МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра «ТРУДОВА МЕДИЦИНА»

Мартина Аркадиева Худякова

ЗДРАВНИ РИСКОВЕ ПРИ СЪВРЕМЕННИ ФОРМИ НА ТРУД

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор” по научната специалност „Хигиена” /вкл.трудова, комунална и др./

Научен ръководител:

Проф. Д-р Каролина Любомирова, ДМ

София 2018 г.

Съдържание

ВЪВЕДЕНИЕ	**5**
ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	**6**
1.1. Стратегии за здраве и безопасност при работа за р българия в периодите : 2007-2013 и 2014-2020	**6**
1.2. Предизвикателства пред съвременните форми на труд и здравните ефекти за работещите	**11**
1.3. Миграция и здраве в съвременна европа и сащ	**15**
1.3.1. Тенденции в международните миграции свързани с европа	**19**
1.4. Здравни проучвания	**29**
1.4.1. Мерки за диагностика и интензивни медицински грижи в европа	**31**
1.5. Политика по отношение на икономическата миграция	**36**
1.5.1. Национална стратегия за имиграция и интеграция	**37**
ГЛАВА ВТОРА: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА	**40**
ТРЕТА ГЛАВА : РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	**46**
3.1. Проучване на мигрантите в България. Предизвикателства при събирането на данни	**46**
3.2. Проучване на законодателство и актуализираната стратегия по заетостта на мигрантите в РБългария	**52**
3.3. Изследване на здравната грамотност сред мигранти по отношение на рисковете на работното място за развитие на професионални заболявания	**60**
3.4. Анкетно проучване сред работодарели за специфичните нужди от знания, умения и поведение при наемане на мигранти.	**79**
3.5. Създаване на концептуален модел за изучаване на съвременните форми на труд при специфични групи работещи - тристълбова основа на трудовата медицина.	**105**
3.6. Изработване на информационни материали за повишаване на здравната грамотност за рисковете на работното място, предназначени за мигранти и работодатели на мигрантите и планиране на информационно -	**106**

комуникационна кампания предназначени за отговорните институции.	
3.6.1. Добри практики за намаляване на риска от въздействието на рисковите фактори на работната среда	**106**
3.6.2. Други материали	**111**
3.7. Дискусия	**112**
3.8. Изводи	**119**
3.9. Препоръки	**120**
3.10. Приноси	**120**
ЛИТЕРАТУРА	**123**
ПРИЛОЖЕНИЯ	**134**
1.Приложение № 1 – Анкетна карта - мигранти	**135**
2. Приложение № 2 Анкетна карта - работодатели	**136**
3. Приложение № 3 – Информационни материали за мигрантите	**137**
4.Приложение № 4 – Информационни материали за работодателите	**144**

Използвани съкращения:

MDR TB - резистентна туберколоза е с устойчив характер и не се повлиява дори и от двата най – успешни медикаменти - изониазид и рифампацин

MDR - бактерия устойчива дори на най – съвременните медикаментозни лечения.

ХИВ - човешки имуннодефицитен вирус

MERS - близкоизточен респираторен синдром причиняван от нов коронавирус

CNS - това общо название за инфекции на централната нервна система

ICU - интензивно отделение

PCR - молекулярно – биологичен метод за изследване на малария (полимеразна верижна реакция)

KPC - клебсиела пневмония

NDM бета 1 - ню делхи – метало – бета – лактамаза 1 (гени за резистентност)

EMM - европейска миграционна мрежа

REFIT - пригодност и резултатност на регулаторна рамка

OiRA - интерактивен онлайн инструмент за оценка на риска

НСИ - Национален статистически институт

ЕИП - Европейско икономическо пространство

ЕС - Европейски съюз

ЕК - Европейска комисия

RKI - Институт Робърт Кох

ВЪВЕДЕНИЕ

Темата за здравословни и безопасни условия на труд е от изключителна важност и широка приложимост във всички сфери на икономическия живот в страната. Съвременният подход на политиката в областта, на безопасните и здравословни условия на труд е широкообхватен и е насочен към осигуряване, на благосъстояние при работа, отчитайки промените в труда и появата на нови рискове. Активната социална политика на правителството по отношение на условията на труд е насочена към повишаване на културата за предпазване у работещите и по-нататъшно развитие на системата за превенция в дейността по безопасност и здраве при работа, посредством: развитие на законодателството, обучението и образованието, социалния диалог, общата социална отговорност, икономическите инициативи, партньорството между всички участници в трудовият процес [1].

За България като нова миграционна страна участието в международни миграционни мрежи е изключително важно. Именно сравнението с други държави с различен миграционен профил и история дава възможност да се оцени кое е типично и кое специфично в българския случай. Подобно участие може да изиграе ролята и на катализатор за по-бързо и ефикасно решаване на основни дефицити в българската миграционна политика като липсата на надеждна, публично достъпна и изчерпателна информация за миграционните потоци [1].

В последните години заболяванията от инфекциозен и неинфекциозен произход биват разпространявани, поради големият поток от хора, от различни места, основно от държави, от третия свят. Това се съпътства от факта, че в повечето случаи познанията на мигрантите за здравна превенция и здравословен стил на живот са оскъдни. Ето защо рискът от развитие на социално значими заболявания сред мигрантите е значителен, което би могло да се отрази изключително неблагоприятно върху социално-икономическите и здравеопазни системи на страните, които ги приемат.

ГЛАВА ПЪРВА : ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Стратегиите по здраве и безопасност при работа на Р България в периоди: 2007-2013 и 2014-2020

Тези документи имат дългосрочен характер, чрез които Правителствата на Република България определят своята визия в областта на безопасните и здравословните условия на труд. Стратегиите последователно включват следните основни характеристики:

- Цел: да се очертаят ангажиментите и насочат усилията на държавните органи, работодателските организации, сдруженията на работниците и служителите, неправителствените организации и др., към осигуряване на благосъстоянието при работа, като се отчитат промените на работното място и възникването на нови професионални рискове.

- Реализицията на тази цел е неразделна част от постигането на общата цел за икономическо развитие на страната, а именно - повишаването на благосъстоянието и качеството на живот на всички социални групи в обществото. Към тях принадлежат и мигрантите със специфичните характеристики на народопсихологията и културологията на страните от които произхождат.

- Новите насоки за развитие на политиката на Европейския съюз, очертани от Европейската комисия в “Стратегията на Общността за здравословни и безопасни условия на труд за периода 2007–2013 г.” и следващата 2014-2020 г. са съобразени с препоръките на Международната организация на труда за насърчаване на безопасни и здравословни условия на труд, с изскванията на СЗО за намаляване на трудовите злополуки и професионалните болести сред различните вкл. съвременни форми на труд и икономически области на всяка държава.

- Стратегиите за Р България включват основните нормативни документи в областта на:

- труда,

- образованието

- професионалното обучение

като се променят целесъобразно Кодекса на труда, Кодекса за социално осигуряване, Закона за насърчаване на заетостта, Закон за висшето бразование, Закон за професионалното образование и обучение, Национален план за развитие на Република България за периода 2007-2013 г. и за периода 2014-2020 г., както и Оперативна програма за развитие на човешките ресурси и др.

Стратегиите включват и доразвиват положителните практики на политиката по ЗБР през и след периода на прехода към пазарна икономика, набелязват цели, приоритети и действия, които се реализират в съответствие и при изпълнение на макроикономическата рамка, заложена в Националния план за развитие.

Политиката в областта на безопасността и здравето при работа е съобразена с: **Лисабонската стратегия за взаимодействието между политиките за постигане на икономически растеж, създаване на качествени работни места, модернизиране на социалната закрила и насърчаване на устойчивото развитие** и от тук – за необходимостта от преосмисляне на условията на труд, организацията на труда и възможностите за съвместяване на ученето през целия живот и работа; **с Европейската стратегия за безопасност и здраве при работа, която поставя акцент върху насърчаване към осигуряване на "благосъстояние при работа" и Глобалната стратегия на Международната организация на труда**, която поставя знака на равенство между достойния труд и безопасния труд и призовава за справедлива глобализация.

Провеждането на целенасочена социална политика за осигуряване на безопасност и здраве при работа е многообразен и сложен процес, обхващащ всички вкл. миграционните групи на обществото и е свързан с реализиране на съвкупност от законодателни, организационно-икономически, социални, технически и здравни мерки. В тази посока повишаване качеството на съвременните форми на труд води до трайно подобряване състоянието на

всички негови елементи ще допринесе за повече възможности за дълъг и продуктивен живот на хората в труда.

Активната социална политика на Р България по отношение на условията на труд е насочена към:

- широкообхватен подход за насърчаване към осигуряване на "благосъстояние при работа";
- повишаване на културата на предпазване на работещите работещите и по-нататъшно развитие на системата за превенция, посредством: усъвършенстване на законодателството, обучението и образованието, социалния диалог, общата социална отговорност, икономическите инициативи, партньорството между всички участници в труда.

Тук е много важно да се отдбележи, че съвременните форми на труд имат и съвременни предизвикателства , каквито са и мигриращите хора в работоспособна възраст и необходимостта от познание за техните отличителни признаци, при това, както от работодателите, така и от органите на трудовата заетост и бюрата по труда. Ето защо е необходимо особено внимание към:

- развитие на конкурентноспособността на българския работодател на основата на провеждане на целенасочена социална политика и реализиране на качеството в дейността за безопасност и здраве при работа;
- насърчаване и популяризиране на съвременни - новаторски и адаптивни форми на организацията на труда, с оглед подобряване качеството, производителността на работата, здравословните и безопасни условия на труд;
- осъществяване на обхватен и ефективен интегриран контрол по спазване на трудовото законодателство;
- осигуряване на необходимото качество на обучение в областта на безопасните и здравословни условия на труд;

- разширяване на инфраструктурата от служби за консултиране и подпомагане на работодателя и повишаване качеството в тази дейност;
- развитие на осигурителните системи и застрахователната дейност и ефективното им включване в работата за осигуряване и поддържане на безопасни и здравословни условия на труд в предприятията.

Развитието на дейността за здраве и безопасност при работа следва основните насоки и принципи на европейското и международното право за:

- избягване на рисковете;
- оценка на рисковете, които не могат да бъдат избегнати;
- ограничаване на рисковете при източника на възникването им;
- приспособяване на работата към работещия, особено по отношение на проектирането на работните места, избора на работното оборудване, на работните и производствените методи, с цел премахване на монотонната работа, работата с наложен ритъм, както и за намаляване на въздействието им върху здравето на работещия.
- привеждане в съответствие с техническия прогрес;
- замяна на опасното с безопасно или по-малко опасно;
- обозначаване на съществуващи опасности и източници на вредни за здравето и безопасността фактори;
- прилагане на последователна цялостна политика за превенция, обхващаща технологията, организацията на работа, условията на труд;
- взаимоотношения и въздействието на елементите на работната среда и трудовия процес;
- използване на колективните средства за защита с предимство пред личните предпазни средства;
- даване на съответни инструкции на работниците.

За успешното развитие на дейността по безопасност и здраве при работа със закон са определени основните права, задължения и отговорности на всички участници в трудовия процес: **държавата; работодателите; работещите;** лицата, които за своя сметка работят сами или в съдружие; както и на други организации и юридически лица. Чрез Закона за здравословни и безопасни условя на труд са въведени изцяло всички изисквания на рамковата Директива на Съвета за въвеждането на мерки за стимулиране подобряването на безопасността и здравето на работниците при работа (89/391/ЕЕС).

- Изградена е система от норми, конкретни изисквания и задължения за осигуряване на безопасност и здраве при работа, която създава реална основа за реализиране на принципите на единния европейски пазар.
- Регламентирани са минималните изисквания, които работодателите трябва да изпълняват за осигуряване на безопасността и здравето на своите работници и служители. Създадена е основа за управление и планиране на дейността за осигуряване на безопасност и здраве при работа на основата на оценката на професионалните рискове. Задължително е осигуряването на медицинско наблюдение на работниците и служителите, както и предоставянето на необходимата информация и подходящо обучение, съобразени с характера на извършваната работа и квалификацията на работещите.
- Въведени са основните изисквания на Европейския съюз и Международната организация на труда за създаване на единен държавен контрол. Цялостният контрол по спазване на трудовото законодателство се осъществява от Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда“ към министъра на труда и социалната политика.
- За постигане на справедливо разпределяне на осигурителната тежест между отделните работодатели и мотивация към безопасен и здравословен труд е разработена и функционира система за определяне на диференциран размер на осигурителните вноски за трудова злополука и

професионална болест, в зависимост от степента на риска в различните сектори от икономиката. Въведено е задължително застраховане на работниците и служителите за риска „трудова злополука”.

1.2. Предизвикателства пред съвременните форми на труд и здравните ефекти за работещите

В свое насочващо изискване ЕК взима под внимание няколко предложения, всички в полза на стартиране на инициатива за стратегическа политика, по-специално предложенията на Европейския парламент, Консултативния комитет за безопасност и здраве (ККБЗ) и Комитета на старшите инспектори по труда (КСИТ). За да завърши процеса на консултации, Комисията организира конференция, посветена на условията на труд, която събира основните заинтересовани страни за обсъждане на ключови предизвикателства и приоритети за по-добри здравословни и по-безопасни условия на труд. Изпълнението на тази стратегическа рамка се провежда успоредно с последваща оценка на законодателството на ЕС в областта на ЗБР. Тази оценка, която се изисква съгласно Рамкова директива 89/391/ЕИО и е включена в програмата на Комисията за REFIT, укрепи доказателствената основа за евентуални нови инициативи в бъдеще. Стратегическа рамка през 2016 г. изцяло прие резултатите от оценката и от прегледа на стратегията „Европа 2020“. В съобщения на ЕК се определят основните стратегически цели и редица действия за насърчаване на здравословните и безопасни условия на труд на работниците въз основа на идентифициране на нерешените проблеми и основните предизвикателства.

Анализът на ситуацията показва ключовите предизвикателства, които са общи за целия Съюз и изискват допълнително действие в рамките на политиките.

Първо предизвикателство: Подобряване на прилагането в държавите членки, по-специално чрез подобряване на капацитета на микропредприятията и малките предприятия да въвеждат ефективни и ефикасни мерки за предотвратяване на

риска. В отделните държави членки съществуват различни подходи за практическото прилагане на законодателството в областта на ЗБР. Това е от особено значение по отношение на степента, до която са изпълнени изискванията в частните предприятия и органите от публичния сектор, в различните сектори на икономическа дейност и в рамките на различни по размер дружества. В повечето случаи обхватът и ефективността на управлението на ЗБР остава особено предизвикателство за микропредприятията и малките предприятия. При по-малките предприятия се запазва тенденцията за по-ниски нива на съответствие с националните правила и правилата на ЕС и се отчитат по-малко мерки за управление на ЗБР в сравнение с големите предприятия. **Това с особена сила се отнася и за мигрантите, които се присъединяват към такива микро и малки предприятия, с цел да придобият средства за живот.**

Интерактивният онлайн инструмент за оценка на риска OiRA представляващ уеб платформа, позволи създаването на инструменти за оценка на риска по сектори на всеки език по лесен и стандартизиран начин. Тя даде възможност да се създават лесни за използване и безплатни онлайн инструменти, които подпомагат микропредприятията и малките предприятия във въведане на поетапен процес за оценка на риска на работното място и за вземане на решения и осъществяване на превантивни действия до мониторинг. Въведени опростени и по-ефективни решения, при които се отчита ситуацията на малките и средните предприятия и така се гарантира ефективна защита на здравето и безопасността на работниците на всички работни места, независимо от размера на предприятието. Това изисква опростяване на законодателството, където е подходящо, както и осигуряване на персонализирани насоки и подкрепа на микропредприятията и малките предприятия с цел да се улесни оценката на риска.

Второ предизвикателство: Подобряване на превенцията на свързаните с труда заболявания чрез преодоляване на съществуващи, нови и възникващи рискове. **Здравните ефекти в резултат на условията на труд,** включително заболявания, **причинени или влошени от неблагоприятни условия на труд,**

представляват сериозна тежест за работниците, предприятията и системите за социална сигурност.

В публикувани оценки на Международната организация на труда се посочва, че през 2008 г. в ЕС е имало общо 159 500 смъртни случая поради заболявания, свързани с работата, като най-честата причина са ракови заболявания (95 500 случая). Според оценките между 4% и 8,5% от общия брой на раковите заболявания се дължат на професионална експозиция. Смъртните случаи, свързани с химични вещества, представляват почти половината от всички смъртни случаи, свързани с работата. Положени са значителни усилия за превенция на професионалните заболявания и на нови или възникващи рискове. Въведеното законодателство на ЕС за регулиране на химикалите с цел да се гарантира високо ниво на защита на човешкото здраве и околната среда (REACH и CLP) и за предприемане на мерки във връзка с експозицията на електромагнитни полета дава резултати. Същевременно бяха предприети различни други дейности, включително **разпространение на информация, обмен на добри практики, както и стартираните от EU-OSHA двугодишни общоевропейски кампании за повишаване на осведомеността.** Предвид сериозността на предизвикателството е необходимо да се обръща постоянно специално внимание на професионалните ракови заболявания, заболяванията, причинени от експозиция на азбест, белодробните заболявания, кожните заболявания, астмата и другите хронични заболявания. Много нови технологии и иновации в организацията на работа подобриха значително благосъстоянието при работа и условията на труд, **при все това ефективното предотвратяване на свързани с работата заболявания изисква да се предвиждат потенциалните отрицателни ефекти от новите технологии върху здравето и безопасността на работниците.**

Използването на нови технологии в промишлеността води до нови продукти и процеси, които трябва да бъдат изпитани и проверени в достатъчна степен, за да се гарантира, че са безопасни и не създават големи опасности за потребителите и работниците. Наноматериалите са един такъв пример, тъй като те могат да

притежават уникални свойства, които могат да изискват нови методи за изпитване за токсичност и инструменти за предвиждане на риска още от фазата на разработване на продукта, за да се проучат по подходящ начин свързаните с безопасността аспекти. Трябва да се преодолеят и другите възникващи рискове, свързани с развитието на биотехнологиите и „ зелените“ технологии. **Промените в организацията на работата в резултат на развитието на информационните технологии и по-специално тези, които позволяват постоянна свързаност, създават огромни възможности за гъвкави и интерактивни работни процеси.** Налице е също така увеличаване на разнообразието на работната сила, което се отразява в новите **нетипични договорни споразумения и модели на работа, както и по-значителното текучество, свързано с по-кратки работни назначения, особено при по-младите работници**. Според неотдавнашно проучване на „Евробарометър“ обаче **работниците считат стреса за един от основните професионални рискове (53%), следван от ергономичните рискове (повтарящи се движения или изморителни или болезнени пози (28%), както и ежедневно повдигане, носене или преместване на товари (24%)**. Специално внимание трябва да се отдели за намаляване на отрицателното влияние, което промените в организацията на работата оказват върху физическото и психическото здраве. **Жените в частност са изправени пред специфични рискове, например мускулно-скелетни смущения или специфични ракови заболявания, в резултат на естеството на някои видове работни места, където работят предимно жени.**

Трето предизвикателство: Справяне с демографската промяна и мигрантите

Населението на ЕС застарява, като броят на хората **над 60-годишна възраст в ЕС нараства с над два милиона души всяка година.** Работещото население също застарява, като **делът на заетите по-възрастни работници се увеличава в сравнение с този на по-младите работници**. Според прогнозните данни на Евростат за населението (Europop 2010) работещото население на възраст **между 55 и 64години в ЕС- се очаква да нарасне с около 16% в периода 2010- 2030г.**

В приетата от Комисията Бяла книга относно пенсиите се призовава за удължаване на трудовия живот, за да се запазят адекватни и устойчиви пенсионните системи. Това ще изисква подходящи условия на труд. Доброто здраве и безопасността на работниците са необходими за устойчив трудов живот и активен живот в добро здраве на възрастните хора, особено в контекста на застаряващото работещо население и удължаването на трудовия живот. Това изисква създаването на безопасна и здравословна околна среда през целия трудов живот на все по-разнообразната работна сила.

1.3. Миграция и здраве в съвременна Европа и САЩ.

Независимо от глобалната икономическа криза делът на миграцията сред европейското население е значително нарастващ.

Европа се нуждае от мигрантите основно за да компенсира ниския ръст на раждаемостта и застаряването на населението. Все повече, обаче, се открояват и редица проблеми, свързани с навлизането в Европа на големи групи от хора с различни ценности, култура и грамотност. Това стана ясно през пролетта на 2011 година, когато приижданието на вълни мигранти от Северна Африка доведе до връщането на паспортния контрол [53].

От 1990 г. много от европейските държави са станали свидетели на политически конфликти за имиграцията с особенно враждебно посрещане със засилващата се на Антимюсулманска реторика. Партиите срещу имиграцията постигнаха електорални ползи (подкрепи) в няколко държави, докато Франция създаде Министерство за миграционна интеграция, националната идентичност и съдрудничество на Франция депортира роми от Централна и Източна Европа [66].

Особено в здравните и социални сектори нараства потребността от хора, които да заемат ниско квалифицирани професии, като тези осигуряващи основни домашни грижи за болни и възрастни хора, както висококвалифицирани позиции. Очаква се до 2020 г.да се увеличи недостига от около 1 млн. здравни работници в Европа. Тази цифра ясно показва съществения принос, който мигрантите дават за функционирането на здравната система и профилактиката в

Европа. Но факт е, че често се забравя при неясни дискусии натоварването на социалните системи в резултат от нарастването на миграция в Европа [104].

Напоследък все повече медийни и правителствени изследвания показват, че голяма част от имигрантите дошли да търсят работа в САЩ, са по – склонни да започнат такава при по-лоши трудови условия, отколкото работници родени в Съединените Щати. Една от причините е, че имигрантите са готови да работя на позиции, за които няма интерес от местните.

Въпреки това широко разпространено мнение, по ранни изследвания не доказват, че работниците имигранти са по-застрашени на работните си места, от местните работници. Това проучване комбинира данни от интервюта направени през периода 2003-2005 от Обществено Проучване с такива на Бюрото за Трудова Статистика относно трудови злополуки /инциденти/и заболявания. Целта на проучването е да се получи една по-актуална представа дали имигрантите са по склонни, да приемат и опасни работни места. Резултатите разкриват, че наистина търсещите работа имигранти започват на по- рискови места отколкото родените в САЩ, отчасти поради по ниско образование и не до там добро владеене на английски език.

Пример - повече имигранти работят в сектори като земеделие и строителство, където рискът от трудова злополуки е и по-висок. За по- големият брой злополуки сред имигрантите допринася и факта, че те изпълняват по - опасни задачи от своите американски колеги, наети в същият сектор.

Неформални доказателства поддържат тези данни. Пример - 21 от 29 трудови злополуки регистрирани в град Ню Йорк през последните 12 месеца, са с имигранти или лица с ниско владеене на английски език.

Проучвания направени сред работници имигранти наети в реконструкцията на Ню Орлиънс след ураганът Катрина показват, че голяма част както от имащите право на работа, така и от нелегалните работници имигранти, са били изложени на застрашаващи здравето условия на труд. На национално ниво се наблюдава тенденция на увеличаване на трудовите злополуки сред испано-говорящи имигранти през периода 1992 – 2006 / Център за Контрол и

Превенция на Заразните болести 2008 /. През 2005 фаталните трудови злополуки сред испано-говорящите имигранти достигът своят пик, което обостря общественото вниманието към този належащ проблем.

Това проучване изследва дали имигрантите приемат по-рискова работа за разлика от местните работници, като за целта се сравняват трудовите злополуки довели до временна или пълна загуба на трудоспособност сред имигрантите и местните работници, по отрасли и работни позиции, както и обстоятелствата довели до всеки един инцидент [112].

За съжеление, случаите на пострадали имигранти по време на работа са многобройни.

Пример - двама еквадорци, работещи като чистачи на прозорци, падат от 47 етаж, след като скелето на което са били се срутва. Единият загива, а другият е сериозно ранен.

Имаме още няколко показателени случая:

- През 2004 имигрант получава топлинен удър след като е брал памук при температура от 110 Ф в Северна Каролина. Телесната му температура е измерена на 108 Ф. /Национален за Трудова безопастност и Здраве 2007/
- 14 годишно дете, без документи, е почти обезглавено и смазано от машинна част във фабрика в щата Тенеси. Момчето е било нает след като е представило подправени документи за своята възраст, показващи че той е 19 годишен, но не е минал инструктаж по безопастност.

Освен претърпяни трудови злополуки, в периода 1992-2005 над 3000 имигрантите са убити на работните си места. Това е и водещата причина за фатални трудови злополуки сред имигрантите.

Има няколко причини поради които имигрантите започват по-рискови работи от местните работници.

На първо място, имигрантите могат да имат различно разбиране и познаване на работните рисковите от колкото родените в САЩ, защото

работните условия в щатите са по-безопастни в съпоставими позиции отколкото в някои развиващи се страни. Поради тази причина някои имигранти са по склонни да започнат по-опасна работа защото не я възприемат за особено рискова.

На следващо място е по-ниското ниво на образование, социален капитал и ниво на владеене на английски език, което води до не добро забиране и осъзнаване на определени работни рискове. Много работодатели нарочно скриват или не изясняват рисковете на своите служители. Това се случва много по-често при работодатели, които наемат работници имигранти. Цели 32 % от родените извън САЩ работници не притежават гимназиално образование в сравнение с 11% родени в САЩ. Около 80% от имигрантите използват друг език в къщи, различен от английският. 35 % от тях споделят, че или не владеят английски или много малко разбират. Тези по ниски нива на образование и владеене на английски език допринасят това имигрантите да не рабират напълно или да не оценяват правилно работни рискове.

Имигранти, особено тези без редовни документи, приемат по опасна работа поради липса на алтернативи. Много от тях не смеят да отказват рисковани задачи от страх да не загубят работата си. Изследване направено в Чикаго показва, че повече нелегалните имигранти определят работата си като рискова, в сравнение с имигранти с разрешителни за работа.

Предишни изследвания също индикират, че нелегалните имигранти и местните не се конкурират за работни места, защото обикновенно се наемат на различни позиции.

Нелегалните имигранти са заети предимно в замеделието, чистотата, строителство и хранителната индустрия, които са по рискови отрасли, отколкото административни позиции, които се заемат почти изцяло от местни кадри.

Работещи в хранителната промишленост и в частност сектори като месопреработваща и птицеферми, е по вероятно да претърпят трудови злополуки водещи до порезни рани, кожни заболявания, ампутации или дори смърт.

Дори и при легалните имигранти със съпоставимо ниво на образование като родените в америка работници, се наблюдава склонност да приемат по-рискови задачи. Причините може да са в по ниският доход, които имат в сравнение с местните и социална среда, която е по - бедна.

Родените в САЩ имат по-високи изисквания към работната среда – за безопастност и сигурност, докато имигрантите, които средно са по-бедни, са склони да заменят тези добавки срещу по-високо възнаграждение [112].

1.3.1.Тенденции в международните миграции, свързани с Европа.

Всеки 113-и човек в света е мигрант - напуснал е дома си, бежанец е. Това показва доклад на агенцията за бежанците към ООН за 2015 г., публикуван навръх Световния ден на бежанците.

Броят на хората по света, прогонени от домовете си заради военни и политически конфликти, постави рекорд - през 2015 г. Нов дом са потърсили над 65,3 милиона души, съобщават от BBC - news, цитирайки документа на ООН [67].

Това е най-високото ниво на миграция, регистрирано някога и най-масовото преселение след Втората световна война, отчитат от агенцията. Увеличението на броя на бегълците е с 5 млн. души, в сравнение с 2014 г. В доклада по случай Световния ден на бежанците се казва още, че за първи път броят на мигрантите минава границата от 60 млн. души.

Повече от половината население, търсещо убежище, идва от Сирия, Афганистан и Сомалия, отчитат още експертите. От агенцията за бежанците към ООН предупреждават за тревожната тенденция, че миграционният натиск води до развитие на "климат от ксенофобия" в Европа. Притокът на хора, особено от Близкия изток и Африка, води до все по-голяма подкрепа на крайно десни политически групи и спорни антимиграционни политики, отчитат от ООН. Близо 1,1 млн. мигранти са пристигнали в Европа по море, показва анализът на Международната организация по миграция. Според други източници обаче бройката е доста по-голяма.

Кризата с миграцията е станала причина за значителен политически разрив в страните от ЕС, довели до ревизия на шенгенските правила, строеж на огради по границите и връщане отново на граничния контрол, отчитат от организацията [67].

Европа е източник на емигранти за САЩ, Канада и Астралия и други части на света в края на 19 и първата половина на 20 век, а сега е основен приемник на мигранти. През 2010 година около 72,6 млн. мигранти живеят в целия европейски регион и са с повече от 5,1 млн. през 2005. Нарастването на миграция между 2005 – 2010 година се наблюдава в повечето западни и централни европейски държави, като с най – голям растеж е в Кипър, Люксенбург, Испания, Исландия и Ирландия. Все пак тези данни са базирани на прогноза и не се взимат предвид ефекта на глобалната икономическа криза, която започна през 2007г. – 2008г., което вероятно е намалило степента на миграция в Европа [105].

Две трети от всички мигранти в Европа идват от други членки на Европейския съюз, докато повечето мигранти към Русия са от други предишни съветски републики [55]. Тук трябва да се отбележи, че западноевропейските държави, които провеждат интензивни политически дебати относно имиграцията, като Нидерландия и Дания, нямат най – високия брой мигранти като съотношение спрямо тяхното население [92].

Държавите от Европейския съюз са изправени пред огромни предизвикателства относно безработица и глобалната икономическа криза както и мигрантите от държави извън него. Предполага се, че нередовните мигранти съставляват 0,4 – 0,8 % от цялото население в Европа [35].

Други трудности, който се срещат в страните членки, засягащи здравето и безопасността при работа са: застаряването на работното население, нови тенденции в заетостта, поява на нови видове професии, увеличава се броя на работещите жени и други [17].

Информацията за здравето на мигрантите в Европа е откъслечна, което от своя страна среща редица трудности при наблюдаването и подобряването на

здравето при мигрантите. Системите за здравна информация в повечето европейски държави, не са създадени за идентификация на хора по мигрантски статус и информацията събирана в медицински файлове рядко включва такива данни. Основното изключение в много държави от Европа са регистрите за смърт, които често включват индикациите за миграция.

Проучване за наличието на кардиоваскуларни заболявания и диабет сред мигрантите и етническите малцинства в Европа показват, че смъртните регистри, които дават възможност за разделение на мигрантски статус са били налични само в 24 държави. Родината била използвана като индикатор в 15 страни, гражданството в 8 държави, националността в 7 държави. Някои страни са използвали повече от един признак. Трудностите в събирането на информация относно здравето на мигрантите включва концептуални и методологични предизвикателства, такива като различни дефиниции (разбирания) за това кой е мигрант [107].

В Германия официално не се събират данни за етносите, отчасти поради притесненията, че такива данни могат да предизвикат спомени за категории използвани по време на Хитлер, както че с тях може да бъде злоупотребявано и да подбужда расизъм и дискриминация [108].

Годишният доклад за епидемиологията на инфекциозните заболявания, публикуван на 12 юли 2017 г. и предоставя данни за състоянието на повече от 50 инфекциозни болести в Германия през 2016 г., дава първи поглед върху последиците за общественото здраве от масовия приток на мигранти в края на 2015 г.

В доклада се наблюдават повишени случаи на аденовирусен конюнктивит, ботулизъм, варицелоза, холера, криптоспоридиоза, треска на денга, ехинококоза, ентерохеморагична E. coli, гиардиаза, хемофилус, хепатит, хеморагична треска, ХИВ / поява на рецидивираща треска, малария, морбили, менингококова болест, менингоенцефалит, паротит, паратифии, рубеола, шигелоза, сифилис, токсоплазмоза, трихинелоза, туберкулоза, туларемия, тиф и магарешка кашлица.

