрантов во Вьетнаме являются ВИЧ, малярия и туберкулез. ВИЧ распространяется среди мигрантов в результате совместного с партнерами использования инъекционного инструментария и непостоянного использования барьерных средств контрацепции во время половых контактов с секс-работниками. Кроме того, ограничен доступ к услугам по профилактике ВИЧ [10].

Также распространенной проблемой здравоохранения, с которой сталкиваются мигранты во Вьетнаме, является малярия, что объясняется ограниченными знаниями о профилактике малярии и задержках в обращении за медицинской помощью среди мигрантов [9]. В 2020 г. во Вьетнаме был зарегистрирован 1 421 случай заражения малярией, из которых 303 случая завезены мигрантами (см. табл. 3) [8]. Из-за высокого уровня мобильности мигранты, инфицированные малярийными паразитами, могут столкнуться с трудностями для завершения лечения в том же медицинском учреждении. Неполное же завершение курса лечения малярии увеличивает риск развития лекарственно-устойчивой малярии.

Система общественного здравоохранения сталкивается с проблемами при оценке эпидемиологической ситуации развития малярии из-за незарегистрированных случаев из частного сектора здравоохранения и неавторизованных аптек, назначающих лечение малярии. Одной из распространенных причин недостаточного использования услуг по профилактике и лечению малярии среди мигрантов является отсутствие необходимого статуса проживания. Мигранты, как правило, живут в районах, где медицинские пункты находятся далеко от домов. Кроме того, отсутствие информации о том, как получить доступ к долговременным инсектицидам, обработанным

⁶ Nội dung toàn văn Law No. 81/2006/QH11 of November 29, 2006, on residence.

специальными инсектицидами сетям и сеткам для гамака, а также об использовании разных методов отпугивания комаров (благовония от комаров и спреи от насекомых) и недостаточные знания о малярии и ее профилактике также остаются опасными для заражения факторами [9].

Таблица 3.

Заболееваемость малярией в странах субрегиона Большого Меконга в 2020 г.

Table 3.

Malaria incidence in the Greater Mekong Subregion in 2020

Страны	Камбоджа	Китай	Лаос	Мьянма	Таиланд	Вьетнам
Количество проведенных тестов	850 805	113 245	576 503	3 611 814	781 977	1 811 387
Количество подтвержденных случаев	9 490	137	3 505	58 132	4 004	1 421
Завозные случаи	0	130	0	-	715	303

Источник: [8]

Другое инфекционное заболевание, распространенное в общинах мигрантов, – туберкулез. В 2016 г. Вьетнам был одной из 30 стран мира с высоким бременем туберкулеза [3]. Согласно Докладу ВОЗ о борьбе с туберкулезом в мире за 2019 г., во Вьетнаме в 2018 г. было зарегистрировано 102 171 новых случаев заболевания туберкулезом [11]. Несмотря на имеющиеся скудные данные о туберкулезе среди мигрантов, очевидно, что такие уязвимые группы населения имеют высокий риск заражения туберкулезом. В процессе миграции бедность, плохие и опасные условия труда, ограниченный доступ к медицинским услугам и социальная изоляция являются важными факторами, повышающими риск заражения и передачи туберкулеза [11].

Камбоджа предоставляет зарегистрированным мигрантам защиту в соответствии с трудовым законодательством. В Камбодже трудовое право, охватывающее всех работников независимо от их гражданства, за исключением домашней прислуги, утверждает, что работодатели «должны оказывать первичную медицинскую помощь своим работникам»⁷. Профессиональные заболевания и несчастные случаи, связанные с работой, также должны покрываться работодателями, которые должны предоставлять своим работникам медицинскую помощь, включая лечение и госпитализацию, а также компенсацию в случае временной или постоянной нетрудоспособности. Кроме того, работодатели обязаны покрывать расходы, связанные с химиопрофилактикой или вакцинацией против эпидемий. Камбоджа входит в список 30 стран ВОЗ с высоким бременем туберкулеза. Заболееваемость малярией, которая также распространена среди мигрантов, в 2020 г. составила 9 490 подтвержденных случаев (см. табл. 3) [3; 8].

