

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu "Veselība un migrācija"

(2007/C 256/22)

Padomes nākamā prezidentvalsts Portugāle 2007. gada 14. februāra vēstulē lūdza Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteju izstrādāt izpētes atzinumu par "Veselība un migrācija".

Par Komitejas dokumenta sagatavošanu atbildīgā Nodarbinātības, sociālo lietu un pilsoniskuma specializētā nodaļa savu atzinumu pieņēma 2007. gada 18. jūnijā. Ziņotājs — Sharma kgs, līdzziņotāja — Cser kdze.

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja 437. plenārajā sesijā, kas notika 2007. gada 11. un 12. jūlijā (11. jūlija sanāksmē) ar 109 balsīm par un 3 pret pieņēma šo atzinumu.

1. Secinājumi

Šajā atzinumā nav aplūkota migrācija kā tāda, bet veselības un migrācijas saistība. ES ekonomikā migrācijai ir svarīga nozīme, un tā ir pastāvīgs process, kurā iesaistīta ievērojama un arvien lielāka daļa ES un visas pasaules iedzīvotāju.

Ir svarīgi, lai ES un dalībvalstu politika nodrošinātu migrantiem un viņu ģimenes locekļiem augsta līmeņa veselības aizsardzību. Tas nozīmē, ka jāīsteno pasākumi dažādās politikas jomās, kuru vidū jāmin tādas jomas kā nodarbinātība, drošība un veselības aizsardzība darbā, izglītība, sociālā aizsardzība, kā arī veselības veicināšana un veselības aprūpe.

Šajā atzinumā aplūkoti vairāki migrantiem nozīmīgi jautājumi veselības aizsardzības jomā, kas ir saistīti ar sabiedrības veselības aizsardzību un kuru risināšanā jāiesaistās dalībvalstīm un Eiropas Savienībai.

1.1 Ieteikumi

Humānas ⁽¹⁾ un taisnīgas ⁽²⁾ globalizācijas pamatā ir jābūt vispārējām kopējām vērtībām, cilvēktiesību ievērošanai, kā arī augstam veselības un pārtikas nekaitīguma līmenim visās, un jo īpaši visneaizsargātāko iedzīvotāju grupās, kultūras un valodu daudzveidībai, kā arī zināšanu izplatībai un apmaiņai sabiedrībā.

Vispārējo cilvēktiesību sakarā EESK ieteikumi ir šādi:

1.1.1 Jāveido tikšanās vietas un informācijas centri, kas imigrantiem atvieglotu piekļuvi informācijai par veselības un sociālo aprūpi. Minēto informāciju varētu sniegt tai pašai imigrantu grupai piederošas personas, kuras strādā šajos centros, tāpat arī jāveido vietējie sadarbības centri valsts iestāžu, migrantu NVO un uzņēmēju valsts NVO sadarbībai.

1.1.2 Dalībvalstīm un ES jāstiprina sadarbība ar starptautiskajām organizācijām imigrantu veselības jomā, kā arī jāuzrauga

⁽¹⁾ EESK 2007. gada 31. maija atzinums par tematu "ES izaicinājumi un iespējas saistībā ar globalizāciju" (izpētes atzinums), ziņotājs Henri Malosse kgs, līdzziņotājs Staffan Nilsson kgs, OV C 175, 27.7.2007.

⁽²⁾ ILO (Starptautiskā Darba organizācija), "A Fair Globalization" ("Taisnīga globalizācija"), 2004. gads.

un jāizvērtē problēmas un pozitīvā ietekme vietējā, reģionālā, valsts un Eiropas līmenī.

1.1.3 Izglītības iestādēs jāievieš valsts līmeņa sabiedrības veselības programmas, ņemot vērā mazākumtautību kultūras īpatnības.

1.1.4 Jāizveido īpašs kompensāciju fonds un programmas apmācībai, apmaiņai un sadarbībai starp uzņēmējvalstīm un izcelsmes valstīm.

1.1.5 Medicīniskās un profilaktiskās aprūpes pieejamība ir viena no cilvēktiesībām, kas atbilstīgi Pamattiesību hartai, kurā garantēta profilaktiskās un medicīniskās aprūpes pieejamība, jānodrošina visām ES dzīvojošām personām neatkarīgi no viņu statusa.

1.1.6 Lai migranti nebaidītos lūgt medicīnisko palīdzību un aprūpi, jāievieš (ja tas līdz šim nav izdarīts) pacientu un medicīnas iestāžu konfidencialitātes klauzulas, lai nodrošinātu, ka trešajām pusēm netiktu atklāta informācija par attiecīgās personas imigranta statusu, jo īpaši tas attiecas uz nelegālas imigrācijas gadījumiem.

1.1.7 Dalībvalstīm un Eiropas Savienībai jāsadarbības, lai visā ES uzlabotu datu vākšanu un veiktu pētījumus par migrāciju un veselību.

1.1.8 Jāapzinās, ka veselības aizsardzība ir viena no nozīmīgām migrācijas dimensijām.

1.1.9 Novērtējot ietekmi uz veselību, jāanalizē gan veselības aizsardzības politikas, gan ar veselības aizsardzību nesaistītās politikas iespējamā ietekme uz migrantu veselību.

1.1.10 Dalībvalstīm, kurās pastāv specializēto tropu medicīnas pakalpojumu tradīcijas, jāpiedāvā savas zināšanas visiem ES iedzīvotājiem un jāturpina kvalitātes ziņā augstvērtīgi pētījumi tropu slimību, īpaši malārijas ārstēšanā.

1.1.11 Jāpilnveido mehānismi, kas ļautu pēc migrantu ierašanās pēc iespējas ātrāk novērtēt un apmierināt visu kategoriju migrantu vajadzības veselības aizsardzības jomā. Jāpastiprina ES un dalībvalstu sadarbība, lai nodrošinātu to migrantu neatliekamās vajadzības (it īpaši — tulka pakalpojumus), kuriem pēc ieceļošanas nepieciešama steidzama medicīniskā palīdzība.