Честотата на хепатит В, например, се е увеличила с 30% през последните три години, според RKI. Броят на съобщените случаи в Германия е бил 3,6 през 2016 г., в сравнение с 755 случая през 2014 г. Повечето от случаите включват неваксинирани мигранти от Афганистан, Ирак и Сирия. Честотата на морбили в Германия е скочила с повече от 45% между 2014 и 2015 г., а броят на случаите на варицела, менингит, паротит, рубеола и магарешка кашлица също са се увеличили. Мигрантите също представляват най-малко 40% от новите случаи на ХИВ / СПИН, идентифицирани в Германия от 2015 г., според отделен доклад на RKI.

Миграционната криза

Европа в момента преживява безпрецедентен приток на бежанци, търсещи убежище.

Мигранти от арабски произход: 1,5 милиона души са пристигнали в Европейския съюз (ЕС) през 2015 г., бягащи от държави, засегнати от войната, конфликти и икономическа криза. Те идват предимно от Сирия, но също така и от Афганистан, Еритрея, Ирак, Нигерия, Пакистан, Сомалия, както и от Западните Балкани. Държавите - членки все повече се сблъскват с необходимостта от решаване на проблема. Последиците за общественото здраве от това масово пристигане на мигранти от различни части на света, поставят националните здравни системи под натиск. Предизвикателствата пред общественото здравеопазване се отнасят до индивидуалните здравни проблеми на имигрантите, независимо от това дали те засягат местното население, как да отговарят адекватно на техните потребности, включително и достъпа до здравни грижи.

По време на Процеса на миграция, главно негативно влияние върху здравето на бежанците оказват някои аспекти: преди отпътуване: травми, страдащи от война, конфликт, насилие, мъчения и др.; по време на пътуването: режим на пътуване (самостоятелно или като част от масовото движение, пеша, лодки, камион и т.н.), условията (напрегнати, опасни, натъпкани в едно място, липсващи основни здравни потребности и т.н.); продължителност на пътуването;

при пристигане в приемната общност: условия на живот в бежански лагери или приемни центрове; продължителността на престоя; юридически статут и достъп до здравеопазване; езикови и културни норми и др. Някои от проблемите на новопристигналите мигранти са следствие от тяхното пътуване и включват инцидентни наранявания и малки рани, изгаряния и мехури, слънчево изгаряне, дехидратация и мускулно-скелетни проблеми.

В отговор на отчетените от някои политици твърдения, че мигрантите биха могли да доведат до "възможни епидемии" в ЕС, Световната здравна организация (СЗО) и ЕС се изразяват с ясна позиция: риск от избухване на инфекциозни заболявания в резултат на настоящия приток на мигранти - няма.

Хроничните заболявания сред мигрантите са основно сърдечно-съдови заболявания, рак, хронични респираторни заболявания и диабет.

Например се наблюдава сред сирийските бежанци хипертония, както и бежанците, които вече страдат от НДБ, може да бъде влошаване по време на миграцията поради труден достъп до медикаменти и лечение; липса на подслон, вода и храна или поради психическо натоварване.

Проблеми с психичното здраве

Много от имигрантите години наред преживяват физическа и емоционална травма, включително и изтезания. Това може да увеличи риска от психологически проблеми като посттравматичен стрес (PTSD), безпокойство и пристъпи на паника, със симптоми на безсъние, кошмари и ретроспекции. Обръща се внимание на тези въпроси, считани за ключови за подпомагане на установяването и намирането на работа на мигрантите. Въпреки това, осигурявайки необходимата психическа подкрепа под формата на консултиране може да се окаже трудно: много от тях нуждаещи се от помощ, не знаят какво е психотерапия, тъй като може да не съществува в родните им страни. Освен това, някои мигранти може да се чувстват културно неспособни да изразят страх или други емоции, или не могат да говорят за травматичните събития. Някои учени подчертават необходимостта от по - добро разбиране на психологически ефект, унижението и как да се преодолее това са психични проблеми засягащи по –

често жените. Освен това жените мигранти могат да се сблъскват с проблеми, свързани с репродуктивното здраве, като например усложнения с бременност и раждане, както и риск от излагане на (сексуално) насилие и малтретиране.

Предизвикателства, свързани с времето, студената температура може да застраши здравето по много начини: те могат да увеличат риска на фрактури, навяхвания и разкъсвания; сърдечно-съдови и респираторни проблеми; тежки бактериални и вирусни инфекции. Мигрантите, които спят на открито или в студени приюти в температури под 16 ° C могат да бъдат склонни към хипотермия (т.е. телесна температура под 35 ° C) и измръзване. Особенно податливи са възрастните хора с вече хронифицирани заболявания и здравословни проблеми.

Достъпа до здравеопазване на физическо и психическо здраве, според Хартата на Основните права на държавите от Европейския съюз е, че "всеки има право на достъп до профилактика здравеопазване и право на медицински грижи третиране при условията, установени от национални закони и практики ". На практика обаче правният статут се оказа една от основните формални бариери пред достъпа на мигрантите до здравеопазване. В много държави-членки на ЕС, незаконните мигранти имат достъп само до спешна медицинска помощ, която не винаги се предоставя безвъзмездно.

Агенцията на Европейския съюз за Основни права (FRA) и заинтересовани страни като плануват Платформата за международно сътрудничество по недекларираните мигранти (PICUM) в полза на безразборния достъп до основно и превантивно здравеопазване. През 2014 г. и докладите от 2015 г. FRA и PICUM твърдят, че не се дава на временни мигранти без документи достъп до скрининг и лечение, но лекуването става при извънредно положение, но то не само, може да застраши тяхното индивидуално здраве, но и да бъде вредно за общественото здраве и води до по-голяма икономическа тежест за здравните системи, тъй като предоставянето на здравни услуги чрез спешна помощ е по-скъпо.

В допълнение, мигрантите също са изправени пред неформални бариери пред достъпа до здравеопазване, сред които предимно комуникационни и

културни различия, като последните доказателства посочва Унгария. Препоръки на Световната здравна организация Според Zsuzsanna Jakab, регионален директор на СЗО за Европа, големият приток на мигрантите в страни от европейския регион на СЗО изискват "спешен отговор" [106].

През последните десетилетия се наблюдава значителен напредък в борбата с някои инфекциозни болести в световен мащаб. Степента на смъртност от синдрома на придобита имунна недостатъчност (СПИН), туберкулоза, и малария са намалели значително. Тропическите заболявания като филариаза се контролират. Болестта на полиомиелит е почти унищожена. Програмите за ваксинация предотвратяват повече от 2 милиона смъртни случая всяка година сред децата на възраст под 5 години, въпреки че най-малко 1,5 милиона смъртни случая могат да бъдат избегнати ако се разширят настоящите програми и се развиват нови ваксини [107].

По повод на Световния ден на бежанците Европейската комисия отвори "Инструмент за профил на уменията на граждани на трети държави", съобщиха от ЕК. Инструментът представлява офлайн и онлайн уеб редактор. Той ще даде възможност на гражданите на трети държави да представят своите умения, квалификации и опит по начин, добре разбираем от работодателите, доставчиците на услуги за образование и обучение и организациите, работещи с мигранти, в целия Европейски съюз [109].

През последните десетилетия с развиването и разширяването на Европейският съюз, имиграцията в рамките на Европа не е толкова трудно осъществима отколкото в миналото, а и границите между държавите за много хора са лесно преодолими. Това води до покачване на имиграцията за много страни в Европа.

За социалното планиране е важно да се знае дали имигрантите се различават от местното население и в какво отношение, за да може този фактор да повлияе на социалното осигуряване и здравеопазване. Това се отнася най-вече за по възрастните имигранти, които се доближават до годините за пенсиониране и възрастта, когато медицинските разходите нарастват.

Проучават се здравният статус на имигрантите сравнен с този на местното население над 50 годишна възрастта в 11 Европейски държави, 10 от които са членки на Европейският съюз.

Вътрешната имиграция в Европа, както и движението на хора в самия Европейски съюз от по-бедни страни членки към по-богати, определя значителна част от Европейската имиграция през последните десетилетия.

Хората, приближаващи се към пенсионната възраст, в по-голямата си част, са имигрирали в по-ранна и трудоспособна възраст и често е мотивирано от по-добри икономически възможности в избраната страна. Имигрантите като цяло имат по-нисък социално – икономически статус спрямо населението в държавата приемник.

Здравният статус на имигрантите априори е по-неясен. Данни от САЩ и Европа сочат, че имигрантите може да са по-здрави отколкото се очаква, ако се има предвид социалният статус. Други изследвания в Европа обаче са регистрирали смесени модели на здраве на имигранти в зависимост от страната на техния произход.

Между 1950 г. и 1982 г. на броят на гражданите имигранти се е увеличил от 3.1 милиона до 11.2 милиона в страните традиционно приемащи имигранти – Белгия, Франция, Холандия и Швейцария, което съставлява около 80% от всички имигранти в Европа за този период.

В началото на този период, голям брой имигранти са разселвани в резултат на Втората Световна Война. Значителна имиграция е имало и то бившите европейски колонии в Азия, Африка и Близкият Изток.

До 60-те години е имало голяма имиграция от южната към северната част на Европа. Испания и Португалия са били най-значителната част от европейските имигранти следвани от Гърция и бивша Югославия.

Сред държавите приемащи най-много европейски имигранти са Франция, Обединеното кралство и Швейцария.

През 80-те години самите южноевропейски държави се превръщат в привлекателно място за имиграция. Африка генерира нови вълни от имигранти както към Южна Европа така и към традиционно приемащите имигранти страни.

Много проучвания в САЩ отбелязват, че имигрантите от Мексико и останалите държави от Латинска Америка, са с по-добро общо здраве отколкото се очаква, като се има в предвид социалният им статус.

Относителното добро здраве на тези имигранти е причината за т.н. "Латино парадокс". Неговата същина е в това, че населението, което изпитва социални и икономически лишения има толкова добър здравен статус, колкото и местното население на страната, в която имигрират. В Европа се наблюдава съпоставима зависимост, като тя е наречена "Имигрантският парадокс".

В Европа наблюдаваните различия по отношение на здравето между местните и имигрантите варират в зависимост от страната приемник и страната произход на имигрантите, а също и от полът им. В Швеция например при мъжете имигранти се наблюдава по-висока смъртност и сърдечносъдови заболявания отколкото при местното население, по тези показатели отколкото страните, от където идват. Тези показатели варират в зависимост както от страната приемник, така и от страната, от която идват имигрантите. Например имигрантите от Източна Европа са с по-добри здравни показатели от населението в Уелс и Англия, но в същите тези страни, имигрантите от Карибите и Африка са с по-висока смъртност.

Във Франция при мъжете имигранти от Мароко се наблюдават по-ниски нива на смъртност отколкото при местното население. Но същото не се наблюдава при жените.

Някои изследователи, подчертават влиянието, което оказват селективността и културното сливане по отношение здравето на имигрантите. Първоначално те могат да бъдат селектирани по показател добро здраве сред населението от което идват, но с течение на времето и нарастване на миграцията е възможно тяхното здраве да се доближи до това на местното население. Това съотношение може да зависи и от това на каква възраст са имигрирали и какво е

било тяхното здраве, когато се е провеждала анкетата. Например имигрантите от Източна Европа в Германия първоначално имат по-добро здраве от местните, но средно след 5 години тези различия се стопяват като заедно с това намаляват и социално-икономическите различия. Това може да се дължи и на факта, че някои здравословни проблеми се проявяват в по-напреднала възраст и не би трябвало да се свързват. Наблюдава се зависимост от периода на уседналост на имигрантите в страната домакин и подобряването на техния социално-икономически статус и нивата на здраве [19].

Съществуват много причини, поради които може да липсва устойчив модел на здравни различия между имигрантите и местните жители през годините и в различните държави.

Първо, причините на имиграцията са най-различни, както и характеристиката на самите имигранти е различна и пречките, които всеки индивид трябва да преодолее при установяването си в държавата домакин. Тези обективни трудности са в основата на невъзможността да се използва унифициран подход към миграцията.

Трябва да се вземат под внимание различията между имигрантите и местното население по отношение на здравето. Например може да има разлика при общата степен на инвалидност, но не и при смъртността, защото може болните имигранти да се върнат в родината си за лечение или предпочитат да починат при близките си. Възможно е също, поради различният достъп до здравни услуги, дължащ се на езикова бариера или социално-икономически фактори, да доведе до различия в прогресиране на болестта както и в регистрирането на някои заболявания. Например имигрантите не ползват здравната система по същият начин, по които я ползват местните или изобщо да не знаят, че имат здравословен проблем и да не го лекуват, в следствие на което да умират по-бързо. Този факт води до парадокс – за дадени болести да имат по-ниско ниво на заболяване от тези, които ги надживяват.

Други фактори, които определят нивата на различие на здравните параметри, могат да се дължат както на социално-икономически характеристики

- непостоянна уседналост поради движение в търсене на по-добри условия, така и на психологически стрес, който се дължи на новата среда или е следствие на дискриминация при новите условия на живот. Като цяло, родените в чужбина не познават добре условията и нямат същия достъп до здравни услуги както местното население. Не на последно място, значение има и индивидуалният начин на живот на всеки имигрант и неговият здравен статус сравнен с този на местен жител.

Проучването дава възможност за нова оценка на различията в нивото на здраве и поведение между имигрантите и местното население в 11 различни европейски държави. Ние се интересуваме от това дали се наблюдават систематични здравословни различия между тези две групи и дали тези различия са отражение на социални, икономически, културни и други фактори [19].

1.4. Здравни проучвания.

Повечето проучвания, свързани със здравето на мигрантите, се фокусират върху различията с немигрантското население в съответната държава приемник на мигранти. Мигрантите често са по-здрави (поне в началото) от немигрантите (т.нар. здравен мигрантски ефект). Все пак мигрантите се изправят пред определени здравни проблеми, въпреки че някои стават видими едва след продължителен престой. Доколкото съществуват данни за здравето на мигрантите, както е в няколко западно европейски държави, те често се различават, поради разнообразието на мигрантите по отношение на възраст, пол, държава на произход, социално–икономически статус и вид миграция. Мигрантите са по уязвими по отношние на диабет, някои инфекциозни заболявания, проблеми свързани с майчинство, отглеждането на деца, трудови злополуки или опасност за здравето по време на работа, наранявания и ментални проблеми. Тези различия могат да бъдат обяснени до известна степен от рисковите фактори и видовете заболявания в техните страни. Това може да включва по–голям превес на инфекциозни заболявания, лошите условия на живот в държавата в която влизат, небрежност и опасности на работното място и

стрес, който може да бъде свързан с различните причини и процедури по миграцията [42].

В седемнадесет от двадесет и осемте страни от европейски регион, данните за наблюдения при превенция включват информация относно произхода на мигранта с активна туберколоза (процента през 2008 година бе над повече от 20%) [71]. Освен това 43 % от всички хетеросексуални предавания/преноси на ХИВ инфекции, за които се съобщава в западна Европа през 2006 г. са се случили сред мигранти от държави със засилена профилактика [69]. Все пак риска от ХИВ и туберколоза може да е резултат от самия мигрантски процес и от държавите, от които те пристигат. Изследванията в няколко западно европейски страни също показват по-висок превес на хроничните вирусни инфекции Хепатит В, сред мигрантите повече отколкото при немигрантското население. Трудовото здраве на мигрантите също има тенденции към влошаване повече, отколкото при немигрантите [13], тъй като те заемат по-скоро ниско квалифицирани, временни и високо рискови работни места, водещи до по-високи нива на трудови травми [44].

Професиоанлното здраве се явява проблем при трудово заетите мигранти работещи временна работа, такива каквито са от централна Азия, които работят на строителни обекти в Русия [17][29].

Някои групи мигранти имат много по-висок риск от ракови заболявания свързани с инфекциозни заболявания (рак на стомаха, рак на простатната жлеза, Саркома Капоши, лимфоза и др.) [16]. Нивата на смъртност и случаите на инфаркт са високи при мигрантите от африкански произход, което може да бъде съотнесено на по-високите нива на хипертония и диабет. Фактори касаещи начина на живот, такива като затлъстяването, са грижа от особено значение, тъй като мигрантите от по-бедните страни проявяват склонност да изоставят традиционните си навици за хранене и възприемат западната високо калорична диета и по заседналия начин на живот. Друго проучване показва, че по-високите нива на затлъстяване са били регистрирани сред турските и мароканските

мигрантски групи повече, отколкото при местното население в няколко европейски държави [36] [61].

1.4.1. Мерки за диагностика и интензивни медицински грижи в Европа

Европа става свидетел на безпрецедентна вълна на бежанци и мигранти през последната една година. Според статистиката на Европейската агенция Евростат повече от 500 000 хиляди мигранти са пристигнали за 2015 година, почти всички от тях са поискали обежище.

Сирийският конфликт е основен виновник, Йордания, Ливан, Ирак, Египет и Турция да служат като първа точка на заселване за почти 4 млн. души да бъдат прогонени от собствените си домове.

Гърция и Италия по настоящем се явяват основните портали за влизане в Европа, като Германия е най-желаната крайна дестинация [42] [71]. Заселването в първата по близост и възможност дестинация може да трае от дни до години в лагери, в палатки в някои крайни селища или в наети под наем помещения. Огромен потенциал за възможност от инфекции и епидемии е пренаселването, както и неподходящи места за отсядане, недохранването, лоши санитарни условия, хигиена на околната среда, лошо качество на питейната вода, излагане на неподходящи климатични условия, изтощителни физически натоварвания, травми, охапване от насекоми, липса на ваксианции и невъзможността за получаване на първични здравни грижи [91].

В сирийските и турски лагери диарията, кожните инфекции, туберколоза, малария, хепатит А, както и наследствените заболявания, респираторни заболявания и жълтеница се срещат често [91] [95].

Оповестени са епидемии от дребна шарка в Ливан и Египет. В Ирак са изследвали възникнали подозрения за случай на Ебола. Проучванията разкриват ТИФ и Холера като основни диагнози по време на Етиопската криза през 1984 г. и в Малави през 1990г [59]. По време на кризата в Руанда през 1994 г. Вибро холера тип 1 и шигела дезинтерия тип 1 е довела до почти 50 000 смъртни случая през първия месец на масивна грипна епидемия в Заир [81]. Шарката е

причинила голяма смъртност сред сомалийските бежанци в Кения. Предоставената прогноза през 2015 г. за последните епидемии poliomyelitis, Ебола MERS (Близкоизточен респираторен синдром причиняван от нов коронавирус, могат де се окаже много ужасяваща за целия път които изминава мигранта за държавите през които преминава така и за държавата крайна дестинация) [91] [95].

Основния подход, който се прилага обикновенно към пътуващите включва: клинична история на пътуването, медицинска история, и риск застрашаващи живота и общественото здраве. Опасностите по време на пътуването са критични за всички мигранти това включва: питейна вода, консумация на заразени или храни с изтекъл срок на годност, контакт с животни, ухапвания от насекоми, възможна зараза в райони с висока концентация на ХИВ инфекция, Хепатит и евентуално сексуално насилие. Историята на преминаването и медицинската история (в частност ваксинациите), може да бъде неясна поради ред причини вкючващи езикова бариера и липса на документи [68].

Мигрантските вълни, явяващи се крайна дестинация, се състоят основно от млади и по презумция здрави хора с някои уязвими групи като бременни жени, новородени, малки деца и хора с увреждания [70] [64].

Най–изявените клинични инфекцфии в ICU предизвикат проблеми на дихателната система, неврологични, синдроми, общи здравословни проблеми на целия организъм, *haemorrhagic (*хеморагична) треска, като по-рядко срещана [68]. Най-честите заболявания сред мигрантите в развитите държави са остра форма на малария, остра вирусна пневмония, чревни инфекции с висока степен на дехидратация, инфекции на дихателните пътища, които изискват изолация (поставяне под карантина), треска с прояви на кръвоизливи и предимно недиагностицирани ХИВ инфекции или нечести скрити прояви на туберколоза. Ранното разпознаване на критичното заболяване е от особено съществено значение. Високата температура може да е най-явния клиничен белег. Други симптомии изискващи голямо внимание за клиничното и обществено здраве

включват: кожни обриви и показания за кръвоизливи, продължителна кашлица, замяност, отпадналост, краткотрайни гърчове и кома, продължителна диария заедно с повръщане или само повръщане и жълтеница [68] [33].

Инкубационния период може да не е ясен при мигрантите, тъй като заразяването може да се е случило в който и да е момент от дългото им пътуване. Казано общо икубационния период от по-малко от седмица се свързва с респираторни вирусни патогени на инфекциите на CNS - това е общо название за инфекции на централната нервна система, които могат да имат следния произход:

1. гъбичен (fungal)
2. протозоен -малария, токсоплазмоза [6].

Инкубационният период е от една до две седмици се отнася за малария, ТИФ, лептоспироза, докато повече от три седмици е обичайна за *non – falciparum* (тропическа малария), бяс, шистозома: *Schistosoma mansoni,* Кръвосмучещите трематоди от род *Schistosoma* предизвикват заболяването шистозомиаза. Изключително висока честота и ендемичен характер се наблюдава в много райони на Азия, Африка, Близкия Изток, Карибите.), *try – panosomiasis* (камшичести протозои, т.н. сънна болес), вирусен хепатит, ХИВ инфекции и туберколза. Поддържането на висока температура повече от две седмици може да е индиактор за малария, *entric* треска (тироидна треска), ифекции причинени от *Epstein – Barr* (Ебщайн Бар вирус), *cytomegalovirus* (цитомегаловирусът се отнася към групата на херпесните вируси), токсоплазмоза, остра ХИВ инфекция, остра шистозома, бурцелоза, туберколоза, *Q(Ky)* треска и висцерална лайшманиоза. Поддържането на висока температура след пътуване повече от 6 седмици е индикатор за *Plasmodium vivax* - причинява *malaria tertiana* (тридневна малария) или *malaria ovale*, вирусен Хепатит Б, С, Е), туберколоза, абцес на черния дроб [6]. Излагането на определени влияния може да бъде ключово по отношение диагностицирането на мигрантите изложени на екстремни външни условия, питейна, солена, застояла вода, ухапвания от комари, ухапвания отчасти от животни и др. Освен видовете на *Plasmodium,*

комарите могат да предават вируси (*dengue virus* е остро инфекциозно заболяване, среща се основно в Южна Азия, Китай, Индокитай, Централна Америка) и някои страни на средиземноморието, жълта треска и *chikungunya virus* (треска чикунгуня, разпространена е в Танзания, Зимбабве, Мозамбик, ЮАР, Уганда и някои други страни в Африка и в Индия.) и *filarial parasites* (дракункулоза, понастоящем от дракункулоза боледуват десетки милиона хора от Африка, Азия и Южна Америка.). Ухапванията от кърлежите могат да предизвикат *rickettsiosis* – (група остри заразни заболявания, причинени от вътреклетъчни паразити, които са междинни форми между бактерии и вируси) и *encephalitis* (енцефалит). Сладководната вода може да причини шистозома и лептоспироза. Инфекции типични за дадения континент вероятно могат да причинят критични нива на заболявания при мигрантите [6] [68] [40].

Методът за диагностика се състои от основни изследвания на кръвта, последвани от насочени изследвания според клиничните прояви, които трябва да се направят в най-кратък срок. Специфичните изследвания могат да включват серология, PSR, цитопатологични изследвания или биопсия на тъкан. Изисква се внимание и предпазливост, когато става дума за паразитни инфекциозни заболявания, за които има ваксина и инфекции, които могат да бъдат елиминирани като: бяс и холера, тъй като лесно могат да се разпространяват в развитите държави. PCR или бързото тестване може да подобри диагностицирането на малария в райони с по-редки случаи на болеста. Риска от туберколоза сред мигрантите е значителен в районите (Сахара, Африка, Азия), където се наблюдава пренаселване, недохранване и най-вече ХИВ инфекции.

Интерконтиненталното и международното заразяване представлява сериозна заплаха за обществото, като се имат впредвид високите нива на MDR TB в Сахарския регион, Африка, Индииския полуостров и Източно европейските страни. Предаването на MDR бактерията е голям проблем най–вече сред хора, които постъпват в болница в страната на произход или транзитните страни. Може да бъде често срещана *Acinetobacter baumannii* - основен представител при вътреболнични инфекции причиняващи OXA тип ензими, ентеробактериоза

предизвикана от КРС. Още повече установяването на NDM -1 бета лактамаза се среща в околната среда на Индииския полуостров, говори за опасност от предаване на вируса от хора незаразени преди това, чрез обществените места на водоснабдяване и хигиена. Притеснително е, че бактерии носещи NDM – 1 вече са изолирани и в Европа и САЩ [63].

Диагностицирането на мигрант в критична фаза на заболяването си причинено от инфекция, може да се окаже не лесна задача и изискваща помощ от специалисти по тропична медицина или инфекциозни болести, от международните и местните здравни заведения. Справянето с този проблем включва лечението на възможните усложнения застрашаващи живота или своевременното прилагане на антимикробни, антипаразитни, антивирусни медикаменти или лечения според предполагаемата диагноза.

В заключение борбата със заплахата, застрашаваща общественото здраве и същевременно защита и предпазване на лекари и медицински работници, поставя основна цел за съставяне на план за работа, за всички европейски държави приемащи мигранти [64] [84].

През 2015 г. един важен въпрос, който не е получил достатъчно внимание е бил потенциалът от инфекциозни заболявания в резултат на увеличаване миграция от криза. Намаляването на кризата ще намали усилията и предвиди важността на общественото здраве.

Препоръките, предложени в редица проучвания и в ЕС за преодоляване на здравните ефекти са:

1) Местно обучение за здравеопазване практикуващи;

2) Осигурен здравен скрининг при навлизане на бежанците, влизащи в ЕС чрез официални канали;

3) Здравен обхват на бежанските общности в Европа и в страната по произход.

От 2015 г., Европейския парламент Съвета и Европейската комисия са отделили големи количества ресурси за приобщаване в страната [84].

Чрез по-тясно сътрудничество на клиничната медицина и общественото здравеопазване могат да подобрят здравето на бежанците, като се набляга на отговорността на обществото да насърчава както здравословна околна среда, така и последователна, висококачествена грижа. Обществените здравни организации могат да публикуват информация за здравните резултати и рискове, които изясняват необходимостта или постигането на значителен напредък. Клиничните експерти могат да идентифицират и потвърдят предотвратими вреди и ефективни интервенции за защита на пациентите.

Участието на много части на обществото, включително правителствени агенции, здравни организации, неправителствени организации, клиницисти, частният сектор и общностите, става все по-важно за успеха. Всеки има полза, когато хората са по-здрави.

Отчетността по отношение на резултатите е от съществено значение - маниакацията на общественото здраве с деноминаторите може да намали броя на хората, пропуснати от интервенции, които подобряват здравето и спасяват живота. Работейки заедно, клиничната медицина и общественото здраве могат да гарантират, че хората ще живеят активен и продуктивен живот далеч по-дълго, отколкото някога е било възможно [89].

1.5. Политика по отношение на икономическата миграция

Българската миграционна политика се характеризира с три особености:

- Предефиниране основните приоритети в миграционната политика. Ако Стратегията от 2008 г. има като главен фокус икономическата емиграция и интеграцията на чужди граждани в България, новата акцентира предимно върху проблемите на сигурността.
- Късно влизане сред управленските приоритети. Миграцията бива изведена в статут на публична политика, за която държавата да има стратегическа визия, преди едва 3 години. През 2008 г. бива приета първата Стратегия за имиграция и интеграция;

- Рязко ускоряване на процеса на изработване на стратегически визии. Още през 2010 г. започва работата по изработване на нова миграционна стратегия, която ще бъде финализирана в самото начало на 2011г. [3].

1.5.1. Национална стратегия за имиграция и интеграция.

Националната стратегия за имиграция и интеграция е първия цялостен документ, който показва как българската държава вижда миграционната ситуация на страната, визията й за оптимален миграционнен профил и управленските механизми за прехода от реалното към оптималното. Тя е и първият документ, който обобщава надеждни официални данни както за емиграцията, така и за имиграцията.

Документът дефинира две стратегически цели:

- Привличане на лица с българско гражданство, живеещи на територията на други страни, и на лица от български произход с чуждо гражданство – за трайно завръщане в Република България.
- Постигане и провеждане на адекватна политика по прием и интеграция на чужденци и осъществяване на ефективен контрол на миграционните потоци.

Стратегията йерархизира икономическата имиграция, като ясно дефинира приоритетните групи, на които политиката отдава предимство:

- Работната сила от други държави-членки на ЕС, ЕИП и Щвейцария.
- Чужденци от български произход.
- Завършили в България студенти, както и научни работници, висококвалифицирани специалисти.

Стратегията предвижда все пак някои инструменти за оптимизиране връзките между потребностите на пазара на труда и миграционната политика като определяне на годишни браншови квоти за прием на работници от трети страни, участие на социалните партньори в идентифицирането на дефицитите от работна ръка с определена квалификация.

В заключение може да се обобщят няколко характеристики на Стратегията за миграция и интеграция:

- Стратегията е писана в период на икономически подем, на недостиг на работна ръка в определени сектори, и това обуславя втория й фокус – икономическата имиграция, необходимостта от отговор на дефицитите от определени видове квалификация.
- Тя е предпазлив първи опит за дефиниране на миграционната политика, който не се наема да покрие дори едно десетилетие и обхваща по-скромните 7 години (2008 г. – 2015 г.).
- Тя за първи път очертава желаният от държавата миграционен профил. Той определено е резервиран към културното разнообразие и набляга силно на езиковите и културни предпоставки за интеграция, които в най-висока степен се очаква да бъдат налични при представителите на историческата българска диаспора. Тяхното привличане, както и това на представителите на новата икономическа емиграция са безспорният фаворит на този първи стратегически документ [3].

В обобщение, към момента, след бежанската криза в Европа през последните години, не е провеждано проучване относно здравната грамотност на бежанци, пристигнали в България и по-конкретно относно техните познания за социално значими и свързани с труда заболявания. Не са проучвани и нагласите на работодателите относно наемането на работа на бежанци и свързаните с това специфични проблеми при обучение на мигрантите по здравословени и безопасени условия на труд. Това е поводът за разработването на настоящия дисертационен труд.

Отсъствието на проучвания за познанията на мигрантите, за рисковите фактори, влияещи върху възникването и развитието на професионални и свързани с труда заболявания, се насочихме към разглежданата тема за съвременните форми на труд именно при мигрантите - поради здравните ефекти за тях и за съвременното общество основно в Европа и в частност засягаща България като страна разположена между конфликтните зони и тези, които се считат за желани.

Факторите на работната среда са сред водещите причини за трудови злополуки на населението. В България липсва пълна и прецизна статистика за броя на работещите – жертви на трудови злополуки, поради недекларирване на злополуки; голям брой работещи без трудови договори и др. Получаването на достоверна информация за отраслите и работните места с повишен здравен риск ще позволи да се предложат и предприемат конкретни мерки за намаляване на риска, а оттам и на броя на пострадалите и свързаните с това огромни медицински, социални и икономически щети [4].

От прегледаната достъпна литература свързана с тематика, която разглеждаме се установи, че до този момент не е правено по-задълбочено проучване свързано със здравната грамотност и информираност на мигрантите, по отношение на опасностите за здравето свързани работния процес.