В Лаосской Народно-Демократической Республике Закон о труде, применяемый ко всем работникам, включая иностранцев, содержит специальный раздел о труде мигрантов, который предоставляет правовую защиту иностранным рабочим в соответствии с законами Лаоса⁸. В случае профессиональных заболеваний и (или) не-

⁷ Cambodia Labour Law // Cambodia Law Services [site]. URL: <http://www.metheavy.com/File/Media/CAMBODIA%20LABOURLAW.pdf> (accessed on 05.09.2021).

⁸ Lao People's Democratic Republic Labor Law (Amended) No. 43/NA // International Labour Organization [site]. URL: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/96369/113864/F1488869173/LAO96369Eng.pdf> (accessed on 05.09.2021).

счастливых случаев на работе, работодатели должны принимать ответственность за лечение и нести реабилитационные расходы.

Одним из инфекционных заболеваний, распространенных как среди местного населения, так и среди мигрантов в Лаосе является малярия. Последняя крупная вспышка малярии в стране произошла в период с 2011 по 2014 гг.; только в 2014 г. было зарегистрировано более 50 тыс. случаев малярии.

Благодаря ряду улучшений в системах управления данными о малярии, которые обеспечили возможность страны эффективно выявлять случаи малярии и принимать ответные меры, произошел огромный сдвиг в сторону уменьшения заболеваемости. В стране не регистрировалось случаев смерти от малярии в течение последних двух лет, а в 2020 г. был зафиксирован рекордно низкий уровень заболеваемости – 3 505 случаев⁹.

В старой системе эпиднадзора на выявление вспышек уходило до шести месяцев. Сегодня о случаях заболевания малярией, выявленных в 84% всех районов страны, сообщается в режиме, близком к реальному времени.

В Китае сформировался класс рабочих-мигрантов из сельских регионов, переезжающих на работу в города; их количество, по данным статистики за 2014 г., достигло 274 млн (около 20% всего населения и 36% рабочей силы)¹⁰. Это самая масштабная трудовая миграция в мире. Рабочие-мигранты (по-китайски – *pongmíngōng*, буквально – крестьянин-рабочий), как правило, ущемлены в гражданских правах, большинство не имеют городской прописки. Система прописки исключает сельских мигрантов из важнейших сетей социального обеспечения, которыми пользуются горожане.

Мигранты в Китае имеют неравный доступ к основным услугам общественного здравоохранения, и главным препятствием для выполнения национальных правил базового общественного здравоохранения является их высокая мобильность. Достижение базового уровня безопасности здоровья мигрантов будет иметь прямое влияние на эффективность новых медицинских реформ в стране и на выполнение Плана «Здоровый Китай 2030», в котором предусматривается сосредоточить внимание на сельских районах и первичной медико-санитарной помощи, выравнивании уровня медицинских услуг для городского и сельского населения. Особое внимание уделяется уравниванию основных услуг общественного здравоохранения для мигрантов и местных жителей, а также достижению цели «здоровье для всех и все для здоровья» [12].

Несмотря на низкий уровень доступа к основным услугам общественного здравоохранения, охват мигрантов вакцинацией для профилактики инфекционных заболеваний, в основном достиг национального стандарта. В остальном (ведение медицинских карт, предоставление услуг по санитарному просвещению и медицинскому освидетельствованию), мигранты имеют умеренный уровень охвата. Для обеспечения необходимых фондов используется метод оплаты, называемый «сначала – предоплата, после – расчет», при котором правительство выделяет из бюджета определенные средства на обслуживание базового уровня, например, на общественные больницы. Отдел обслуживания базового уровня сначала использует деньги, а потом

⁹ Towards zero: harnessing data to eliminate malaria in the Lao People's Democratic Republic // World Health Organization [site]. URL: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/towards-zero-harnessing-data-to-eliminate-malaria-in-the-lao-people-s-democratic-republic> (accessed on 25.04.2021).