1.1.12 Prioritāra uzmanība jāpievērš migrantu veselības aizsardzībai darbā. Tas nozīmē, ka sociālajiem partneriem un kompetentajām iestādēm ir jāsadarbjas, lai panāktu, ka nozarēs, kurās nodarbināti galvenokārt migranti, būtu spēkā augsti nodarbināto veselības aizsardzības un drošības standarti. Sadarbībā ar vietējo pašvaldību dienestiem jāturpina izstrādāt veselības veicināšanas programmas darba vietās, kas palīdzētu apmierināt emigrējušo darbinieku un viņu ģimenes locekļu vajadzības.

1.1.13 Jāapsver arī iespējas īstenot veselības veicināšanas programmas skolās, tādējādi nodrošinot migrantu bērnu vajadzības veselības aizsardzības jomā. Skolu veselības aprūpes dienestiem ir jāapmierina visu sociālo slāņu bērnu, tajā skaitā migrantu bērnu vajadzības, īpašu uzmanību pievēršot jaunpieņācējiem.

1.1.14 Jāizveido veselības aprūpes un profilaktiskie dienesti, kas ar īpašu uzmanību izturētos pret migrantu kultūras īpatnībām, taču nepieļautu nekādus kompromisus attiecībā uz sieviešu dzimumorgānu apgraižšanas aizliegumu.

1.1.15 Jāsniedz palīdzība veselības aprūpes speciālistiem, nodrošinot pastāvīgu apmācību un profesionālo izaugsmi, lai viņi spētu apmierināt migrantu kopienas mainīgās vajadzības veselības aizsardzības jomā.

1.1.16 Jāapsver iespēja pieņemt darbā veselības aprūpes speciālistus, kas mācījušies jaunattīstības valstīs, tostarp arī kopīga attīstības koncepcija, kas atvieglo minēto speciālistu atgriešanos pēc pagaidu uzturēšanās vai atbilstoši kurai tiek atļūdzināti izdevumi tai izcelsmes valstij, kas nodrošinājusi apmācību. Lai izstrādātu priekšlikumu Labas prakses kodeksam, kas būtu spēkā ES, Komisijai jāapzina labas prakses piemēri, pieņemot darbā medicīnisko personālu no ārpuskopienas valstīm.

1.1.17 Jāuzlabo par veselības aizsardzību atbildīgo iestāžu darbība un jāveicina labas prakses apmaiņa, ko ES iestādes varētu koordinēt.

1.1.18 Starpkultūru dialoga veicināšana — lielākas uzmanības veltīšana stāvoklim veselības aizsardzības un veselības aprūpes jomā ⁽³⁾.

⁽³⁾ Skatīt EESK 2006. gada 20. aprīļa atzinumu par tematu "Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes lēmumam par Eiropas starpkultūru dialoga gadu (2008)" — COM(2005) 467 galīgā redakcija — 2005/0203 (COD), ziņotāja — Cser kdze (OV C 185, 8.8.2006.).

1.1.19 EESK vēlreiz uzsver, ka tā jau ieteica dalībvalstīm ieviest Starptautiskās darba organizācijas (ILO) konvencijas par migrantiem ⁽⁴⁾.

2. Vispārīga informācija

2.1 Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja atzinīgi vērtē faktu, ka Padomes prezidentvalsts Portugāle izrāda interesi par veselības aizsardzības un migrācijas jautājuma izpēti. Prezidentvalstis Vācija, Portugāle un Slovēnija bija vienprātis, ka "veselības aizsardzības politikai ir ļoti svarīga nozīme, jo profilakses uzlabošana un pārrobežu veselības aprūpe sniedz tiešu labumu Eiropas iedzīvotājiem" ⁽⁵⁾.

Trīs prezidentvalstis apņēmas turpināt aktīvu darbu, lai izskaustu nevienlīdzību, kas skar migrantus un pastāv tādā jomā kā medicīnas pakalpojumu pieejamība. Minētās valstis arī vienojās atbalstīt dažādus Kopienas pasākumus, kas sekmētu augsta veselības aizsardzības līmeņa nodrošināšanu visiem iedzīvotājiem, īpašu uzmanību veltot veselības veicināšanai, slimību profilaksei, jauninājumiem un veselības aprūpes pieejamībai.

2.2 Komiteja ir pieņēmusi vairākus atzinumus, kas veltīti legālajai un nelegālajai migrācijai ⁽⁶⁾, tāpēc šajā izpētes atzinumā tiks aplūkoti galvenokārt veselības aizsardzības jautājumi. Mēs aicinām Portugāles prezidentūru un citas iesaistītās puses iepazīties ar mūsu līdzšinējo veikumu migrācijas jomā.

⁽⁴⁾ Starptautiskā konvencija par viesstrādnieku un viņu ģimenes locekļu tiesību aizsardzību, kas tika pieņemta 1990. gadā un stājās spēkā 2003. gada jūlijā. Tā papildina ILO 1949. gada Konvenciju par migrāciju darba meklējumu nolūkā (Nr. 97) un ILO 1975. gada Konvenciju par migrējošiem darba ņēmējiem (papildu noteikumi) (Nr. 143). Trīs minētās starptautiskās konvencijas veido pamatu migrējošo darba ņēmēju tiesību aizsardzībai un ar nelegālo migrāciju saistīto jautājumu risināšanai. Tās darbojas vienlaikus ar vispārējiem politiskiem nolīgumiem, kuru vidū jāmin nesen noslēgtie ANO nolīgumi tādās jomās kā cilvēku tirdzniecība, kontrabanda un ļaunprātīga izmantošana, piemēram, ANO Konvencija pret transnacionālo organizēto noziedzību (2000. gads), ANO Protokols, kura mērķis ir nepieļaut, izskaust un sodīt par cilvēku, īpaši sieviešu un bērnu tirdzniecību (2000. gads), Protokols pret migrantu kontrabandu pa zemes, jūras un gaisa ceļiem (2000. gads), Konvencijas par bērna tiesībām protokols par bērnu tirdzniecību, bērnu prostitūciju un bērnu pornogrāfiju (2000. gads), kā arī 1951. gada Konvencija un 1967. gada Protokols par bēgļu statusu. Kaut arī diezgan maz valstu un — attiecīgos gadījumos — reģionālo saimniecisko organizāciju līdz šim ir ratificējušas minētās konvencijas (izņemot abus minētos dokumentus par bēgļu statusu), minētie instrumenti ir svarīgi elementi, lai īstenotu plašāku programmu.