II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1 Цел и Задачи

Цел: Целта на дисертационния труд е да се оценят здравните рискове при някои съвременни форми на труд, чрез проучване на здравната грамотност, на мигранти по отношение на факторите, на работното място и развитието на професионални заболявания.

За постигане на целта бяха поставени следните задачи:

Задачи:

1. Аналитичен преглед на достъпната литература за стратегиите на ЕС, МОТ и СЗО и мястото на социалните и здравните рискове, и на социално значимите и професионални заболявания сред мигрантите.
2. Проучване на законодателството и актуализираната стратегия по заетостта на мигрантите в България.
3. Изследване на здравната грамотност, сред мигранти, по отношение на рисковете на работното място за развитие на професионални заболявания.
4. Анкетно проучване сред работодатели за специфичните нужди от знания, умения и поведение при наемане на мигранти.
5. Създаване на концептуален модел за изучаване на съвременните форми на труд при специфични групи работещи - тристълбова основа на трудовата медицина.
6. Изработване на информационни материали за повишаване на здравната грамотност за рисковете на работното място, предназначени за мигранти и работодатели на мигрантите и планиране на информационно - комуникационна кампания предназначени за отговорните институции.

Обект на изследването

1. Първият обект на изследването е извадка от бежанци, пребиваващи на територията на Република България и тяхната здравна информираност по отношение на опасностите на работното място, в която са включени и вече наетите мигранти в различни сфери на трудовата заетост.

2. Вторият обект на изследването е извадка от работодатели на организации с различни специфика на дейност. Проучват се нагласите им за наемане на мигранти в тяхните професионални структури.

Време и място на изследването

Проведено е изследване, на територията на гр. София, в бежанските лагери в кв. „Овча Купел“, кв.„ Военна рампа“ и кв.„ Враждебна“ в периода месец май – месец август 2016 г. Анкетирането на бежанците се извърши със специалното съдействие на председателят на Държавна Агенция на Бежанците при Министерски съвет и социалните работници към центровете.

Извършено е анкетно проучване сред работодатели от организации с различен предмет на дейност, относно тяхната нагласа за наемане на мигранти.

Проучването беше проведено от месец октомври 2016 г. до месец януари 2018 г.

Източници на информация:

- Държавна Агенция на Бежанците при Министерски съвет
- „ЕВРОСТАТ“
- „Световната здравна организация“
- Резултатите от проведеното проучване

Методи на проучването:

Социологически метод

По своята същност анкетата е система от въпроси и отговори към тях, които се дават на изследваните лица за мнение или отношение. Самият процес се нарича анкетиране, той се провежда с научна цел и по строго определена методика. Върху проблемите на анкетния метод и на анкетирането има значителна по обем литература, главно от социологическа гледна точка.

В обобщен вид тези особености са следните:

- за разлика от анкетирането на работодателите, при бежанците е необходимо значително внимание върху предварителната подготовка и особено при пилотното изпробване на въпросника. Особено внимание трябва да се обърне на провеждането на анкета сред бежанските центрове, тъй като бежанците не познават този метод и ефектът на новото може да ги смути и по този начин получената информация да не бъде обективна;

- присъствието на непознати хора в процеса на анкетирането също така може да окаже неблагоприятно отражение, както и незнанието на език. В такива случаи трябва да се гарантира анонимността на данните и в случая анкетирането стана възможно посредством намесата на социалните работници, работещи в тези центрове.

Форми на анкетата

Могат да се посочат следните основни форми на анкетиране - стандартизирана анкета - тук отделните въпроси и техните възможни отговори са дадени предварително и в определена последователност;

- частично стандартизирана анкета - въпросите и тяхната последователност са дадени предварително, но от анкетирания се изисква при някои въпроси сам да конструира отговорите си;

- нестандартизирана анкета - при тази форма не са дадени нито формулировката на въпросите, нито с определена последователност на тяхното задаване. Ето защо тя се нарича още свободна анкета, интервю.

По отношение точността на получените отговори анкетите се делят на устна анкета (свободен разговор и интервю) и писмени анкети.

Към нашето изследване използваме частично-стандартизирана, писмена анкета.

- Анкетиране на бежанците чрез адаптирани и структурирани въпросници относно субективните им оплаквания по отношение на здравословното състояние, предишна трудова заетост, информираност за опасностите на работното място (Приложение 1).

По време на приложението на въпросника (Приложение 3) в бежанските лагери се извърши няколкократно преструктуриране на анкетата и опростяване на въпросите и отговорите. Това се наложи поради невъзможността на мигрантите да разберат задаваните въпроси поради културни различния, степен на грамотност, вкл. здравна и езикова бариера. Това опростяване в значителна степен промени информативността на въпросника, но даде възможност за определяне на тенденции в цялостната здравна грамотност на участниците.

Бяха раздадени двеста анкетни карти, но поради спецификата на респондентите и затруднения достъп до тях успяхме, със съдействието на служители от Държавна Агенция по бежанците, да съберем данни от четиридесет и шест лица.

Проучване с разработен въпросник сред работодатели.

- Анкетиране на работодателите чрез адаптирани и структурирани въпросници относно тяхната нагласа за наемането на мигранти на работа, осигуряване на обучения и (пре)квалификация за своят персонал, начина по който го наемат (Приложение 2).

При събирането на данни от българските работодатели не срещнахме особени затруднения и успяхме да анкетираме сто и двама от тях, принадлежащи към малки, средни и големи фирми и предприятия, с различен предмет на дейност. Това ни даде по-широк поглед върху разбирането и нагласите на работодателите по отношение на наемането на мигранти в подопечните им фирми и предприятия.

Данните от анкетата бяха събрани на два етапа. Първият етап - през 2016 г., когато изследвахме мигрантите. Вторият етап беше през 2017-2018 г., когато изследвахме работодателите.

Методи за обработка и анализ на събраната информация

Статистически метод

I. Описателна статистика

1. Едномерни честотни таблици за категорийните променливи с изчисляване на:
   - Абсолютна честота – брой на валидните отговори по всяка категория на променливата;
   - Относителна честота – процент на валидните отговори по всяка категория на променливата от общия брой;
   - Процент от валидни отговори – процент на валидните отговори по всяка категория на променливата от броя валидните отговори;
   - Кумулативен процент – натрупващ се процент от всички категории на променливта.
2. Двумерни честотни таблици за категорийните променливи (Кростаблици 2x2 и nxn – в зависимост от категориите на променливите) с изчисляване на брой и процент от общия брой.
3. Изчисляване на мерките за централна тенденция и разсейване на количествените променливи:

- Мерки за централна тенденция – средна аритметична стойност; медиана; мода;
- Мерки за статистическо разсейване – стандартно отклонение и стандартна грешка на средната аритметична.

II. Графичен анализ:

- Кръгови и стълбовидни диаграми на разпределението за категорийните променливи;
- Хистограми на разсейването за количествените променливи.

1. Статистически методи за зависимости: Проверка на статистически хипотези за зависимости между две категорийни променливи:
   - Коефициент $\chi 2$ (Метод на Пирсън) – използва се при 2x2 Кростаблица, когато очакваните честоти във всяка клетка от таблицата е > 5;
   - Екзактен метод на Фишер – използва се при 2x2 Кростаблица, когато очакваните честоти в някои клетки от таблицата е < 5;
   - Линеен коефициент $\chi 2$ – използва се при nxn Кростаблица, когато очакваните честоти във всяка клетка от таблицата е > 5;
   - Коефициент $\chi 2$ (Метод на Крускал-Уолис) – използва се при nxn Кростаблица, когато очакваните честоти в някои клетки от таблицата е < 5.

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Проучване на мигрантите в България. Предизвикателства при събиране на данни за миграционните процеси

За България като нова миграционна страна участието в международни миграционни мрежи е изключително важно. Именно сравнението с други държави с различен миграционен профил и история дава възможност да се оцени кое е типично и кое специфично в българския случай. Участието на България може да изиграе ролята и на катализатор за по-бързо и ефикасно решаване на основни дефицити в миграционната политика като липсата на надеждна, публично достъпна и изчерпателна информация за миграционните потоци.

България все още преобладаваща емигрантска отколкото имигрантска страна, броят на емигрантите, напускащи страната, превишава значително този на имигрантите, които избират България като крайна дестинация. Няма дългогодишна традиция на оценките на пазара на труда във връзка с възможностите, които предоставя имиграцията[3].

Международните сравнителни изследвания съдействат за по-ясно разграничаване на политиките спрямо различните видове миграция – трудова, търсещи убежище, трафик на хора, нерегулярна и т.н. Участието на България в международното изследване на ЕММ (Европейска миграционна мрежа) допринася и за осъзнаване ролята на трудовата миграция като ресурс за развитие и като средство за по-гъвкава и адекватна политика по отношение задоволяване потребностите на пазара на труда.

ЕММ дефинира тройна цел на международното изследване:

* да анализира стратегиите за справяне с потребностите на пазара на труда;

*да оцени ефективността на тези стратегии;

*да разгледа влиянието на икономическата криза и мерките за излизане от нея върху тези стратегии.

Изследването е насочено към няколко таргет публики:

*представители на гражданското общество и на мигрантските общности.

*академични институти;

*министерства и други отговорни институции с компетенции в сферата на икономическата миграция;

*неправителствени организации.[3]

Оценка за влиянието на лицата, получили статут на бежанец или хуманитарен статут, върху пазара на труда в България

Оценката на ефектите от интеграцията на бежанците на местния пазар на труда са направени въз основа на данните на ДАБ за броя на лицата, потърсили закрила и броя на лицата, придобили статут на бежанец или хуманитарен статут. Използвани са и официалните данни на АЗ и МТСП за изпълнението на Програмата за обучение и заетост на бежанци за 2014 г. и 2015 г.

Разгледани са два сценария – реалистичен, който се основава на текущите развития и наличната информация за реализацията на бежанците на пазара на труда, и хипотетичен, при който се допуска, че всички лица в трудоспособна възраст, които са придобили статут на бежанец или хуманитарен статут, и практически имат право на достъп до пазара на труда, се включват в работната сила. И двата сценария са сравнени с базов сценарий за пазара на труда. Той съвпада с официалната публикувана прогноза на МФ към края на октомври 2015 г., в която не е включена оценка за ефектите от потока бежанци върху работната сила [122]. При изготвяне на оценките е използвана отчетната информация на ДАБ за периода 2013–2015 г., тъй като това е годината, от която започва да се наблюдава значител-но повишение в броя на потърсилите международна закрила лица. Очакваните стойности за 2016 и 2017 г. за потока от бежанци и броя на хората с придобит статут са получени въз основа на развитието на потоците от 2013 г. насам и при допускане за запазване на политиките на приемащите бежанци държави, които са предпочитани от тях за установяване. Направено е също допускане за засилване на контрола върху приема на бежанците от страна на българските власти. Въз основа на данните на ДАБ и Евростат за възрастовата структура на лицата, получили статут, са използвани данните за тези от тях, които са в трудоспособна възраст (между 18 и 64 г.) и биха могли да се включат в работната сила. За изготвяне на прогнозата за получилите достъп до пазара на

труда бежанци в трудоспособна възраст за периода 2016–2017 г. е използван осредненият им дял в общия брой на лицата, получили статут за периода 2013-2015 г.

Табл. 1: Основни показатели за лицата, потърсили закрила и получили статут на бежанец или хуманитарен статут.

	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*
Брой лица, потърсили закрила, души	7 144	11 081	20 391	26 726	29 893
Брой лица, получили статут, души	2 462	7 000	5 597	7 404	8 307
Брой лица, получили статут и в трудоспособна възраст (18-64 г.), души	1 540	4 335	3 475	4 606	5 168

*Прогноза
Източник: ДАБ, МФ

При изчислението на влиянието на бежанците върху работната сила, основна отправна точка в анализа е, че включването им в икономически активното население преминава първо през безработните лица. Тази хипотеза се основава на факта, че след получаването на статут на международна закрила, последващата интеграция също се осъществява с помощта на упълномощените органи. Последното се обуславя от акумулирането на много фактори, които правят по-труден достъпа на бежанците до пазара на труда без намесата на посредници. В голямата си част лицата с международна закрила не говорят български и, след като получат статут, биват включвани в обучение по български език. Наред с това, образователната структура на лицата, получили статут на бежанец или хуманитарен статут показва преобладаващ дял на хората с ниски образователни степени, което, от своя страна, предполага включването им в образование и обучение за повишаване на квалификацията. Наред с езиковата бариера и ниското образователно-квалификационно ниво на бежанците, като проблем пред тяхната икономическа активност стоят и някои особености на религиозната им принадлежност, като например това, че голяма част от жените са икономически неактивни в страната на произход. Всичко това дава осно-

вание да се твърди, че устройването на бежанците на пазара на труда става преди всичко чрез бюрата по труда, тъй като ДАБ не може да устрои лицата директно на пазара на труда, а си сътрудничи с компетентния орган за това – АЗ. Приемаме, че при описаните по-горе обстоятелства, относително по-малко бежанци успяват сами да си намерят работа. [110]

Официалните данни на АЗ не включват информация за общия брой на регистрираните безработни бежанци, но според изнесена от министъра на труда и социалната политика информация на официален форум за сивата икономика на 24 септември 2015 г. във Варна, броят на бежанците, които са регистрирани в бюрата по труда е не повече от 100 души. По данни от регистър на чужденците, потърсили съдействие от ДАБ за устройване на работа, през 2015 г. броят на наетите на работа бежанци възлиза на 69 души. Съгласно справките на АЗ, в Програмата за обучение и заетост на бежанците през 2014 и 2015 г. са били включени, съответно 75 и 106 души. Тъй като наличните данни за участието на бежанците на пазара на труда са близки, можем да допуснем, че регистрираните в бюрата по труда бежанци се включват в целевата програма и поради това ефектите върху работната сила в двата сценария са изчислени на база на нейната реализация ,и чрез изчисляване на нейната ефективност, представена като брой на върналите се в бюрата по труда спрямо броя научаствалите в програмата.

Необходимо е да отбележим, че основната цел на Програмата за обучение и заетост на бежанци е да осигури интеграция на пазара на труда на безработни със статут на бежанец или хуманитарен статут, посредством обучение по български език, обучение за придобиване на професионална квалификация, субсидирана заетост и заетост на първичния трудов пазар. Същевременно, в програмата се включват и безработни на общо основание, с цел повишаване на капацитета на администрациите за работа с бежанци. Тъй като не разполагаме с информация за това каква част от включените в програмата са бежанци и каква – безработни на общо основание, и поради малкия брой като цяло на включените в нея лица, както и поради това, че броят на бежанците значително превишава броя на обслужващия персонал в регистрационно-приемателните центрове, за нуждите

на сценариите е направено допускане, че всички участници в програмата са бежанци [110].

Сценарии за ефектите от интеграцията на бежанците на пазара на труда

Реалистичен сценарий

През 2014 г. в програмата са включени 75 бежанци, а през 2015 г. броят им възлиза на 106 души. Съгласно Националния план за действие по заетостта през 2016 г. е предвидено програмата да осигури заетост на нови 130 души. Тъй като включените лица се повишават с приблизително един и същ брой всяка година от 2014 г. насам, за 2017 г. е заложено те да достигнат 158 човека. Справките на АЗ съдържат информация за броя на безработните, които са се върнали в бюрата по труда след участие в програмата. Въз основа на изчислената ефективност на програмата (брой върнали се в бюрата по труда към брой участвали в програмата безработни) са направени допускания за дела на безработните, за които се предполага, че са си намерили работа. За 2014 г. върналите се като безработни възлизат на 28% от участвалите, а през 2015 г. достигат 53%. Така, 72% от участвалите през 2014 г. са отчетени като заети през 2015 г., както и 47% от безработните през 2015 г. са отчетени като заети през 2016 г. За 2017 г. заетите бежанци са получени чрез съотнасяне на средния дял на намерилите работа от предходните две години към броя на безработните от предходната година.

Резултатите от изчисленията показват незначителни ефекти върху работната сила (заети и безработни) и коефициента на безработица, поради малкия брой на бе-жанците, които се регистрират като безработни.

Табл. 2 Разлика между реалистичен (2) и базов (1) сценарий по години*

	2014	2015	2016	2017
Работна сила (15-64 г.)				
Разлика между (2) и (1), %	0.00	0.00	0.01	0.01
Растеж (1), на год. база, %	-0.42	-0.85	-0.26	-0.08
Растеж (2), на год. база, %	-0.42	-0.84	-0.26	-0.08
Заети (15-64)				
Разлика между (2) и (1), %	0.00	0.00	0.00	0.00
Растеж (1), на год. база, %	1.32	0.91	0.57	0.64
Растеж (2), на год. база, %	1.32	0.91	0.57	0.64
Безработни (15-64)				

Разлика между (2) и (1), %	0.00	0.03	0.04	0.06
Растеж (1), на год. база, %	-11.98	-14.31	-7.71	-7.16
Растеж (2), на год. база, %	-11.98	-14.28	-7.70	-7.15
Коефициент на безработица (15-64)				
Разлика между (2) и (1), пр.п.	0.00	0.00	0.00	0.01

*(1) базов сценарий (съгласно официалната прогноза на МФ към края на октомври 2015)
(2) реалистичен сценарий (основан на наличната информация за текущата интеграция на бежан-ците на пазара на труда)
Източник: МФ [122]

Трудности при събиране на данни за миграционните процеси.

Основният проблем е достъпът до надеждна и актуална информация: „България е единствената страна в ЕС, която няма сравнима ежегодна статистика за миграцията" (ИОО 2010: 52). Редица институции в страната имат данни за отделни аспекти на миграционната ситуация – издадени разрешения за работа, визи, разрешения за дългосрочно пребиваване и т.н., но липсва централизирана система за събиране на данни за миграционните потоци.

Нерегулярното събиране на данни поражда статистически парадокси, които са трудно обясними за чуждестранните наблюдатели и не подпомагат особено на българските. [3]

През 2009 г. данните отново не отразяват реална миграционна динамика, а особености на администартивния календар – през същата година изтича срока на валидност на личните карти и при смяната им много хора посочват адрес в чужбина: „Те не са емигрирали през 2009 г., просто тогава са си сменили личните карти" (ИОО 2010: 53). НСИ информира, че през 2009 г. са обработени 19 000 съобщения за промяна на настоящия адрес от България с адрес в чужбина и над 3000 за промяна на адрес от чужбина с настоящ адрес в България (ИОО 2010: 53).

Появава се трудност при сравняването на данните поради различните методики на събиране на информация. Достъпът на самите държавни институции до данни, събирани от други държавни институции също не е лесен и отнема време. Публичният достъп до тях е още по-ограничен и затруднен [3].

След 2008 г. НСИ не предоставя публични данни, макар да продължава да наблюдава пътникопотока (ИОО 2010: 54). Липсата на надеждна, дългосрочна, изчерпателна статистическа информация за миграцията е основен дефицит и предизвикателство пред формулирането и приложението на ефикасна миграционна политика. Той беше ясно осъзнат и по време на разработването на новата стратегия по миграция [3].

Поради крайната специфика на разглежданата проблематика изпитахме сериозни затруднения при намирането на научна и научно-популярна литература в България, по този въпрос. Това, което ни помогна да се справим бяха няколко, отново крайно недостатъчни източника /научни статии/, които открихме чрез интернет пространството, на свободен достъп.

3.2. Проучване на законодателството и актуализираната стратегия по заетостта на мигрантите в РБългария.

Рамката на миграционното законодателство се задава от Конституцията, която определя принципно равни права на чужденците. Чл. 26, ал. 2 гласи: "Чужденците, които пребивават в Република България, имат всички права и задължения по тази Конституция с изключение на правата и задълженията, за които Конституцията и законите изискват българско гражданство". Трябва да се отбележи, че Конституция в своя чл. 19 изисква икономическата дейност на чуждите граждани да бъде защитена от закона [3]. Прилагането на европейското законодателство по отношение свободното движение на хора в рамките на ЕС и защитата на общите граници бе съществена част от процеса на подготовка на България за членство в Съюза. В този смисъл законодателството на България бе синхронизирано с европейското и бяха поставени основите на политики в сферата на миграцията (ИОО 2010).

Гражданите на държави-членки на ЕС имат право да пребивават на територията на България в рамките на три месеца, а при намерение за продължително или постоянно пребиваване има изискване да се регистрират

пред дирекция „Миграция” на МВР, която им издава съответното разрешително за пребиваване – продължително, или постоянно [3].

След влизането в сила на Договора за присъединяване на Република България към Европейския съюз, в областта на свободното движение на работници цялостно се прилага общностното право (Регламент ЕИО № 1612/68 на Съвета от 15.10.1968г. за свободно движение на работници в Общността). С направените промени в Закона за насърчаване на заетостта са определени равни права с тези на българските граждани на гражданите на държавите членки на ЕС, страни по Споразумението за ЕИП, Конфедерация Швейцария, както и за лицата – граждани на трети държави, които са членове на семейство на български граждани. Подзаконовите нормативни актове, касаещи заетостта на чужденци се прилагат само за граждани на трети държави.

Въпреки че България прилага всички директиви по отношение на свободното движение на работници, по оценката на експерти общностното право е все още ново за страната и едва с развитието на административната практика ще може да се направи реална оценка за качеството на законодателството и правоприлагането в областта (ИОО 2010).

Основните нормативни актове, които имат отношение специално към трудовата миграция са следните:

- Закон за чужденците в Република България (глава трета, чл. 24 и 33);
- Закон за насърчаване на заетостта (глава осма, чл. 70 – 74);
- Наредба за условията и реда за издаване, отказ и отнемане на разрешения за работа на чужденци в Република България;
- Наредба за условията и реда за командироване на работници или служители от държавите членки или на работници или служители от трети страни в Република България в рамките на предоставяне на услуги;
- Наредба № 2 от 10.09.2002 г. за условията и реда за издаване на разрешения за извършване на дейност на свободна практика от чужденци в Република България, издадена от министъра на труда и социалната политика;

- Указания за прилагане на Наредбата за условията и реда за издаване, отказ и отнемане на разрешения за работа на чужденци в Република България;
- Конкретни указания до дирекциите "Бюро по труда" за приемане на документи за издаване на разрешения за работа на чуждестранни граждани;

Сред основанията, които, съгласно Закона за чужденците в Република България (ЗЧРБ), дават основание да се разреши продължително пребиваване, повечето са свързани с труд и образование:

- студенти, приети на редовно обучение;
- лица, които осъществяват търговска дейност в страната;
- лица, които имат основание да им бъде разрешено постоянно пребиваване или са сключили брак с български гражданин или с постоянно пребиваващ в страната чужденец;
- членове на семейство на чужденец, получил разрешение за продължително пребиваване;
- чуждестранни специалисти, пребиваващи по силата на международни договори, по които Република България е страна.

Основанията за разрешаване статут на постоянно пребиваване съгласно ЗЧРБ са:

- сключен граждански брак с български гражданин;
- лица от българска народност; родени на територията на България и изгубили българското си гражданство;
- малолетни и непълнолетни деца на български граждани или на постоянно пребиваващи в страната чужденци, пребивавали законно без прекъсване на територията на страната през последните пет години.

Законодателството ясно дефинира групите чужди граждани, които могат да работят в България. Трудова дейност могат да извършват чуждестранни граждани, които:

- са наети по трудово правоотношение от работодател по смисъла на Кодекса на труда;

- са командировани за определен срок от чуждестранен работодател в рамките на предоставяне на услуги на територията на страната;
- желаят да извършват дейност на свободна практика;

Чужденци могат да извършват трудова дейност само след получаване на *разрешение за работа* от *Агенцията по заетостта*. Разрешение се получава за работа, която изисква специализирани знания и умения, и когато пазарът на труда не предлага подготвено местно лице. Издава се по искане на работодателя – физическо или юридическо лице, регистрирано по българското законодателство или по искане на юридическо лице, регистрирано по българското законодателство, страна по действащ междуфирмен договор с чуждестранно юридическо лице, което е работодател на чужденеца. Законодателят е оставил инициативата за наемане на чуждестранни работници в ръцете на работодателите, но формалните изисквания и административната тежест все още се оценяват като тежки от тях [3].

Документите, необходими за издаване на разрешително за работа, се подават в *Бюрото по труда* по месторабота на чужденеца. Нормативно установеният срок за вземане на решение по искане за издаване на разрешение за работа е 30-дневен.

Разрешението за работа е официален личен документ на чужденеца, който му дава право да работи в България за определен период от време на конкретно работно място, на конкретна длъжност при конкретно юридическо или физическо лице, регистрирано по българското законодателство, което е направило искането за издаване на разрешението за работа. Разрешението за работа се издава за срок до една година с възможност за продължаване общо до 3 години за изпълнителския и над 3 години за ръководния персонал. Един от важните акценти е, че разрешителното за работа се издава за определен срок от време и формалната логика зад тази мярка е разбирането, че след приключването на трудовия договор чужденецът ще напусне страната.

В нормативната уредба са предвидени и случаите, когато за заетост на чужденец на територията на страната не е необходимо разрешение за работа – чужденци с

постоянно пребиваване в България или с приравнени на техните права чрез предоставеното им право на убежище или признат статут на бежанец. Правата на бежанците и търсещите убежище са определени от Закона за бежанците. Реално хората със статут – бежански или хуманитарен – имат права равни на тези на българските граждани, с изключение на правата, за които се изисква българско гражданство. В този смисъл трудовите им права са гарантирани [2].

Нормативна пирамида

„Нормативна пирамида" не е само за онагледяване на посочените и на редици други нормативни документи, но и един възможен начин за подреждане и смислено усвояване, както от обучаваните специалисти и студенти по трудова медицина и работоспособност, така и от работодателите за задълженията, правата и отговорностите за опазване на професионалното здраве и безопасността на работещите и има следния вид:



Фиг. 1 Нормативна пирамида

За работодатели

Работодателските организации имат воля да участват във формирането и реализирането на политика на прием и селекция на мигранти. Тяхна експлицитна цел е този прием да бъде максимално близък до динамиката на пазара на труда.

Дейността на *Конфедерацията на работодателите и синдикатите в България* по отношение на миграционната политика се разгръща в няколко направления:

- Участие в институционализираните органи за консултация и координация между държавата и социалните партньори като Националния съвет по трудова миграция;
- Участие в организираните от МТСП трудови борси в Берлин и Мадрид;
- Подкрепа на инициативата *Back to Bulgaria* за предлагане на работа в България на българки студенти, работещи в чужбина. Формулиране на многостранно разбиране за завръщането, свързано с комплекс от фактори като намаляване на престъпността, повишаване качеството на образованието, ефективна защита на собствеността във всичките й форми. „Институционалното регулиране на заетостта само не може да реши проблема със завръщането на емигрантите в желаните мащаби. Проблемът може да намери своето решение в условията на развит, саморегулиращ се пазар на труда, на висока производителност на труда, на конкурентноспособна икономика, гарантиращи висок жизнен стандарт" [3].
- Конструктивна критика на слабости в административните услуги: „процедурите по издаване и разрешение за работа и пребиваване в страната са изключително рестриктивни, бавни и скъпи за фирмите".Няма отказ за внос на работна ръка при доказана от фирмите необходимост, но бавната администрация противоречи на по-бързата и прагматична темпоралност на бизнеса.

- Предложения за изменения в нормативната уредба (Закон за насърчаване на заетостта, Указания за прилагане на наредбата за условията и реда за издаване, отказ и отнемане на разрешения за работа на чужденци в РБ, Правилника за прилагане на Закона за чужденците в РБ) за премахване на таксите за издаване на разрешения за работа и намаление на нереално високите изисквания за минимални лични финансови средства за ежедневна издръжка на чужденец. КРИБ подкрепя механизма, предложен от МТСП, за определяне на годишни браншови квоти за прием на граждани на трети държави на българския пазар на труда, но високите такси, както и другите задължителни разходи, свързани с внос на работна ръка, са сериозна пречка за усвояване на квотите.
- Акцент върху висококвалифицираната миграция. Кризата води до следния парадокс: поради повишената безработица се въвеждат допълнителни ограничения за достъпа на чужди граждани до българския пазар, докато в същото време бизнесът продължава да изпитва потребност от квалифициран технически персонал.КРИБ подчертава необходимостта от особен режим по отношение вноса на висококвалифицирана работна ръка, ключов фактор при стартирането на големи чужди инвестиции [3].

За икономическата имиграция

Икономическата имиграция е сравнително ново явление в демократичното отваряне на страната и прехода към пазарна икономика. По време на комунистическия режим имиграцията е силно ограничена и се проявява в три форми:

- Основната група са студентите от т.нар. Трети свят, които получават стипендии за следване в български университети;
- Съвсем малобройна е групата на политическите бежанци – най-вече хора с леви убеждения от Гърция и Турция;
- Има само един пример на икономическа миграция – виетнамски работници, заети предимно в строителната сфера през 80-те години. Дори тази форма, която изглежда чисто трудова миграция, съчетава

икономически и идеологически измерения – българското комунистическо правителство откликва на призива на „братски" Виетнам да осигури заетост на част от многобройната работна ръка.

Ще очертаем структурата и динамиката на трудовата имиграция в три насоки:

- картографиране на основните изпращащи региони и страни;
- очертаване спецификата на професионалната и трудова реализация;
- обобщение и анализ на наличните статистически данни.

Трудова и професионална заетост

Основният профил на имигранта в България е самонает или с дребен семеен бизнес. Двете основни сфери на заетост са ресторантьорството и търговията. Това е територията на имиграцията от Китай и Близкия и Среден Изток.

Характерно за множеството имигранти е, че са заети предимно не в български, а във фирми на други имигранти [3]. Ако в имиграционните страни множество мигранти са заети в строителството и някои индустриални производства за България това е сравнително нова тенденция, която започна да се развива в периода на икономически подем преди кризата. Най-заинтересовани от нея са турските и виетнамските работници.

Интересна нова форма на заетост предоставят кол центровете, които имат нужда от езиковата компетентност на имигрантите. В тях намират работа както френскоговорящите и англоговорящите африкански имигранти, така и западноевропейци като холандците.

Специфична група са консултантите, експертите, мениджърите, които намират реализация както при чуждестранните инвеститори, така и в български институции или големи български компании. Те са представители най-вече на развитите западни страни [3].

Въпреки, че страната ни е транзитна държава за повечето бежанци у нас остават имигранти, които желаят да се установят за известно време и да си потърсят препитание. Най-често бежанците се насочват към шивашката индустрия, строителството и търговията като в повечето случаи за наемане на работно място от бежанците се изисква да имат завършено образование както и да

владеят български език. Средната възраст на започналия работа бежанец в България предз 2016г. е около 45 години. По данни на Агенциа по заетостта най-младите са на 29 г., а най-възрастните на по 60 г. През 2015г. работещите бежанци са били средно на около 36г. Тогава най-младият работник бежанец е бил на 19г., а най-опитния чуждестранен служител на 58г.[3].

3.3. Изследване на здравната грамотност сред мигранти по отношение на рисковете на работното място за развитие на професионални заболявания.

Демографски анализ

Обект на проучването са бежанци, пребиваващи на територията на гр. София. Анкетните карти са разпространени във временните центрове в район „Овча Купел“, кв. „Военна рампа“ и в район „Враждебна“. Раздадени бяха 200 анкетни карти. С помощта на социалните работници бяха анкетирани общо 46 човека.

Ниският брой на респондентите се дължи на затрудненатa комуникация, поради незнание на общоприет език, ниското ниво на грамотност и отказ за съдействие.

След обработка на данните от проведената анкета във „Временните центрове за настаняване на бежанци“ бяха изведени съотнасящи се към проучването основни въпроси, засягащи здравната култура на бежанците, разнородности по пол, възраст, образование, трудоспособност, произход, здравна информираност по отношение на опасностите и заболяванията на работното място, родствени заболявания и желанието на анкетираните за работа на територията на Република България.