¹⁰ Миграция в Китае // Migrocenter. Livejournal. Блог-платформа. 19.08.2017. URL: <https://migrocenter.livejournal.com/325921.html> (дата обращения: 20.08.2021).

производит расчеты. Однако из-за высокой мобильности мигрантов местные органы власти не могут полностью отследить их перемещения, что затрудняет достижение равного уровня доступа к основным услугам общественного здравоохранения.

Обсуждение: трансграничные программы по контролю заболеваемости

Провинция Юньнань на юго-западе Китая граничит с Мьянмой, Лаосской Народно-Демократической Республикой и Вьетнамом. Есть 18 официальных и 643 неофициальных пунктов въезда в Юньнань, и ежегодная численность мигрантов и мобильного населения составляет 14 млн человек [7]. Тем не менее, заболеваемость малярией в Юньнани резко сократилась за последние два десятилетия. Большинство случаев малярии, зарегистрированных в Юньнани в 2012 г., были завезены в основном из Мьянмы, а также из Камбоджи, Лаосской Народно-Демократической Республики и Таиланда. В 2020 г. из 137 зарегистрированных случаев заболевания малярией 130 было завезено мигрантами (см. табл. 3) [8].

Трансграничная совместная программа по профилактике и борьбе с малярией началась в 2005 г. и финансируется Министерством здравоохранения Китая. Эта программа поддерживает совместные программы профилактики и контроля в Китае – Мьянме, Китае – Лаосской Народно-Демократической Республике и пограничных районах Китая – Вьетнама. Мероприятия включают создание системы обмена информацией об эпидемиях и совместного рабочего механизма; обучение местного персонала и проведение совместного санитарного просвещения по профилактике малярии и борьбе с ней в приграничных районах; организацию китайских экспертов для оказания технической помощи другим странам-партнерам; обеспечение лабораторной и другой материальной поддержки пограничным медицинским учреждениям обеих сторон.

В ноябре 2011 г. в провинции Юньнань (КНР) Министры здравоохранения шести стран субрегиона Большого Меконга (Китай, Камбоджи, Лаосской Народно-Демократической Республики, Мьянмы, Таиланда и Вьетнама) подписали меморандум о взаимопонимании по сотрудничеству в области надзора за болезнями в бассейне реки Меконг. Эти шесть стран решили продолжить совместное сотрудничество по эпиднадзору за малярией, лихорадкой денге, бубонной чумой, ВИЧ/СПИД, туберкулезом, тяжелой диареей, включая холеру, возникающими инфекционными заболеваниями, такими как тяжелый острый респираторный синдром и птичий грипп А (H5N1) [7].

Системы и частота трансграничного обмена информацией зависят от конкретного заболевания. Например, уведомление о случаях H5N1, тяжелого острого респираторного синдрома, COVID-19 и холеры передается в течение 24 часов после постановки диагноза. Число случаев заболевания малярией и случаев смерти от нее передается ежемесячно. В стратегии ВОЗ по ликвидации малярии в странах субрегиона Большого Меконга на 2015–2030 гг. предусматривается среди прочих целей и задач обеспечение полного доступа мигрантов к медицинскому обслуживанию [8; 13].

Если дело касается инфекционных заболеваний, то задержки в обращении мигрантов за лечением или проблемы при попытках продолжить лечение хронических инфекционных заболеваний, таких как туберкулез или ВИЧ, могут иметь отрицательные последствия для местного населения, поскольку может возрасти риск последующей передачи инфекции. Это особенно важно в случае перемещения через международные границы, при котором задержки с обращением за медицинской помощью связаны с несколькими факторами, включая страх обращения к государ-

ственным службам в случаях отсутствия легального статуса или прямой отказ в доступе к медицинской помощи со стороны провайдеров медицинских услуг.

Признание важности учета миграции для борьбы с инфекционными заболеваниями было закреплено в Международных медико-санитарных правилах и программах борьбы с основными болезнями, разработанных всемирными органами здравоохранения в 2005 г. [14].