⁽⁵⁾ **Eiropas Savienības Padome**, Vācijas, Portugāles un Slovēnijas prezidentūru darba programma 18 mēnešiem, Brisele, 2006. gada 21. decembris.

⁽⁶⁾ Skatīt šādus EESK atzinumus:

— 2006. gada 13. septembra atzinumu par tematu "Imigrācija, integrācija: reģionālo un vietējo pašvaldību un pilsoniskās sabiedrības organizāciju sadarbība", ziņotājs — Pariza Castaños kgs (OV C 318, 23.12.2006.).

— 2005. gada 15. decembra atzinumu par tematu "Komisijas paziņojums Padomei un Eiropas Parlamentam: Hāgas programma: desmit prioritātes turpmākajiem pieciem gadiem — partnerība Eiropas atjaunošanai brīvības, drošības un tiesiskuma telpā" — COM (2005) 184 galīgā redakcija, ziņotājs — Pariza kgs, (OV C 65, 17.3.2006.).

— 2006. gada 20. aprīļa atzinumu par tematu "Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes regulai par Kopienas statistiku attiecībā uz migrāciju un starptautisko aizsardzību" — COM(2005) 375 galīgā redakcija — 2005/0156 (COD), ziņotāja — Sciberras kdze (OV C 185, 8.8.2006.).

3. Ievads

3.1 Migrācijas un veselības jautājumiem veltītas daudzas publikācijas; šī atzinuma izstrādē izmantots dokuments, kas nesen sagatavots Globālās Komisijas starptautiskās migrācijas jautājumos Politikas analīzes un izpētes programmai (*Carballo un Mboup*, 2005. gada septembris). Atzinuma turpinājumā minēti arī citi uzzīņu avoti.

3.2 Pasaules Veselības organizācijas izpratnē veselība ir ne tikai "slimības vai fiziska vājuma neesamība, bet arī pilnīgas fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis". Šī atzinuma izstrādātāji uzskata, ka "veselība" minētās definīcijas izpratnē ir viena no cilvēktiesībām.

3.3 Migrantu un bēgļu veselība ir svarīgs jautājums vairāku iemeslu dēļ, starp kuriem jāmin šādi:

- vispārējās cilvēktiesības un cilvēka cieņas respektēšana;
- nāves un saslimšanas gadījumu skaits migrantu, it īpaši nelegālo migrantu, vidū, kā arī saslimšanas risks, kam viņi pakļauti;
- saslimšanas risks, kam pakļauta ievērojama daļa migrantu, kuri pārceļas uz dzīvi citā valstī;
- veselības un sociālās aprūpes pieejamības nepastāvība;
- risks, kam pakļauti plaši iedzīvotāju slāņi; un
- risks, ko veselības aprūpes speciālistu izceļošana rada viņu izcelsmes valstīs.

	2006	2005	2004	2003	2002
ES saņemto patvēruma pieteikumu skaits	266 270	350 103	421 236	532 300	640 347
Akceptēto pieteikumu skaits	38 857	46 742	35 872	41 823	59 705
Akceptēto pieteikumu procentuālais daudzums	22,71	20,55	13,36	12,4	14,73

Pēdējo gadu laikā vairākās Dienvideiropas valstīs, tajā skaitā Portugālē, Spānijā un Itālijā, palielinājusies gan legālā, gan nelegālā migrācija. Daudzi no minētajiem migrantiem ieceļojuši no Ziemeļāfrikas, no Āfrikas uz dienvidiem no Sahāras, Latīņamerikas un Āzijas, kā arī NVS valstīm.

4.4 Lai gan migrantiem kopumā ir labāka veselība nekā pārējiem viņu izcelsmes valsts iedzīvotājiem, migrantiem var būt lielākas veselības problēmas nekā vidēji kopienā, kurā viņi tiek uzņemti. Tam ir vairāki cēloņi, tostarp

- psiholoģiskā un sociālā spriedze (to rada saskarsme ar svešu kultūru, uzturēšanās nelegālais raksturs, vides maiņa, svešvalodu zināšanu trūkums, uzticēšanās un informācijas trūkums, garīgās veselības problēmas);
- apdraudējumi, kas radušies izcelsmes valstī;
- nabadzība un bīstami darba apstākļi;
- nepietiekama veselības aprūpes pieejamība, kā arī nepietiekama informācija par veselības aprūpes pakalpojumiem, veselības veicināšanu un preventīvajiem pakalpojumiem;

4. Problēmas apjoms un mērogs

4.1 Tiek uzskatīts, ka pasaulē ik gadu vairāk nekā 200 miljoni cilvēku migrē darba un labākas dzīves meklējumos; no tiem 30-40 miljoni ir nelegālie migranti (⁽⁷⁾). Pasaulē migrantu kopējais skaits atbilstu pasaules piektās visapdzīvotākās valsts iedzīvotāju skaitam (⁽⁸⁾). Atbilstoši 2005. gada datiem 49.6 % no migrantu kopējā skaita ir sievietes. Naudas pārvedumu apjoms 2005. gadā tiek lēsts vairāk kā 233 miljardu ASV dolāru apmērā, no tiem 167 miljardi pārskaitīti uz jaunattīstības valstīm. Eiropā ir no 7 līdz 8 miljoniem oficiāli neregistrētu migrantu (⁽⁹⁾).