Съотношение по пол

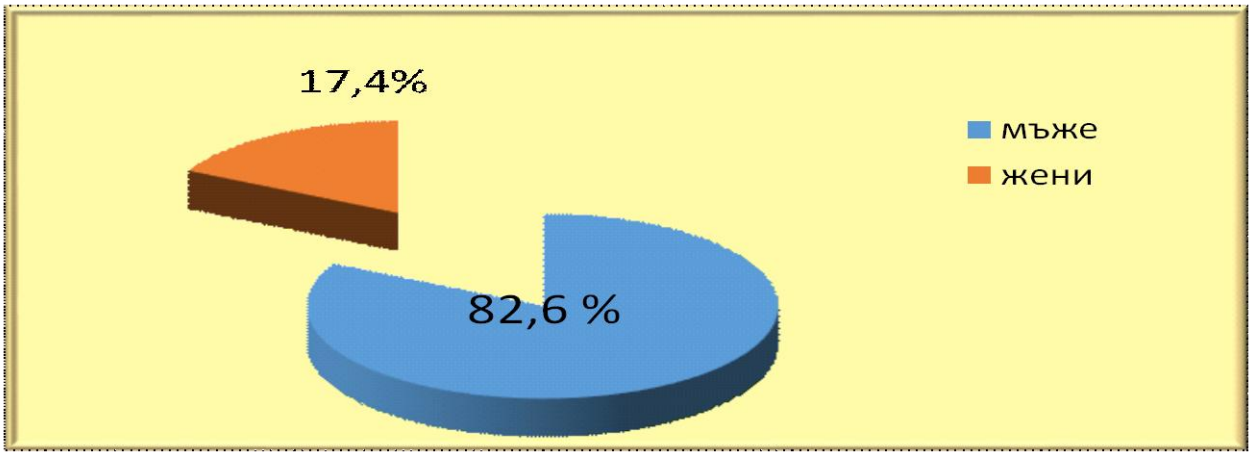
Анализът, който направихме базирайки се на различни източници показа, че в държавите-членки на ЕС, през 2015 г. е имало малко повече мъже, отколкото жени (съответно 56% спрямо 44%). Държавата-членка, в която е бил

отчетен най-висок дял на имигранти от мъжки пол е Германия (63%). От друга страна, най-високият дял на жени имигранти е отчетен в Кипър (57%).

Във всички европейски държави се наблюдава превес на мъжете имигранти над жените имигранти. Причина за това може да се търси в нелекия път, който имигрантите изминават до достигане на държавата-приемник, както и в трудностите през периода на установяване. Съответно качества като физическа издръжливост и сравнително по-лесното адаптиране към недобри хигиенни, а и други тежки условия на труд обуславят предобладващия брой имигранти от мъж пол.

След цялостно обработване на данните, предоставени от „Агенция за бежанците“ относно съотношението жени – мъже, се установи че разпределението по пол за цялата наблюдавана група е следното (Фиг. 2):

- Мъже – 34 бр.
- Жени – 9 бр.



Фиг.2 Разпределение на бежанците по пол

При изготвянето на програми за заетост на бежанците, на територията на Република България, непременно е необходимо да се взима предвид числеността на онези от мъжки пол.

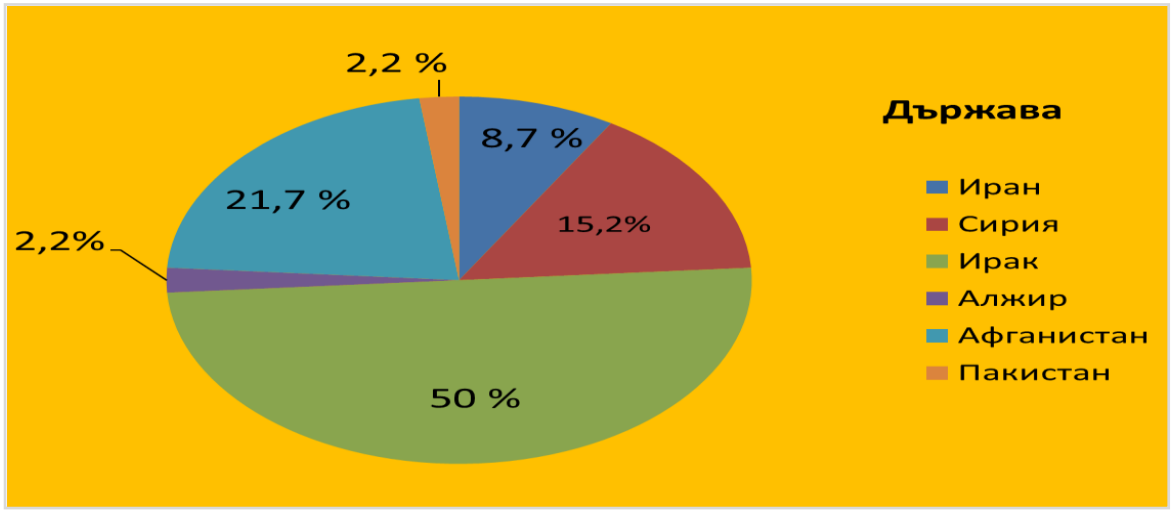
Беше установено, че пребиваващите в центровете за временно настаняване от мъжки пол са 82,6%, а от женски пол - 17,4%.

Още една вероятна причина за това е, че семействата предпочитат да изпратят на дълъг /през Средиземно море или Балканите/, рискован и финансово утежнен път първо един от младите си мъже. След като той пристигне в дадена западна държава и се установи ще има право да повика семейството си - по правилото за събиране на семейства.

Произход на бежанците

Анкетираните бежанци, потърсили помощ и закрила в България, са от различни държави принадлежащи към Арабския свят.

Анализът на получените данни позволи да се определи произхода на анкетираните бежанците и по-конкретно представители на кои държави са потърсилите помощ и убежище на територията на България.



Фиг.3. Произход на бежанците

На фигура 3 се наблюдава, че мнозинството от потърсилите убежище (50%) са от Ирак. Потърсилите помощ от Афганистан са 21,7%. Вследствие на десетилетните конфликти Афганистан се е превърнал в най-опасната страна в света и най-големия източник на бежанци и търсещи убежище.

Търсещите убежище от Сирия са 15, 2%. Началото на конфликта в Сирия бе поставено през 2011 година със започналите протести срещу режима на президента Башар Асад. В първата година от сирийския конфликт за бежанците

се говореше като за временно явление. С ескалацията на военните действия обаче разселванията се превръщат от временно явление в тенденция.

Потърсили помощ и закрила има и от Иран - 8,7%, като вероятна причина за това може да бъде приемането на все по-строги религиозни закони в тази държавата. Съществува и малък дял на потърсилите убежище в България от Пакистан (2,2%) и от Алжир (2,2%). От изведените данни ясно проличава къде са най-горещите точки на военни конфликти и размирици.

Възраст

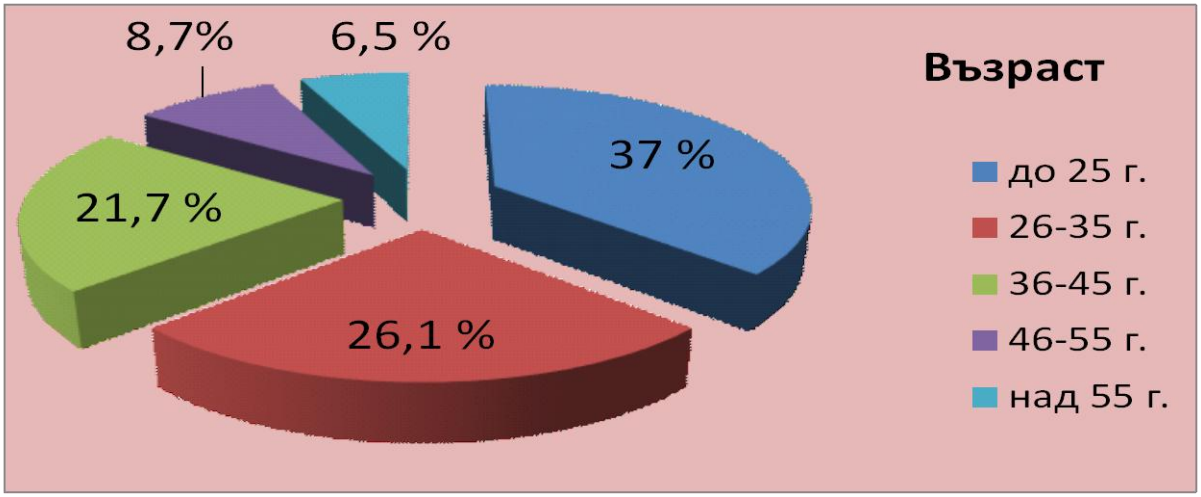
Възрастовата категория, която спомага за установяване на трудоспособността на анкетираните в проведеното проучване показва, че 37% от бежанците са на възраст до 25 години. Установява се превес на младите хора потърсили помощ, убежище и бъдеще в България. Възрастовият профил на лицата с предоставена закрила предполага активно включване в пазара на труда под различни форми - работници, самонаети, с възможност за стартиране на самостоятелен бизнес, както и осигуряването на работни места от страна в лицето на различни работодатели.

Установихме, че 26,1% от потърсилите убежище попадат във възрастовия диапазон 26-35 години. (фиг.4). Като цяло прави впечатление, че преобладават млади и много млади бежанци, което е предпоставка за по-бързо усвояване на трудовата дисциплина, възприемането и пълноценното включване в света около тях.

Процентът на анкетираните на възраст между 36 - 45 години е 21,7%. Хората прехвърлили средната възраст (46 - 55 години) както и онези в напреднала възраст (над 55 години) са съответно 8,7%, и 6,5%.

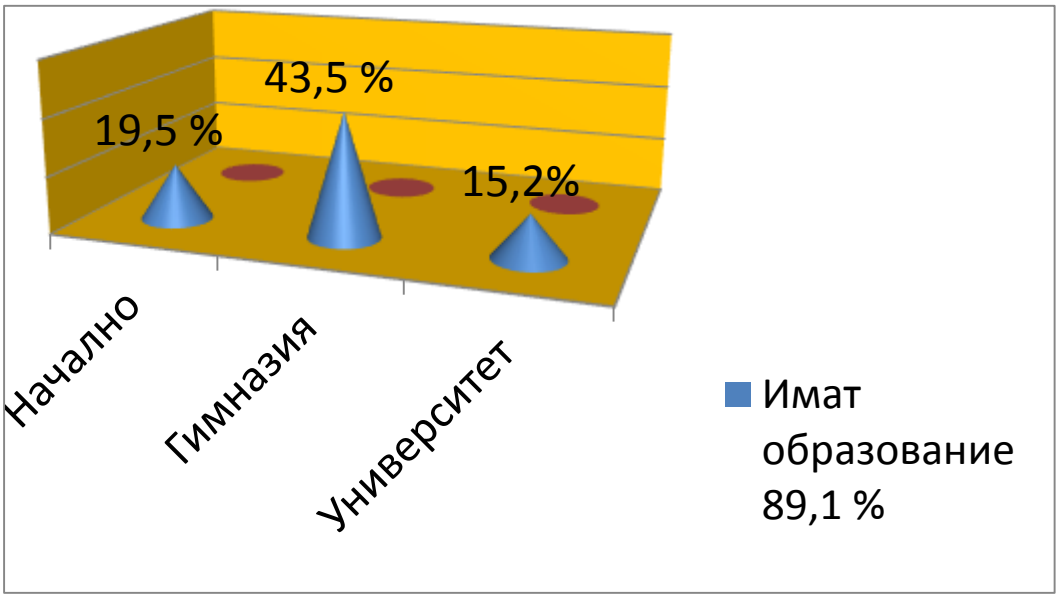
За да се предостави адекватно социално осигуряване и здравеопазване е важно да се отчитат различията между имигрантите и местното население. Това разбира се касае най-вече по-възрастните имигранти, които наближават пенсионна възраст и при които възможността за значително увеличаване на разходите за медицинско обслужване е голяма.

Същевременно високия процент на млади мъже бежанци, може да доведе до социален дисбаланс. Това би довело до демографски проблем, не само за България, но и за Европа.



Фиг.4. Разпределение на бежанците по възраст

Както е известно здравната грамотност, в т.ч. познанията за рисковите фактори на работното място, е в пряка зависимост от степента на образование. Анализът на въпроса от анкетата, свързан с нивото на образование показа, че най-голям брой участници са с гимназиално образование, а над 10% никога не са посещавали училище.



Фиг.5. Образование на бежанците

На фигура 5 е представена графика отразяваща образованието на анкетираните бежанци. От 46-мата анкетирани 10,9% са без никакво образование, 89,1% са посочили, че са образовани - съответно имат начално, средно (гимназиално) или висше образование.

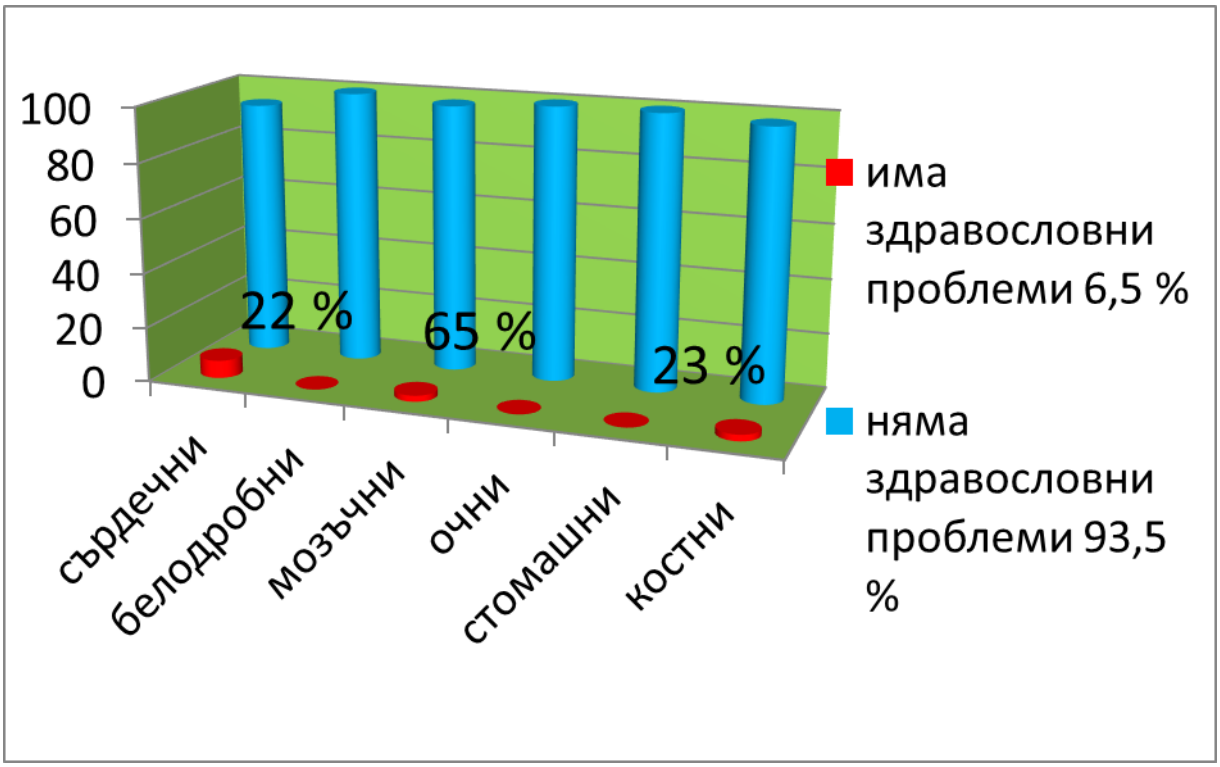
От анкетираните, които имат образование 19,5% са със завършено начално образование, 43,5% - със завършена гимназия и само 15,2% са завършили университет.

Често данните за придобита образователна степен са оскъдни, непроверени или пък не са достатъчно добре обработени. Съществен проблем при удостоверяване на нивото на образование е липсата на документи, включително дипломи при мнозинството от мигрантите, както и невъзможността да бъде установена връзка с институциите издали съответните документи, поради унищожаването им в разразилата се война. Поради това се възприема, че данните, отразяващи образователната степен на бежанците в България, както и в останалите европейски държави са със сравнително ниска достоверност.

Например вследствие на военните действия в Сирия данните, които могат да удостоверят образователната степен на хората пребиваващи на територията на страната са унищожени. По данни на ДАБ от юли 2015 година, лицата потърсили закрила в България имат следната образователна степен: 28% нямат образование, 32% имат начално образование, 23% имат основно образование. При хората с по-високо образование съотношението изглежда така: 12% са завършили училище, а около 2% от бежанците имат дипломи съответно от университет или от полувисше учебно заведение.

Предизвикателство за бежанците при придобиване или повишаване на образователната степен е езиковата бариера. Мнозинството от бежанците, пребиваващи на територията на страната не владеят английски или друг западен език. По отношение на българския език като цяло не говорят и не разбират. С течение на времето част от тях придобиват основни познания т.е.

разбират/говорят малко български език. Това води и до затруднения за тях, по отношение включването им в българската образователна система.



Фиг.6. Здравословно състояние на бежанеца

На Фиг. 6. са представени получените данни, отнасящи се до здравните проблеми, които анкетираните посочват и с които са запознати. Мнозинството от тях са отговорили, че не страдат от изброените здравословни проблеми (93,5%) и едва 6,5% посочват, че имат здравословни проблеми, от тях 2,3% страдат от сърдечносъдови заболявания, 2,1% от заболявания на главата и 2,1% заболявания на костите. До голяма степен получените резултати се дължат и на сравнително младата възраст на участниците в анкетното проучване. Това, въпреки трудни условия на живот и ниското ниво на култура, води до неголям брой на участниците със заболявания.

Процесът на миграция оказва негативно влияние върху здравето на бежанците:

-преди пътуване поради травми, конфликти, насилие, мъчения и др.;

-по време на пътуване свързани със самия режим на пътуване и условията по време на пътуването (често опасни, които може да застрашат живота и като цяло да действат неблагоприятно върху здравето на бежанците; почти винаги липсват основни хигиенни условия и др.);

-при пристигането в приемната общност поради условията на живот в бежанските лагери или приемните центрове;

Други фактори, които имат значение за здравословното състояние на бежанците:

-продължителността на престоя;

-юридически статут и достъпа до здравеопазване;

-езиковите и културни норми и др.

Някои от проблемите на новопристигналите мигранти са следствие от тяхното пътуване и включват инцидентни наранявания: малки рани, изгаряния, мехури, слънчево изгаряне, дехидратация и мускулно-скелетни проблеми.

Предизвикателства, свързани с метеорологичните условия (ниски температури) могат да застрашат здравето на мигрантите по–различни начини. Например да спомогнат за увеличаване на риска от фрактури, навяхвания и разкъсвания; сърдечносъдови и респираторни проблеми; тежки бактериални и вирусни инфекции.

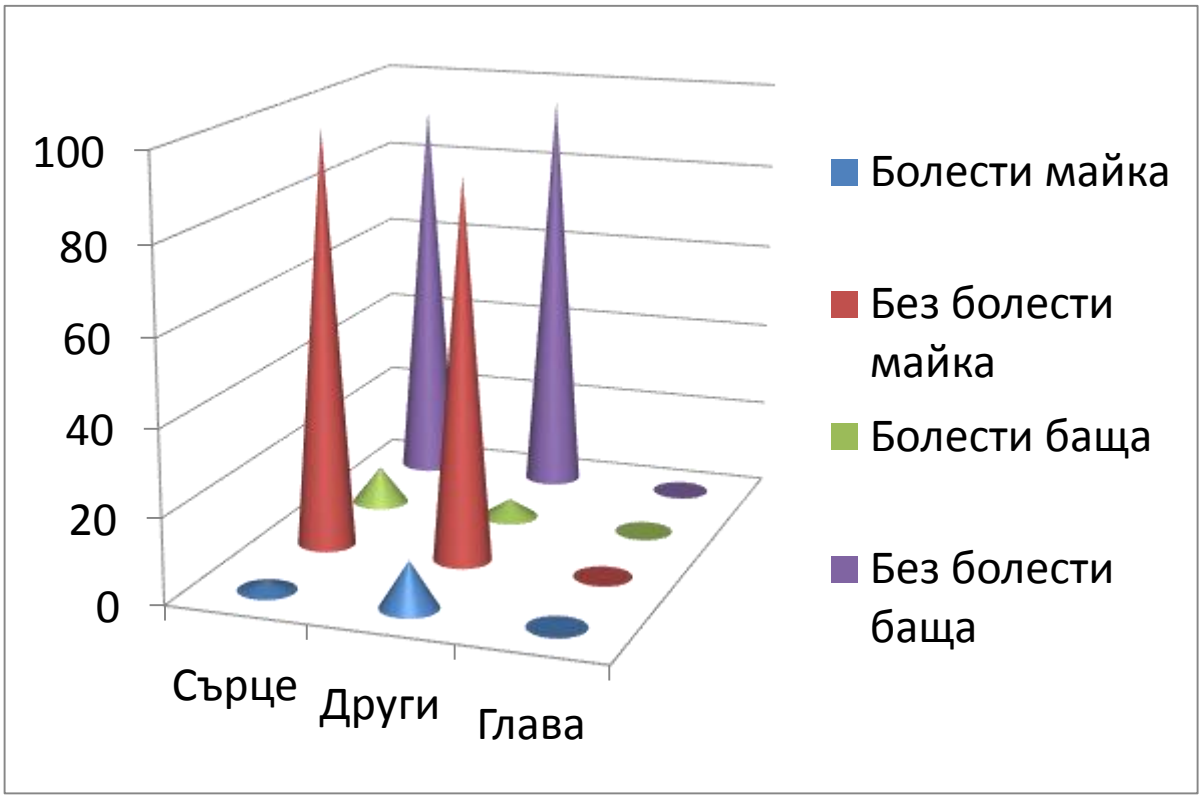
Друг фактор, който обуславя здравословното състояние на бежанците е качеството, нивото и достъпа до здравни услуги в различните държави. От съществено значение е да бъде сформирана медицинска култура още от ранна детска възраст.

В допълнение, мигрантите са изправени и пред редица неформални бариери при достъпа си до здравеопазване, в приемащите държави. Сред тях основни са комуникационните бариери и културните различия.

Обобщено, изброените причини и предпоставки правят здравният статус на имигрантите доста неясен.

С цел проучване на фамилната анамнеза на мигранти беше включен въпрос за социалнозначими заболявания на родините им.

На фигура 7 са показани данните за предаваните по наследство болести на бежанците. Повечето (≈ 95%) са отговорили, че нямат предавани болести от страна на майката и бащата. Допускаме, че високия процент на отговорилите отрицателно се дължи предимно на неразбиране на въпроса или на незнание за здравословното състояние на близките, от които са отделени продължително време. Установихме, че основните хроничните заболявания сред родините на мигрантите са сърдечносъдови заболявания, хронични респираторни заболявания и диабет.



Фиг.7. Болести предавани от майката и бащата на бежанеца

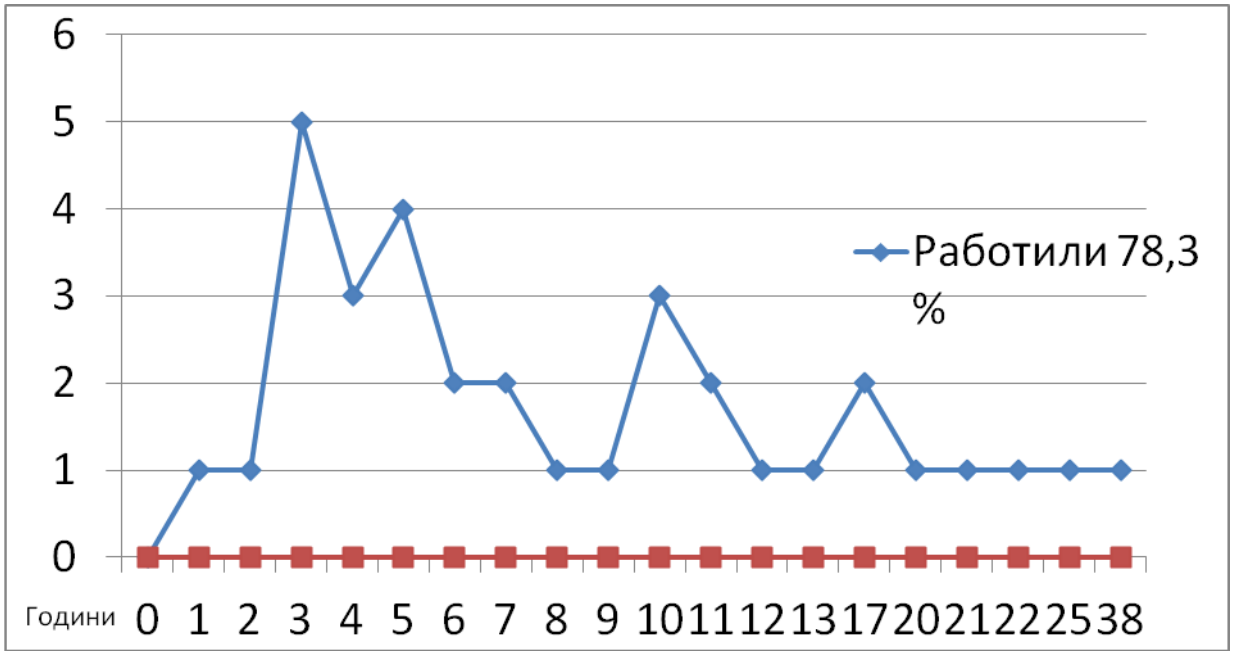
По принцип информацията за здравословното състояние на мигрантите в Европа е откъслечна, което от своя страна поражда редица трудности при наблюдаването и подобряването на здравето им. Системите за здравна информация, в повечето европейски държави, не идентифицират регистрираните по мигрантски статус, а информацията, която официално се събира рядко

включва такива данни. В множество европейски държави изключение правят регистрите отразяващи смъртността, където често са включени индикациите за миграция.

Основно значение за здравната грамотност, по отношение на рисковите фактори на работното място, има практическия опит в дадена професия. Това бе основание да включим въпрос за трудовия стаж на участниците. Анализът на данните показа, че значителна част от анкетираните (21,7%) никога не са работили, въпреки че всички са в трудоспособна възраст.

На фигура 8 е изобразена графика, която показва информация за работния стаж на анкетираните бежанци.

Установихме, че 78,3% от участниците са отговорили положително на въпроса за наличие на трудова дейност в миналото. Най-голям процент от хората (28%) са работили между **3 години и 5 години.** Трудов стаж от **10 години** имат 6,5%, други 6,5% са работили **4 години**. Между **6 години и 7 години** са работили 4,3%. Между **20 години и 25 години** са работили 2,2 % от анкетираните бежанци.



Фиг.8. Години стаж

На фигура 9 са представени данни по отношение занаятът и предишните работни дейности на анкетираните бежанци. Само 23,9% от тях са отговорили, че нямат занаят и работни умения, а 73,9% от анкетираните са отговорили, че имат такъв.

Анкетираните бежанци са посочили различни занаяти и трудов опит. Повечето от тях са се занимавали с различни дейности, а най-много от анкетираните са работили като общи работници в строителството. Част от тях са посочили, че са работили за семеен бизнес – пекарна/хлебарна, аптека. Други са упражнявали занаят като продавачи в магазини за хранителни стоки и месарници.

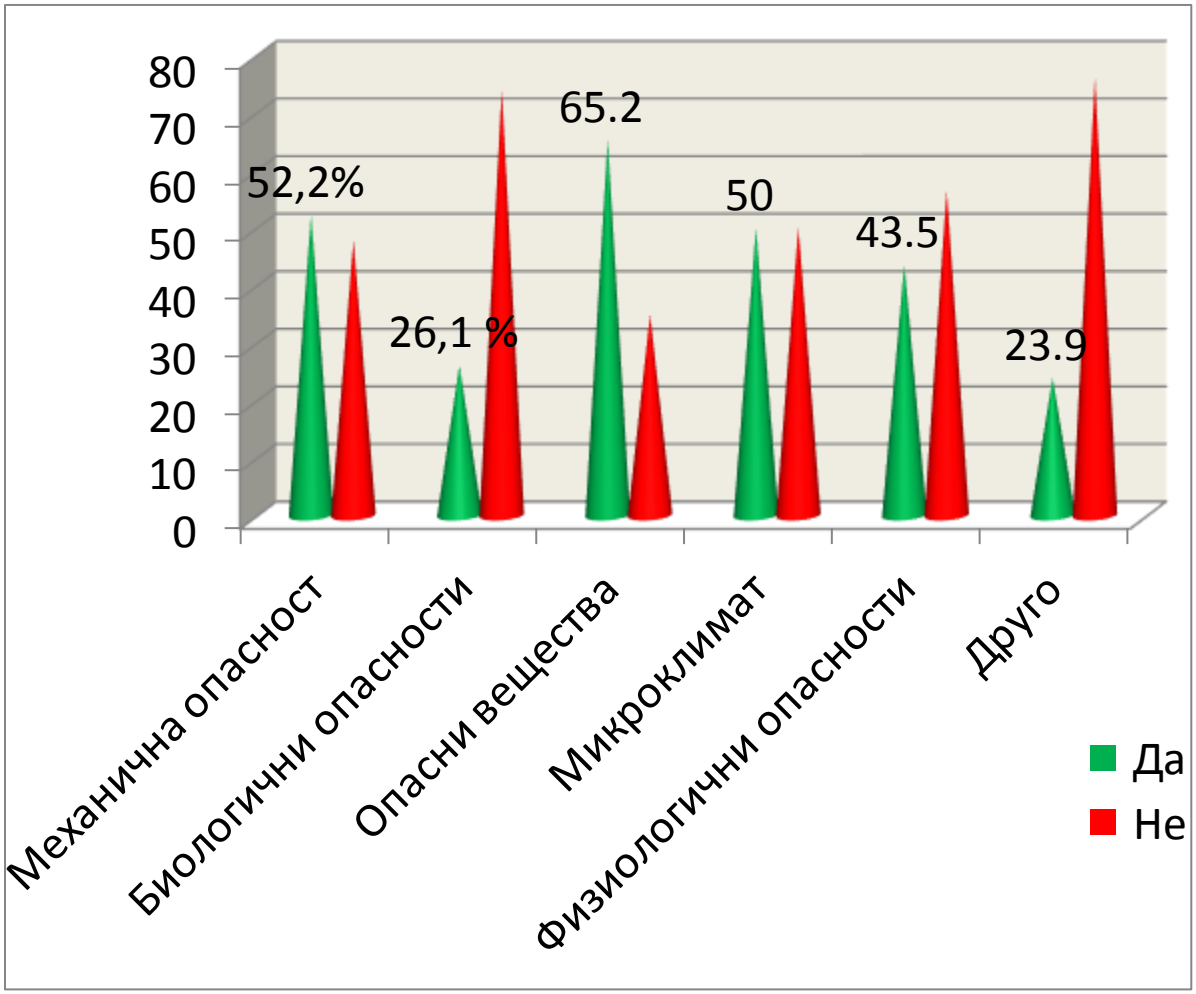


Фиг.9. Работни умения

От гледна точка на оценката на риска по отношение на развитието на професионалните заболявания и трудовите злополуки, най-голям интерес представляват познанията на мигрантите за рисковите фактори на работното място. Тъй като преобладаващата част от участниците са заявили, че са се развивали професионално в икономически дейности свързани със значителни рискове на работното място (строителство, пекарни), потърсихме информация доколко са запознати с наличието на фактори, които могат да увредят здравето им.