Выводы

В странах действуют разные положения иммиграционной политики и разные процедуры сбора данных о мигрантах, что затрудняет разработку согласованного подхода к учету контингентов незаконных мигрантов в глобальном масштабе.

Дефицит статистической информации о заболеваемости и смертности мигрантов, в том числе от инфекционных заболеваний, в странах регионов ВОЗ Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана не позволяет в точности определить их вклад в заболеваемость инфекционными и неинфекционными болезнями постоянного населения принимающих стран.

Улучшение доступа к медицинским услугам и лечение инфекционных заболеваний среди определенных групп мигрантов, а также информированность беженцев и мигрантов об их правах на медицинское обслуживание, могли бы способствовать снижению показателей их заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний, укреплению глобальной безопасности в области здравоохранения и эффективной профилактике и контролю инфекций, а также снижению бремени таких заболеваний, как малярия, туберкулез и ВИЧ-инфекция в странах, принимающих мигрантов.

Это потребует от служб здравоохранения принимающих стран лучшей адаптации для повышения их доступности и способности реагировать на потребности некоторых групп мигрантов. Риск смертности от инфекционных заболеваний значительно варьируется среди мигрантов и стран, поэтому скрининг должен проводиться с учетом эпидемиологии конкретных болезней и текущей обстановки (ситуации) и только в тех районах, где это принесет максимальную пользу.

В соответствии с Резолюцией ВОЗ А61/17 о здоровье мигрантов, одобренной в 2008 г., была разработана операционная структура, включающая приоритетные направления для действий, в том числе: разработку систем и обмен передовым опытом в области мониторинга здоровья мигрантов; внедрение поддерживающих политических рамок в секторах и между странами, не исключая финансовую поддержку; создание учитывающих интересы мигрантов инклюзивных систем здравоохранения, поддерживаемых соответствующими профессиональными компетенциями, налаживание партнерских отношений и включение вопросов здоровья мигрантов в соответствующие междисциплинарные рамки [15]. В качестве положительного опыта можно было бы также рассмотреть подписание меморандума о взаимопонимании по сотрудничеству в области надзора за болезнями в странах субрегиона Большого Меконга, в котором предусматривалось бы совместное сотрудничество по эпиднадзору за малярией, лихорадкой денге, бубонной чумой, ВИЧ/СПИД, туберкулезом, холерой, а также другими возникающими инфекционными заболеваниями [7].

Список литературы

1. *International Organization for Migration. World Migration Report 2020. Geneva, Switzerland: International Organization for Migration, 2019. 496 p. ISSN: 1561-5502.*

2. *World Health Organization*. Promoting the Health of Refugees and Migrants: Draft Global Action Plan, 2019–2023. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019. 13 p. A72/25 Rev.1.
3. *World Health Organization*. Use of High Burden Country Lists for TB by WHO in the Post-2015 Era. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015. 19 p.
4. *Saker L., Lee K., Cannito B., Gilmore A., Campbell-Lendrum D. H. et al.* Globalization and Infectious Diseases: A Review of the Linkages. World Health Organization, 2004. 62 p.
5. *World Health Organization*. Health of Refugees and Migrants – Practices in Addressing the Health Needs of Refugees and Migrants: WHO South-East Asia Region. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. 28 p.
6. *Tangcharoensathien V., Thwin A. A., Patcharanarumol W.* Implementing Health Insurance for Migrants, Thailand. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 95. No. 2. Pp. 146–151. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179606>.
7. *World Health Organization*. Regional Office for the Western Pacific. Technical Consultation on Improving Access to Malaria Control Services for Migrants and Mobile Populations in the Context of the Emergency Response to Artemisinin Resistance in the Greater Mekong Subregion. 22–23 May 2014, Ha Noi, Viet Nam: meeting report. WHO Regional Office for the Western Pacific, 2014. 20 p.
8. *World Health Organization*. Mekong Malaria Elimination Programme: Epidemiology Summary. Vol. 13, January-March 2021. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2021. 10 p.
9. *International Organization for Migration*. Situation Analysis of Migrant Health in Viet Nam. Ha Noi, Viet Nam: International Organization for Migration, 2020. 106 p. PUB2020/013/R.
10. *Van Huy N., Dunne M. P., Debattista J.* Predictors of Condom Use Behaviour Among Male Street Labourers in Urban Vietnam Using a Modified Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model. Culture, Health and Sexuality. 2016. Vol. 18. No. 3. Pp. 321–336. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1084375>.
11. *World Health Organization*. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019. 283 p. ISBN: 9789241565714.
12. *He H., Zhang J., Xiu D.* China's Migrant Population and Health. China Population and Development Studies. 2019. No. 3. Pp. 53–66. DOI: <https://doi.org/10.1007/s42379-019-00032-7>.
13. *Cui L., Cao Y., Kaewkungwal J., Khamsiriwatchara A., Lawpoolsri S., Soe T. N., Kyaw M. P., Sattabongkot J.* Malaria Elimination in the Greater Mekong Subregion: Challenges and Prospects / Manguin S., Dev V. (Eds.) Towards Malaria Elimination: A Leap Forward. InTechOpen, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5772/intechopen.76337>.
14. *World Health Organization*. International Health Regulations. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005. 86 p. ISBN: 9789241580410.
15. *World Health Organization*. Sixty-First World Health Assembly Resolution. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. 101 p. WHA61/2008/REC/1.