4.2 Šajā Komitejas izpētes atzinumā aplūkota galvenokārt trešo valstu pilsoņu migrācija uz ES un ar to saistītie veselības aizsardzības jautājumi. Pašreiz ES dzīvo 18 miljoni ārpuskopienas valstu pilsoņu. Ievērojams ir ārzemēs dzimušu ES pilsoņu, kā arī nelikumīgo jeb nelegālo migrantu skaits. Lielākā daļa migrantu ES ir ieceļojuši likumīgi.

4.3 Salīdzinoši neliela daļa no kopējā migrantu skaita ir patvēruma meklētāji, kuru skaits pēdējo gadu laikā ir samazinājies, kas nav izskaidrojams ar to, ka kopumā samazinājies cilvēku skaits, kuriem nepieciešama aizsardzība, bet gan ar ES īstenoto politiku.

— papildu risks viņu galamērķa valstī;

— dzīvošanas apstākļi.

4.5 No dažiem pasaules reģioniem ieceļojošo migrantu vidū biežāk sastopamas infekcijas slimības un tādas hroniskas slimības kā psihiskie traucējumi, koronārā sirds slimība, elpošanas orgānu slimības un diabēts.

4.6 Nelegālajiem migrantiem, viņu ģimenes locekļiem un it īpaši bērniem ir lielākas veselības problēmas nekā legālajiem migrantiem, kas izskaidrojams ar apdraudējumu veselībai, kurš radies ieceļojot, sliktākiem ekonomiskajiem un sociālajiem apstākļiem un pakalpojumu nepietiekamu pieejamību.

(⁽⁷⁾) *United Nations' Trends in Total Migrant Stock: The 2003 Revision.*

(⁽⁸⁾) *US Census Bureau, IDB — Rank Countries by Population.*, <http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>.

(⁽⁹⁾) *Migration Information Source*, <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=336>.

5. Dažādi migrācijas veidi

5.1 Brīvprātīgā migrācija

5.1.1 Galvenais virzītājspēks, kas ietekmē migrāciju uz ES, ir ekonomiskie faktori, taču bēgšana no konfliktu zonām un vajāšanas arī ir svarīgi migrācijas cēloņi. Cilvēki pārcēlās un joprojām pārceļas uz dzīvi citur dažādu iemeslu dēļ. Daži migrē, lai apmestos uz dzīvi citā valstī un sāktu tur jaunu dzīvi, citi, lai nopelnītu pietiekami daudz naudas un atgrieztos dzimtenē.

5.1.2 Daļa migrantu dodas uz citu valsti legāli, lai tur strādātu noteiktu laiku, citi to dara nelegāli, bet atrod darbu un uzturas attiecīgajā valstī nenoteiktu laika posmu. Abas minētās grupas sastopas ar veselības problēmām, kas bieži saistītas ar valstu politiku un sabiedrības attieksmi pret migrantiem, kā arī ar citiem veselību ietekmējošiem faktoriem, piemēram, izglītību, nodarbinātību un mājokli.

5.1.3 Riņķveida jeb cirkulārā migrācija arvien biežāk tiek uzskatīta par vienu nozīmīgākajiem migrācijas veidiem⁽¹⁰⁾, un, ja tā tiek prasmīgi pārvaldīta, ar tās palīdzību var sasniegt darbaspēka piedāvājumu un pieprasījumu pasaulē, tādējādi veicinot pieejamo resursu efektīvāku sadalīšanu un ekonomisko izaugsmi. Tā var būt risinājums, ko ES varētu piedāvāt kā uzticamu alternatīvu nelegālajai migrācijai.

5.2 Piespiedu migrācija

5.2.1 Piespiedu migrācijai ir ievērojama un tālejoša ietekme uz veselības aprūpi; katru gadu cilvēki ir spiesti pamest savu valsti, un viņi kļūst par bēgļiem, kas atrodas ANO aizsardzībā, miljoniem cilvēku ir spiesti pamest mājas, uzturoties savas valsts teritorijā.

5.2.2 Bieži cilvēkiem jāmaksā ievērojamas naudas summas par palīdzību šķērsot robežu, un viņi nonāk finansiālās grūtībās. Migranti dzīvo bailēs, un darba devējiem ir viegli viņus izmantot. Nereta parādība ir sieviešu izvarošana un seksuāla izmantošana.

5.2.3 Cilvēku tirdzniecība ir noziegums, kas pārkāpj cilvēka pamattiesības un sagrauj cilvēka dzīvi. Atzīts, ka cilvēku tirdzniecība ir mūsdienu verdzības veids, un tiek uzskatīts, ka visā pasaulē vairāk nekā 12 miljoni cilvēku (saskaņā ar ILO datiem) dzīvo kādā no piespiedu verdzības formām un ik gadu vairāk nekā 1 miljons cilvēku kā preces tiek pārdoti un ir spiesti nodarboties ar prostitūciju vai piespiedu darbu. ASV Valsts departamenta dati liecina, ka 80 % pārdoto cilvēku ir sievietes un meitenes un 50 % — nepilngadīgas personas. Saskaņā ar minētajiem datiem lielākā daļa cilvēku tiek pārdoti seksuālai izmantošanai.

5.2.4 Cilvēku tirgotāji gūst milzīgu peļņu, dažas aplēses liecina, ka viņu peļņa ik gadu ir 10 miljardi ASV dolāru⁽¹¹⁾ (III: ANO Bērnu fonds — UNICEF).

⁽¹⁰⁾ 2007. gada 16. maija Paziņojums par riņķveida migrāciju.