Проучихме информираността им по отношение на най-често срещаните и с най-големи здравни ефекти рискови фактори на работното място, а именно: механични опасности, химични вещества, физиологични опасности, биологични агенти, микроклимат и други.

Получените резултати са представени на фигура 10.



Фиг.10. Опасности на работното място

На фиг. 10 са изброени основните опасности по време на трудовия процес, които могат да доведат до заболявания от най-различно естество и евентуално да причинят трайна или временна неработоспособност.

По-голяма част (65,2%) от анкетираните са посочили опасните вещества като първопричина за недобри условия на труд. Обикновено опасните вещества

са всички течни, газообразни или твърди тела, които излагат на риск здравето или безопасността на работниците.

Половината (52,2%) от анкетираните посочват механичните опасности като източник на риск на работното място. Механична травма например може да бъде причинена от движещи се машини и оборудване, незащитени мобилни елементи на производствено оборудване, движещи се продукти, заготовки, срутване на структури, остри ръбове, неравности и грапавини върху повърхности, продукти, инструменти и оборудване, подемно-транспортна техника, както и падащи предмети от височина и много др.

Също половината (50%) от анкетираните отчитат като опасност на работното място и микроклиматът. Производственият микроклимат представлява комплексното въздействие на температурата, влажността и скоростта на движение на въздуха. Той е един от основните физични фактори на работната среда, който често в практиката се подценява и съответно пренебрегва. Специфична особеност на производствения микроклимат е неговата биполярност т.е. възможността му да се отклонява от приетите норми в посока на прегряване или преохлаждане.

Физиологичните фактори са посочени като най-възможната причина за заболявания ~~от~~ - 43,5 % от отговорилите. Те се свързват главно с физическото пренатоварване на човешкия организъм или на отделни негови части, най-вече на опорно-двигателния му апарат.

Биологичните агенти също са считани като представляващи опасност от страна на анкетираните лица - 26,1% са посочили именно тях. "Биологични агенти" са микроорганизми, включително онези, които са генетично модифицирани, клетъчни култури и човешки ендопаразити, които могат да провокират инфекция, алергия или токсичност. Застрашени са работещите в предприятия за производство на храни, селско стопанство, работа с животни и/или продукти от животински произход, здравни и лечебни заведения, ветеринарномедицински и диагностични лаборатории, третиране на отпадъци, пречиствателни станции за отпадни води.

Част от (26,1%) от анкетираните считат, че има други фактори на работното място, които може да навредят по време на трудовия процес.

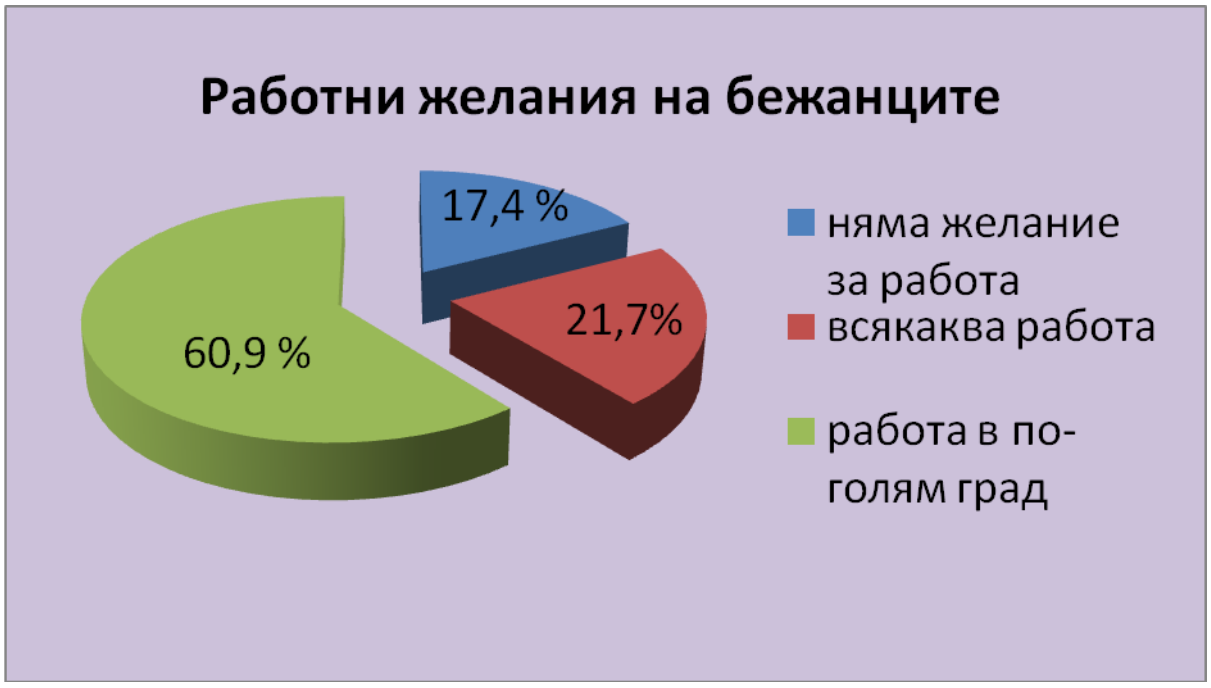
Здравословните и безопасни условия на труд са сложен и понякога проблематичен въпрос, който може да се контролира с правилините практики и методики.

Анализът на резултатите показа, че близо половината от участниците не считат, че на работното място съществуват рискове. Това е тревожен факт, който показва, че непознаването на рисковите фактори и непредпазването от тях би могло да доведе с по-голяма вероятност до трудова злополука или професионално заболяване при определена експозиция.

С цел установяване на риска от професионални заболявания и трудови золполуки при бъдеща експозиция, анализирахме желанието на участниците за професионална реализация в България.

На фигура 11 е отразена степента на желание на анкетираните бежанци да работят в България и съответно какво биха избрали да работят.

Повече от половината (60,9%) анкетирани са посочили, че предпочитат да работят в големите градове на България, а 21,7% са уточнили, че нямат претенции относно вида работа. Онези, които не проявяват желание да работят в България са 17,4%. Тези данни индикират, че част от бежанците възприемат България като транзитна дестинация, а не като място за трайно установяване. Повече от половината анкетирани обаче, считат че биха могли да уседнат в страната ако успеят да намерят подходяща работа или независимо каква работа и е възможно да си осигурят достатъчно добри условия на живот.



Фиг.11. Работни желания на мигрантите

Обобщение

Пространственото придвижване на огромни маси от хора през националните граници – определяно като външна или международна миграция - е едно от най-впечатляващите социални явления на съвременния свят.

След проведеното проучване сред 46-ма бежанци от бежански центрове за временно настаняване в гр. София се установи, че в тях преобладават младите мъже под 25-годишна възраст и на възраст между 26 и 36 години. Те са в трудоспособна възраст и видимо в добро физическо и психическо състояние, въпреки прекараните изтощителни преходи за достигане до границите на държави-първоприемник.

От статистическите демографски данни е видно, че в повечето европейски държави, както и в България, населението е застаряващо, а раждаемостта – ниска. Съответно дори в краткосрочен план се очаква да настъпи остър недостиг на работна ръка. В този смисъл имигрантите, макар в преобладаващата си част да са нискоквалифицирани, може да се окажат изключително полезни за икономиката на страната.

Имиграционният процес има дългосрочен ефект върху възпроизводството на населението, неговите демографски характеристики, пазара на труда. Той смекчава негативния ефект от застаряването на населението и работната сила.

Имиграцията е начин за преодоляване на макроикономическите последици от застаряването на населението и е средство за балансиране на съотношението между търсенето и предлагането на работна сила, като по този начин допринася за равновесието на пазара на труда.

Повечето от анкетираните бежанци посочват, че са работили и имат трудов стаж средно между 3 и 10 години. Споделят също, че са помагали в семейния бизнес, работили са като общи работници в строителството, търговията и други браншове.

Завършилите висше образование са почти изцяло от Сирия и са работили като инженери, фармацевти или са имали частен бизнес.

В здравния и социален сектор особено нараства потребността от нискоквалифицирани работници като например хора, които могат да осигуряват неспециализирани домашни грижи за болни и възрастни хора. Наред с това съществува възможност за реализацията им и на висикоквалифицирани позиции.

Определящите характеристики на най-голямата група от анкетираните бежанци са следните:

-млади мъже, завършили предимно основно и гимназиално образование;

-родом от Иран, Ирак, Пакистан;

-без голям трудов стаж и професионален опит.

Във връзка с потенциалната възможност имигрантите да се присъединят към контингента на работната сила в България е редно да бъде поставен въпросът дали бежанците са наясно с опасностите на работното място.

На първо място, те могат да имат различно разбиране и познаване на рисковете на работното място в сравнение с хората родени в България. Приема се, че при съпоставими позиции работните условия в България са по-безопасни отколкото в развиващите се страни. Освен заплащането, вероятно това би следвало да е и

една от основните причини, поради които някои имигранти са склонни да се захванат с опасна работа, тъй като те не я възприемат като особено рискова.

На следващо място за преценяването на рисковете на работното място има значение и по-ниското ниво на образование (човешки капитал), както и нивото на владеене на английски и български език.

Анкетираните са посочили, че работата може да увреди тяхното здраве най-вече при случаи на излагане на опасни вещества, което е много по-често срещано на работните места в Европа. Опасните вещества на работното място може да причинят множество здравословни проблеми и болести, както и да причинят риск за безопасността на работещите.

Необходимо е да се създаде култура на превенция, за да се гарантира успешно предотвратяване на случаите на влошаване на здравето, наранявания и смъртни случаи, причинени от опасни вещества на работното място, из цяла Европа. Всички участници трябва да са запознати с рисковете и да се ангажират с тяхното предотвратяване или управление, като например осигуряване на медицинско наблюдение и предлагане на подходяща ваксинация на работещи.

На анкетираните е зададен въпрос за тяхното здравословно състояние в момента, като 93,5 % са отговорили, че нямат здравословни проблеми и се чувстват здрави. Вероятно това се дължи на факта, че преобладаващата част от тях попадат в млада възраст. 6,5 % от анкетираните са подчертали, че имат здравословни проблеми, като 2,3 % определят, че това са неврологични проблеми, 2,1 % усещат проблеми в областта на сърцето и 2,2 % заявяват, че имат проблеми с костно-мускулната система. Като се вземе предвид, че повечето от тях са предимно млади мъже може да се предположи, че заявените проблеми се дължат на дългите преходи и преминаване на държавната граница, както и до достигане на центровете за настаняване на бежанци. Не е констатирано дали заявените оплаквания могат да имат психосоматичен характер и да се дължат на преживяни травмиращи събития, страх, стрес.

Съгласно чл. 29, ал. 1, т.5 от ЗУБ чужденците, които се намират в производство по предоставяне на международна закрила имат право на здравно осигуряване,

на достъпна медицинска помощ, безплатно ползване на медицинско обслужване при условията и по реда за българските граждани.

Правата им са гарантирани в чл. 40, ал.3, т.7 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). Осигуряват се за сметка на републиканския бюджет, освен ако не са осигурени по реда на ал.1: лицата в производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище.

Медицинският преглед на лицата, търсещи международна закрила се осъществява в здравните кабинети към Териториалните поделения на Държавната агенция за бежанците при Министерския съвет, като се извършват следните дейности:

§ Първоначални изследвания при регистрация на лицата, подали молба за закрила постоянно медицинско наблюдение;

§ Оказване на първа медицинска помощ;

§ Контрол върху хигиенното състояние на лицата;

§ Текущ контрол за спазване на хигиенните изисквания;

§ Изготвяне и поддържане на медицинска документация за всяко лице.

Социалните експерти в Държавната агенция за бежанците при Министерския съвет подпомагат достъпа до здравеопазване на лицата, търсещи международна закрила, като: консултират лицата по здравни въпроси; записват ги на личен лекар; придружават лицата до болнични заведения; издават служебни бележки до НАП за здравноосигурените лица и др.

Някои проучвания сочат, че хроничните заболявания сред мигрантите са основно сърдечно-съдови заболявания, рак, хронични респираторни заболявания и диабет.

Много от тях години наред преживяват физическа и емоционална травма, включително и изтезания. Това може да увеличи риска от психологически проблеми като посттравматичен стрес.

По отношение на потенциална фамилна обремененост 2,2% от анкетираните са заявили, че в техните семейства по майчина линия са регистрирани заболявания на сърцето, 10,9% са посочили други заболявания неизброени по-

горе. 8,7% от участвалите в проучването са посочили наследствена обремененост по бащина линия свързана отново със сърдечни заболявания, а 4,3% - с други болести.

Тези данни биха били полезни за включване на бежанците в програми за опазване на общественото здраве и профилактика, както и за планиране на ресурси за тези дейности. Безспорно е, че превенцията има значителна роля за продължителността на живота, както и за подобряване качеството на живот.

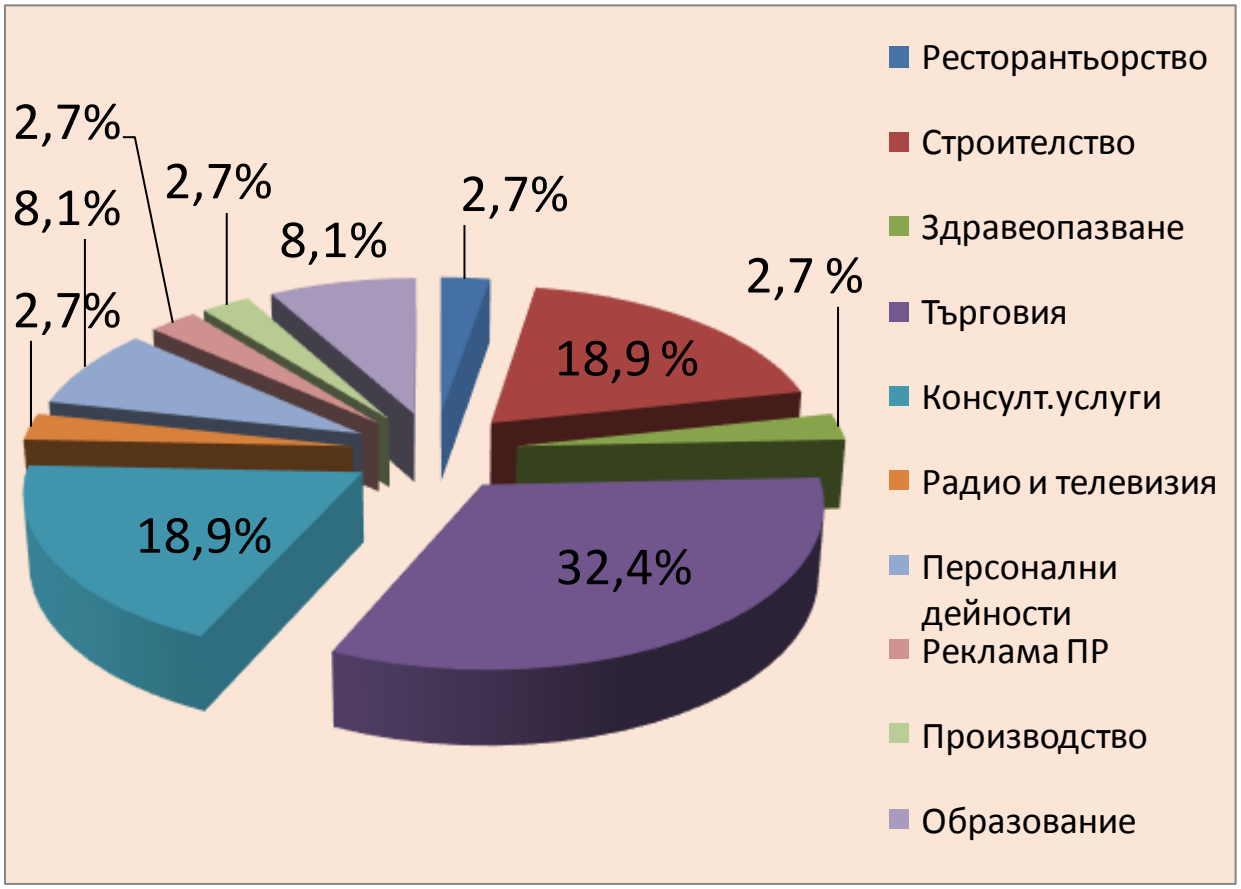
За много бежанци страната ни е транзитна държава към по-добрия свят, но за някои се оказва място, където искат да останат и намерят препитание. 60,9% от анкетираните бежанци имат желание да работят в България, но в големите градове, където смятат, че ще имат възможност да получат по-високо трудово възнаграждение. 21,7% от анкетираните са посочили, че са съгласни да работят каквото и да е, само да получават по-високи заплати, а 17,4% от анкетираните не желаят да работят в България. Най-често при търсене на работа бежанците се насочват към шивашката индустрия, строителството и търговията, като в повечето случаи за назначаване на работа се изисква бежанците да имат завършено образование, както и да владеят български език.

Средната възраст на започналия работа бежанец в България през 2016 г. е около 45 години. По данни на Агенция по заетостта най-младите работещи бежанци са на 29 г., а най-възрастните на 60 г. През 2015 г. средната възраст на работещите бежанци е била около 36 години. Тогава най-младия работник-бежанец е бил на 19 години, а най-опитният чуждестранен служител на 58 години.

Имигрантите идват от страни, чието население има различно демографско поведение, носители са на друг език, култура и политически възгледи. Често тези характеристики коренно ги отличават от основното население на приемащата страна. Това поражда обществено напрежение и допълнително капсулиране на имигрантските общности с всички произтичащи от това отрицателни последици. Активното им включване в трудовия процес би било надеждна предпоставка за пълноценното им интегриране в обществото.

3.4 Анкетното проучване сред работодатели за специфичните нужди от знания, умения и поведение при наемане на мигранти

Проведено бе проучване на работодатели, които имат собствен бизнес /с различен предмет на дейност/, на територията на гр. София, което разглежда нагласите им за наемане на работа на мигранти. Сто човека - работодатели са отговорили на предоставената анкетна карта.

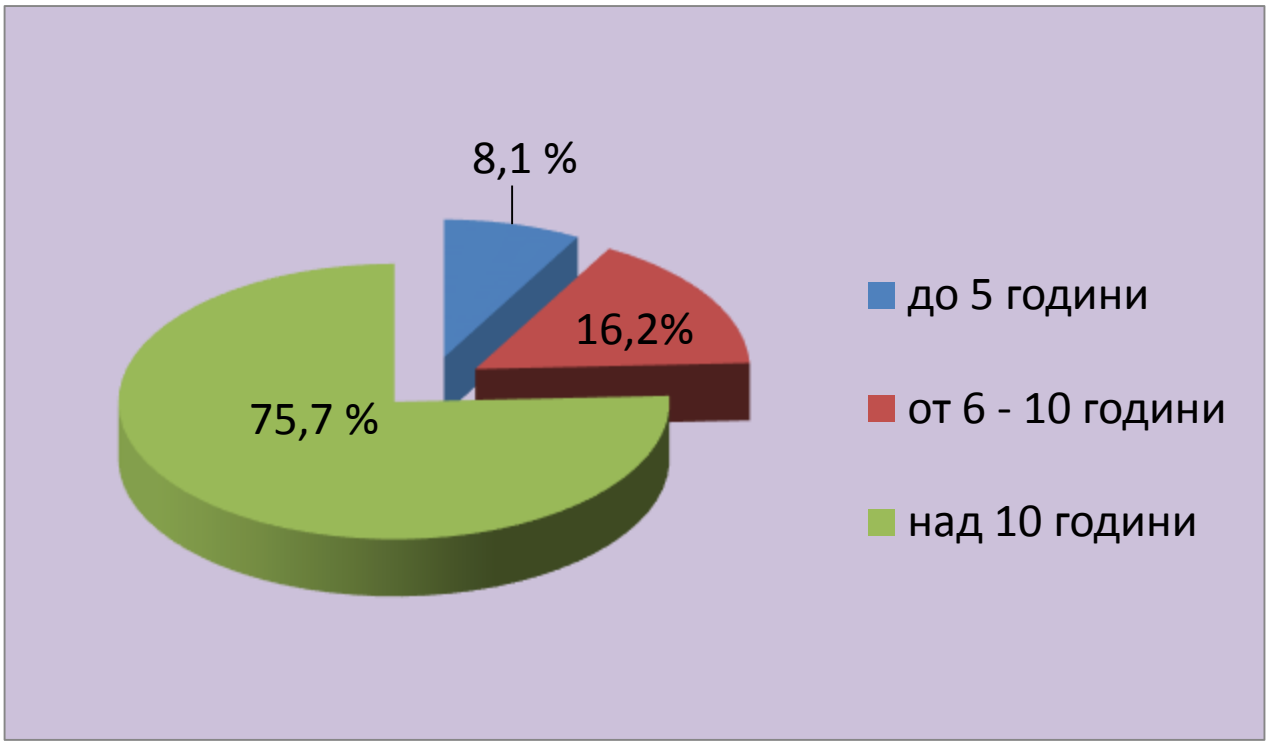


Фиг.12. Предмет на дейност на работодателите не наемащи мигранти

На Фигура 12 са представени данните, които се отнасят до предмета на дейност на анкетираните работодатели, в различните отрасли и сфери на българската икономика. Като процентно съотношение: 32,4% от работодателите са управители в сферата на търговията, 18,9 % от анкетираните са собственици на строителни фирми и същият процент от 18,9 % са в сферата на

консултантските услуги. След тях се нареждат с 8,1% тези в сферата на личните услуги, а други 8,1 % се занимават с образование и наука.

Анкетираните собственици на търговски обекти за хранене са 2,7 %, следвани от частни медицински лица работещи за себе си в сферата на здравеопазването – отново 2,7 %. Управителите в сферата на производството също са 2,7 %. Ангажираните в печатни и електронни медии са 2,7 % както и тези, които се занимават с реклама и връзки с обществеността. Видно е, че са анкетирани представители от почти всички сфери на малкия и среден бизнес в България, за да получим възможно най-обективен резултат във връзка с разглежданата, в дисертационния труд, проблематика. А и към момента точно в немалката част от тези сфери е обявен недостиг на ниско квалифицирана работна сила, ниша, в която част от мигрантите е възможно да бъдат включени.

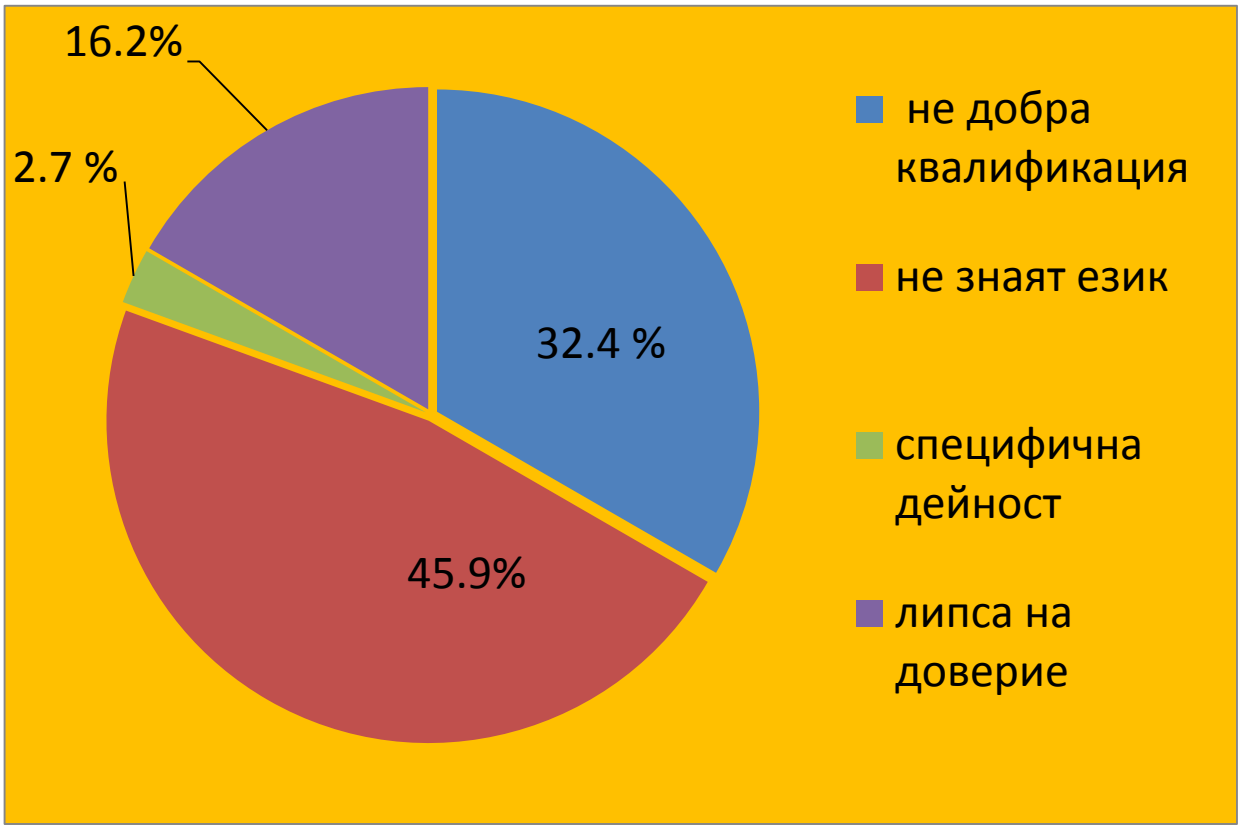


Фиг.13. Продължителност на дейност на работодателите не наемащи мигранти

На Фигура 13 са представени данните за продължителност на дейността извършвана в различните бизнес сфери, в които анкетираните работодатели

участват или които директно управляват. Работодателите със стаж и опит над 10 години в своята сфера са 75,7 %, онези които са посочили, че управляват със своя бизнес между 6 години – 10 години са 16,2 % , а 8,1 % са стартирали своя бизнес преди 5 години.

Голям е делът на работодателите, които имат значителен опит в сферата, в която се развиват и би могло да се каже, че те са наясно с пазара на труда, с механизмите на наемане на работници и служители, със своите необходимости от работна сила, както и с компромисите, които биха направили или пък не биха направили по отношение на наемането на нови служители.



Фиг.14. Причини, поради които не се вземат мигранти

На Фигура 14 е представено процентното съотношение на работодателите, **които не желаят** да наемат мигранти на работа в своята фирма.

От анкетираните собственици на фирми 63 % посочват, че не биха наели мигранти на работа в своята фирма и причините за подобно решение са

различни. Обикновено споделят, че се притесняват, тъй като мигрантите нямат добра професионална квалификация и опит, за да заемат обявената вакантна длъжност. Най-голям процент от анкетираните работодатели - 45,9 % - са на мнение, че не биха наели мигранти поради факта, че не знаят български език. Това е един от обективните критерии при наемането на служители – в обявите за работа неизменно се посочват определени езикови и личностни умения и те се явяват ключов фактор, за да може даден човек да се нарече конкурентноспособен на пазара на труда.

Например някои сфери като тази с предмет на дейност в човешките ресурси изискват перфектно владеене на езика.

Освен това 16,2 % от анкетираните работодатели посочват, че нямат доверие на чуждестранните граждани, тъй като се страхуват да не бъдат подведени или измамени. Други 2,7 % от работодателите отбелязват, че професионалното направление, в което се развиват е твърде специфично и поради това изразяват съмнение дали мигрантите биха се справили качествено с поставените им задачи. За много малка част от анкетираните мотивация за наемането на мигранти се явява предоставената от държавата възможност да бъдат данъчно облекчени, а само няколко работодатели признават, че ги наемат заради по-добрите им трудови качества.

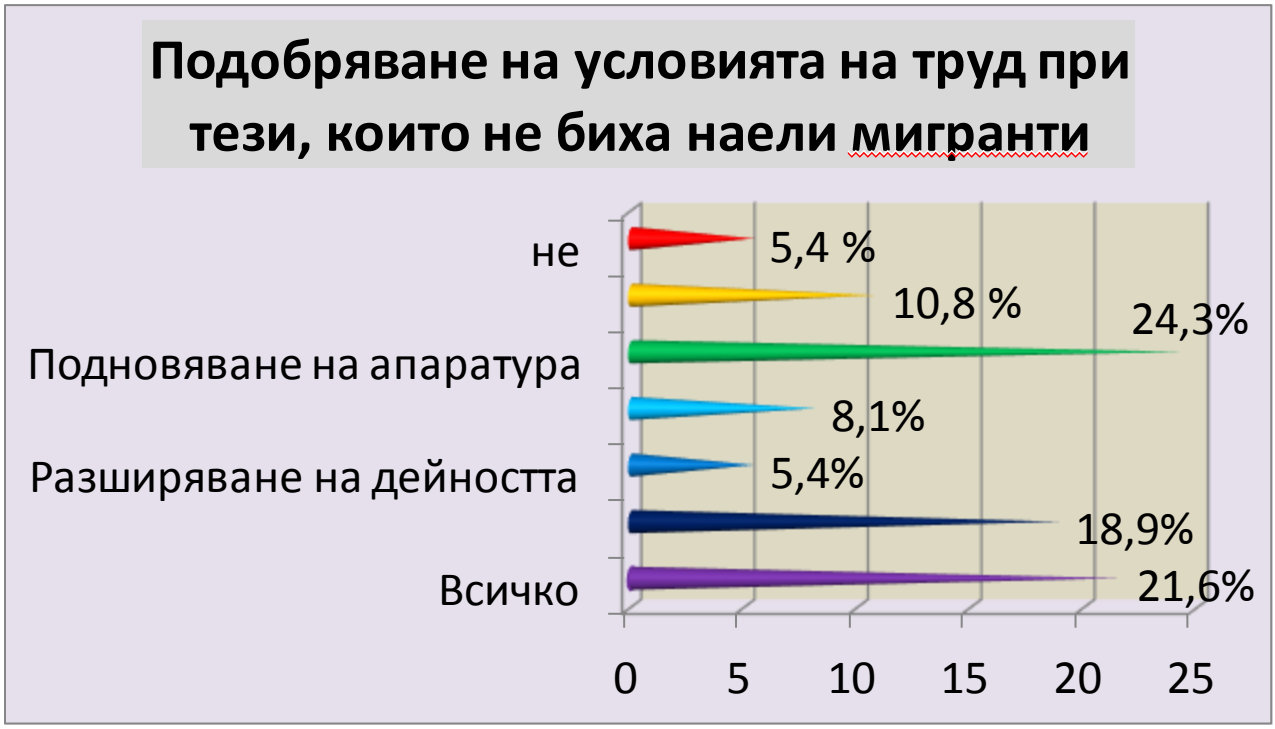
Може да се каже, че анкетираните работодатели имат по-скоро негативна нагласа към наемането на мигранти в техните фирми, най-вече поради факта, че трудно биха комуникирали с тях. Те изразяват опасение, че мигрант, който не владее български език не би разбрал правилно задачите, които му се поставят. Така само ще бъде изразходван определен ресурс за наемането на подобен служител, а по-късно той няма да успее да разгърне професионалния си потенциала - да бъде достатъчно полезен за дадената сфера, тоест възвръщаемостта от наемането му, за работодателя, би била минимална.

На Фигура 15 са отразени процентите на анкетираните работодатели, които със сигурност преквалифицират персоналът си.