Сведения об авторе:

Сюнякова Дилара Алимовна, старший научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: dilsun51@mail.ru; ORCID ID: 0000-0002-9597-7695; РИНЦ Author ID: 1020260.

Статья поступила в редакцию 09.07.2021; принята в печать 13.09.2021.

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

INFECTIOUS DISEASES AMONG MIGRANTS IN COUNTRIES OF THE GREATER MEKONG SUBREGION BEFORE THE COVID-19 PANDEMIC

Dilyara A. Syunyakova

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

E-mail: dilsun51@mail.ru

For citation: Dilyara A. Syunyakova. Infectious Diseases among Migrants in Countries of the Greater Mekong Subregion before the COVID-19 Pandemic. DEMIS. Demographic research. 2021. Vol. 1. No 4. P. 140–151. DOI: <https://doi.org/10.19181/demis.2021.1.4.11>

Abstract. Migration issues, including the impact of migrant flows on the state of public health in the host country and infectious diseases imported by migrants are currently causing much debate. The aim of this study is to analyze data on the prevalence of infectious diseases among migrants and measures to reduce infectious morbidity taken in the countries of the Greater Mekong Subregion, also referred by the World Health Organization (WHO) to the South-East Asia and Western Pacific regions. The research materials included reports, statistical materials, program documents by the World Health Organization, the International Organization for Migration, and other publications. To analyze the situation with infectious diseases among migrants, we selected materials containing information and statistics on infectious diseases in the countries of the Greater Mekong subregion (China, Thailand, Cambodia, Laos, Vietnam, also included in the group countries of the Greater Mekong subregion), since it is in these countries that migration flows are very intense and the problem of transmission of infectious diseases from migrants to the population of the host countries is very urgent. Despite the lack of available statistical information on the level of infectious morbidity among migrants in the countries of the WHO regions of South-East Asia and the Western Pacific, as well as different migration and social policies in these countries, the results obtained allow us to conclude that the special programs and measures to reduce morbidity among migrants are yielding positive results. Screening and testing for infectious diseases in migrants, as well as an appropriate social policy in terms of providing universal health insurance for refugees and migrants, would make it possible to timely diagnose infectious diseases in migrants and thus contribute to a decrease in their incidence and, accordingly, the incidence of persistent diseases. the population of the host countries.

Keywords: migrants' health; infectious diseases among migrants; countries of the WHO South-East Asia and Western Pacific Regions.

Bio note:

Dilyara A. Syunyakova, Senior Researcher, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

Contact information: e-mail: dilsun51@mail.ru; ORCID ID: 0000-0002-9597-7695; RSCI Author ID: 1020260.

Received on 09.07.2021; accepted for publication on 13.09.2021.

The author has read and approved the final manuscript.