



Региональная
экспертная группа
по здоровью мигрантов

**Ситуационный анализ
по вопросам предоставления
медицинских услуг в связи с ВИЧ
для иностранных граждан –
мигрантов
в Российской Федерации**

ИССЛЕДОВАНИЕ

Авторы:

Вятчина Мария Васильевна
Кашницкий Даниил Савельевич
Барский Кирилл Александрович
Абросимова Зинаида Борисовна
Федоряк Анна Валерьевна

МОСКВА 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Резюме	4
Часть 1. Обзор академических и аналитических публикаций о положении ВИЧ-положительных иностранцев в других странах	6
1.1. Рекомендации международных организаций в сфере здравоохранения	6
1.2. Примеры легализации мигрантов с ВИЧ и отказа от ограничений в отношении мигрантов в принимающих странах	6
1.3. Ситуация в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА)	8
1.4. Исследования об уязвимости мигрантов в связи с ВИЧ в Российской Федерации и в странах исхода	8
Часть 2. Материалы эмпирического исследования	10
2.1. Система учета ВИЧ-положительных иностранцев в Российской Федерации	11
2.2. Уязвимости трудовых мигрантов в России	14
2.2.1. Гендерные аспекты неравенства в вопросах здоровья	14
2.2.2. Языковой барьер	16
2.2.3. Неравные правовые статусы внутри категории «трудовые мигранты»	17

ОГЛАВЛЕНИЕ

♦

2.3. Траектории ВИЧ-положительных иностранцев	18
2.3.1. Трудности возвращения в страну исхода	18
2.3.1.1. недоступность терапии	18
2.3.1.2. угроза жизни ЛГБТ-персон	19
2.3.1.3. стигма	19
2.3.1.4. экономические риски	21
2.3.2. Трудности в России	22
2.3.2.1. оставаться в статусе недокументированных мигрантов	22
2.3.2.2. пользование услугами платной медицины: отказы в ДМС и расчет бюджетов	23
2.3.2.3. судебный процесс: воссоединение с семьей	25
2.3.2.4. промежуточные статусы	26
2.4. Анализ положения отдельных групп внутри категории «иностранцы с ВИЧ»	27
2.4.1. Беременные иностранки с ВИЧ	27
2.4.2. Студенты	28
2.5. Дополнительные барьеры для доступа к медицинским услугам, возникшие во время пандемии COVID-19	29
Краткие выводы	32
Рекомендации	34

РЕЗЮМЕ

В отчете представлены результаты социологического исследования доступа ВИЧ-положительных иностранцев к медицинским услугам на территории Российской Федерации. Исследование состояло из двух этапов: обзора литературы и эмпирического исследования.

Обзор литературы содержит основные показатели Российской Федерации по профилактике и лечению ВИЧ в межстрановом контексте. Заболеваемость ВИЧ в Российской Федерации является самой высокой среди стран Восточной Европы и Центральной Азии¹. При этом в мире осталось всего 19 стран², которые применяют депортацию по отношению к ВИЧ-положительным иностранцам. Еще в 2008 году Организация Объединенных Наций заявила о недопустимости подобной дискриминации людей, живущих с ВИЧ. В ситуации, когда антиретровирусная терапия позволяет человеку, живущему с ВИЧ, быть неопасным для окружения, меры по депортации являются негуманным анахронизмом.

Материалы эмпирического исследования показывают, что иностранцы с ВИЧ на территории Российской Федерации оказываются в очень разных условиях в зависимости от их социального опыта. Во-первых, необходимость в проведении теста на ВИЧ зависит от цели пребывания и правового статуса: среди всех иностранцев тесты на ВИЧ должны сдавать только те, кто при трудоустройстве оформляет патент. В тоже время, для граждан стран Евразийского экономического союза³ требование в получении патента отсутствует, что, соответственно, снимает необходимость обязательного медицинского осмотра, в том числе тестирования на ВИЧ. Во-вторых, иностранные граждане с позитивным ВИЧ статусом в зависимости от финансового положения и сферы трудоустройства самостоятельно обеспечивают себя антиретровирусной терапией или пользуются поддержкой со стороны НКО и проектов взаимопомощи. Кроме того, есть свидетельства, когда страны исхода обеспечивают своих граждан АРВ-терапией на длительный срок, и они готовы к сотрудничеству с Россией⁴ для создания устойчивых решений поддержки людей с ВИЧ. Опыт других стран⁵ свидетельствует о том, что легализация пребывания иностранцев, живущих с ВИЧ, сделает процедуру трудоустройства более эффективной и прибыльной для бюджета РФ.

¹ Не упустить момент. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. UNAIDS, 2020. С.19.

Базовая оценка 2.0. Обзор барьеров, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией для ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ. Киев, 2018. С.87.

² Countries deporting people with HIV.

³ Страны Евразийского экономического союза: Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия.

⁴ Иващенко Е. Лечиться надо. Почему ВИЧ-положительные мигранты нелегально остаются в России // ИА «Фергана». 27.04.2018.

⁵ UNAIDS. (2019). Still Not Welcome. HIV-related Travel Restrictions. UNAIDS Explainer.

Среди сложностей, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные иностранцы в России, можно назвать страх раскрытия ВИЧ-статуса и выдворения из страны, потеря возможности зарабатывать деньги, нехватка информации и правовая неопределенность, языковой барьер, стигматизация и самостигматизация, гендерное неравенство. Часто возвращение в страну исхода для них не просто осложнено, но невозможно (из-за опасности для жизни в принимающем обществе, стигматизации, экономической нестабильности, из-за закрытых границ, как было во время пандемии COVID-19).

Декриминализация иностранцев с ВИЧ в России станет той мерой, которая позволит иностранным работникам быть более защищенными в правовом плане и более эффективно использовать свой потенциал в России.

Кабинетный этап исследования подразумевал анализ уже опубликованных российских и зарубежных исследований и рекомендаций. Полевой этап включал сбор и анализ интервью с иностранными гражданами, которые столкнулись с системой российского здравоохранения и/или эпидемиологического надзора (15 интервью). Глубинные интервью о пациентском и миграционном опыте дополнялись интервью с российскими экспертами (13 интервью) из Москвы и Санкт-Петербурга, вовлеченными в сферу профилактики и лечения ВИЧ-инфекции (руководители и сотрудники медицинских учреждений, социальные работники, активисты).

ОБЗОР АКАДЕМИЧЕСКИХ И АНАЛИТИЧЕСКИХ ПУБЛИКАЦИЙ О ПОЛОЖЕНИИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ИНОСТРАНЦЕВ В ДРУГИХ СТРАНАХ

Представленный обзор литературы позволил описать российскую ситуацию с доступом ВИЧ-положительных мигрантов к медицинским услугам и сравнить ее с международными рекомендациями. Первая часть обзора содержит рекомендации международных организаций; вторая часть показывает примеры стран, которые легализовали положение мигрантов с ВИЧ на своей территории; третья часть включает краткое обсуждение исследований о ситуации с ВИЧ в регионе ВЕЦА и о положении трудовых мигрантов с ВИЧ в Российской Федерации.

1.1. РЕКОМЕНДАЦИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Международные стандарты прав человека рассматривают доступ к АРВ-терапии как важную часть политики в сфере здравоохранения⁶. Право на здоровье признается базовым правом человека. При этом существование пунктов о депортации ВИЧ-положительных иностранцев в страновых законодательствах нарушает целый ряд прав человека, в том числе право на свободу передвижения, право на неприкосновенность частной жизни, право на свободу от дискриминации⁷.

1.2. ПРИМЕРЫ ЛЕГАЛИЗАЦИИ МИГРАНТОВ С ВИЧ И ОТКАЗА ОТ ОГРАНИЧЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ МИГРАНТОВ В ПРИНИМАЮЩИХ СТРАНАХ

По данным 2016 года, почти все страны Европы обеспечивали АРВ-терапией легальных мигрантов, и большая часть из них обеспечивала доступ к анонимному тестированию и лечению для недокументированных мигрантов⁸. В последние два десятилетия несколько государств отменили действие правовых документов, дискриминирующих ВИЧ-положительных мигрантов. Среди таких стран — США, Южная Корея, Сальвадор, Чили, Болгария, Армения и Украина. Легализация мигрантов с ВИЧ работает на общее снижение заболеваемости в этих странах. Исследования, проведенные в государствах, отменивших положение о депортации ВИЧ-положительных иностранцев, доказывают резуль-

⁶ Стратегия ЮНЭЙДС по борьбе со СПИДом

⁷ UNAIDS. (2019). Still Not Welcome. HIV-related Travel Restrictions. UNAIDS explainer.

⁸ HIV and migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2017.

тативность этой меры⁹. Снижение системных барьеров в доступе к АРВ-терапии для мигрантов позволят достигать значимых результатов для общественного здравоохранения¹⁰.