По отношение на преквалификацията на служителите 56,8 % от анкетираните работодатели посочват, че изпращат на обучение и преквалификация своите служители, а 43,2 % не считат за необходимо да изпращат служителите си на подобни обучения. Все пак окуражителен е резултатът, че по-големия процент работодатели оценяват необходимостта от обучение и преквалификация на своите служители. Периодичното квалифициране и преквалифициране на персонала води до затвърждаване на придобитите знания, както и до придобиване на специфични умения за новите технологични процеси в различните отрасли. По този начин служителите стават по–компетентни и по–сигурни в професионалните си качества. Това пък от своя страна повишава работоспособността и уседналостта в дадената компания (намалява се текучеството на персонала), както влияе положително и на мотивацията за постижения.



Фиг.15. Преквалификация на персонал без наемане на мигранти



Фиг.16. Подобряване на условията на труд при тези които не биха наели мигранти

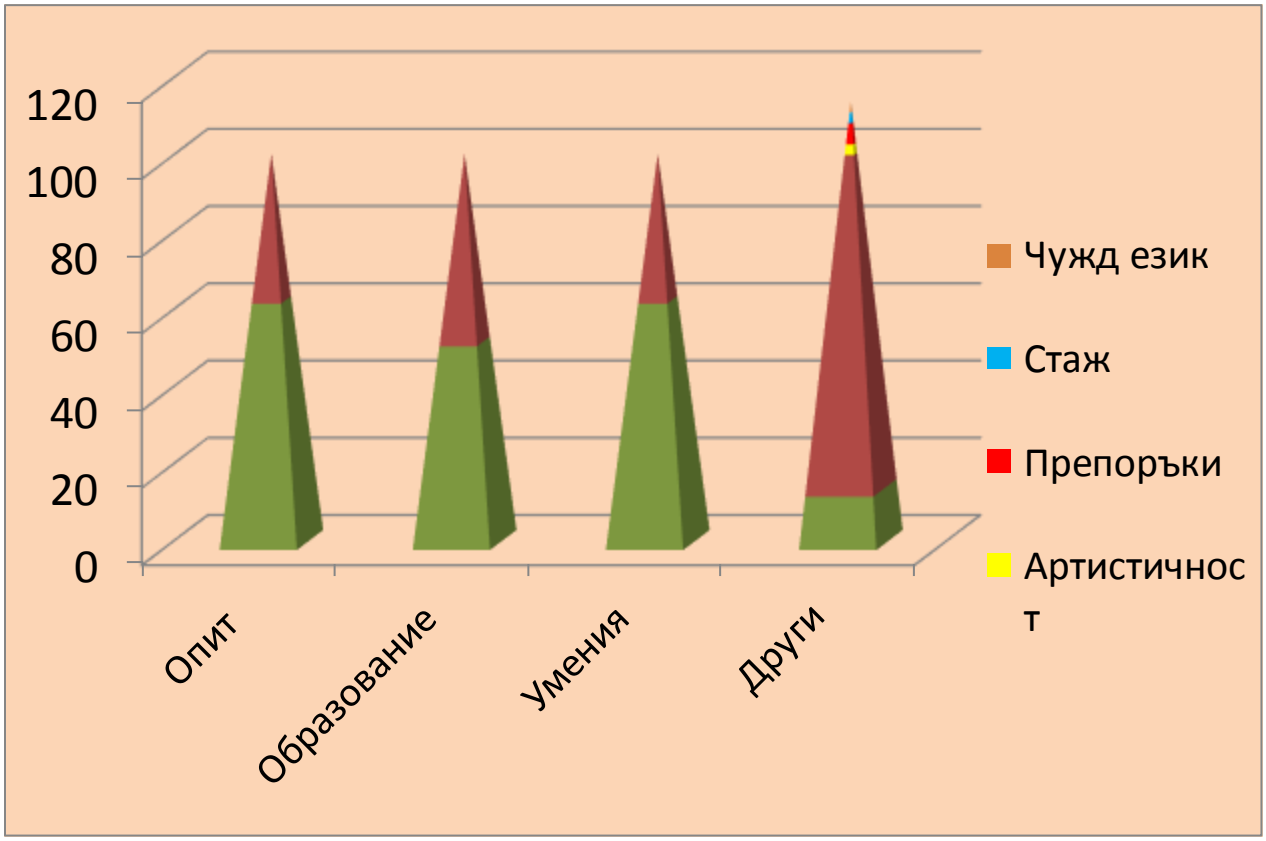
Фигура 16 ни представя възможностите, с които работодателите биха подобрили условията на труд в организацията си, ако имаха такава възможност.

Най-голям е процентът на анкетираните работодатели - 24,3 %, които биха искали да подобрят условията на труд чрез подновяване на апаратурата - закупуване на нови машини, инструменти, превозни средства и така нататък. Други 21, 6 % са на мнение, че биха променили изцяло условията на труд в техните организации. От анкетираните собственици 18,9% смятат, че условията на труд налагат увеличение на социалните придобивки, а 10,8% искат да подобрят работния процес чрез квалификации и обучения. Част от работодателите - 8,1 %, имат необходимост от привличане и набиране на нови клиенти. Най – малък процент от анкетираните - 5,4 %, искат да разширят своят бизнес. Същият процент - 5,4 % нямат желание да подобряват нищо в своята организация.

Видимо е, че повечето работодатели са фиксирани върху това не да подобряват ~~не~~ уменията на своите служители, а повече средата, в която те работят. Това, от една страна е позитивно, тъй като новите технологии подобряват качеството им на работа. И все пак има какво да се желяе по отношение на разбирането за повишаване личната квалификация на всеки един служител и приносния момент, в това отношение.

На Фигура 17 е отразено на какъв принцип работодателите, които не искат да наемат мигранти подбират персонала си.

Голям е процентът на работодателите (62,2 %), които посочват, че наемат служителите си единствено ако притежават опит по отношение на обявената вакантна длъжност, също 62,2 % подбират персонала си на базата на определени умения. Други 51,4 % обявяват, че наемат персонала си според подходящото образование. 13,5 % са отбелязали, че ги подбират по други критерии, а 5,4 % наемат служителите си чрез препоръки. Най-нисък е процентът на работодателите - 2,7 % - които наемат даден кандидат само ако има стаж по заеманата длъжност, други 2,7 % само ако владее чужд език и още 2,7% според артистичните му заложби. Оказва се, че българските работодатели наемат служители предимно с опит по отношение на длъжността, която е обявена за вакантна. Това означава, че те не са склонни да наемат служител, който притежава образование, качества и мотивация, дори да е с малък или никакъв опит, тъй като вероятно не биха искали да отделят ресурс за обучението му, тоест не са убедени в крайния резултат.



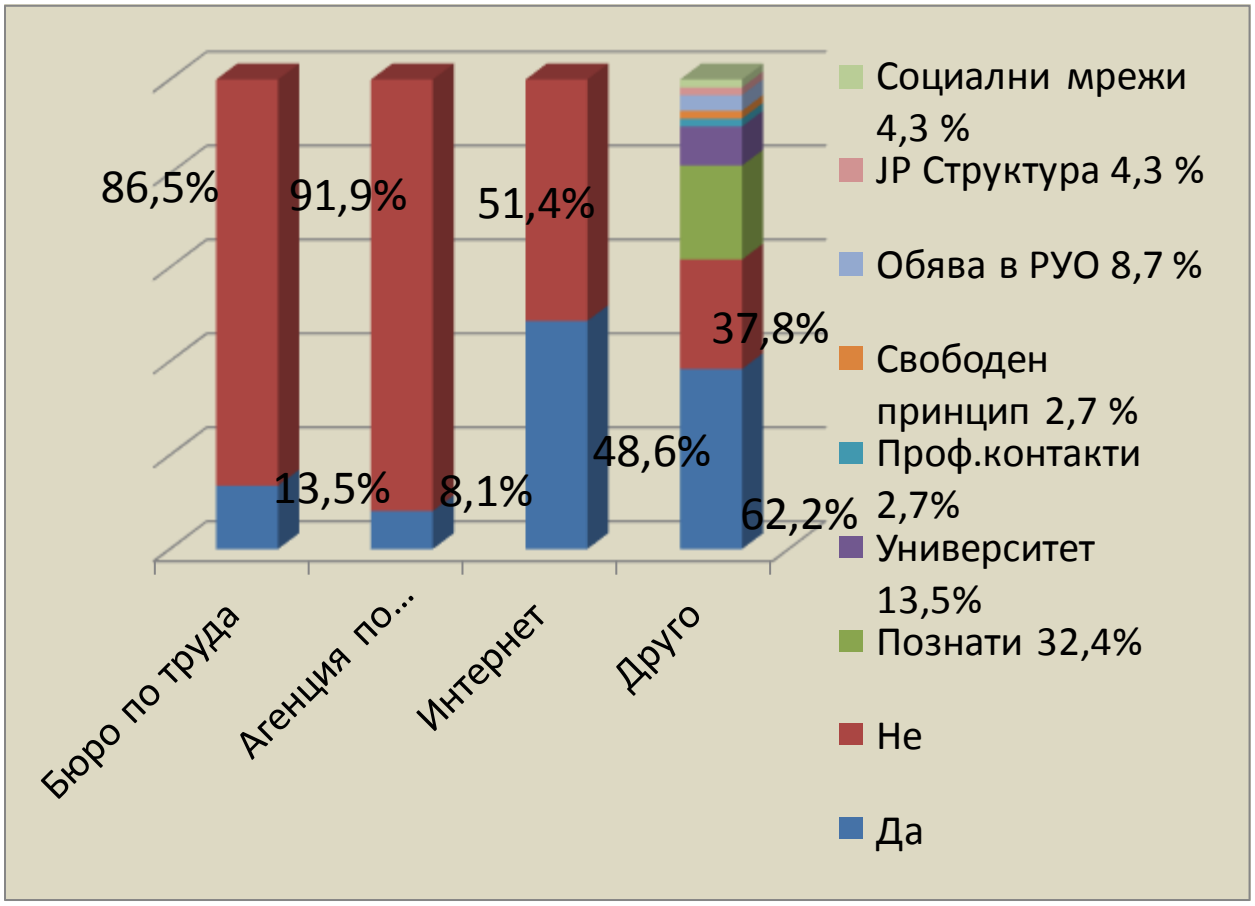
Фиг.17. Принцип на подбор на персонала за тези, които не наемат мигранти

Фигура 18 разглежда кои канали за подбор използват анкетираните работодатели, за да наемат персоналът си.

Най-висок процент от изследваните работодатели (62,2 %) наемат служители от други места, 48,6 % подбират персонала си чрез обяви в интернет, 34,2 % съобщават, че подбират служители чрез свои познати, 13,5 % наемат персонал от бюрата по труда, а други 13,5 % предпочитат и са заинтересовани да намират персонал от университетите, 8,1 % наемат персонала чрез агенцията по заетостта. Равен процент - 2,7 % - разчитат на личните си контакти, наемат персонала чрез публикуване на обяви за работа в пресата, чрез социалните мрежи или чрез друга структурата.

Като цяло българските работодатели са наясно с основните канали за подбор на нови служители и ги използват по предназначение. Липсата на квалифицирани

служители в почти всяка икономическа сфера налага непрекъснато сравнение с другите компании в бранша, по отношение на заплащането и включването на различни социални пакети, за да се привлекат правилните кадри.

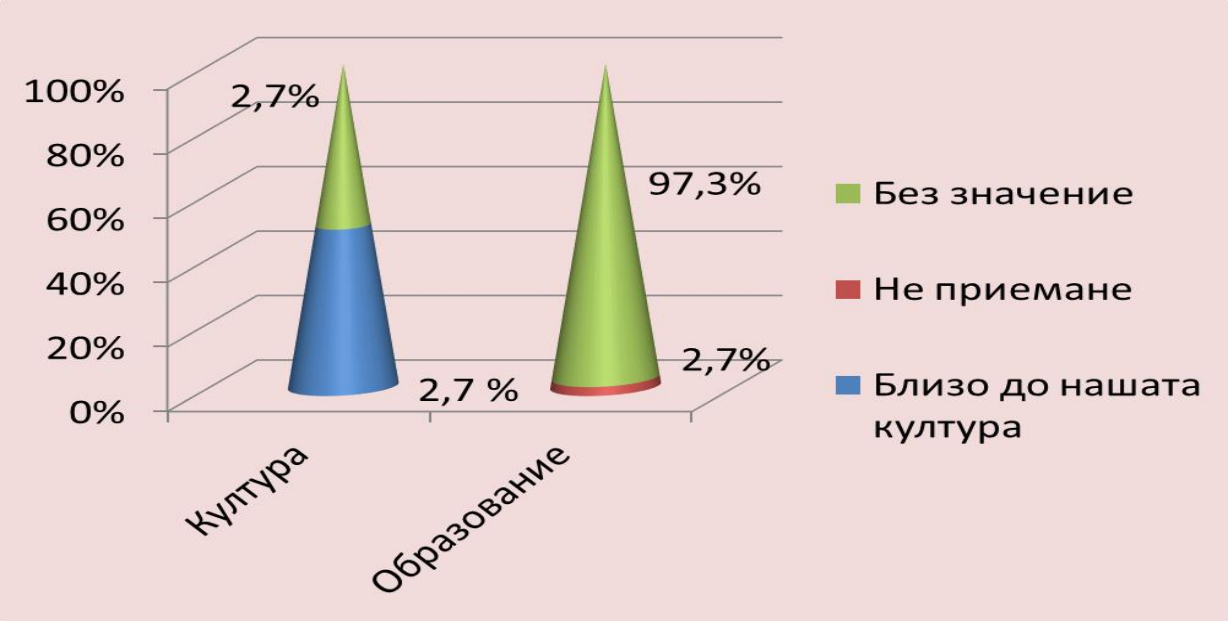


Фиг.18. Наемане на мигранти

На Фигура 19 са отбелязани предпочитанията на работодателите по отношение на образованието и културата на наетите служители.

За 2,7 % от анкетираните работодатели, няма никакво значение образованието и културата на техните служители, а други 2,7% биха предпочели техните служители да изповядват християнската вяра и религия.

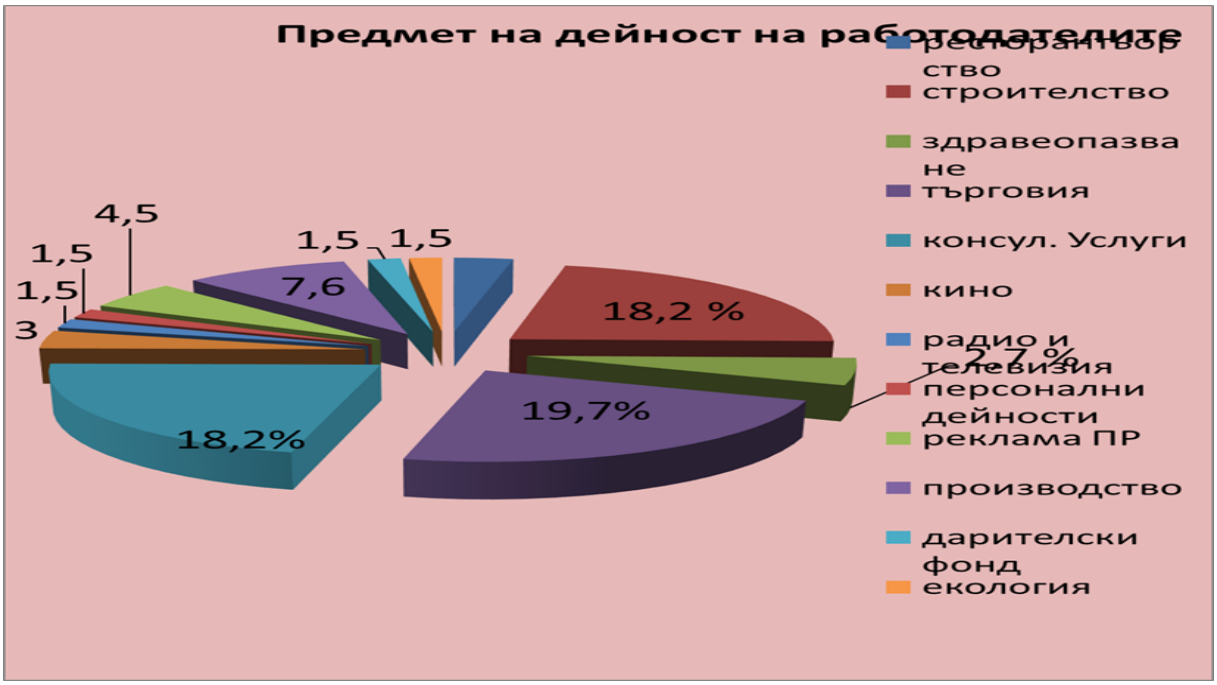
Загрижеността във връзка с изграждането на добри отношения с другите и способността за преодоляване на предразсъдъците, и страха са основни средства за насърчаване на култура, в която сме готови не само да даваме, но и да възприемаме от другите.



Фиг.19.Образование иклутура на мигрантите

3.4.1 Резултати от анкетното проучване на работодатели, които са наели и имат желание да наемат мигранти

От стоте анкетирани работодатели, 66 % са на мнение, че биха наели мигранти в своите фирми и предприятия, а някои от тях споделят, че вече са наели.

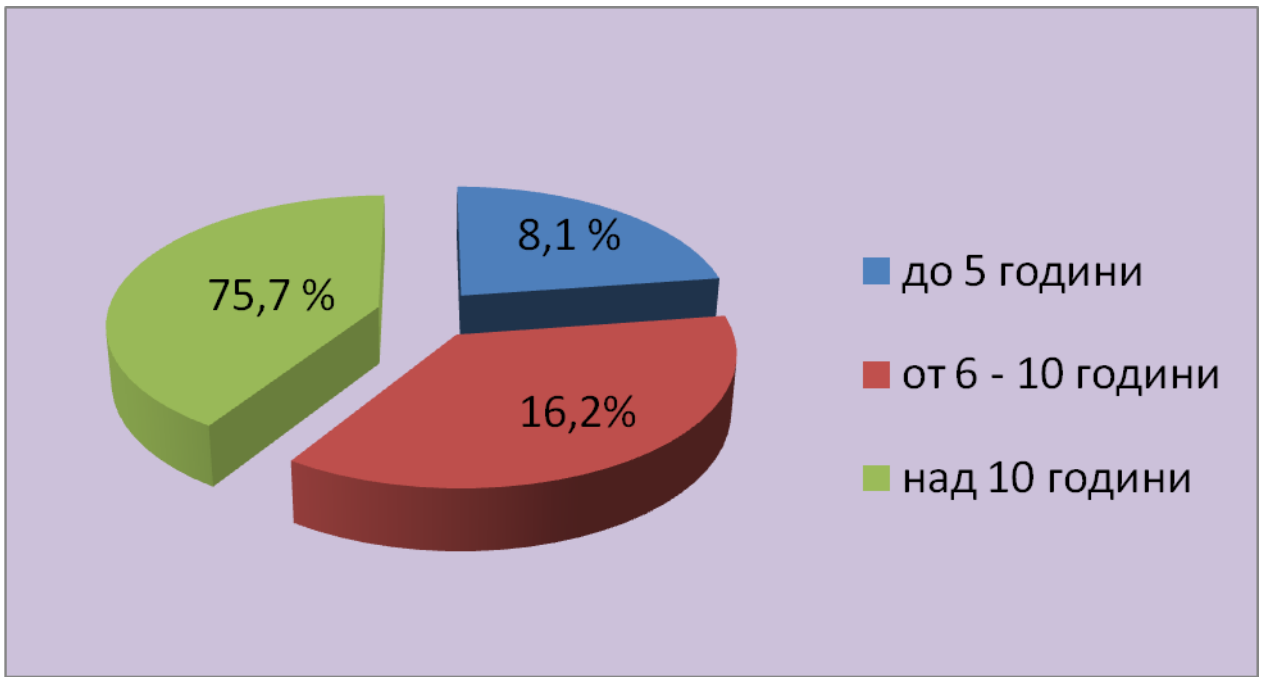


Фиг.20. Предмет на дейност на работодателите наемащи мигранти.

На фигура 20 е посочен предметът на дейност на работодателите, които декларират, че наемат мигранти. 19,7 % от собствениците на фирми в сферата на търговията заявяват, че са наели мигранти и имат желанието да наемат още, а 18,2 % от работодателите в сферата на ресторантьорството, строителството и консултантските услуги са наели и имат желание да наемат. 7,6 % от анкетираните заявяват, че искат да наемат и са наели в производството. 4,5 % са наели и биха наели в рекламата и връзките с обществеността. 3,0 % биха наели в производството на филмови продукти. И най–малкият процент - 1,5 % - е за работодатели, които са в сферата на радио и телевизионните дейности, персоналните дейности, екологията, дарителските фондове.

Резултатите ясно очертават тенденцията, че работодателите наемат или биха наели мигранти единствено за по-нискоквалифицираните дейности, свързани не

толкова с комуникация, колкото с така наречения ръчен труд – подреждане на стоки, почистване, строителни дейности и други. При тях се изискват повече качества като мотивация, сръчност и физическа издръжливост – докато в по-специализираните и строго профилирани дейности се изискват много по-голям набор от професионални и личностни качества, които голяма част от мигрантите вероятно не притежават.



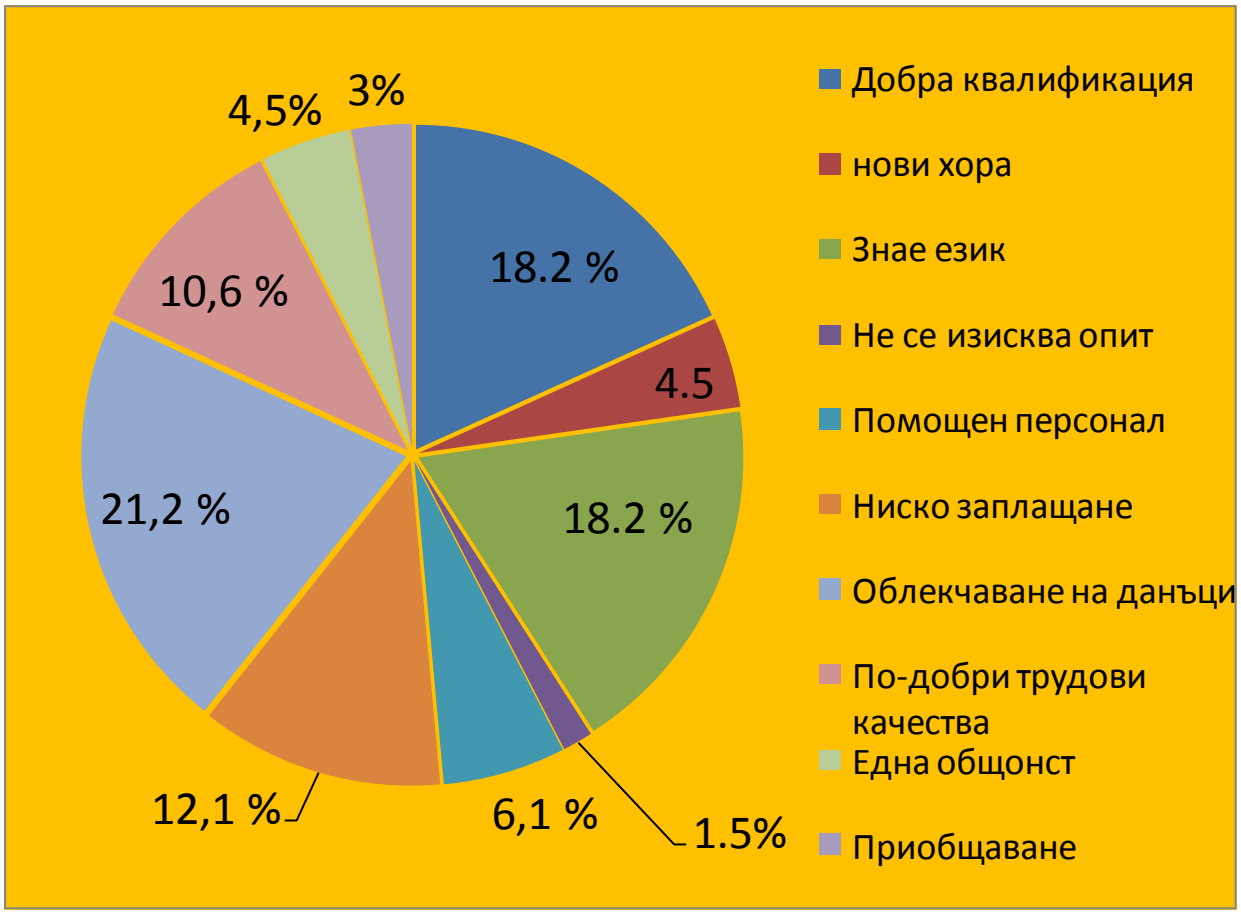
Фиг.21. Продължителност на дейността при наемащите мигранти работодатели

На фигура 21 е посочена продължителността на дадената дейност, в която се развиват работодателите, които наемат мигранти. 40,9 % от анкетираните работодателите са с над 10 години професионален опит в своята сфера, което показва тяхната опитност в дадената трудова дейност. 36,4% от анкетираните са посочили, че се занимават със своя бизнес между 6 години – 10 години, а 22,7 % са стартирали бизнесът си през последните 5 години.

На фигура 22 са посочени основните причини за наемането на мигранти от страна на работодателите.

21,2 % от анкетираните работодатели са наели мигранти с цел данъчно облекчение. Равен дял – по 18,2 % заемат причини като знание на език и добра квалификация. 12,1% дават като основна причина ниското заплащане, което биха им давали като техни работници, а 10,1% залагат на по-добрите трудови качества, с които мигрантите евентуално биха могли да допринесат.

6,1% от работодателите биха наели мигранти за помощен персонал, 4,5% смятат, че имат нужда от нови хора в работния процес. Също 4,5% са работодателите, желаещи да наемат мигранти с цел тяхната интеграция и социализирането им в общността.



Фиг.22. Причини за наемане на мигранти

3% от всички работодателите отговарят, че биха наели мигранти с цел тяхното приобщаване, а само 1,5% биха наели мигранти, тъй като не се изисква опит за конкретната длъжност.

Може да се каже, че анкетираните работодатели имат позитивна нагласа към наемането на мигранти в техните фирми поради факта, че това има своите предимства. Поради липса на средства, някои от мигрантите бързат да започнат работа в държавата приемник, за да могат да се препитават. Започвайки работа те се съгласяват да работят във всякакви условия, а също така и за ниско заплащане. Част от работодателите смятат, че тези хора биха могли да имат по–добра квалификация и опит от месната работна ръка и с желание биха ги наели, ако имаха познания по български език.



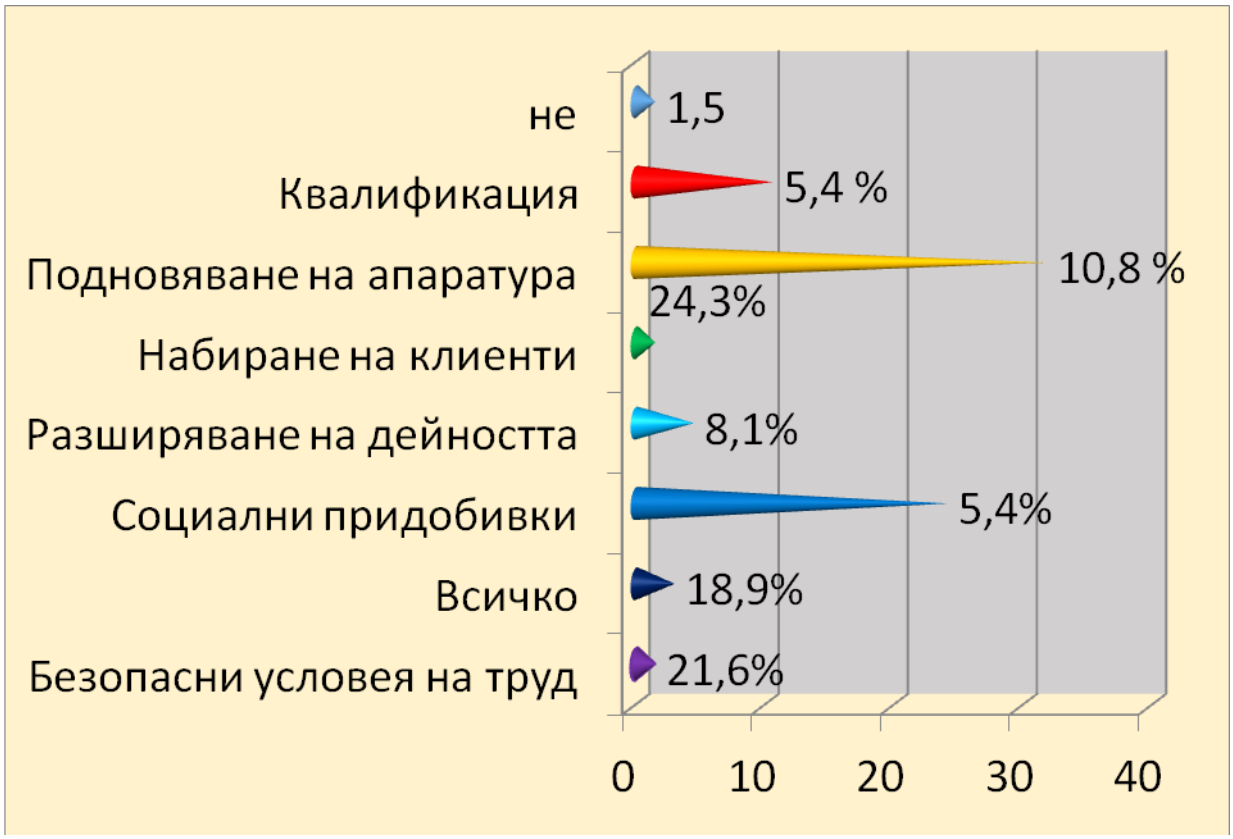
Фиг.23 Преквалификация на персонала с наемане на мигранти

На фигура 23 е посочена преквалификация на персонала с наемане на мигранти. Повече от половината анкетирани работодатели - 51,5 % - съобщават, че изпращат своите служители на курсове за преквалификация и обучение, докато 48,5% от тях заявяват, че не изпращат персоналът си на обучения или сферата, в която работят няма изискване за преквалификация.

Позитивен е резултатът, че повечето български работодатели отдават необходимото значение на квалификацията и преквалификацията на служителите си. И все пак немалък е процентът и на тези работодатели, които не обръщат особено внимание на квалификацията на своите служители, което означава, че те не имплементират нови знания и умения в своя бизнес, което трябва да се отчита като сериозен минус.

На Фигура 24 се посочва подобряването на условията на труд при тези, които биха наели мигранти.

Най-голям процент от работодателите - 31, 8 %, искат да подобрят материалната база, като подменят старата съществуваща апаратура с нова, 24, 2% от собствениците искат за своето предприятие повече социални придобивки, други 10,6% имат необходимост, според спецификата на труд, да изпращат персоналът си на обучения и преквалификация. Малък процент от работодателите - 4,5% - желаят да се провеждат различни езикови курсове на работното място като също 4,5% искат разширяване на дейността, съответно на бизнеса. Едва 3,0% са посочили, че приоритет им е да подобрят всичко, което е възможно в тяхната фирма. Най-нисък процент от работодателите, 1,5 %, искат да подобрят здравословните и безопасни условия на труд, а също 1,5 % съобщават, че нямат необходимост от промяна на условията на труд в организацията.