⁽¹¹⁾ "The New Global Slave Trade", Ethan B. Kapstein, no *Foreign Affairs*, 2006. gada novembris/decembris.

5.3 Starptautiskais tūrisms

5.3.1 Pasaules Tūrisma organizācijas dati liecina, ka 20. gadsimta pēdējā desmitgadē 30 % visu pakalpojumu tika sniegti starptautiskā tūrisma nozarē, un minētā organizācija prognozē, ka 2020. gadā vairāk nekā 1,55 miljardi tūristu dosies starptautiskos ceļojumos. No tiem 0,4 miljardi dosies tālos ceļojumos, šķērsojot ekoloģiskās zonas.

5.3.2 Aptuveni 14 miljoni cilvēku no rūpnieciski attīstītajām valstīm katru gadu dodas uz Āfrikas, Āzijas, Latīņamerikas un Klusā okeāna salu tropiem. Ievērojams ceļotāju skaits atgriežas saslimuši, un attiecīgā slimība ir jāārstē. Visizplatītākā problēma ir saslimšana ar caureju, bet arvien biežāk tūristu mītnes valstīm ir jārisina problēmas un jāsedz izdevumi, kas saistīti ar malārijas diagnosticēšanu un ārstēšanu.

5.3.3 Neizsargājoties pastāv risks, ka tūristi var inficēties ar A hepatītu un seksuāli transmisīvām slimībām, tostarp ar HIV.

6. Migrācijas ietekme uz veselību un sabiedrības veselības aizsardzību

6.1 Politika

6.1.1 Daudzās ES valstīs tiek īstenota politika, kas nosaka iecelšanas tiesības, uzturēšanās ilgumu un termiņu, kad cilvēkiem jānododas projām. Minētajai politikai kopumā nav atļaujošs, bet gan ierobežojošs raksturs, un tā kavē migrāciju. Tādējādi var izveidoties migrantu veselībai nelabvēlīgi sociālie un ekonomiskie apstākļi.

6.1.2 Dažādu valstu politika sabiedrības veselības un profilaktisko apskašu jomā ir atšķirīga, arī veselības un sociālās aprūpes pieejamība nav vienāda. Tomēr rodas iespaids, ka vispusīga informācija par valstu praksi nav pieejama.

6.2 Dati

6.2.1 Maz ES valstīs regulāri tiek vākti dati par migrantu veselību, tāpēc ir grūti sniegt ticamu informāciju par migrantu pieredzi un vajadzībām veselības aizsardzības jomā. Daudzās valstīs izveidotas tādas veselības datu uzskaites sistēmas, kurās nav paredzēts norādīt attiecīgās personas imigranta statusu.

6.2.2 Dažas valstis vāc minētos datus, savukārt citas lielāku uzmanību pievērš izcelsmes reģionam vai etniskajai grupai. Iespējams, ka nav pietiekami skaidrs, kurš ir migrants un kurš ir migrantu pēctecis. Dažos gadījumos tiek norādīta tikai cilvēku etniskā piederība, bet netiek, piemēram, norādīts, kuri bērni paši ir migranti un kuri ir migrantu pēcteci.

6.2.3 Nav zināms, cik daudz ir nelegālo un neregistrēto migrantu, kuri, iespējams, pat nepieciešamības gadījumos nevēlas izmantot veselības aprūpes pakalpojumus.

6.2.4 Iespējams, ka migranti nevēlas sniegt veselības aprūpes iestādēm informāciju par savu imigranta statusu, baidoties, ka to varētu izmantot, lai vērstos pret viņiem. Tas vēl vairāk pasliktina situāciju, ko rada kvalitatīvas informācijas nepietiekamība.

6.2.5 Iemesli, kāpēc migranti nevēlas izmantot veselības aprūpes pakalpojumus un sniegt informāciju, varētu būt meklējami viņu kultūrā un reliģijā. Iespējams, ka iestādēm un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem trūkst attiecīgu zināšanu, un tie nespēj apmierināt migrantu īpašās vajadzības. Minēto iemeslu dēļ informācija par migrantiem un viņu veselības stāvokli ir nepietiekama.

6.3 Migrācija un psihosociālā labklājība

6.3.1 Gan legālo, gan nelegālo migrantu problēmas, kas saistītas ar valodu, kultūru un mītnes valstī īstenoto politiku, vēl vairāk saasina bailes no nezināmā (skatīt: Tizon, 1983. gads). Arī tādas problēmas kā

- atšķirtība no ģimenēm, dzīvesbiedriem un bērniem,
- darba devēju īstenotā ļaunprātīgā izmantošana,
- seksuālā izmantošana,
- bailes un ilgas pēc mājām,
- nepietiekamā integrācija vietējās kopienās,
- novājinātā fiziskā vai garīgā veselība

ietekmē atsevišķu cilvēku un kopienu veselību.

6.4 Migrācija un garīgā veselība

6.4.1 Pētījumi⁽¹²⁾ liecina, ka Eiropā dažu migrantu grupu vidū vērojams vislielākais šizofrēnijas slimnieku skaits, vislielākais pašnāvības gadījumu skaits, liels narkomānu un alkoholiķu skaits, kā arī pastāv liels depresijas un baiļu risks. Pētījumos arī apgalvots, ka minēto grupu veselības aprūpes un sociālais nodrošinājums nav pietiekams.

6.4.2 Daži no faktoriem, kas veicina garīgās saslimšanas migrantu vidū, ir šādi: izmaiņas uzturā, ģimenē un sociālajā nodrošinājumā; kultūra, valoda un klimats; uzņēmējas valsts iedzīvotāju naidīgums, rasisms un ksenofobija; bēgšana no kara, vienlaikus sastopoties ar spīdzināšanas, ģimenes zaudēšanas un seksuālās izmantošanas briesmām.