Вместе с тем существует обширный ряд критических публикаций о работе комиссий, которые во многих странах проводят медицинское освидетельствование мигрантов и беженцев¹¹. Дело в том, что медицинские освидетельствования для иностранцев включают несколько пунктов, которые являются проблематичными с точки зрения медицинской этики. В работе таких комиссий отсутствует информированное согласие для пациента и явным образом нарушается право на конфиденциальность. Административные функции для врачей из состава комиссий оказываются важнее благополучия пациентов. Существуют также большие вопросы к качеству проведения дотестовых и послетестовых консультаций в связи с ВИЧ (иногда они вообще отсутствуют). Эти публикации указывают на существование стойкого предвзятого отношения к ВИЧ-положительным мигрантам, что может выражаться в отказе в разрешении на въезд при наличии у человека хронических заболеваний. В качестве примера частичного преодоления этой проблемы можно назвать поправки к Закону о защите иммигрантов и беженцев, принятие которых в Канаде в 2018¹² году означало, что больше не будет отказов во въездных документах из-за «потенциальной повышенной нагрузки на медицинскую систему». Таким образом, следующим шагом после решения правовых противоречий и ограничения мобильности становится работа по преодолению дискриминации в медицинской сфере.

По материалам «Глобальной базы данных по ВИЧ-обусловленным ограничениям на перемещения»¹³, на сегодняшний день в мире все еще остается девятнадцать государств, в которых действует мера депортации для ВИЧ-положительных иностранцев. Соседствуют с Российской Федерацией в этом списке Бахрейн, Бангладеш, Бруней, Китай, Египет, Экваториальная Гвинея, Ирак, Иордания, Северная Корея, Кувейт, Ливия, Малайзия, Оман, Катар, Саудовская Аравия, Сирия, Объединенные Арабские Эмираты и Йемен.

Государства, которые используют ограничительные меры для иностранных граждан ЛЖВ, часто оправдывают эти законы защитой здо-

⁹ Ross J., Cunningham C. O., Hanna D. B. HIV outcomes among migrants from low-and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence // *Current opinion in infectious diseases*. 2018. Т. 31. № 1. P. 25 - 32; Galeucia M., Hirsch J. S. State and local policies as a structural and modifiable determinant of HIV vulnerability among Latino migrants in the United States // *American Journal of Public Health*. 2016. Т. 106. № 5. P. 800-807.

¹⁰ Ross J. et al. Outcomes along the HIV care continuum among undocumented immigrants in clinical care // *AIDS research and human retroviruses*. 2017. Т. 33. №. 10. P. 1038-1044.

¹¹ Bisailon L., Ells C. When doctoring is not about doctoring: An ethical analysis of practices associated with Canadian immigration HIV testing // *Public Health Ethics*. 2014. Т. 7. №. 3. P. 287–297; Gutierrez A. M. et al. A Right to Privacy and Confidentiality: Ethical Medical Care for Patients in United States Immigration Detention // *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2020. Т. 48. №. 1. P. 161–168.

¹² [A modest advance on medical inadmissibility. 16.04.2018](#)

¹³ <https://www.hivtravel.org/>.

ровья своих граждан и интересами государственного бюджета. Однако международные организации (Всемирная организация здравоохранения, UNAIDS, Международная организация труда и др.) многократно указывали на то, что эти законы являются дискриминирующими и нарушают права человека. За ограничениями на передвижение для ВИЧ-положительных иностранцев скрывались закрепленные на государственном уровне ксенофобия¹⁴, дискриминация по расовому признаку¹⁵, неэффективность общественных кампаний по поддержке сексуального просвещения и по профилактике ВИЧ¹⁶, устаревшие консервативные модели представлений о государстве¹⁷. Когда государство продолжает политику депортаций людей с ВИЧ, оно тем самым поддерживает среди своих граждан миф о том, что вирусу подвержены только иностранцы, и фактически скрывает существование эпидемии внутри страны¹⁸.

1.3. СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ (ВЕЦА)

В мире сегодня существует три региона, где непрерывно продолжает расти заболеваемость и смертность от ВИЧ/СПИДа, и одним из них является регион ВЕЦА. Эксперты отмечают в этом регионе самый большой временной разрыв между положительным результатом тестирования на ВИЧ и началом лечения. АРВ-терапией обеспечено менее половины всех инфицированных¹⁹, только у 41% подавлена вирусная нагрузка. В среднем по региону терапию получают лишь 63% нуждающихся. С 2010 года на 72% выросло число новых случаев и на четверть повысилась смертность от СПИДа. Эксперты пишут о необходимости активно расширять практики самотестирования, снижения вреда и до-контактной профилактики.

1.4. ИССЛЕДОВАНИЯ ОБ УЯЗВИМОСТИ МИГРАНТОВ В СВЯЗИ С ВИЧ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В СТРАНАХ ИСХОДА

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации является наиболее высокой среди стран Восточной Европы и Центральной Азии.

¹⁴ Lazarus J. V. et al. HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey // Journal of the International AIDS Society. 2010. Т. 13. №. 1. Р. 1–6.

¹⁵ Wagner B. K., Van Volkenburg M. HIV/AIDS Tests as a Proxy for Racial Discrimination-A Preliminary Investigation of South Korea's Policy of Mandatory In-Country HIV/AIDS Tests for Its Foreign English Teachers // Journal of Korean Law. 2011. Т. 11. Р. 179–245.

¹⁶ Cho B. H. HIV/AIDS policy in South Korea // International Studies in Education. 2008. Т. 9. Р. 37–39; Keralis J. M. At the nexus: How HIV-related immigration policies affect foreign nationals and citizens in South Korea // Health and human rights. 2017. Т. 19. №. 2. Р. 123–132.

¹⁷ Frowd P. M. State personhood, abjection and the United States' HIV travel ban // Millennium. 2014. Т. 42. №. 3. Р. 860–878.

¹⁸ См. подробнее: Keralis J. M. At the nexus: How HIV-related immigration policies affect foreign nationals and citizens in South Korea // Health and human rights. 2017. Т. 19. №. 2. Р. 123–132.

¹⁹ Не упустить момент. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. UNAIDS, 2020. С.32.

Сегодня все отчетливее признается, что существование законодательных мер по ограничению въезда для ВИЧ-положительных иностранцев и положения о депортации является причиной скрытой эпидемии в стране²⁰.

Язык публикаций российских специалистов о статистике по миграции может содержать непреднамеренную дискриминирующую составляющую. Например, в обобщающем многотомном издании «Миграция в России 2000–2012» в первой части второго тома, содержащей раздел о здоровье мигрантов, три статьи посвящены ВИЧ-инфекции. Однако невнимательность к контексту в публикациях может способствовать развитию у читателей негативных установок к трудовым мигрантам. Примером тому служат следующие цитаты: «В Россию это заболевание было занесено из-за рубежа»²¹ или «больше всего заболеваемость у мигрантов из Республики Узбекистан (23%)»²². Авторы не уточняют, что граждане Узбекистана в какой-то момент стали лидировать по численности иностранных работников в России, поэтому эта цифра отражает вклад в структуру миграции.

Несколько международных коллективов исследователей работали над вопросами уязвимости мигрантов из стран СНГ. Например, один из коллективов, сравнивая показатели здоровья стоящих на учете в СПИД-центрах в Таджикистане среди людей с опытом миграции и тех, кто в миграции не был, приходит к выводу, что каждый год, проведенный в Российской Федерации, увеличивает риск значительно более позднего обращения за медицинской помощью для мигранта с ВИЧ на 4%²³.

Исследователи ситуации с ВИЧ в государствах Центральной Азии пришли к выводу о необходимости введения более гендерно-чувствительных программ²⁴. Они указывают, что женщины инфицируются половым путем от своих партнеров, которые были в трудовой миграции, и в силу патриархальности обществ зачастую женщины не могут убедить своих супругов на совместные тестирования.

²⁰ Проведение социально-экономического исследования, касающегося государственной политики борьбы с ВИЧ. Москва: НИФИ МИНФИНА РОССИИ, 2020. С. 97.

²¹ Миграция в России 2000–2012. Хрестоматия в трех томах. Т.1. Ч.2. М.: Спецкнига, 2013. С. 332.

²² Миграция в России 2000–2012. Хрестоматия в трех томах. Т.1. Ч.2. М.: Спецкнига, 2013. С. 338.

²³ Bromberg D. J. et al. Association between time spent in the Russian Federation and late presentation for HIV among Tajikistani migrants // BMC Public Health. 2020. Т. 20. №. 1. Р. 1–10.

²⁴ King E. J. et al. 'If she is a good woman...'and 'to be a real man...': gender, risk and access to HIV services among key populations in Tajikistan // Culture, Health & Sexuality. 2016. Т. 18. №. 4. Р. 422–434.

МАТЕРИАЛЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном разделе представлен анализ глубинных полуструктурированных интервью, проведенных в рамках проекта. Было проанализировано 15 интервью с иностранцами, которые имели опыт проживания с ВИЧ на территории Российской Федерации (граждане Беларуси, Кыргызстана, Молдовы, Узбекистана, Украины, Таджикистана). Также было проведено 13 экспертных интервью с профильными специалистами государственных медицинских учреждений (инфекционисты, уролог, гинеколог, психолог), социальными работниками, кейс-менеджерами и руководителями общественных организаций, помогающих мигрантам в России, а также сотрудниками диаспоральных организаций в России. Для получения информации о тех группах, которые не были охвачены интервью, мы использовали данные из академических публикаций и аналитических отчетов по теме миграции и здоровья.

Структура отчета выстроена следующим образом. Сначала дан обзор системы вынесения решений о нежелательном пребывании в Российской Федерации. Далее представлены траектории мигрантов: барьеры при возвращении в страну исхода, барьеры к доступу к медицинским услугам в России. Более подробно разобрано положение отдельных уязвимых групп — беременных женщин и студентов. Особое внимание уделено анализу дополнительных барьеров, возникших в связи с пандемией COVID-19 и введенными ограничениями.

Важным для анализа собранного полевого материала является интерсекциональный подход²⁵. Следуя этому подходу, мы старались учитывать пересечение социального опыта через такие измерения, как гендер, язык, возраст, этничность, раса, телесность и опыт инвалидности, профессия, миграционный опыт и гражданский статус. Внимание к различным опытам позволяет учитывать многообразие траекторий ВИЧ-положительных мигрантов и разрабатывать политики в отношении здоровья, включающие нужды всех групп, которые подвергаются социальному исключению и стигматизации.

²⁵ Bredström A. Intersectionality: a challenge for feminist HIV/AIDS research? // *European Journal of Women's Studies*. 2006. Т. 13. №. 3. Р. 229–243.

2.1. СИСТЕМА УЧЕТА ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ИНОСТРАНЦЕВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Решение о нежелательности пребывания выносится главным органом, отвечающим в РФ за эпидемиологическую безопасность — Роспотребнадзором. Однако в вынесение и реализацию этого решения вовлечены ведомства, которые подчиняются разным органам власти. Конкретно в случае решения о нежелательности пребывания ВИЧ-положительного иностранца речь идет о работе Роспотребнадзора, Министерства внутренних дел РФ (которому подчиняется миграционная служба) и Министерства здравоохранения РФ. До вынесения решения о нежелательности пребывания иностранный гражданин должен попасть в систему учета, анализу которой посвящен данный раздел. Описание сложившейся системы учета пациентов с ВИЧ решает в рамках отчета две задачи. Во-первых, оно указывает на институциональные разрывы и проблемы внутри самой системы. Во-вторых, это описание можно соотнести со страхами и тревогами, которые преследуют ВИЧ-положительных иностранцев в России, что поможет верифицировать часть опасений, которые в реальности не влекут за собой раскрытие статуса.

Для мониторинга пациентов с различными заболеваниями используются специализированные регистры по отдельным нозологиям (онкорегистры, регистры орфанных заболеваний) и категориям граждан (гериатрические регистры, регистры новорожденных), которые могут быть локальными, региональными, национальными, а также международными. «Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека», известный также как «Регистр Минздрава», на базе медицинских информационных систем объединяет персонализированные данные о пациентах, которые получают лечение, проходят осмотры и находятся на медицинском учете в СПИД-центрах по месту прописки. Вместе с тем существует система учета Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом – она объединяет все тесты, в том числе анонимные, которые лабораторно определили у пациентов наличие ВИЧ. Таким образом, сегодня в РФ ведутся две статистики ВИЧ-инфицированных, которые не совпадают между собой²⁶: регистр Минздрава включает данные о пациентах, которые получают лечение через систему ОМС, а регистр Федерального центра СПИД включает в себя данные об общем числе пациентов, получивших положительный результат теста (как анонимизированные, так и персонализированные).

Существует два основных способа получения информации о своем ВИЧ-статусе для иностранцев, уже находящихся на территории Российской Федерации.

²⁶ В Роспотребнадзоре объяснили расхождения с Минздравом в данных по числу носителей ВИЧ. Интерфакс. 30.11.2018.

Первый способ – это анонимное тестирование. Пациенты-иностранцы, которые узнали о своем ВИЧ-статусе в ходе анонимного тестирования, попадают в общую статистику, но не могут войти в статистику Минздрава, поскольку не имеют права получать терапию за счет бюджетных средств. При условии дальнейшего пользования медицинскими услугами только в коммерческих учреждениях или на хозрасчетной основе в государственных учреждениях они могут легально оставаться в России, если им не нужно проходить медицинские освидетельствования.

Другой способ информирования о ВИЧ-статусе связан с прохождением официальных медицинских комиссий, где необходимо указывать свои персональные данные. К этому способу относится обязательное медицинское освидетельствование иностранных граждан, которое необходимо при оформлении патента, ВНЖ, РВП, гражданства. Пройти этот медосмотр возможно лишь в определенных медицинских учреждениях, перечень которых утвержден территориальным органом исполнительной власти. Еще один тип медкомиссий – освидетельствования при приеме на работу в определенные рабочие сферы (например, в сферу общепита). Такой тип освидетельствования является требованием, в том числе, для граждан стран-участниц Евразийского экономического союза — ЕАЭС (Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан), которым достаточно трудового договора, чтобы оставаться на территории РФ. В рамках таких медосмотров информация о выявленной ВИЧ-инфекции также может быть передана в Роспотребнадзор.

Следующий этап эпидемиологического надзора связан с обязательством всех медицинских учреждений передавать в территориальные органы Роспотребнадзора информацию о вновь выявленных пациентах с ВИЧ. Этот пункт фактически вступает в противоречие с понятием медицинской тайны. Очевидные риски раскрытия статуса у пациентов-иностранцев, у которых ВИЧ был выявлен в ходе госпитализации в рамках оказания экстренной медицинской помощи. Предполагается, что лечащие врачи при обнаружении ВИЧ должны задокументировать²⁷ этот случай и направить две формы - экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма 058/у) в территориальные органы Роспотребнадзора и оперативное донесение о случае ВИЧ-инфекции (форма 286/у-88) в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Обычно в ЛПУ заполнением и передачей форм занимаются врачи-эпидемиологи и врачи-статисты, которым эту информацию должны передавать лечащие врачи. На деле процедуры эпидемиологического надзора не всегда выполняются по причине бюрократической сверхнагрузки врачебного персонала.

²⁷ Методические указания МУ 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26 февраля 2016 г.).

Роспотребнадзор, который получает из разных источников медицинских учреждений данные об иностранцах с ВИЧ, может вынести решение о нежелательности пребывания. Как правило, уведомления о нежелательности пребывания возвращаются обратно в Роспотребнадзор, так как не находят адресата по указанному месту регистрации.

Как правило, уведомления о нежелательности пребывания возвращаются обратно в Роспотребнадзор, так как не находят адресата по указанному месту регистрации.

“

Реализация этого решения лежит на миграционной службе МВД. Процедура депортации является сложным и дорогостоящим мероприятием, которое осуществляется с вовлечением дополнительных структур (страну исхода, Центры временного содержания ино-

странных граждан - ЦВСИГи). Это еще одно слабое место громоздкого административно-бюрократического аппарата:

«Если же это решение о нежелательном пребывании вынесено, то оно передается в миграционную службу. И непосредственно организацией депортации занимается уже миграционная служба. Но, во-первых, вы сами понимаете, да, сколько это все проходит этапов. И, соответственно, когда уже это дошло до миграционной службы, это уже обязанность миграционной службы найти этого человека» (экспертное интервью 2).

Частные медицинские учреждения пока должны передавать информацию о ВИЧ-позитивных иностранцах, проходящих у них лечение.

«Мы заплатим за это штраф, скорее всего. Возможно, это будет довольно-таки большой штраф. С другой стороны, у нас нету... у нас нету пациентов, которые мигранты и которые у нас в клинике плюсанули [получили положительный результат теста на ВИЧ] и мы должны эту информацию передавать. К нам люди, как правило, приходят уже знающие, с диагнозом, за лечением. Либо они где-то получают лечение, а у нас делают контроль каких-то анализов, еще что-то, чтобы врач это посмотрел, перенаправил» (экспертное интервью 8).

Определенные опасения руководства частных клиник вызывает перспектива вхождения в ЕМИС — государственную Единую медицинскую информационную систему. С включением в единую базу анонимизировать данные и давать гарантию непередачи в органы эпидемиологического надзора будет гораздо сложнее.