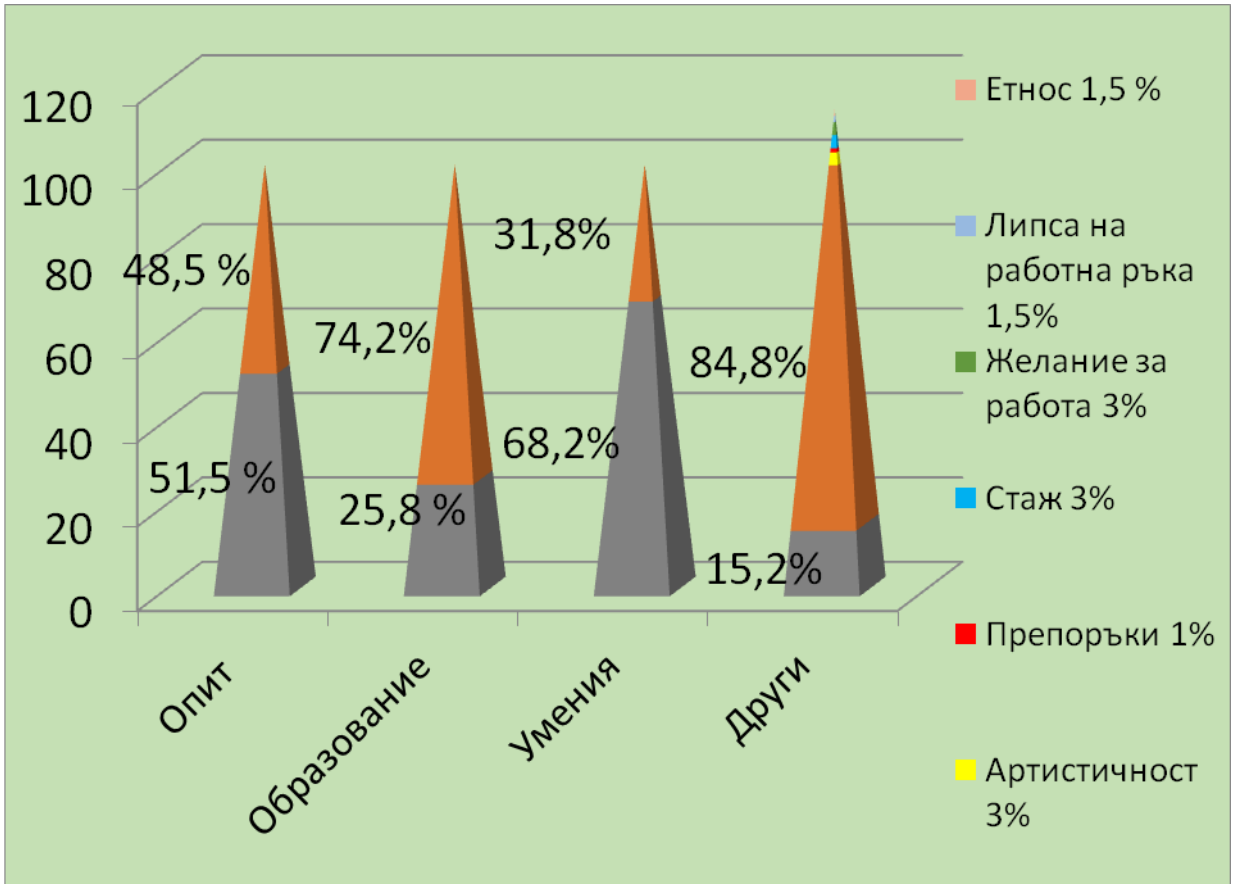
Фиг.24. Подобряване на условията на труд при тези, които биха наели мигранти.

На фигура 25 са отбелязани принципите за подбор на персонала, при тези работодатели, които биха наели мигранти.

Всяка организация решава през какви стъпки трябва да премине селекцията и какви методи да използва за най–обективното и професионално отсяване на кандидатите. Тези стъпки трябва преди всичко да са планирани добре, както и да са съгласувани с целите на организацията, обявеното свободно работно място, реалната икономическа среда и личностния потенциал на кандидатите.

Най-висок процент работодатели - 68, 2 % - посочват, че подбират новите си служители според уменията, които притежават. Малко повече от половината работодатели (51,5%) предпочитат да наемат хора с опит по отношение на

обявената вакантна длъжност, тъй като немалка част от тях са със специфична дейност.



Фиг.25. Принципи за подбор на персонала – тези които биха наели мигранти

Други 25,8 % предпочитат хората, които наемат да имат подходящото образование за заеманата длъжност, отново поради сложността и строго профилираната трудова дейност, а 15,2 % смятат че персонала може да се подбере и по други критерии. Много малък процент от работодателите - 4,5 % - са на мнение, че е необходимо хората да притежават артистичност, други 3,0 % от работодателите, смятат че е необходимо човек да притежава желание за работа и 3,0 % изискват стаж по заеманата длъжност. Най-нисък процент (1,5 %) посочват, че подбират персонал чрез познати, също 1,5% са принудени поради липса на персонал да подбират друг, който не намират за съвсем подходящ и накрая 1,5 % искат хората, които наемат задължително да са с техния етнос.

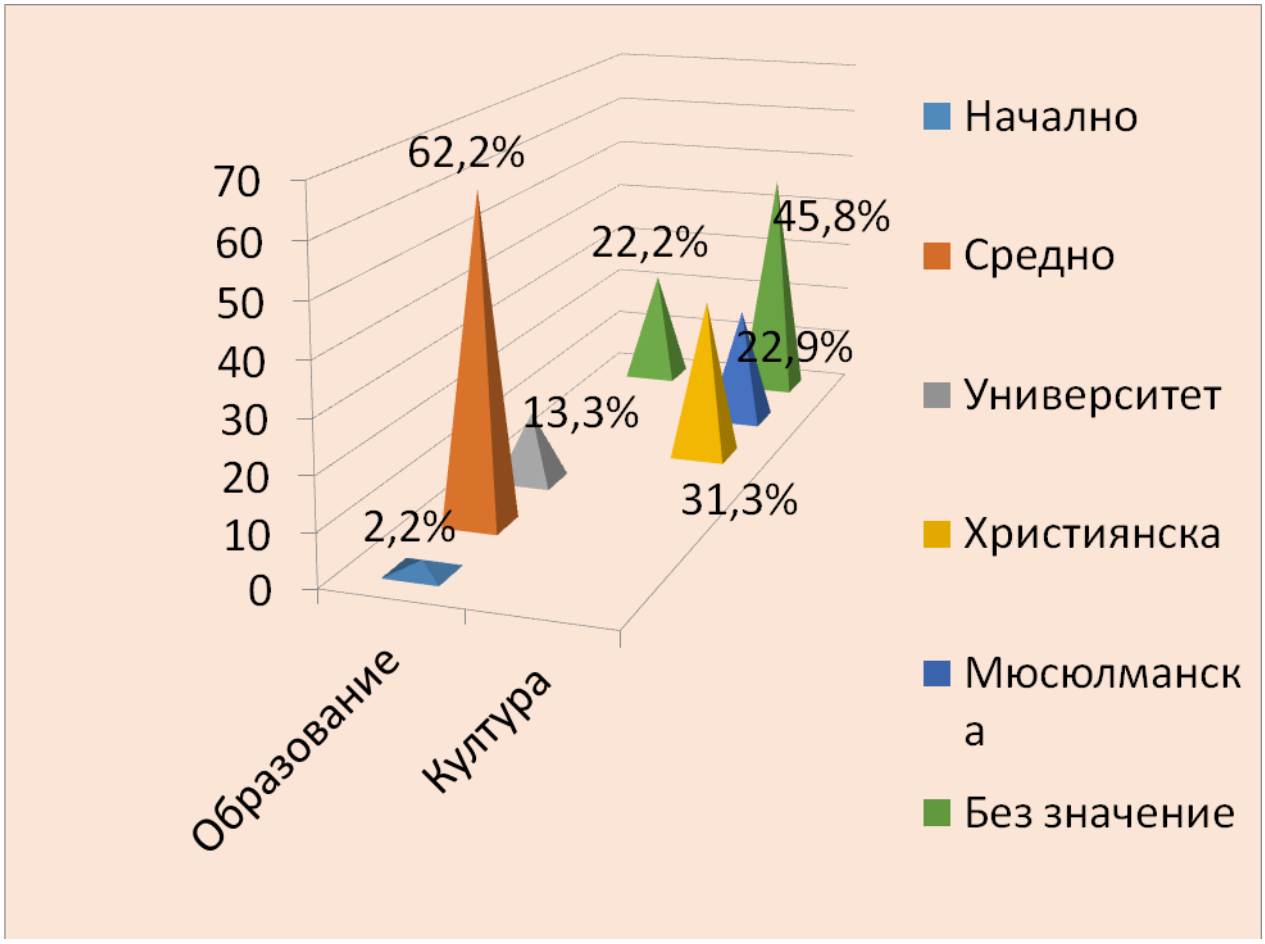
На фигура 26 е отразен начинът на наемане на персонала при тези, които биха наели мигранти.

Отново се потвърждава резултатът, че българските работодатели избират своите кадри предимно според уменията, образованието и опита, които притежават. Най-висок процент от анкетираните – 62,2 % - предпочитат други начини за намиране на персонал. Повече от половината ръководители (48,6 %) използват един от най–популярните начини за намиране и подбор на персонал - чрез интернет. Публикуването на работни позиции и кандидатстването за работа са се променили значително, като все повече компании и служители използват интернет. Това е система от компютри, която позволява на служителите работещи в организацията да общуват помежду си. 25, 8% заявяват, че изцяло разчитат на познати, а 13,5 % предпочитат да наемат своя персонал от бюрата по труда. Бюрата по труда са институции свързващи хората, които търсят работа с работодатели, които имат нужда от служители. Много често там предлагат и различни полезни курсове на безработните лица – за компютърна грамотност, езикови, по занаяти, за повишаване на квалификацията и други. Други 8,1 % от анкетираните заявяват, че набират персоналът си чрез Агенция по заетостта.

Агенцията по заетостта е изпълнителна агенция към министъра на труда и социалната политика за реализиране на държавната политика по насърчаване на заетостта. Осигуряването на заетост позволява пълноценно използване на възможностите и способностите на отделната личност, защитава правото й на достойно съществуване и пълноценно участие в обществото. Неголям процент от анкетираните 12,1 % съобщават, че набират персоналът си директно от университетите, нисък процент (4,5 %) пък все още прибягват до обяви във вестниците. Едва 3,0% набират своите бъдещи служители на свободен принцип, 1,5 % чрез своите професионални контакти, а 1,5 % набират персонал от затворите.



Фиг.26.Начин на наемаен на персонала при тези, които биха наелби мигранти



фиг. 27. Образование и култура на наетите мигранти

На фигура 27 е показано предпочитанието на работодателите по отношение на образованието и културата на мигрантите.

От гледна точка на предпочитанието на работодателите относно образованието на наетите мигранти установихме следното разпределение: 42,2% имат желание то да бъде поне средно, 9,1% висше, 1,5% отговарят основно, а за 15,2% образованието няма никакво значение.

По отношение на културата и религията, най-голяма част от работодателите смятат, че това е без значение (33,3%), 22,7% желаят тя да бъде християнска, а 16,7% предпочитат мюсюлмани.

В наше време миграцията се разраства в целия свят. Демографската и социална структура, повлияна от бързите темпове на индустриализация в света, създава необходимост за наемане на работници и професионалисти от други страни за задоволяване на нуждите на местния пазар на труда.

Бежанците и тези, които напускат своите домове, се превръщат в предизвикателство за хората и общностите, за техния традиционен начин на живот; понякога те преобръщат културните и социални хоризонти, с които се сблъскват.

За една част от анкетираните работодатели няма значение културната принадлежност и образованието на мигрантите, поради спецификата на трудовите процеси в някои организации се изисква наетите мигранти да притежават диплома за средно или висше образование. Друга част от анкетираните имат желанието да наемат мигранти от мюсолмански произход и почти равен брой от изповядващите християнската религия.

В обобщение можем да направим паралел между работодателите, които не искат да наемат мигранти - 37% и онези, които **вече са наели мигранти и имат желанието да наемат мигранти –** 66%.

Обобщено казано повечето от анкетираните работодатели са със собствен бизнес над 10 години. Основните фактори, поради които работодателите нямат желание да наемат мигранти на работа в своите организации са следните: на първо място 45,9 % от работодателите не наемат мигранти поради езиковата бариера. Те нямат време и ресурс да изчакат мигрантът да научи български език, защото това са хора идващи от различни държави по етнос и култура, които тепърва трябва да бъдат интегрирани в българското общество, а това е много дълъг процес. Като втори фактор, според който 32,4 % от работодателите не предпочитат да наемат мигранти е фактът, че те не притежават необходимата квалификация и опит в тяхната сфера. Като най-слабо оформящ се, но все пак наличен фактор е опасението на 2,7% от анкетираните, че тяхната дейност е

прекалено специфична и това би затруднило нормалното протичане на работния процес, в техните компании.

В приемащите държави международната миграция може да бъде използвана като инструмент за разрешаване на специфични проблеми, свързани с недостига на работна ръка на пазара на труда.

Освен чрез икономическия си потенциал имиграцията може да обогати европейските общества по отношение на културното многообразие. Този положителен потенциал на имиграцията обаче може да бъде реализиран само при успешна интеграция в приемащите общества. Съществуват редица бариери, които пречат на бежанците да навлязат бързо на пазара на труда в България. Основните и най-големи пречки за навлизане на получилите международна закрила лица на пазара на труда в България са липсата на умения по български език и ниската степен на образование. От друга страна висококвалифицираните бежанци, които търсят позиции на по-високо ниво трудно си ги осигуряват, тъй като не могат документално да докажат своето образование. Почти невъзможно е правното признаване на умения и квалификации на търсещите и получилите международна закрила лица. В България процесът за легализация и акредитация на образователните степени е изключително дълъг и сложен, утежнен от високи такси и допълнителни разходи за превод и нотариални заверки. Често пъти лицата не носят оригиналните си документи, нито могат да ги получат от съответните учебни заведения в своята страна.

Друго основно препятствие е липсата на връзка между наличните обяви за работа и търсещите работа лица. Поради културните различия и езиковата бариера, търсещите работа лица в много случаи разчитат само на един канал за назначаване, който представлява информация, разпространявана от „уста на уста“, и не умеят да използват по-разпространените и официални възможности за намиране на заетост, като интернет портали за търсене на работа, вестници и кариерни форуми.

От българските работодатели 18,2 % биха желали да наемат мигранти, ако знаеха езика, също толкова заявяват, че биха наемали такива, ако за тяхната дейност не се изисква опит, а 1,5 % биха наели мигранти, ако притежават необходимата квалификация и опит.

Работодателите търсят търговци, фризьори, шивачи, персонал в заведения за бързо хранене, автомонтьори, служители за колцентровете и дори в големи заводи за производство на дограма и мебели. Предимство е образованието и владеенето на български език.

Работодателите, които вече са наели мигранти споделят по какви причини са стигнали до този избор. Най-висок процент от анкетираните (21,2 %) са посочили, че за тях е изгодно да ги наемат, защото имат данъчни облекчения, 12,2 % тъй като плащат ниски заплати, за които мигрантите се съгласяват да работят, други 10,6% посочват, че тъй като имат по–добри трудови качества. Доста нисък процент от работодателите - 4,5 % - споделят, че ги наемат, защото трябва да бъдем една общност и едва 3,0 % споделят, че биха наели мигранти, за да ги приобщят.

19, 7% от анкетираните в сферата на търговията биха наели мигранти или вече са наели мигранти. Търговията е всъщност обмен на стоки между отделните страни и региони. Видовете търговия са: вътрешна (тя стимулира производството на редица стоки, развитието на различни отрасли) и външна – стокообмен между различни държави. Обхваща техния внос и износ. Най-голям относителен дял в международната търговия имат Русия,САЩ,Канада, Великобритания, Германия, Япония, Италия, Китай.

18,2 % от анкетираните работодатели, вече наели или проявяващи желание да наемат принадлежат към сферата на услугите. Секторът на услугите включва дейности, които са обединени в стопански отрасли свързани с прякото обслужване на населението. Не произвежда материални блага, а крайния резултат е услуга, която има обществена значимост и определена цена;

производството и потреблението на услуги съвпадат по време; чрез него се осъществява връзката между първичния и вторичния сектор на стопанството; изпълнява важни социални и политически функции. Структурата му включва: транспорт, съобщения, търговия, туризъм, наука, образование, култура и изкуство, здравеопазване, финанси, кредит, застраховки, комунално-битова дейност.

От идентифицираните сектори с потенциален растеж са секторите с възможност за аутсорсинг. Това са различните бизнес услуги като консултантска дейност по стопанско и друго управление, финансови услуги, административни офис дейности, дейност на телефонни центрове за услуги.

Информационните услуги също позволяват изнесено производство и възможности за растеж. Също така с висока възвръщаемост са техническите консултации и научноизследователската и развойна дейност в областта на естествените, медицинските, селскостопанските и техническите науки. ИТ-секторът е особено перспективен и печеливш. Компютърно програмиране, технически изпитвания и анализи, издаване на програмни продукти са сектори с висока печалба и икономически ръст. Далекосъобщителната дейност е сектор, в който са направени значителни инвестиции.

Повечето фирми обаче не желаят да сключват договор за срок, надвишаващ срока на валидност на документа на търсещото закрила лице. Следователно, фирмите на практика подновяват трудовите договори на всеки три месеца, което представлява голяма административна тежест.

Голямо предизвикателство е липсата на информация относно възможностите за заетост на бежанската общност и относно административната процедура за наемане на бежанци в частния сектор.

Ранното оценяване на уменията на мигрантите улеснява сравняването им с нуждите на пазара на труда и евентуалното им пренасочване.

От началото на 2014 г. българската държава не предлага целенасочена подкрепа за интеграцията на получилите международна закрила лица. Държавата не предоставя услуги за интеграция - например курсове по български език, подкрепа за жилищно настаняване, курсове за професионално образование или помощ в грижата за деца и записване на децата в училище, които са от основно значение за успешната реализация и интеграция в националната работна сила. В резултат на това бежанците, в повечето случаи, са неподготвени за българския пазар на труда.

Достъпът до пазара на труда е главния път за интеграция, но статистиката показва, че като цяло нивата на безработица сред имигрантите често остават по-високи от тези на гражданите на ЕС, макар и да съществуват големи различия между държавите-членки. Освен това имигрантите по-често заемат временни работни места, работни места с по-ниско качество или места, които са под нивото на тяхната квалификация и в резултат на това техните умения не се използват напълно. Това допринася за вероятността имигрантите да извършват недекларирaн труд.

Държавите-членки имат различни исторически, икономически и демографски развития, които определят техните национални имиграционни политики, но последните оказват влияние отвъд техните национални граници и затова никоя държава-членка не може самостоятелно да контролира или да се справя ефективно с всички аспекти на имиграцията.

Видимо е обаче, че потреблението в България се увеличава. Това става ясно от повишаване приноса на търговията в нарастването на БВП, което е предпоставка за по-добри резултати на икономиката ни.

Програмите за професионално образование и обучение (ПОО) могат да помогнат за свързване на мигрантите с пазара на труда, за намиране на работа, която съответства на уменията и квалификациите им.

Затруднения при намирането на персонал и нуждите от работна сила, основните минимални изисквания на работодателите са базово или добро владеене на български език и положителна нагласа към работата. Малко са фирмите, които държат на легализирани документи за образование.

Фирмите с опит в наемането на граждани на трети страни са имали лош опит във връзка със сложните процедури, свързани с документацията и смятат, че наемането на бежанци би било още по-сложно.

Това би могло да се избегне чрез предоставяне на подходяща информация на фирмите и чрез сключване на дългосрочни трудови договори с включена допълнителна разпоредба, уреждаща случаите на влязло в сила окончателно решение за отхвърляне на молба за закрила.

По отношение на подбора повечето фирми разчитат на съчетание от класически и модерни канали за информация според нуждите си от работна сила. Най-често се използват трудовите борси в интернет, а също кариерни форуми и разпространение на информация на принципа „от уста на уста“.

Понякога се използват и Бюрата по труда. Сътрудничеството с последните обаче е оценено като най-ползотворно в областите, където активни групи за икономически интереси способстват за улесняване на комуникацията — както е в Пловдив.

Техническите предприятия и преките чуждестранни инвеститори са започнали да разчитат и на сътрудничество с учебните заведения, а също и на социалните мрежи. Набирането на работна ръка сред маргинализирани групи чрез партньори от неправителствения сектор се прилага в няколко случая на установено чрез специални проекти сътрудничество.

Важно условие за успешна интеграция на бежанците в българското общество е владеенето на български език и достъпа до пазара на труда и трудовата реализация. Упражняването на трудова дейност не само осигурява възможност за получаване на доходи и самоиздръжка, но е и начин лицата да се почувстват

полезни, да възвърнат сигурността и вярата си в собствените сили и възможности. Чрез трудовата си дейност, професионален опит, знания и култура чужденците с предоставен статут на бежанец или хуманитарен статут допринасят както за подобряване на своето икономическо и социално положение, така и за развитието на българското общество, в което са намерили закрила и подкрепа.

3.5 Възможност за създаване на концептуален модел за изучаване на съвременните форми на труд при специфични групи работещи – тристълбова основа на трудовата медицина

Съществува разработена тристълбова основа по трудова медицина, която е следната:

►Първи стълб Основни понятия. Съвкупността от основните понятия на дейностите за здраве и безопасност при работа, разработен в катедрата по ТРУДОВА МЕДИЦИНА на ФОЗ и представляващ основата на изграждане на закономерностите вкл. търсене на професионалния риск, свързан със здравето на работещите;

► Втори стълб: «Нормативната пирамида», в която логично и последователно намират място над 700 - те нормативни документа за здравословни и безопасни условия на труд; Този типичен модел на взаимодействие на науката с практиката демонстрира ролята на трудовата медицина в колаборация с хигиенната наука и практика като елемент на общественото здраве. Той показва и нормативната пирамида като част от теоретичните основи на дисциплината.

► Трети стълб : Класификациите на условията на труд – факторите на околната и работната среда и на трудовия процес, на категориите труд, на професиите и икономическите дейности, поставени като ръководно начало в разработената от нас Статистическа система «Професионални болести»;

Считаме, че в перспектива съществуващия тристълбов модел ще бъде един от най-подходящите начини да се съберат и онагледят основните понятия, нормативната база и факторите на околната и работната среда свързани със здравето и безопасността при работа сред мигрантите. Но това подлежи на допълнителна разработка, чиято отправна точка би могла да настоящия дисертационен труд.

3.6. Изработване на информационни материали за повишаване на здравната грамотност за рисковете на работното място, предназначени за мигранти и работодатели на мигранти. Планиране на информационно – комуникационна кампания предназначени за отоговорните институции.

В резултат на анализа на получените данни от анкетното проучване и появата на необходимост от повишаване на здравната грамотност на мигрантите по отношение на рисковите фактори на работното място, разработихме няколко информационни материала и предлагаме добри практики за намаляване на риска на работното място.

3.6.1. Добри практики за намаляване на риска от въздействието на рисковите фактори на работната среда

С цел повишаването на информираността както на работодателите, така и на мигрантите по-долу подробно разглеждаме рисковите фактори на работното място.

- **Добрите практики за намаляване на риска от въздействия на химични вещества**

§ Повишаване на осведомеността: това е дейност от изключителна важност. Всички работници трябва да са осведомени относно опасните вещества, рисковете, които те носят и как да се ограничат или елиминират тези рискове;

§ Оценка на риска: това е първата стъпка към превенцията. В нея трябва да се ангажират работодатели, ръководители и работници в самия работен процес;

§ Рисковете, свързани с опасните вещества, често са сложни, а идентифицирането им изисква да се вземат предвид множество фактори;

§ Оценката на риска трябва да се поддържа актуална, ако настъпват промени в околната среда, а с тях се изменя и потенциалът за излагане на опасни вещества;

§ Законодателство: тук се посочват правните отговорности на работодателите да защитават работниците от опасни вещества. Работодателите трябва да познават добре този тип закони, включващи йерархия на превантивните мерки;

§ Практически инструменти и насоки: те помагат на фирмите да управляват опасните вещества на практическо ниво;

Повече от 50 % от анкетираните бежанци определят риска от механични увреждания като застрашаващ и потенциално увреждащ здравето по време на трудовия процес; Статистиката на трудовия травматизъм показва, че най-голям брой злополуки при експлоатацията на машини се свързват с механична опасност.

► Добри практики за намаляване на риска от механични опасности:

§ Инструктиране, познаване и стриктно спазване на инструкциите за безопасна работа с работното оборудване;

§ Устройства за управление с две ръце. Те осигуряват защита основно на оператори на машини, директно изложени на опасност предпазителите с блокировка;

§ Използване на ЛПС и работно облекло;

§ Различните видове предпазители са често срещано средство за обезопасяване на машините.

Половината от анкетираните бежанци (50 %) са посочили микроклиматът като евентуална опасност. Хигиенните норми за параметрите на микроклимата са

задължителни за работните места и работните зони на всички фирми от всички отрасли на производството и обслужващата сфера, без подземни рудници, животновъдни ферми, помещения за съхраняване на селскостопанска продукция, хладилни помещения.

►Добри практики за намаляване на риска от въздействието на микроклимат:

- топлинна изолация;
- всмукателна инсталация при висока влага;
- да се сепарират производствата с по-голяма лъчиста енергия;
- екраниране;
- вентилации;
- профилактични медицински прегледи;
- кесонен метод - начин за подсушаване на мястото, където се работи, чрез подаване на въздух под високо налягане.

Други опасности, определени от анкетираните (43,5%) като възможни за увреждане на здравето на работното място са физиологичните фактори. Те са свързани с пренатоварване на организма с физическа работа, труд в неблагоприятна работна поза – клекнал, наведен или на колене. Някои професии изискват прилагане на физическо усилие, например товаро-разтоварни и ръчни изкопни работи, работа с вдигане и пренасяне на тежести. Повечето от анкетираните са работили като общи работници в строителството и се предполага, че са вдигали и пренасяли тежко. Постоянната работа „на бюро“ пред компютър също е свързана с много опасности за увреждане здравето на заетите лица.

► Добри практики за намаляване на риска от физиологична опасност:

§ Спазване на физиологичен режим на труд и почивка;

§ Оценка на риска на работното място;

§ Обучения за ръчна работа с тежести;

§ Инсталирано подходящо работно оборудване;

§ Помощно работно оборудване.

26,1 % от анкетираните са посочили, че има опасност от биологични агенти на работното място. Съществуват няколко групи биологични агенти:

I група – биологични агенти, които вероятно няма да причинят заболяване у хората.

Бактерии: често срещани във въздуха, почвата и водата. Нормалната флора на кожата и стомашно-чревния тракт на човека. Микроорганизми, които се използват в микробиологичните лаборатории и в индустрията.

Вируси: различни ваксини.

Гъби: често срещани във въздуха, почвата и водата. Нормалната флора на кожата и стомашно-чревния тракт на човека. Микроорганизми, които се използват в индустрията.

II група - биологични агенти, които могат да причинят заболяване у хората и да представляват опасност за работещите, но не е вероятно да се разпространят в обществото и обикновено има ефективна профилактика или средства за лечение. А те са:

§ Бактерии: Clostridium tetani (причинителят на тетанус), Vibrio cholerae (причинителят на холера), E. coli, причинителят на салмонелоза, Legionella pneumophila (причинителят на легионерска болест) и др.;

§ Вируси: хепатит А, Orf-вирус и др.;

§ Гъби: Aspergilus fumigatus, Trichophiton и др.

III група - биологични агенти, които могат да причинят тежко заболяване у хората и да представляват сериозна опасност за работещите. Възможен е риск за разпространяване на заболяване в обществото, но обикновено има ефективна профилактика или средства за лечение;

§ Бактерии: причинителят на туберкулоза, антракс, орнитоза и др.;

§ Вируси: причинители на СПИН, жълта треска, хепатит В, хепатит С и др.

§ Паразити – причинителят на ехинококоза (кучешка тения) и др.;

§ Гъби: причинители на тежки системни (т.е. увреждащи много органи) инфекции.

IV група - биологични агенти, които причиняват тежки заболявания у хората и представляват сериозна опасност за работещите. Съществува висок риск за разпространяване на заболяване в обществото и обикновено няма ефективна профилактика или средства за лечение;

§ Вируси: Lassa – вирус, причинителят на вариола, Ebola- вирус и др.;

Биологични агенти на работното място могат да причинят 3 типа заболявания:

– Инфекциозни заболявания;

– Алергични заболявания;

– Интоксикации.

Някои биологични агенти могат да причинят раково заболяване или да увредят плода на бременната работеща.

►Добри практики за намаляване на риска от въздействия на биологични агенти:

– ограничаване на броя на работещите, експонирани на биологични агенти;

– организиране на работните процеси и предприемане на технически мерки, така че да се избегне или сведе до минимум контаминирането на работното място с биологични агенти;

– осигуряване на колективни средства за защита и/или лични предпазни средства;

– хигиенни мерки с цел опазване или намаляване възможността за случайно пренасяне или контаминиране на работното място с биологичен агент;

– употреба на знак за биоопасност;

– съставяне на план за действие при аварии, свързани с биологични агенти, който включва и план за спешни действия за опазване на работещите от експозиция на биологични агенти от група 3 или 4 при аварии и технически инциденти;

– изследване (където е необходимо и технически възможно) за наличието на използваните биологични агенти, извън определените за тях места;

– осигуряване на средства за безопасно събиране, съхранение и унищожаване на отпадъци, когато е необходимо и след съответна обработка, както и употреба на обезопасени и обозначени контейнери;

– мероприятия за безопасно боравене и пренасяне на биологични агенти на работното място;

- осигуряване на подходящо обучение и инструктаж на работещите;
- осигуряване на писмени инструкции относно процедурата при сериозна авария и инцидент с биологичен агент;

  обявяване пред контролните органи намерението да се извършва дейност свързана с биологични агенти.

3.6.2. Други материали

В края на дисертационния труд /Приложение № 3/ е добавена цветна брошура с картинки и текст изобразяващи предупредителни знаци за безопасност по време на работа. Тя съдържа кратка информация за безопасните условия на труд и съществуващите реални опасности на работното място – механични опасности, електрически опасности, физични фактори, йонизиращи лъчения, общи лъчения, микроклимат, химични фактори, биологични фактори, физиологични и психични фактори.

Изработената брошура е предназначена за повишаване на здравната грамотност на мигрантите.

Втората приложена брошура /Приложение № 4/ се състои от цветни картинки изобразяващи предупредителни знаци за безопасност по време на работа. Тя съдържа кратка информация за безопасните условия на труд и съществуващите реални опасности на работното място – механични опасности, електрически опасности, физични фактори, йонизиращи лъчения, общи лъчения, микроклимат, химични фактори, биологични фактори, физиологични и психични фактори.

Изработената брошура е предназначена за повишаване на здравната грамотност на работодателите, които смятат да наемат или вече са наели мигранти на работа.

3.7. Дискусия

Проведеното проучване, както и разгледаната в дисертационния труд научна тематика, могат да имат своята значимост от хуманитарна и социално-икономическа гледна точка, да играят позитивна роля в подкрепа на работодателите при бъдещо наемане и интегриране на бежанци, на пазара на труда.