6.4.3 Pētījumi liecina, ka divas trešdaļas bēgļu cieš no bailēm vai depresijas, un viņiem ir pēctraumas stresa traucējumu simptomi, piemēram, plaši izplatīti ir murgi un baiļu lēkmes.

6.4.4 Minēto traucējumu ārstēšanas, palīdzības un atbalsta pieejamība ir īpaši sliktā patvēruma meklētājiem un migrantiem

⁽¹²⁾ M.G. Carta, M Bernal, MC Harday un JM Abad, "Migration and mental health in Europe", 2005. gads.

bez personas dokumentiem, kuriem minētie pakalpojumi būtu visvairāk nepieciešami.

6.5 Migrācija un fiziskā veselība

6.5.1 Visu cilvēku izcelsmes vieta un sociālā vide, kurā viņi dzīvo, ietekmē viņu veselību. Ekonomiskie migranti galvenokārt pārceļas no trūcīgākām uz turīgākām valstīm, tāpēc vienas daļas migrantu veselības stāvokli ir ietekmējusi nabadzība.

6.6 Infekcijas slimības

6.6.1 Atbalsts, kas tiek sniegts migrantiem, kuri saslīmuši ar cilvēka imūndeficīta vīrusu vai tuberkulozi, ir nepastāvīgs un saistīts ar kultūras, valodas un reliģijas problēmām, kā arī migrantu tiesisko un ekonomisko statusu. Jaunieši, sievietes un meitenes pakļautas lielākam riskam saslimt ar cilvēka imūndeficīta vīrusu/AIDS.

6.6.2 Medicīnisko pārbaūžu jomā netiek īstenota saskaņota politika, pat pārbaudes, kuras pirms ieceļošanas valstī tiek veiktas vietējā līmenī, ir atšķirīgas. To personu, kurām būtu jāierodas uz pārbaudēm, attieksme ir ļoti dažāda. Dažas veselības aprūpes iestādes ziņo, ka 50 % minēto personu neierodas uz pārbaudēm, un pakalpojumu sniedzēji to izskaidro ar saziņas grūtībām, bailēm no iestādēm un nepietiekamo izpratni par piedāvātajiem pakalpojumiem. EESK ir informēta, ka Komisijas loceklis Kyprianou lūdzis Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru sagatavot ES rīcības plānu tuberkulozes apkarošanas jomā. Plāns tiks publicēts 2007. gada rudenī, un tajā tiks novērtēta situācija dažādās dalībvalstīs.

6.6.3 No 1995. līdz 2005. gadam ES nepārtraukti palielinājies tuberkulozes saslimšanas gadījumu skaits. Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra pēdējā epidemioloģiskajā ziņojumā norādīts, ka "citas valsts izcelsmes" saslimšanas gadījumi veido 30 % no visiem 25 valstīs reģistrētajiem tuberkulozes gadījumiem (VI: *The First European Communicable Disease Epidemiological Report*, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, 2007. gads). Taču jāatzīst arī, ka migrantu dzīvošanas apstākļi ir slikti un ka viņi dzīvo un strādā saspīestībā, kur pastāv elpceļu infekciju izplatīšanās risks. Pārmērīgi liels ir arī migrantu īpatsvars bezpajumtnieku vidū.

6.6.4 HIV sakarā ES ziņojumā "AIDS & Mobility — HIV/AIDS Care & Supports for Migrants and Ethnic Minority Communities in Europe" (AIDS un mobilitāte — aprūpe HIV/AIDS saslimšanas gadījumos un atbalsts migrantiem un mazākumtautību kopienām Eiropā) (VII: ES — K.Clark un G.Broring) iekļauti valstu ziņojumi par

- valsts politiku,
- veselības aprūpes un sociālā nodrošinājuma pieejamību,
- aprūpes un atbalsta pakalpojumiem.

6.6.5 Ziņojumā uzsvērts, ka migrantu stāvoklis (skaits, etniskā izcelsme un epidemioloģija) un sabiedrības attieksme pret migrantiem Eiropā ir ļoti atšķirīga.

6.6.6 Iespējams, ka cilvēki no pasaules valstīm, kurās ir augsts HIV vīrusa izplatības līmenis, ieradīsies jau saslīmuši. ES no 1997. līdz 2001. gadam tika konstatēts, ka 47 % visu gadījumu inficēšanos izraisījušas heteroseksuālas personas no pasaules valstīm, kurās ir augsts HIV vīrusa izplatības līmenis.

6.6.7 Savukārt migrantu no valstīm, kurās ir zems HIV vīrusa izplatības līmenis, saslimšanas risks, šķiet, nav lielāks (varbūt pat mazāks) nekā uzņēmējas valsts pilsoņiem.

6.7 Nelipīgas slimības

6.7.1 Lielākajā daļā pasaules valstu tādas ilgstošas slimības kā koronārā sirds slimība (KSS), hroniskā obstruktīvā plaušu slimība (HOPS), trieka un diabēts ir nopietna problēma veselības aprūpes iestādēm un nāves cēlonis aptuveni pusē gadījumu katru gadu.

6.7.2 Koronārā sirds slimība (KSS) ir galvenais nāves cēlonis, un tai ir vislielākā ietekme ārstēšanas un izmaksu ziņā, kā arī vislielākā ietekme uz indivīdiem, viņu karjeru un kopienām. Migrantu saslimšanu ar koronāro sirds slimību (KSS) var izskaidrot ar etnisko noslieci, nepareizu uzturu un stresu. Apvienotajā Karalistē vērojams, ka aziātiem ir lielāka nosliece uz koronāro sirds slimību (KSS) nekā citiem (VIII: *Baljaran un Raleigh*, 1992. gads; *McKeigue un Sevak*, 1994. gads, *British Medical Journal*, 2003. gads).

Dienvidāzijas izcelsmes vīriešu un sievietes vidū koronārā sirds slimības izraisīto nāves gadījumu skaits ir par 30-40 % lielāks nekā citu iedzīvotāju grupu vidū (IX: *Balajaran*, 1991. gads).