«Плюс сейчас новый закон о том, что все частные клиники должны быть подключены в общую базу городскую медицинскую. <...> Все данные пациентов будут в одной базе. Ну, грубо говоря, как сейчас там на Госуслуги заходите и можно посмотреть, что вы в поликлинике, какими услугами пользовались. Примерно то же самое и с инфекционкой со всей как бы. И частные клиники тоже должны быть туда подключены. Но

пока это в основном те, кто ОМС/ДМС получает... ладно, мы не работаем со страховыми, но вот в дальнейшем — ещё пока непонятно как это обойти. Ну и чем это аукнется для клиник, которые туда не войдут... Ну вот мы сейчас не можем, например, вакцинировать от ковид, потому что нас нет в этой базе. Как только мы туда подключаемся, мы начнем передавать туда данные о пациентах. Поэтому мы, собственно, несем какие-то финансовые потери, но при этом сохраняем конфиденциальность. Для нас пока это важнее» (экспертное интервью 8).

Можно резюмировать, что существующая в Российской Федерации система ограничений не только нарушает права мигрантов, но и оказывается неэффективной, поскольку отследить место проживания и работы мигрантов в большинстве случаев не представляется возможным (или потребуются еще больше финансовых и человеческих ресурсов). Иностранцы, несмотря на все процедуры, так и не возвращаются на родину; оставаясь в России и не получая никакой профилактической или медицинской помощи, они становятся еще более уязвимыми и с эпидемиологической точки зрения могут подвергать риску заражением ВИЧ своих партнеров.

2.2. УЯЗВИМОСТИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РОССИИ

В данном разделе представлены факторы, которые усложняют процессы профилактики, тестирования и информирования трудовых мигрантов о состоянии здоровья при нахождении в России. Рассматриваются такие аспекты, как гендерное неравенство, языковой барьер и асимметрия правовых статусов трудовых мигрантов из разных стран исхода.

2.2.1. Гендерные аспекты неравенства в вопросах здоровья

Гендерное неравенство делает женщин более уязвимыми для инфицирования ВИЧ, чем мужчин. Именно половой путь передачи ВИЧ в регионе ВЕЦА сегодня является доминирующим. Как сообщают эксперты, в отдельных странах ВЕЦА «около 50% женщин, живущих с ВИЧ — жены мигрантов²⁸». Таким образом, мигрантки и жены трудовых мигрантов, которые остаются на родине, оказываются одной из самых уязвимых для ВИЧ-инфекции групп, а брак становится одним из основных факторов риска²⁹. Кроме того, они имеют меньше возможностей противодействовать незащищенным половым контактам и им часто отказывается в праве ведения переговоров о защищенном сексе.

Медицинские профессионалы и социальные работники видят гендерные различия в консультировании и сопровождении трудовых мигрантов в России. Во-первых, женщины-мигрантки часто отказываются от

²⁸ Болтаева М.Р. Гендерные аспекты ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии. 2017

²⁹ Фактические данные по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. ЮНЭЙДС, 2020. С.50–51.

средств барьерной контрацепции, которые выдают на консультациях. Они объясняют это тем, что их партнеры выступают против защищенного полового контакта. Очевидно, что существует необходимость раздавать женщинам женские презервативы, чтобы снижать риски в ситуации, когда они инфицируются от своих половых партнеров.

«Каждый раз, я когда заканчиваю консультацию, я женщинам выдаю презервативы — потому что вот... выдаем — можете использовать, можете нет, но они у вас будут, да. Те женщины, про которых я говорила, они категорически отказываются брать... <...>. И они не берут презервативы вообще. И я уверена, что раз там нет презервативов, раз там подавленность женщин, там уровень ВИЧ должен быть выше. <...>, и я когда принимаю, говорю: понимаете, ваше лечение — если вы одна будете лечиться, это бесполезно, если вы не будете предохраняться и, если ваш партнер тоже не будет лечиться и не ходить к третьему лицу. То есть это бесполезно, получается, принимать антибиотики или что-то такое. Она говорит: я понимаю, но презервативы брать я не буду, потому что я не хочу злить моего партнера, мужа». (экспертное интервью 6).

Во-вторых, женщинам сложнее противостоять стигме в своем сообществе, диагноз становится поводом для осуждения. Наша собеседница из Узбекистана рассказывает о разрыве отношений с тетей, которая была на тот момент ее работодательницей в России:

«Она сказала, что больше не будем общаться: нехорошие женщины этими болезнями болеют. Я ей сказала, что ошибается. Сто раз ей говорила, но она не хочет слышать. Не общается со мной» (женщина, гражданка Узбекистана).

Гинекологи говорили о том, что страхи депортации и недоверие к государственным учреждениям в стране приема среди мигранток приводит к избеганию посещения медицинских учреждений.

Можно привести пример петербургских проектов благотворительной медицины, которые фиксируют следующую тенденцию. По опыту врачей, с которыми мы проводили интервью, те немногочисленные мигрантки, которые к ним обращаются — это матери детей проекта «Дети Петербурга».

«Если есть знакомые мигранты — лично я так делаю — которые нуждаются в помощи, я их направляю. Правда, очень мало женщин мигранток именно из Средней Азии. <...> Скажем так, приходят только мамы детей, которые водят в организацию «Дети Петербурга». А так, чтобы вот, например, мои знакомые мигрантки, которые, например, здесь живут на каких-то нелегальных основаниях — да, они не идут. Другие тоже... вот когда зовешь... у них больше тенденция такая — что они не доверяют. Если, например, они приходят, то это большое достижение, что человек пришел. <...> Огромная часть женщин нашей целевой аудитории — их нет, они в серой зоне, они не дойдут до нас. Потому

что они экономически зависимы от своих партнеров, языка не знают» (экспертное интервью 6).

Этот пример иллюстрирует, что институциональное и персональное доверие — критически важный фактор в принятии мигрантами решения об обращении за помощью. Когда медицинский проект включен в общую сеть доверия с другими, уже известными благотворительными сервисами, его востребованность среди уязвимых групп возрастает.

Следует также отметить, что женщины, которые приехали в миграцию самостоятельно без сопровождения родственника-мужчины, сталкиваются со многими предрассудками со стороны соотечественников и с гендерным насилием.

2.2.2. Языковой барьер

Языковой барьер — это тема, которая обсуждается преимущественно экспертами, поскольку наши интервью проходили на русском языке и, соответственно, мы не могли подробнее узнать об опыте тех мигрантов, кому труднее говорить по-русски. И врачи-специалисты, и психологи выражали озабоченность тем, что они не уверены, понял ли пациент все, что звучало на консультации. Эта ситуация осложняется тем, что в СПИД-центрах нет никакой языковой поддержки, функции переводчика может выполнять только соцработник или близкий человек, который сопровождает пациента на прием. Все буклеты и раздаточные материалы в СПИД-центре изданы на русском языке. Иногда появляются брошюры на разных языках, которые предоставляют организации, поддерживающие мигрантов, но их тираж со временем заканчивается.

«Мы не говорим на кыргызском языке или что-то. Очень редко, ну, может, раз в год у меня бывают люди в анонимном кабинете, с которыми вообще непонятно. <вздыхает> Это Узбекистан — и что человек понял? Я могу говорить только по-русски. <...> Очень хорошо, когда благотворительные организации нам предоставляют брошюры такие, где есть текст про ВИЧ. Мы можем хотя бы дать человеку, сказать — вот, тут вот для вас. Но брошюры тоже заканчиваются. Сейчас вот, например, их нет, да. То есть как бы это тоже... В этом есть потребность» (экспертное интервью 3).

В результате можно вывести тренд, что к услугам врача обращаются те, кто владеет русским языком. Соответственно, остальные испытывают трудности с тем, чтобы прийти на консультацию:

«Те, которые приходят — они хорошо обычно владеют русским» (экспертное интервью 6).

«Языковой барьер — это прям очень сильное преткновение. <...> «Несоциализированный» мигрант — он обычно не владеет языком, и он не до конца понимает, что с ним происходит. То есть ты говоришь и кажет-

ся, что человек не осознает важность этого. Что у него выявили, что это вообще такое» (экспертное интервью 7).

Благотворительные ВИЧ-сервисные организации работают над тем, чтобы решать вопросы языкового барьера (например, привлекают волонтеров, знающих языки, как переводчиков и социальных работников), однако в медицинских организациях этот вопрос остается без внимания.

К услугам врача обращаются те, кто владеет русским языком. Соответственно, остальные испытывают трудности с тем, чтобы прийти на консультацию.

“

Плохое владение русским языком в Российской Федерации составляет одну из осей неравенства, в которое вовлечены трудовые мигранты. Без

уверенного владения русским языком они не могут полноценно пользоваться немногими доступными социальными услугами, предоставляемыми общественными организациями или же искать более высокооплачиваемую работу и отстаивать свои трудовые права.