Значителните трудности, които срещнахме при анкетирането на мигранти и работодатели на мигранти бяха свързани с:

- Езикови бариери;
- Квалификация;
- Липса на информация (правна и администр.);
- Липса на сътрудничест во и комуникация;
- Липса на интеркултурно разбирателство;
- Липса на осъзнатост и мотивация

Това се доказа и от подобно проучване направено сред българските работодатели. От общо анкетираните собственици на фирми 63 % посочват, че не биха наели мигранти на работа в своята фирма и причините за подобно решение са различни. Обикновено споделят, че се притесняват, тъй като мигрантите нямат добра професионална квалификация и опит, за да заемат обявената вакантна длъжност. Най-голям процент от анкетираните работодатели - 45,9 % - са на мнение, че не биха наели мигранти поради факта, че не знаят български език. Например някои сфери като тази с предмет на дейност в човешките ресурси изискват перфектно владеене на езика. Може да се каже, че анкетираните работодатели имат по-скоро негативна нагласа към наемането на

мигранти в техните фирми, най-вече поради факта, че трудно биха комуникирали с тях.

18,2 % от анкетираните работодатели, заявяват че имат желание да наемат бежанци/мигранти, биха ги наели, ако знаят езика и имат нужната квалификация. Бариерите при наемането на бежанците са трудни, изискват дългосрочни инвестиции и много търпение от работодателите и съответно от бежанците/мигранти.

Данните от нашето проучване, подкрепят резултатите от горецитираното изследване, а именно че предимствата/ползите при наемането на бежанци са:

- Нови перспективи / разширяване на хоризонта;
- Интеркултурно разнообразие и осъзнатост за различията;
- Възможности за финансиране и наемане на бежанци;
- Силно желание и мотивация на бежанците;
- Подмладяване на пазара на труда;
- Достъп до нови пазари и нови клиенти;
- Социално отговорна компания.

От анкетираните работодатели 21,2 % са наели мигранти с цел облекчаване на данъците. Равен дял – по 18,2 % - заемат причини като знание на език и добра квалификация. 12,1% дават като основна причина ниското заплащане, което биха им давали като техни работници, а 10,1% залагат на по-добрите трудови качества, с които мигрантите евентуално биха могли да допринесат.

6,1% от работодателите биха наели мигранти за помощен персонал, 4,5% смятат, че имат нужда от нови хора, които да включат в работния процес. Също така 4,5% от работодателите споделят, че имат желание да наемат мигранти с цел тяхната интеграция и обединяване на общността.

3% от всички работодателите отговарят, че биха наели мигранти с цел тяхното приобщаване, а само 1,5% биха наели мигранти, понеже не се изисква опит за конкретната заемана длъжност.

С помощта на социалните работници от центровете за настаняване идентифицирахме основните нужди, припознати от бежанците, а именно:

- Проучване на нуждите на бежанците и търсещите закрила лица по възраст, пол и принадлежност към социална група.

-Подкрепа за жилищно настаняване;

-Курс по български език с продължителност минимум 6 м.;

-Съчетан с професионално обучение или участие в менторска програми.

Независимо от ниското ниво на заинтересованост към започването на работа в България, основните проблеми, за да се стартира нова трудова дейност у нас се изразяват в затруднения поради:

- Липса на информация за възможности за заетост ;
- Недостатъчно владеене на български език ;
- Липса на документи за завършена образователна степен или професионална квалификация
- Консултативни центрове и услуги (социална медиация), лесно достъпна информация
- Курсове по български език или огрaмотяване
- Изграждане на алтернативни системи за валидиране на знания.

Основни проблема за търсене на работа сред мигрантите са:

- Незнание на социалните практики за търсене на работа (онлайн платформи и др.);
- Липса на умения за изготвяне на CV и мотивационно писмо;
- Различни трудови навици;
- Индивидуални консултации и информационни срещи за начини на търсене на работа;
- Подпомагане при идентифициране на релевантни умения и опит;

- Информационни срещи/инструктаж за права и задължения на служителя;
- Липса на информация за социалния контекст;
- Невладеене на български език;
- Невъзможност за признаване на образователен ценз и предишни; професионални квалификации;
- Липса на информация за трудови права и задължения;
- Липса на мрежа от подкрепа;
- Преживяна травма;
- Културни специфики;
- Негативно отношение спрямо бежанци.

Главните трудности, с които се сблъскват мигрантите у нас, са свързани с липсата на информация на разбираем език, лошите условия в центровете за настаняване, тежката административна процедура по разглеждане на молбите им за предоставяне на убежище, както и липсата на адекватна правна помощ.

В условията на настоящия и бъдещия недостиг на умения спрямо нуждите на пазара на труда, неразгръщането на потенциала на бежанците в ЕС е значителна загуба на ресурси — както за засегнатите лица, така и за икономиката и обществото като цяло. Докато инвестирането в обучение и пълна мобилизация на наличната работна сила трябва да продължи, бежанците, ако са добре интегрирани, могат също да допринесат за пазара на труда в ЕС и да помогнат за справянето с демографските предизвикателства.

Лицата с предоставен статут на бежанец или хуманитарен статут имат равни права по отношение на заетост с тези на българските граждани.

Лицата в процедура по предоставяне на международна закрила имат правото да работят 3 месеца след подаване на молбата за закрила по чл. 29 (3) от Закон за убежището и бежанците, за което се издава служебна бележка.

На чужденци, на които е предоставено убежище, статут на бежанец или хуманитарен статут: НЕ Е необходимо издаване на разрешение за работа от

Агенция по заетостта. "Не се изисква разрешение за работа на чужденци с постоянно пребиваване в Република България или на чужденци, на които е предоставено убежище, статут на бежанец или хуманитарен статут." чл. 70 от Закон за насърчаване на заетостта. Могат да сключват трудов договор по същия ред, по който се сключва с български граждани Имат право да се регистрират като безработни. За да бъде регистрирано едно лице като безработно, то следва да отговаря едновременно на следните условия: лицето да не работи; да търси работа; да има готовност да започне работа. Регистрацията като безработни в дирекции “Бюро по труда” и търсенето на работа са изисквания, за да могат лицата да кандидатстват за отпускане на социални помощи по Закона за социално подпомагане и Правилника за прилагане за Закона за социално подпомагане

За улесняване достъпа до пазара на труда лицата, получили статут на бежанец или хуманитарен статут, имат право да се регистрират в териториалното поделение на Агенцията по заетостта дирекция „Бюро по труда“ по местоживеене, на основание чл. 18 (3) от Закон за насърчаване на заетостта. Съгласно този член правата могат да упражняват: лицата, на които е предоставено право на убежище; лицата, на които е предоставен статут на бежанец или хуманитарен статут. За включване в дейности по заетост и обучение, като при осъществяването на трудовото посредничество не се допуска пряка или непряка дискриминация, привилегии или ограничения, основани на народност, произход, пол, раса и др.

Регистрацията в дирекции „Бюро по труда” се извършва лично въз основа на: документ за самоличност (лична карта на бежанец, карта на чужденец с хуманитарен статут или карта на чужденец, получил убежище); документ, удостоверяващ адресна регистрация по настоящ адрес (в случаите, когато регистрацията в Дирекции „Бюра по труда“ се извършва по адрес, различен от вписания в документа за самоличност); заявление-декларация по установен образец, утвърден от изпълнителния директор на Агенцията по заетостта.

В съответствие със Закона за насърчаване на заетостта лицата с бежански или хуманитарен статут имат равен достъп и възможност за участие във всички, подходящи за тях, програми и насърчителни мерки за заетост и обучение, реализирани от Агенцията по заетостта. Лицата, получили бежански или хуманитарен статут през настоящата година, могат да се включат в Програма за заетост и обучение на бежанци, изпълнявана от Агенцията по заетостта. Програмата предвижда 118 субсидирани работни места през 2018 г., от които 60 са нововключение, а 58 с договори от 2017 г. Задължителните условия за участие в програмата е лицата да са получили статут на бежанец или хуманитарен статут през 2016 или 2017 година и да са регистрирани в бюрата по труда по постоянен адрес. Програмата ще се осъществява на територията на София, Харманли и Бургас.

Работодателите, заинтересовани да назначат бежанци следва да попълнят два документа в Бюрата по труда по адрес на регистрация на фирмата:

Декларация за минимални и държавни помощи

Заявка за свободно работно място За всяко безработно лице, наето на субсидирано работно място, на работодателя ще се предоставят средства за трудово възнаграждение в размер на минималната работна заплата за страната, както и дължими вноски за сметка на работодателя за фондовете „Пенсии“, „ТЗПБ“ и „ОЗМ“, ДЗПО и НЗОК и за фонд „Безработица“. Средствата се предоставят за срок до 12 месеца.

- Валидиране на професионална квалификация.
- Реда и условията за валидиране на професионална квалификация на лицата, получили бежански или хуманитарен статут, се извършват по реда и условията за българските граждани, регламентирани в Наредба № 2 от 13 ноември 2014 г. за валидиране на професионални знания, умения и компетентности.

- Според Наредбата валидирането е установяване на съответствието на професионални знания, умения и компетентности, придобити чрез неформално обучение или самостоятелно учене, с държавните образователни изисквания за придобиване на квалификация по професии и признаване на степен на професионална квалификация по професия или на квалификация по част от професия.

- Целта на валидирането на професионални знания, умения и компетентности е да улесни достъпа до обучение за придобиване на квалификация по професия и достъпа до пазара на труда. Co-funded by the Asylum, Migration and Integration Fund of the European Union. Валидирането се осъществява по професии и специалности, включени в Списъка на професиите за професионално образование и обучение по чл. 6 от Закона за професионалното образование и обучение (ЗПОО). Според чл. 5. (1) от Наредбата институциите, които имат право да извършват валидиране, са: професионални училища; професионални гимназии; училища по изкуствата; спортни училища; професионални колежи; центрове за професионално обучение. Класификациите на професиите в професионални направления и по степен на професионална квалификация са регламентирани в чл. 8 от ЗПОО. Степените на професионална квалификация, придобивани по този закон, са първа, втора, трета и четвърта. В чл. 8 (3) са определени изискванията за съответната степен на професионална квалификация. Входящото минимално образователно и/или квалификационно равнище за придобиване на съответните степени на професионална квалификация или на квалификация по част от професия са определени в чл.8 (4). В чл.8 (6) се определя изходящото образователно равнище за придобиване на съответните степени на професионална квалификация за ученици. Изходящото образователно равнище за придобиване на степен на професионална квалификация или на квалификация по част от професия за лица, навършили 16 години, които се обучават в курсове за придобиване на професионална квалификация, е еднакво с входящото минимално образователно равнище за съответната.

3.8. ИЗВОДИ

1. От направения литературния обзор, установихме, че преобладаващите проучвания сред мигрантите у нас и в световен мащаб са насочени към установяване на нивата на тяхната здравна грамотност за инфекциозните или социално значимите заболявания. Не се установяват обаче специфични познания относно рисковите фактори на работното място.

2. От проведеното проучване сред мигрантите, се установи че те имат ограничени познания за социално значимите заболявания и им липсват познания за здравните рискове, които е възможно да възникнат по време на работния процес.

3. От анкетираните работодатели 66 % биха наели мигранти – 37 % от тях вече са наели такива, а 10,6 % считат, че е необходимо да се провеждат по-широки, допълнителни информационни кампании. Необходимо е да се предвидят, от страна на държавата, професионални квалификации за здравна грамотност.

4. От направените анализи, се установи, че възникването на риск сред анкетираните мигранти за реализация на трудова злополука или развитие на професионално и социално значимо заболяване е изключително висок, поради липсата и оскъдените познания за рисковите фактори, на чиято база се развиват тези заболявания.

5. Въз основа на получените от проучването резултати, бяха разработени информационни брошури за основните рискови фактори на работното място, които са разпространени в центровете за временно настаняване на бежанците и сред работодателите.

3.9. ПРЕПОРЪКИ

1. Препоръката към Държавна Агенция за бежанците е свързана с разпространяване на изработените информационни материали, сред всички новопостъпващи бежанци.

2. Да бъдат организирани образователни курсове за повишаване здравната грамотност на мигрантите както по отношение на социално значимите заболявания, така и на свързаните с труда заболявания.

3. Препоръката към Министерство на труда и социалната политика е да се извършва ползотворно сътрудничество заедно с Факултета по Обществено здраве във връзка с разработване, организация и провеждане на специализирани курсове за запознаване на наетите мигранти и работодатели на мигранти с основните рискови фактори на работното място и начините за безопасна работа в различните икономически дейности.

4. Към институциите, отговорни за мигрантите за активно сътрудничество с ФОЗ, МУ-София чрез катедра по Трудова медицина за разработване на съвместни семинари/работни срещи по кокретни теми, свързани с успешната интеграция на бежанци; Коучинг и консултиране през целия процес – от намирането, до наемането и интеграцията на работното място; създаване на Онлайн платформа Обучителни материали за e-learning Нетуъркинг с други организации.

3.10. Основни приносни моменти на дисертационния труд

1.Дисертационният труд поставя начало на по-систематичното изучаване на здравните рискове сред мигрантите в България.

2.Разработен е собсвен въпросник, чрез който се изследват субективните нагласи и обективните възможности за интеграция на мигрантите, и тяхната реализация на пазара на труда в България.

3. За първи път се изследват нагласите на български работодатели по отношение наемането на мигранти в различни по своята същност и размери компании.

4. Цялостният анализ в дисертационния труд спомогна за извеждането и съставянето на няколко информационни материала, каквито до този момент не съществуват в българската практика, по отношение включването на мигранти в българския пазар на труда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интеграцията в българското общество е единственото трайно решение за получилите международна закрила в страната ни с оглед изпълнението на международните ангажименти на Република България по отношение на участието й в Общата система на ЕС за убежище и свързаните с това предизвикателства за българското общество, за социалната система и трудовия пазар.

Тенденцията в областта на миграцията, убежището, интеграцията, трудовия процес следва да се развива в посока да отговаря максимално на динамичните и променящи се условия, така че, от една страна, да е способна успешно да предотвратява възможни негативни аспекти от тези процеси за обществото, а от друга – да мултиплицира ефектите от положителните страни в полза за развитието на обществото като цяло.

Проведеното проучване сред мигранти и работодатели в България доказа липсата на специфична здравна грамотност за професионалните и социално значими заболявания и за начините за намаляване на въздействието на рисковите фактори за развитието им. Ето защо Факултетът по Обществено здраве на МУ-София, чрез катедрата по Трудова медицина, е в състояние за разработи информационни материали и обучителни курсове за преустановяване на недостига на здравна информация в областта на превенцията на

професионалните и социално значими заболявание сред уязвими групи от населението, в т.ч и мигранти. Това би допринесло за подобряване на редица показатели на общественото здраве у нас при пълноценно сътрдуничество с институциите отговорни за групите от хора мигриращи в България.

Използвана литература

[1] Добрева В. (2015), Система за управление на здравословните и безопасни условия на труд в предприятието

[2] Кръстева А Отова Ир Стайкова Е. (2004 – 2009) Задоволяване нуждите от работна ръка чрез миграция в България

[3] Кръстева А. съав, (2011), Трудова имиграция в България

[4] Любомирова К.,Янчева М., Христова Л, Цачева Н.,(2014г. 14) „Здравна политика и мениджмънт“ – Здравни проблеми, свързани с труда сред работещото население в България

[6] Монев В (1999) дмн, изд.“ Знание“, Епидемиология на инфекциозни болести

[5] Пампоров, А., Ванкова З., и Шишкова, М. (2012): Бездомност и жилищно настаняване сред търсещите закрила и бежанците в България, по поръчка на Върховния комисариат за бежанците на Организацията на обединените нации в България.

[7] Петров П (2016) изд. „Изток Запад“, Клинична паразитология и тропическа медицина

[8] Спасова В. (2016),По един бежанец за всеки месец започва работа у нachttps://money.bg/economics/po-edin-bezhanets-zavseki-mesets-zapochva-rabota-u-nas.html

[9] Цачева Н., Здраве на работната сила в България (Трудовомедицински проблеми),С, ВМА 2007, 145

[10] Цачева Н., Янчева М., Любомирова К., Рачева З., Христова Л. (2013, 3) „ Здраве и политика“ – „ Трудовия травматизъм в България – нерешени проблеми“

[11] Цачева Н., Любомирова К. 7, 2011 г.- „ Неврозонология и мозъчна хемодинамика“ – „ Проучване на здравето на работната сила в Европа“

[12] Цачева Н., дм Трудовата медицина в република България: теория, методология, практика, 2014г.“ Автореферат“

[13] Agudelo-Suбrez AA, Ronda-Pйrez E, Benavides FG. Occupational health. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillй W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. Migration and health in the European Union. Maidenhead: Open University Press, 2011

[14] Andriopoulos P, Economopoulou A, Spanakos G, Assimakopoulos G. A local outbreak of autochthonous Plasmodium vivax malaria in Laconia, Greece — a re-emerging infection in the southern borders of Europe? Int J Infect Dis 2013;

[15] Antonio Mihi-Ramírez, Vilmantė Kumpikaitė-Valiūnienė and Eduardo Cuenca-García, An inclusive analysis of determinants of international migration. The case of European rich and poor countries, Technological and Economic Development of Economy, 23, 4, (608), (2017).

[16] Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: an overview of the literature. Eur J Cancer 2010;

[17] Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. J Occup Environ Med 2005;

[18] Aspinall PJ. Hidden needs. Identifying key vulnerable groups in data collections: vulnerable migrants, gypsies and travellers, homeless people, and sex workers. Brighton: Centre for Health Services Studies, University of Kent; 2014 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287805/vulnerable_groups_data_collections.pdf, accessed 29 July 2015).

[19] Barrell R, Guillemineau C, Liadze I. Migration in Europe. National Institute Economic Review 2006;

[20] Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. Can J Public Health 2005;

[21] Carrasco-Garrido P, Gil A, Hernández V, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. European Journal of Public Health 2007;

[22] Carrasquillo O, Carrasquillo AI, Shea S. Health Insurance Coverage of Immigrants Living in the United Status: Differences by Citizenship Status and

Country of Origin. American Journal of Public Health 2000;
[23] Cho Y, Frisbie WP, Hummer RA, Rogers RG. Nativity, duration of residence and the health of Hispanic adults in the United States. The International Migration Review New York 2004;
[24] Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.
2015
[25] Clark RC, Mytton J. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: a systematic review of prevalence studies. J Public Health 2007;
[26] Eleonore Kofman and Parvati Raghuram, Gender and Global Labour Migrations: Incorporating Skilled Workers, Antipode, 38, 2, (282-303), (2006).
[27] Fassmann H, Munz R. Patterns and Trends of International Migration in Western Europe. Population and Development Review 1992;
[28] Hargreaves S, Seedat F, Car J, Escombe R, Hasan S, Eliahoo J, et al. Screening for latent TB, HIV, and hepatitis B/C in new migrants in a high prevalence area of London, UK: a cross-sectional study. BMC Infect Dis 2014.
[29] Iontsev V, Ivakhnyuk I. Role of international labour migration in Russian economic development. San Domenico di Fiesole: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute, 2012.
[30] José Martín Martín and Juan Jiménez Aguilera, Socioeconomic Factors of Immigrants' Location Choices. Evidence for the South of Europe, Social Sciences, 6, 2, (53), (2017).
[31] Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, et al. Screening for infectious diseases among newly arrived migrants in EU/EEA countries — varying practices but consensus on the utility of screening. Int J Environ Res Public Health 2014.
[32] Karras J, Chiswick CU. Macroeconomic Determinants of Migration: The Case of Germany 1964-1988. International Migration Review 1999;
[33] Kelesidis T, Mastoris I. Mestini A, Tsiodras S (2014) How to approach and treat viral infections in ICU patiensq BMC Infect Dis

[34] Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011.
[35] Kovacheva V, Vogel D. The size of the irregular foreign resident population in the European Union in 2002, 2005 and 2008: aggregated estimates. Hamburg: Institute of International Economics, 2009.
[36] Labree L, van den Mheen H, Rutten F, Foets M. Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. Obes Rev 2011; 12: e535-47.
[37] Lopez-Gonzalez L, Aravena VC, Hummer RA. Immigrant Acculturation, Gender and Health Behavior: A Research Note. Social Forces 2005;84(1):581–593.
[38] Mahmud A, A. Hassan M, Ahmed JA, Wagacha JB, Spiegel P et al (2013) Risk factors for measles mortality among hospitalized Somali refugees displaced by famine, Kenya,2011. Clin Infect Dis 57
[39] Maillat, D. The Future of Migration. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD); 1987. Long-Term Aspects of International Migration Flows: The Experience of European Receiving Countries; p. 38-63.
[40] Martin P, Laupland KB, Frost EH, Valiquette L (2015) Laboratory diagnosis of Ebola virus disese. Intensive Care Med
[41] Massey DS, Arango J, Hugo G, Kouaouci A, Pellegrino A, Taylor JE. Theories of International Migration: A Review and Appraisal. Population and Development Review 1993;
[42] McKay L, MacIntyre S, Ellaway A. Migration and health
[43] Nielsen SS, Krasnik A, Rosano A. Registry data for crosscountry
comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. BMC Health Serv Res 2009;9:210.ternational literature. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit,
[44] Pajares M. Inmigraciyn y mercado de trabajo. Informe 2008. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigraciyn/Observatorio Permanente de la Inmigraciyn, 2008. 2003.

[45] Pareek M, Watson JP, Ormerod LP, Kon OM, Woltmann G, White PJ, et al. Screening of immigrants in the UK for imported latent tuberculosis: a multicentre cohort study and cost-effectiveness analysis. Lancet 2011;

[46] Paul Kennedy, The Subversive Element in Interpersonal Relations—Cultural Border Crossings and Third Spaces: Skilled Migrants at Work and Play in the Global System, Globalizations, 4, 3, (355), (2007).

[47] Poulkou G, Basseti M, Timsit JF, (2015) Critically ill migrants with infection: diagnostic considerations for intensive care phisicians in Europe

[48] Rafnsson S, Bhopal R. Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe. Eur J Public Health 2009;

[49] Razum O, Twardella D. Towards an explanation for a paradoxically low mortality among the recent immigrants. Tropical Medicine and International Health 2002;

[50] Rechel B. et al, (2013), Migration and health in an increasingly diverse Europe

[51] Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet 2013; International Organization for Migration (2010). World migration Report

[52] Riccardo F, Napoli C, Bella A, Rizzo C, Rota MC, Dente MG, et al. Syndromic surveillance of epidemic-prone diseases in response to an influx of migrants from North Africa to Italy; 2011. May to October 2011.Eurosurveillance, November 2011.. The future of migration: building capacities for changes.

[53] Traynor I. Europe moves to end passport-free travel in migrant row. The Guardian (London), May 12, 2011. http://www.guardian.co.uk/world/2011/may/12/europe-to-end-passport-free-travel(accessed Jan 18, 2013).

[54] Seedat F, Hargreaves S, Friedland JS. Engaging new migrants in infectious disease screening: a qualitative semi-structured interview study of UK migrant community health-care leads.

[55] Sermeus W, Bruyneel L. Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration. Summary report of the three Policy Dialogues. Brussels: European Commission, 2010.

[56] Simon P. “Ethnic” statistics and data protection in the Council of Europe countries. Study report. Strasbourg: Council of Europe, 2007.
[57] Spijkerboer TP. Moving migrants, states and rights: human rights and migrant deaths. Soc Sci Res Net 2012;.
[58] Stronks K. Public health research among immigrant population: still a long way to go. European Journal of Epidemiology 2003;
[59] Swerdlow DL, Malenga G, Begkoyian G.Nyangulu D, Tool Mq Waldmann RJ et al (1997) Epidemic cholera among refugees in Malawiq Africa: treatment and transmission. Epidemiol Infect 2014
[60] Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek M, McKee M, et al. The impact of economic crises on communicable 184 A. Eonomopoulou et al.
disease transmission and control: a systematic review of the
evidence.
[61] Ujcic-Voortman J, Baan C, Seidell J, Verhoeff A. Obesity and cardiovascular disease rik among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. Obes Rev 2012;
[62]Wagner K, Jones J. Migrant health: infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales, and Northern Ireland. An update to the baseline report — 2011. Health Protection Agency Centre; 2011.
[63] Walsh TR, Weeks J, Livemore DM, Tolemann MA (2011) Dissemination of NDM-1 positive bacteria in the New Delhi environment and its implications point prevalence study. Lancet Infect
[64] Wichmann D, Schmiedel S, Kluge S (2014) Isolation in patiens with Ebola Virus desease, Intensive Care Med
[65] Zetter R. More labels, fewer refugees: remaking the refugee label in an era of globalization. J Refug Stud. 2007;
[66] BBC News. Q&A: France Roma expulsions, BBC (London), Oct 19, 2010. http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-11027288(accessed Feb 7, 2013).
[67] Cross(2016)OOH: Всеки 113-и човек в света е мигрант http://www.cross.bg/bezhantzite-evropa-otchitat-1511813.html#.WCcROdR97UI

[68] Center for Diseases Control and Prevention (CDC) webpage (2015) Yellow Book, general approach to the returnered traveler. http//wwwne.cdc.gov/travel/yellwbook/2016 post travel-evaluation/general-approach-to-the-returnered-traveler#44826. Assesed v22 September 2015

[69] EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006 No. 75. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007.

[70] European Commission Statistics Agency Eurostat (2015) Asylum qarter report.

[71] ECDC. Tuberculosis surveillance in Europe 2008. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2010

[72] European Centre for Disease Control and Prevention. Available at: http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx

[73] European Center for Disease Control and Prevention. Rapid risk assessment. Louse-borne relapsing fever in the EU. Available at: http://ecdc.europa.eu/ en/publications/Publications/louse-borne-relapsing-feverin-eu-rapid-risk-assessment-17-nov-15.pdf [accessed 17.11.16].

[74] European Center for Disease Control and Prevention. Rapid risk assessment. Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season. Available at: http://ecdc.europa.eu/ en/publications/Publications/refugee-migrant-health-ineuropean-winter-rapid-risk-assessment.pdf [accessed 17.11.16].

[75] European Center for Disease Control and Prevention. Rapid risk assessment. Louse-borne relapsing fever in the EU. Available at: http://ecdc.europa.eu/ en/publications/Publications/louse-borne-relapsing-feverin-eu-rapid-risk assessment

[76] European Center for Disease Control and Prevention. Rapid risk assessment. Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season. Available at: http://ecdc.europa.eu/ en/publications/Publications/refugee-migrant-health-ineuropean-winter-rapid-risk-assessment.

[77] European Centre for Disease Control and Prevention. Available at: http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/ Pages/Scheduler.aspx

[78] International Organization for Migration. World migration report 2010. The future of migration: building capacities for change. Geneva: International Organization for Migration, 2010.

[79] International Organization for Migration. Available at: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR 2010 ENGLISH

[80] FRONTEX. Update to joint operation Poseidon; 2011. Available at: http://www.frontex.europa.eu/newsroom/

[81] Goma Epidemiology Group (1995) Public health impaer of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July, 1994 Lancet 345:339-344

[82] Hellenic Centre for Disease Control and Prevention. Available at: http://www.keelpno.gr/

[83] HPA: Migrant Health. Infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales, and Northern Ireland. An update to the baseline report. London: Health Protection Agency, Centre for Infections; 2011.

[84] International Organization for Migration. World migration report 2010. The future of migration: building capacities for change

[85] Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek—Turkish borders Assimoula Eonomopouloua,∗ , Androula Pavli b, Panagiota Stasinopouloua , Lambros A. Giannopoulos a , Sotirios Tsiodras c a Hellenic Center for Disease Control and Prevention, Athens, Greece b Travel Medicine Office, Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Greece c 4th Department of Internal Medicine, Attikon, University Hospital, National Kapodistrian University of Athens Medical School, Greece Received 24 December 2015 ; received in revised form 22 March 2016; accepted 2 April 2016.

[86] MSF. Greece: immediate action needed to improve unbearable living conditions; 2011. Available at: http://www.msf. org.uk/Evros living conditions 20110126.news.ml.

[87] Public Health England. Tuberculosis in the UK: annual report on tuberculosis surveillance in the UK, 2013. Public Health England; 2013.

[88] Public Health England. Tuberculosis in the UK: annual report on tuberculosis surveillance in the UK, 2013. Public Health England; 2013. Available at: https://www.gov.uk/ government/publications/tuberculosis-tb-in-the-uk

[89] Presented as the 125th Shattuck Lecture at the annual meeting of the Massachusetts Medical Society, Boston, May 1, 2015.

[90] Sixty-first World Health Assembly. Health of migrants. Geneva: World Health Organization; 2008 (WHA61.17) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/ A61_R17-en.pdf, accessed 21 July 2015).

[91] United Nations Hight Commissioner for Refugees webpsge (2015) Siryia regional refugee response, inter-agency information sharing portal, http:/data.unher.org/syrianrefugees/regional.php.Assessed October 2015

[92] UN. Trends in international migrant stock: the 2008 revision (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2008). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009.

[93] UNHCR Global Report 2013: Europe regional summary. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2013 (http://www.unhcr.org/539809e10.html, accessed 29 July 2015).

[94] UNHCR 2015 regional operations profile: Europe. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2015 (http://www.unhcr.org/pages/4a02d9346. html, accessed 28 July 2015).

[95] World Health Organization(2015) Siryan Arab Republic situation reports http:// www.who.int/hac/crises/syr/sitreps/en.Assesed 22 September 2015

[96] WHO. Communicable disease control in emergencies; 2005 [cited 15.12.15] Availableat:http://www.who.int/infectious-disease news/IDdocs/whocds200527/ISBN 9241546166.Pdf [accessed 15.12.15].

[97] World Health Organization the International standards for tuberculosis care diagnosis and treatment. Available at: http://www.who.int/tb/publications/2006/istc report. pdfv [accessed 15.12.15].

[98] World Health Organization (WHO). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. Available at: http://www.who.int/hac/ techguidance/healthof migrants/en/ [accessed 15.12.15].
[99] World Health Organization (WHO). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. Available at: http://www.who.int/hac/ techguidance/healthof migrants/en/ [accessed 15.12.15].
[100] World Health Organization the International standards for tuberculosis care diagnosis and treatment. Available at: http://www.who.int/tb/publications/2006/istc report. pdfv [accessed 15.12.15].
[101] World Health Organization (WHO). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. Available at: http://www.who.int/hac/ echguidance/healthof migrants/en/
[102] World Health Organization (WHO). Health of migrants report by the secretariat. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf files/A61/A61 12-en.pdf
[103] World Health Organization the International standards for tuberculosis care diagnosis and treatment. Available at: http://www.who.int/tb/publications/2006/istc report.
[104] https://www.gatestoneinstitute.org/10676/germany-migrants-infectious
[105]http://bush.tamu.edu/scowcroft/papers/blackburn-lenze/Paper%20No.%2010%20Blackburn%20&%20Lenze.pdf
[106]http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf
[107] http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1511248
[108] http://www.merhcongress.com/abstracts/
[109] https://news.bg/euronews/novo-prilozhenie-shte-pomogne-na-migrantite-v-es-da-vlyazat-na-trudoviya-pazar.html

[110]file:///C:/Users/PK/Downloads/Bejancite%20v%20Bulgaria_pazar%20na%20truda.pdf
[111] https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_disease
[112] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831347/
http://www.trudipravo.bg/component/content/article?id=750:...
[113]http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/bg
[114] http://www.trudipravo.bg/component/content/article?id=750
[115]http://multikulti.bg/wpcontent/uploads/2013/06/Monitoring_Integration_Refugees_2013_BG.pdf
[116]eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX%3A52010DC0603
[117]http://www.mvr.bg/NR/rdonlyres/3E3C7633-E3BC-43D5-9517-725CC8176ED6/0/Nacionalna_strategiq_po_migraciqta.pdf
[118]file:///D:/Downloads/National_strategy_migration_integration_2015-2020%20(2).pdf
[119]file:///D:/Downloads/Bejancite%20v%20Bulgaria_pazar%20na%20truda%20(2).pdf
[120]http://www.parliament.bg/pub/ECD/122428COM_2012_464_BG_ACTE_f.pdf