6.7.3 Dati no Apvienotās Karalistes liecina — no Karību jūras reģiona ieceļojošo migrantu vidū triekas sastopamība ir divas reizes lielāka nekā “balto” iedzīvotāju vidū (X: *Stewart* 1999. gads). Zviedrijā vērojams, ka no Somijas ieceļojošo migrantu vidū plaši izplatīta aptaukošanās un koronārā sirds slimība, kas izskaidrojams ar nepareizu uzturu un alkohola patēriņu (XI: *Jarhult un citi*, 1992. gads).

6.8 Pārmantojamās slimības

6.8.1 Migrācija no dažādām pasaules valstīm var izraisīt arī ģenētisko slimību ģeogrāfisko izplatīšanos. Migrācija no Āfrikas, Karību jūras un Vidusjūras reģiona ir veicinājusi sirpjšūnainās anēmijas un talasēmijas (Vidusjūras anēmijas) izplatību. Sirpjšūnainā anēmija ir diezgan izplatīta Apvienotajā Karalistē, un tiek lēsts, ka ik gadu ar to saslimst 6000 pieaugušo un no 75 līdz 300 bērnu (XII: *Karmi*, 1995. gads). Augsts sirpjšūnainās anēmijas izplatības līmenis migrantu vidū vērojams arī Portugālē (XIII: *Carrerio un citi*, 1996. gads).

6.8.2 Vidusjūras reģionā izplatītā talasēmija (Vidusjūras anēmija) ir pārmantojama asins slimība, kas Apvienotajā Kara-

listē sastopama no Vidējiem Austrumiem un Kipras ieceļojošo mazākumtautību vidū, un fakti liecina, ka ar to saslimst arī personas, kas ieceļojušas no Pakistānas, Ķīnas un Bangladešas.

6.8.3 Lai minētās slimības ārstētu, nepieciešami speciālisti, kas nosaka diagnozi, un konsultāciju pakalpojumi, kuri ne vienmēr ir pieejami.

6.9 Arodslimības

6.9.1 Raksturīgi, ka migranti veic mazāk kvalificētu darbu, ko vietējie iedzīvotāji vairs nevēlas darīt. Dažās no minētajām profesijām, piemēram, kalnrūpniecībā un smagajā rūpniecībā, pastāv saslimšanas risks. Depresijas, galvassāpju un spontāno abortu augstais izplatības līmenis lauksaimniecības nozarē strādājošo vidū tiek skaidrots ar pesticīdu un citu ķīmisku vielu iedarbību.

6.9.2 Ar darbu saistītais stress ļoti plaši izplatīts izglīto, kvalificēto (“intelektuālā darbaspēka emigrācija”) un “cirkulējošo” migrantu vidū, jo viņi strādā sliktākos apstākļos nekā darbinieki, kuri ir uzņēmējas valsts pilsoņi; taču ekonomiskās atkarības dēļ viņiem nav citu iespēju ⁽¹³⁾.

6.10 Nelaiemes gadījumi

6.10.1 Eiropā emigrējušo darbinieku vidū nelaiemes gadījumi darbā notiek divas reizes biežāk nekā citu darbinieku vidū (XIV: *Bollini un Siem*, 1995. gads). Raksturīgi, ka Vācijā daudzi nelaiemes gadījumi notiek migrantu vidū, it īpaši nozarēs, kurās netiek veikti pietiekami veselības aizsardzības un drošības pasākumi (XV: *Huisman un citi*, 1997. gads). Vācijā iegūtie dati liecina arī, ka 5 līdz 9 gadus veci migrantu bērni cieš ceļu satiksmes negadījumos un gūst citus ievainojumus biežāk nekā vācu bērni tajā pašā vecumā (XVI: *Korporal un Geiger*, 1990. gads). Nīderlandē turku un marokāņu izcelsmes bērni biežāk cieš sadzīves nelaiemes gadījumos, tostarp saindējoties un gūstot apdegumus, kā arī ceļu satiksmes negadījumos (XVII: *de Jong un Wesenbeek*, 1997. gads).

6.11 Reproductīvā veselība

6.11.1 Dažas migrantu grupas, piemēram, vīrieši, kuri ir šķirti no laulātajām draudzenēm, biežāk slimo ar seksuāli transmisīvajām slimībām. Daudzās ES valstīs ar grūtniecību saistītā saslimstība emigrējušo sievietes vidū ir augstāka nekā vietējo sievietes vidū. Raksturīgi, ka grūtniecības pārtraukšanas gadījumu īpatsvars emigrējušo sievietes vidū ir augstāks. Barselonā emigrējušās sievietes lūdz atļauju brīvprātīgai grūtniecības pārtraukšanai divas reizes biežāk nekā spānietes. *International Centre for Migration and Health (ICMH)* — Staptautiskais migrācijas un veselības centrs, kas atrodas Ženēvā, veiktais apsekojums liecina, ka abortu skaits nelegāli emigrējušo sievietes vidū ir trīs reizes lielāks nekā līdzīga vecuma šveiciešu vidū (XVIII: *Carballo un citi*, 2004. gads).

⁽¹³⁾ “Who Cares? Women Health Workers in the Global Labour Market” (“Nekādas problēmas? Veselības aprūpes iestādēs strādājošās sievietes pasaules darba tirgū”), izdevējs — filozofijas zinātņu doktors *Kim Van Eeck*, 2005. gads.