2.2.3. Неравные правовые статусы внутри категории «трудовые мигранты»

В российском миграционном контексте права трудового мигранта определяются страной исхода. Как уже говорилось выше, для граждан государств Евразийского экономического союза нет необходимости оформлять патенты и визы (Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан). Их риски получить статус нежелательного пребывания связаны только с работой, требующей медицинского освидетельствования (сфера здравоохранения, общепит, педагогическая работа). Для проживающих на территории ЛНР и ДНР существует облегченная процедура получения гражданства России. Для всех остальных справка об отсутствии ВИЧ является обязательной частью пакета документов и блокирующим в случае ВИЧ+ статуса фактором. В итоге более уязвимыми перед российским миграционным законодательством оказываются те мигранты, которым нужно получать патент (среди стран СНГ это Азербайджан, Молдова, Украина, Узбекистан, Таджикистан) или визу. Визовые отношения Россия сохраняет с Грузией и Туркменистаном, граждане этих стран также должны оформить разрешение на работу. Обладатели паспортов стран с неурегулированным статусом (Абхазия, Приднестровье, Южная Осетия) также должны при трудоустройстве оформить рабочие визы и разрешение на работу. Соответственно, в этих группах выше риски оказаться в ситуации недокументированной миграции и жить в постоянном страхе раскрытия статуса и депортации.

2.3. ТРАЕКТОРИИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ИНОСТРАНЦЕВ

Выше были показаны два способа регистрации иностранных граждан с ВИЧ – в статистике Минздрава и в статистике Роспотребнадзора о положительном ВИЧ-статусе. После этого необходимо обследование и назначение терапии, которое для иностранца в России невозможно в рамках бесплатной медицинской помощи. Иностранец оказывается на перепутье: поехать домой и бесплатно получать терапию или оставаться в России, оплачивая лечение самостоятельно и постоянно рискуя быть депортированным. Посмотрим внимательнее на два этих варианта.

2.3.1. Трудности возвращения в страну исхода

Возвращение в страну исхода для трудового мигранта может быть затруднено, невозможно и даже опасно в силу ряда обстоятельств. Здесь представлены такие обстоятельства, как недоступность АРВ-терапии, угроза жизни ЛГБТ-персон, стигматизация, экономические риски.

2.3.1.1. недоступность терапии

Вариант поехать домой для ВИЧ+ мигранта имеет несколько ограничений. Во-первых, есть государства, в которых человеку с положительным ВИЧ-статусом невозможно получить полноценную поддержку. Например, таким государством является Туркменистан³⁰. На международном уровне декларируется отсутствие ВИЧ в стране: с начала 1990 г. Туркменистан рапортовал во Всемирную организацию здравоохранения всего о двух случаях выявления. Хотя в стране существуют СПИД-центры, в них невозможно получить положительный результат теста и, соответственно, нет доступа к лечению.

«У нас в стране с этим большая проблема, потому что страна не признает ВИЧ. То есть его нет там. Там есть все, там есть СПИД-центр. Граждане Туркмении, как и в принципе любые иностранные граждане, могут пойти в СПИД-центры сдать кровь. И граждане Туркмении 200% получают результат отрицательный. Потому что... ну, такова политика. <...> на фоне того, что нет официальной информации, возникает очень много версий, слухов и всего прочего. Но очень много случаев есть, в том числе те, которые освещали СМИ. Даже, по-моему, организация Шаги писали о том, что у них был подопечный из Туркмении, у которого в России диагностировали ВИЧ, а в Туркмении у него отрицательный результат. И, соответственно, нет ВИЧа — нет АРВ-терапии» (экспертное интервью б).

³⁰ Stronski P. Turkmenistan at twenty-five: The high price of authoritarianism. Carnegie Endowment for International Peace. 2017; Ancker S., Rechel B. Policy responses to HIV/AIDS in Central Asia // Global public health. 2015. Т. 10. №. 7. P. 817–833.

В 2005 году Институт освещения войны и мира провел исследование, установив, что в стране существует негласный запрет на постановку диагноза ВИЧ³¹. В 2019 году появились сообщения, что граждан с подозрением на «вирус» (слово ВИЧ нигде не упоминалось) ставят на учет в полицию и отправляют в специализированные центры изоляции³². Таким образом, возвращение в Туркменистан не только неэффективно, но и представляет опасность для жизни из-за недоступности терапии и возможного преследования.

2.3.1.2. угроза жизни ЛГБТ-персон

Стигматизация проходит лейтмотивом во всех историях ВИЧ-позитивных мигрантов. Однако представители ЛГБТ подвергаются не только осуждению со стороны окружающих, но и законодательно преследуются в двух государствах Центральной Азии — уголовная статья за «мужеложство» действует в Узбекистане и Туркменистане. По мнению правозащитников, помощь геям осложняется тем, что большинство таких историй не документированы³³. Они крайне редко освещаются в СМИ или обсуждаются в социальных медиа. Пять лет назад в тюрьмах Узбекистана по 120 статье Уголовного кодекса («половое сношение мужчины с мужчиной без насилия») находилось 500 мужчин³⁴. Репрессивная ситуация в стране исхода на фоне дефицита информации порождает угрозу жизни, поэтому ВИЧ-положительные мигранты из числа ЛГБТ остаются в России, несмотря на все риски.

2.3.1.3. стигма

Возвращение в родную страну может быть невозможным из-за стигмы, которая преследует людей с ВИЧ. Движущие силы стигмы различны³⁵, к ним относятся страх окружающих заразиться из-за незнания путей передачи ВИЧ-инфекции (через контакт, не связанный с риском передачи ВИЧ); осуждение и стереотипы; плохая осведомленность о возможностях лечения на родине, страх преследования правоохранительными органами из-за наличия статуса ВИЧ, страх потерять возможность заработка для финансовой помощи семьи и родственников, опасения по поводу плохой производительности из-за состояния здоровья.

³¹ Turkmenistan in AIDS Denial. IWPR. 20.11.2005.

³² Зверинцева Т. Об особенностях жизни ВИЧ-положительных граждан Туркмении — страны, где СПИД «сведен к нулю». Фергана. 04.06.2019

³³ ЛГБТ+ в регионе Центральной Азии: репрессии, дискриминация, исключенность. Правозащитный отчет АДЦ «Мемориал» при участии: Кыргыз Индиго, Human & art, Kok.Team, Uzbekistan LGBTIQ IG «Equality», IG OAT Kurtuluş и при поддержке: IG Safe Space, Транс* Коалиции на постсоветском пространстве. Май 2020 года. С.18–23.

³⁴ ЛГБТ+ в регионе Центральной Азии: репрессии, дискриминация, исключенность. Правозащитный отчет АДЦ «Мемориал» при участии: Кыргыз Индиго, Human & art, Kok.Team, Uzbekistan LGBTIQ IG «Equality», IG OAT Kurtuluş и при поддержке: IG Safe Space, Транс* Коалиции на постсоветском пространстве. Май 2020 года. С.18.

³⁵ Фактические данные по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. ЮНЭЙДС. 2020. С.14–16.

В результате широкого спектра форм стигматизации у пациентов всегда есть страх быть отвергнутыми близкими людьми, поэтому они стараются не раскрывать диагноз.

«У меня все родственники, тетя думали, что я умру. Никто из них не знал, что у меня такой диагноз, я никому не говорил. <...> Я про рак сказал им. Что у меня в печени рак. А про вторую болезнь я не говорил» (мужчина, гражданин Таджикистана).

Страхи стигматизации усиливаются перекрестной стигмой — одновременным действием факторов исключения с разных сторон (со стороны родственников, со стороны знакомых, со стороны медицинских работников и правоохранительных органов, а также потенциальных работодателей). Необходимость обращаться за лечением в СПИД-центр увеличивает риски раскрытия диагноза перед окружением — пациенты боятся, что знакомые или соседи рано или поздно увидят их рядом с лечебным учреждением и начнут обсуждать в сплетнях.

«Первое время специально взяла, купила таблетки там, чтобы... Я боялась идти, что думала, может, домашние узнают, родители узнают... может быть, из близких кто-то увидит там, знакомые — всех же я знаю тут почти в городе. Там кто-нибудь может увидеть в СПИД-центре, мало ли. <...> Вот, страшно было. <...> И просто я боялась, что там, именно там <в Бишкеке>, в центре меня увидят. Кто-нибудь, да, из знакомых» (женщина, гражданка Кыргызстана).

Наша собеседница описывает сходную историю своего знакомого, который живет в Узбекистане и получает там АРВ-терапию:

«В маленьком месте живет, но он как бы поехал в город, там... чтоб никто не видел. А то в селе же, там, получается, родственники работают или сосед работает, или там соседа сноха работает, или еще кто-то там, все равно кто-то из этих... из знакомых где-нибудь там работает, поэтому... не хотел там, и он поехал в город. Уже в городе где-то там» (женщина, гражданка Кыргызстана).

Стигма усугубляется в транснациональном контексте: родственники и знакомые, работающие в России, узнав о диагнозе, разрывают контакты с человеком.

«У меня здесь тетя живет и работает уже 25 лет. В Протвино. У нее уже гражданство есть. Она мне помогает. Однажды она увидела этот конверт с таблетками, который дочь присылала на ее адрес, и теперь она не общается со мной» (женщина, гражданка Узбекистана).

Приведенная цитата отсылает к истории, когда наша собеседница, работавшая со своей родственницей, лишилась и договора, и работы, и жилья, потому что нанимавшая ее родственница, единственный близкий человек в чужом городе, обвинила ее, что «таким болеют только

плохие женщины». Осознавая риски, люди, живущие с ВИЧ, не рассчитывают на поддержку внутри мигрантских сообществ. В результате тема профилактики ВИЧ и поддержки людей с ВИЧ остается за рамками работы национально-культурных организаций:

«У нас единичные случаи пока звонят. Есть наверняка больше. Но они к нам не обращаются. Может быть, они обращаются к другим врачам, но не к соотечественникам из-за того, что... у нас же как — мы почти что все друг друга знаем. И несмотря на то, что мы везде говорим, что это анонимно...» (экспертное интервью 1).

Отчасти низкая вовлеченность диаспоральных организаций в решение вопросов доступа мигрантов к услугам здравоохранения может объясняться тем, что в деятельность подобных организаций редко вовлечены врачи, так как на это не хватает ресурсов, поэтому диаспорам сложнее оказывать мигрантам медицинскую и психосоциальную помощь.

Российские ВИЧ-сервисные НПО, привлекая мигрантов или сотрудников диаспоральных организаций в качестве переводчиков или волонтеров, могут обучать их принципам работы с людьми, живущими с ВИЧ, и таким образом создавать потенциал для работы среди мигрантов.

2.3.1.4. экономические риски

Возвращение в страну исхода также грозит ухудшением экономической ситуации в семье, для которой отправление человека в миграцию было источником финансовой поддержки. Поэтому часть мигрантов продолжают оставаться в России, поскольку здесь они могут найти хоть какую-то работу и продолжать перечислять средства родным. Приехав на родину, они сталкиваются с тотальной безработицей и низкой оплатой труда, на которую невозможно прожить.

«В Таджикистане зарплаты маленькие. Сейчас паспорт получу, найду варианты, как официально въехать в Россию, официально работать, зарплата там нормальная более-менее. Можно прожить. А здесь просто существовать. Тяжело. Кому-то везде хорошо, а кто-то так... Дети растут, на будущее надо: чем больше растут, тем больше расходы» (мужчина, гражданин Таджикистана).

«Работу искала — нет, нигде работы нету. То есть, но там зарплата очень мизерная. Потом от города тридцать километров живу, не в самом Бишкеке... До города ехать тридцать километров там, только на дорогу уходит. Допустим, там, 350–500 рублей... <...> И на дорогу уходит сто рублей. Мне там ничего не остается почти. <...> Еще обед, там, ну в общем... В голодовку там рублей... около трехсот рублей останется если, а туда ехать и там пятнадцать-шестнадцать часов в сутки работать тоже нереально» (женщина, гражданка Кыргызстана).

Выталкивающим фактором для мигранта является также коррумпированность и тот опыт безработицы и экономической несостоятельности на родине, с которым он уже сталкивался:

«Эти сложности, опять же вот эти безработица, опять же... Вот как мне, как мне потом лечиться? Как мне вот... э, маму прокормить. Мм... Хоть я как-то, хоть как никак сейчас я маме хоть немножко помогаю с деньгами. А потом что будет, как вы думаете? <...> Там ни интернета, ничего нету. Ну, интернет есть, опять же за деньги все. Деньги везде надо. <...> и дорогой интернет, и лечение дорогое, там каждый... шаг платный. Всюду, всюду деньги нужно. А тут хоть есть возможность, понимаете, хоть немножко подзаработать, вот. Хоть лекарств можно купить. Вот тут немножко денег заработаешь, домой пошлешь. Тут немножко денег заработаешь, хоть нормально можно питаться» (мужчина, гражданин Узбекистана).

2.3.2. Трудности в России

В данном разделе описываются трудности, с которыми сталкиваются иностранцы с ВИЧ, оставаясь в России.

2.3.2.1. оставаться в статусе недокументированных мигрантов

Вариант оставаться в недокументированном статусе связан с высокими рисками задержания и постоянными страхами. С момента истечения срока документов для пребывания в России для человека, который решил на этот вариант, начинается гонка за свое право оставаться в стране.

Исследователи неоднократно писали о том, что в 2000-е годы в России практики преследования трудовых мигрантов со стороны сотрудников МВД фактически были институционализированы³⁶. Взаимодействие полицейского и мигранта в России — это пример асимметрии властных отношений, поскольку в России (1) сотрудники МВД наделены неопределенно широкими властными полномочиями, (2) отсутствуют эффективные механизмы обжалования действий сотрудников МВД. Если говорить более конкретно, то превалируют три сценария взаимодействия полиции и мигрантов: этнически избирательный подход при проверке документов, немотивированное задержание и насилие, облава по месту работы и/или проживания. Мигрантам приходится максимально сокращать пребывание в публичных местах, по возможности избегать пользования общественным транспортом, постоянно оплачивать такси, чтобы не наткнуться на внезапную проверку документов в метро или на улице.

«Другая гражданка Туркмении, которая лет десять не была на родине,

³⁶ Гладарев Б. С., Цинман Ж. М. Милиционеры и гастарбайтеры: уличные практики перераспределения ресурсов // Социологический журнал. 2010. № 1. С.37–62.

у которой просрочен паспорт и которую везде ищут менты. Она нелегально проживает. Она нелегально работает. Ну, там, где-то там на фабрике подпольной. И таких, как она, очень много. <...> Ну, они, может быть, вообще не выходят в свет для того, чтобы элементарно пойти в медпункт из-за того, что боятся. Я знаю, что вот она ездила на работу на «убере» каждый раз туда и обратно. Боятся, что ее все ж таки мент по дороге поймают. Говорю: неужели они знают тебя в лицо? Она говорит: да. И это, разумеется, космические суммы каждый раз на такси туда-обратно. Но, типа это для безопасности. Конечно, я не представляю, как так можно жить продолжительно» (экспертное интервью 6).

Недокументированный статус пребывания снижает шансы на получение хорошей работы со стабильной оплатой, приходится соглашаться на случайные подработки в малолюдное время.

«Сейчас вот ночами работаю. <...> Ну, надо где-то работать. <...> работы же хуже, ну то есть не могу найти, во-первых, у меня документов нет, как вы знаете, сейчас... Куда-то ехать — тоже... Как сказать?.. Всюду полиция... Вдруг задержит... Тоже боюсь очень. <...> я уж постарался рядом найти такую, чтобы никуда не ездить, ни с кем не сталкиваться» (мужчина, гражданин Узбекистана).

2.3.2.2. пользование услугами платной медицины: отказы в ДМС и расчет бюджетов

Иностранным гражданам, временно находящимся на территории РФ, медицинская помощь оказывается на платной основе³⁷. Для получения плановой медицинской помощи им необходимо либо оформить полис добровольного медицинского страхования (ДМС), либо заключать договор оказания платных услуг с медучреждениями в каждом случае обращения за помощью.

Когда страховая компания получает данные о ВИЧ-положительном статусе пациента, она приостанавливает действие полиса добровольного медицинского страхования. Некоторые компании совсем отказывают в обслуживании клиентам с ВИЧ, другие применяют действие повышающего коэффициента. В ситуации, когда часто полисы ДМС оформляются компаниями-работодателями, это может вызывать вопросы со стороны кадровой службы и повышать риски раскрытия статуса вопреки желанию пациента. У каждой страховой компании своя база информации по полисам ДМС, которая работает на внутренние нужды и не сообщается в другие компании. Вместе с тем страховая требует от врачей клиник сообщать об изменениях в здоровье застрахованного. Российское законодательство декларирует недопустимость дискриминации людей с ВИЧ (наряду с людьми с инвалидностью), однако суще-

³⁷ Кроме граждан стран ЕАЭС (Армения, Беларусь), имеющих право оформления полиса ОМС для получения бесплатной плановой медицинской помощи.

ствуют пробелы, которые позволяют страховым компаниям и банкам на основании внутренних правил отказывать в их обслуживании или применять к ним повышенные ставки³⁸.

Ограниченный перечень страховых компаний оформляют полисы для людей с ВИЧ, но стоимость полиса при этом значительно повышается:

Человек с ВИЧ «не сделает себе ДМС, если он озвучит свой статус. Если он это скроет, то, скорее всего, с ним расторгнут договор, как только это раскроется. Я делал себе... то есть не я делал, мне фонд делал, в котором я работал. Он всем сотрудникам делал. Для меня ДМС стоил дороже, чем для всех сотрудников» (экспертное интервью 8).