6.11.2 Apvienotajā Karalistē Āzijas izcelsmes sievietēm dzimušajiem bērniem ir mazāks svars nekā citu etnisko grupu sievietēm dzimušajiem bērniem, Āzijas izcelsmes sievietēm dzimušo bērnu mirstība pēcdzemdību periodā arī ir augstāka. Arī Karību izcelsmes sievietēm dzimušo zīdaiņu mirstība ir augstāka nekā vidējā. Beļģijā un Vācijā konstatēti augsti perinatālās un zīdaiņu mirstības rādītāji to sieviešu vidū, kuras no emigrējušas no Marokas un Turcijas. Nepietiekams jaundzimušo svars, kā arī problēmas dzemdību laikā konstatētas sievietēm no Aizsahāras Āfrikas, kā arī no Centrālamerikas un Dienvidamerikas.

6.11.3 Migrantu bērni retāk izmanto tādus preventīvos pakalpojumus kā, piemēram, vakcinācija.

6.12 *Šķēršļi, kas liedz migrantiem piekļuvi veselības aprūpes sistēmām un neļauj tās efektīvi izmantot*

6.12.1 Migrantu piekļuvi veselības aprūpei apgrūpina juridiskas, psihosociālas un ekonomiskas problēmas. Acīmredzama problēma ir valodas neprasmē, kā arī maksa par veselības aprūpi, jo pat nelielas pacientu nodevas migrantiem ar zemiem ienākumiem rada ievērojamus šķēršļus. Daudzās valstīs nelegālie migranti un patvēruma meklētāji, kas gaida iesniegumu izskatīšanu, sastopas ar juridiskiem šķēršļiem, kuri kavē piekļuvi veselības aprūpei.

6.12.2 Jāpiebilst, ka veselības aizsardzības dienesti bieži nespēj risināt migrantu īpašās veselības problēmas un tiem trūkst iejūtības un prasmju, kas nepieciešamas, lai veiksmīgi ārstētu cilvēkus, kuriem, iespējams, ir atšķirīgi uzskati par veselību, citāda attieksme pret slimībām, sāpēm un nāvi un kas savādākā veidā runā par simptomiem, tiek galā ar slimību un pauž vēlmes ārstam.

6.12.3 Minēto situāciju, iespējams, vēl vairāk pasliktina dalībvalstu augsti attīstīto un ļoti atšķirīgo veselības aprūpes sektoru sarežģītība.

6.12.4 Slimību novēršana un veselības veicināšana migrantu vidū bieži tiek organizēta neatbilstoši. Tas sakāms ne tika par pirmsdzemdību izmeklējumiem, bet arī par vakcinācijas programmām un citiem profilakses un agrīnās slimību

atklāšanas veidiem, tajā skaitā arī apskatēm. Līdz šim profilakses programmās reti ņemtas vērā kultūras īpatnības, lai iesaistītu dažādās migrantu grupas.

6.12.5 Augstā maksa par dažiem veselības aprūpes pakalpojumiem un medikamentu cenas ir smags slogs lielākajai daļai migrantu. Minētie faktori var būt iemesls, kāpēc ārstēšana netiek veikta pietiekami savlaicīgi vai nozīmētie ārstniecības pasākumi netiek veikti vai medikamenti netiek lietoti. Tas izraisa arvien lielākas cilvēku ciešanas, kuras nevar aprēķināt, un ekonomiskos zaudējumus sabiedrībai kopumā.

6.13 *Veselības aprūpes speciālisti*

6.13.1 Arvien lielāka problēma ir arī ES un citu rūpnieciski attīstīto valstu aktīvie pūliņi, lai piesaistītu darbā veselības aprūpes speciālistus no trūcīgajām valstīm. Ja minētais process turpmāk netiks vadīts, tas ļoti nelabvēlīgi ietekmēs stāvokli veselības aprūpes jomā minēto speciālistu mītnes (speciālistus zaudējošās) valstīs un apdraudēs ārstu un medmāsu izglītības ilgtspējību. Apmācīto veselības aprūpes speciālistu masveida aizplūšana no resursu ziņā trūcīgām valstīm nozīmē, ka tiek zaudēta ievērojama daļa no ieguldījumiem veselības aprūpes speciālistu apmācībā⁽¹⁴⁾. Lai minēto problēmu atrisinātu, būs jārod jauni risinājumi, piemēram, jāizveido īpašs kompensāciju fonds, kā arī jāorganizē apmācība un pārceļšanās. Plaši atzīts labas prakses paraugs ir Apvienotās Karalistes un Īrijas Valsts veselības aizsardzības dienesta (*National Health Service*) ētiskā darbā pieņemšanas prakse. Dalībvalstīm jānodrošina, lai aģentūras, kas nodarbojas ar medicīnas personāla darbā iekārtošanu, un privātās ārstniecības iestādes pieņemtu un piemērotu šādu praksi.

6.13.2 Veselības aprūpes speciālistiem (īpaši medicīnas māsām un ārstiem) ir svarīga nozīme migrantu veselības aprūpes nodrošināšanā un uzlabošanā. Dalībvalstīm jānodrošina, ka veselības aprūpes speciālisti spēj apmierināt migrantu vajadzības veselības aprūpes jomā un izprot ar kultūru, reliģiju un dzīves veidu saistītos faktorus, kas ietekmē minēto īpašo grupu attieksmi pret veselību. Tas ir nepieciešams, lai nodrošinātu migrantiem piekļuvi atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumiem, ievērojot viņu kultūras īpatnības.

Briselē, 2007. gada 11. jūlijā

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas

priekšsēdētājs

Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁴⁾ Kim Van Eyck, 2005. gads, "Who cares?", UNISON (Apvienotā Karaliste): PSI.

PIELIKUMS

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinumam

Šādi grozījumi saņēma vairāk nekā vienu ceturtdaļu balsu, bet debašu laikā tika noraidīti (Reglamenta 54. panta 3. punkts).

1.1.8. punkts

Svītrot

~~“1.1.8. Izglītības iestādēs jāievieš valsts līmeņa sabiedrības veselības programmas, ņemot vērā mazākumtautību kultūras īpatnības.”~~

Balsojuma rezultāti:

Par: 44

Pret: 51

Atturējās: 11