Благотворительные фонды могут обеспечивать иностранцев с ВИЧ АРВ-терапией на небольшие периоды. Специфика финансовой поддержки фондов предполагает, что они не могут гарантировать долгосрочные программы для своих клиентов. Низовые инициативы (такие, как аптечки взаимопомощи) также никогда не могут гарантировать стабильного и бесперебойного доступа к лекарственным препаратам. Для всех трудовых мигрантов, которые остались в России, встает вопрос о необходимости приобретения АРВ-терапии за счет личных средств. Из опыта наших собеседников, которые продолжают жить в России и приобретать терапию за счет личных средств, можно представить некоторые расчеты.

«Каждый месяц я таблетки покупаю: регулярно пью бисептол (2 раза в день), ацикловир, витамин Е. Сестренка прописывает. На одни лекарства 4–5 тысяч уходит. Давление у меня постоянно... Полхолодильника занимают. У меня 25–26 тысяч заработок. <...> за квартиру — 8 тысяч, за коммуналку – 4 тысячи. На продукты уходит 5 тысяч. На телефон... Каждый день хлеб покупаем. <...> Иногда 150. Как получается, как можем» (женщина, гражданка Узбекистана).

«Самый первый прием — полторы тысячи. <...> Потом 1100 каждый прием. <...> А потом мне как постоянному пациенту сделали скидку, 1100 каждый раз. И вот каждый раз, когда идешь, анализы сдаешь, там, на нагрузку на всякую, на всякое вот это все. <...> И у меня там даже чеки все сохранились. Я... сохранила. Где-то около десяти тысяч, девять тысяч — вот так получилось. <...> Это только анализы. <...> Первое время они просят, когда я сдала, и через месяц опять просят сдать. <...> А потом через три месяца сдаешь, потом в шесть, через шесть месяцев, и уже можно через год сдавать. <...> Сами лекарства я сразу брала на три месяца, и, в общем, там получается, не в каждой аптеке продается, продаются эти таблетки, надо было ездить куда-то. <...> Там... далеко надо было ехать, где-то полтора часа на метро. И только в одной

³⁸ Медицинская страховка при ВИЧ: компании отказывают, а суды на стороне людей. СПИД-центр.

аптеке я нашла по интернету. А.... взяла их номер телефона, и когда мне надо было, я им предварительно звонила, узнавала, есть ли таблетки такие, и я как бы запасом всегда на месяц <...> Я приезжала, покупала и на три месяца где-то уходило <...> где-то пять тысяч, на три месяца. <...> Я каждый раз брала на три месяца сразу, чтобы... каждый раз не ездить» (женщина, гражданка Кыргызстана).

Самый бюджетный вариант АРВ-терапии стоит примерно полторы тысячи рублей в месяц. В зависимости от индивидуальной переносимости могут быть назначены другие, более дорогие препараты. К этому нужно добавить расходы на регулярные консультации у врачей-специалистов и стоимость анализов на иммунный статус и вирусную нагрузку.

Лечение на разных этапах и при разном состоянии вирусной нагрузки требует разного объема средств. Региональной экспертной группой по здоровью мигрантов предлагались следующие подсчеты. Для микрокостингового анализа взяты два сценария лечения: амбулаторное лечение пациента с ВИЧ, у которого болезнь находится под контролем; и стационарное лечение пациента с ВИЧ, не принимающего АРТ, вследствие чего у него развились ВИЧ-ассоциированные заболевания. В первом варианте, в типичном случае затраты на лечение и обследования составили 83 084 руб. в год. Во втором варианте была смоделирована госпитализация пациента с осложнениями на фоне ВИЧ-инфекции. Затраты на весь комплекс обследований, лечения и услуг на 21 день в стационаре составили 228 572,6 руб., что практически в три раза выше стоимости годового амбулаторного лечения. В интересах контроля над распространением ВИЧ-инфекции и снижения бюджетных затрат мы рекомендуем легализацию иностранцев с ВИЧ и внедрение практики взаимных межгосударственных трансфертов для компенсации затрат на антиретровирусную терапию граждан в странах пребывания.

2.3.2.3. судебный процесс: воссоединение с семьей

В последние годы, как отмечают юристы и другие представители помогающих профессий, появляются судебные прецеденты, которые дают трудовым мигрантам надежду через процедуру воссоединения с семьей получить российское гражданство. Такое возможно, если российское гражданство имеют их близкие родственники (родители, супруги, дети).

«У меня сейчас в России регистрация, то есть я имею право находиться по полгода в России. Но недавно мы выиграли суд, поскольку у меня в России близкий родственник. Но когда пошли делать мне регистрацию, то нам сказали, что у меня до сих пор стоит запрет. Мы написали письмо в МВД, чтобы они теперь сняли мне запрет, и вот, ждем ответа. А потом сможем оформить ВНЖ, чтобы не находиться в России по полгода, а иметь право здесь жить дольше» (женщина, гражданка Молдовы).

Судебные процедуры требуют от истца больших финансовых и мо-

ральных вложений. Далеко не все могут решиться на обращение в суд.

«В крайнем случае обжаловать ответ, если будет только на этом основании, потому что у родителей вот-вот будет гражданство» (мужчина, гражданин Армении).

Ситуация осложняется тем, что обращение в суд — это многоступенчатая процедура. Как правило, те, кто идет этим путем, уже исчерпали другие возможности. Им приходится судиться с Роспотребнадзором, чтобы отменить решение о нежелательном пребывании, а также обжаловать те отказы в получении гражданства, которые предшествовали судебной процедуре.

«Регистрация у меня не продленная, я попал в больницу и не вставал же, я не мог ее продлить. Но мне проще, что я гражданин ЛНР. <...> Надо проверить, внесли ли меня в базу, и тогда уже заниматься этим, если меня не внесли. А если внесли, то я могу по упрощенке: фотографии, паспорт ЛНР и записаться по электронной записи. <...> Пропишусь у отца, и тогда полис можно получить и все остальное. Но меня тревожит момент, что мне могут отказать, потому что во всех базах есть, что у меня ВИЧ-инфекция и туберкулез. Тогда мне придется ждать, пока мама получит гражданство. И это тогда уже будет 100-процентный вариант, что мне не откажут» (мужчина, гражданин Украины).

2.3.2.4. промежуточные статусы

Процедуры оформления гражданства осложняются тем, что на период регистрации документов (что занимает длительное время) пациент оказывается в промежуточном статусе: он уже не имеет права на АРВ-терапию в стране исхода, но еще не легализовался в Российской Федерации, чтобы иметь полноценный доступ к услугам в государственной системе здравоохранения. Так, одна из наших собеседниц переехала в 2013 году и уже не может получать терапию в Украине, потому что для легализации в России написала заявление об отказе от гражданства. Сейчас она не получает терапию в России, долгое время она не могла выезжать из страны из-за решения о нежелательном пребывании, хотя все ее дети родились в России и сейчас она пытается получить гражданство.

«Я не могу туда <в Украину> поехать, потому что перед тем, как подать документы на получение вида на жительство, я обязана была в свое посольство отправить заявление об отказе от гражданства. В моем национальном паспорте сейчас стоит печать, о том, что мне выдали ВНЖ на территории РФ. И мой паспорт национальный в Украине уже не действителен. Я уже там никто. <...>, Во-первых, так как я добровольно отказалась от гражданства, то я уже там никто. Во-вто-

рых, ВНЖ я получила, но Роспотребнадзор, не учитывая всех имеющихся обстоятельств — что у меня здесь семья: муж (он тогда еще был жив), дети, являющиеся гражданами РФ — вынес постановление о признании меня на тот момент иностранной гражданкой и наложил запрет на въезд на территорию РФ. <...> У меня был запрет на въезд в РФ. Но я в 2019 году добилась его отмены на основе судебных решений. 22 октября решение суда об отмене запрета на въезд вступило в законную силу, смогла отстоять свое право остаться в России. В новом году буду пытаться подать документы на получение российского гражданства» (женщина, родом из Украины).

С подобными трудностями сталкиваются также беженцы, соискатели политического убежища, апатриды. Бюрократические процедуры легализации в России отличаются длительностью рассмотрения и вынесения решений, и все это время люди не имеют доступа к АРВ-терапии.

2.4. АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ВНУТРИ КАТЕГОРИИ «ИНОСТРАНЦЫ С ВИЧ»

Согласно интерсекциональному подходу, в этом разделе более подробно описывается положение отдельных подгрупп иностранцев с ВИЧ в России — беременных женщин и студентов.

2.4.1. Беременные иностранки с ВИЧ

Тестирование на ВИЧ проводится дважды во время беременности: при первом обращении в женскую консультацию и в третьем триместре. На время ведения беременности ВИЧ-положительная женщина имеет право получать АРВ-терапию, чтобы снизить риски передачи вируса перинатальным путем. Однако далеко не все мигрантки знают, что они имеют право бесплатно наблюдаться в женской консультации и получать лечение на протяжении беременности. Об этом говорят, например, данные СПИД-центра г. Санкт-Петербурга, где ежегодно 14% женщин с ВИЧ впервые получают АРВ-терапию только в родильном доме³⁹. Позднее начало терапии означает более высокие риски передачи ВИЧ от матери ребенку.

Бесплатная выдача терапии иностранным гражданкам прекращается после родов.

«В 2017 году в Москве, будучи беременной, я получала лекарства, имея статус ВНЖ, пока не родила. А дальше все прекратилось. <...> Только гражданам РФ. Даже разговаривать не хотят. С главврачом беседовала на Соколиной горе. Мне вручили письменный отказ с комментарием: ехать домой и там получать лекарства». (женщина, гражданка Украины).

Даже в случае раннего назначения лечения у врачей вызывает опа-

³⁹ Мозалева О. Л., Самарина А. В. Социально-демографические и эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Санкт-Петербурге как фактор риска перинатальной передачи ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2019. Т. 11. №. 3. С. 10.

сение тот факт, что после беременности ослабленный организм родившей женщины подвергается дополнительным рискам, которые усугубляются отменой бесплатной АРВ-терапии.

«Мой гинеколог всегда интересовалась, что у меня с документами. Потому что, когда я рожу, мой организм ослабнет. И она боялась, что у меня сильно подскочит нагрузка. И это опасно, и поэтому она постоянно интересовалась, как скоро я смогу оформить документы, чтобы получать в дальнейшем терапию» (женщина, гражданка Молдовы).

Кроме вопроса о терапии, ВИЧ-позитивные иностранки сталкиваются с сегрегацией и стигматизацией в медицинских учреждениях, которая может происходить без дополнительных объяснений и «на всякий случай», даже без учета иммунного статуса.

«Мне не понравилось отношение там, где я рожала. Вот там отношение было предвзятое. Я на сохранении лежала несколько раз, и меня всегда клали в отдельную палату, и ко мне не хотели поделять никого. Потом, когда я уже родила, мы тоже лежали с ребенком в отдельной палате. Все девочки как девочки по трое лежали в палате, а я одна. Не знаю, это страх за других детей и мамочек или что, но это было немножко неприятно. <...> Свои медицинские обязанности они выполняли. Но отношение, конечно... Больше даже не у медсестер, а у врача, который меня наблюдал. У врача такое было, у врачей. <...> Когда я у них спросила, почему я в отдельной палате, мне сказали, потому что у вас вот такая инфекция. И когда я объясняла, что у меня вирусная нагрузка неопределяемая и это не опасно для других людей, они говорили: “Все равно, от греха подальше”» (женщина, гражданка Молдовы).

2.4.2. Студенты

Пребывание иностранных граждан, целью приезда которых является учеба, регулируется как на уровне общефедеральных документов, так и на уровне образовательного учреждения. Справка о здоровье обычно является обязательной для студентов с российским гражданством. Иностранные студенты должны представить справку об отсутствии ВИЧ-инфекции при оформлении студенческой визы⁴⁰. Если иностранец приехал из безвизовой страны, то его ВИЧ-статус может быть неизвестен вузу на момент зачисления. Хотя на уровне учебных учреждений ведется дискуссия о неравенстве в положении иностранных и российских студентов в случае подтверждения статуса, этот вопрос до сих пор однозначно не урегулирован. У российских студентов с ВИЧ нет запретов на продолжение образования, а студенты-иностранцы попадают под риск депортации.

⁴⁰ Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями и дополнениями).

2.5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ ДЛЯ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ, ВОЗНИКШИЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Пандемия COVID-19 стала глобальным фактором, усиливающим неравенство⁴¹. Как уже говорилось выше, у иностранца с ВИЧ в Российской Федерации есть два варианта регулярного получения АРВ-терапии — постановка на учет в стране исхода и получение консультаций и лекарств там (или передача препаратов через знакомых, почтой и консультации через социальные сети т.д.) или приобретение АРВ-терапии в коммерческих аптеках и платные консультации в частных клиниках.

«Те, кто не выехал, потеряли возможность получения препаратов, поэтому они идут к нам. Для того чтобы отправить лекарства DHL или Pony Express, нужны сертификация и рецепт».

“

Карантинные меры повлияли на оба эти способа получения терапии.

Начнем с той категории иностранцев, которые бесплатно получали терапию по месту учета в стране исхода. С введением карантинных мер границы между государствами закрылись

и прекратилось регулярное транспортное сообщение. Это привело к временному разрыву физических транснациональных связей. В результате поставленные на учет пациенты, оставшиеся в Российской Федерации, столкнулись с логистическими сложностями и не могли получать препараты в своих СПИД-центрах. Даже если препараты передавались родственникам или доверенным лицам, не было никаких доступных способов переправить лекарства через границу.

«Граница же закрыта — мама не может отправлять. Мама получила, врач передал маме, но отсюда пускают, а оттуда никого не пускают. Поэтому пока не сможет она мне отправлять терапию. <...> Мама пошла на почту, чтобы отправить как посылку. А поезда тоже остановили. Поезда вообще не ходят, как границу закрыли. К сожалению, нет, доступа нету. Я ждал, у меня отпуск был с августа до сентября. Я так молился, что границы откроются и я уеду домой. Потому что был разговор правительственный, что откроют с такими-то государствами границу в августе. К сожалению, не открыли границу» (мужчина, гражданин Таджикистана).

Сотрудники некоммерческих организаций столкнулись с ситуацией полной изолированности пациентов-иностранцев от источника терапии, которую они до этого получали:

«Билет очень дорогой. Уехать тоже не могут. Оттуда лекарства им никто не может отправить» (экспертное интервью 1).

«Из-за закрытия границ в этом году возникли проблемы с получением терапии, кто-то не смог выехать, чтобы получить терапию — в целом,

⁴¹ Не упустить момент. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. UNAIDS, 2020. С.19.

мало положительного» (экспертное интервью 9).

«Те, кто не выехал, потеряли возможность получения препаратов, поэтому они идут к нам. Для того чтобы отправить лекарства DHL или Pony Express, нужны сертификация и рецепт» (экспертное интервью 11).

Вторая категория, в которую входят пациенты, приобретающие платную АРВ-терапию в России, тоже пострадала. Из-за карантинных мер произошло резкое падение доходов. Эксперты группы исследований миграции и этничности РАНХиГС провели онлайн-опрос с опцией выбора языка об изменениях в жизни с началом пандемии. Они приводят следующие данные (выборка неслучайная, стихийная, квотная)⁴². В категории работы по найму в масштабах Российской Федерации трудовые мигранты потеряли работу в 40% случаев (в то время как граждане РФ — в 23% случаев). К этому нужно прибавить тех, кто был вынужден уйти в неоплачиваемый отпуск, не работал и не получал зарплату с началом пандемии — в результате получается 75% мигрантов. Повсеместное снижение доходов не могло не отразиться на планах лечения через покупку более дешевых препаратов:

«Мигранты, которые зарабатывали и приобретали себе терапию разными путями, меняли схемы лечения на самые дешевые» (экспертное интервью 13).

Кроме приема терапии, ВИЧ-положительный пациент должен регулярно сдавать анализы и консультироваться с врачом. Введение пропускной системы и карательные меры за нарушение социальной изоляции вызывали неопределенность и страхи. Далеко не все пациенты во время карантина смогли получить ту плановую помощь, в которой они нуждались; кроме того, при значительных нагрузках на систему здравоохранения из-за эпидемии оказание части плановых услуг вовсе было приостановлено. Это не коснулось СПИД-центров, однако ограничения сказались на решении самих пациентов подождать с посещением медицинских учреждений:

«В этом году, вот прошедшем, из-за ковида большого количества мигрантов я здесь не видела, поверьте. Эпидемия нас очень сильно подкосила, хотя мы ни на день не закрывались, а продолжали работать. Но людям же объясняли, что нужно сидеть дома. <...> то есть... Было очень много звонков по телефону, когда люди спрашивали: а вы вообще работаете? открыты ли вы?» (экспертное интервью 3).

Еще одним изменением медицинского характера стало введение в июне 2020 г. обязательного тестирования на коронавирус при оформлении документов на проживание. Независимо от предыдущей миграционной истории и наличия всех необходимых документов, поло-

⁴² Варшавер Е. Положение иностранных трудовых мигрантов в России во время пандемии коронавируса // Мониторинг экономической ситуации в России. Тенденции и вызовы социально-экономического развития 2020. № 20 (122).

жительный тест на коронавирус может стать основанием для отказа или аннулирования действующего документа. Приказ Министерства здравоохранения от 15 июня 2020 г., который ввел диагноз «коронавирусная инфекция» в список заболеваний, представляющих опасность для окружающих, уже неоднократно подвергался критике за нецелесообразность⁴³ и должен быть отменен.

По данным правозащитных организаций, одними из самых уязвимых в период эпидемии COVID-19 групп мигрантов были те иностранцы, которые содержались в ЦВСИГ (центрах временного содержания иностранных граждан)⁴⁴. В ЦВСИГ иностранец может быть направлен в том числе при вынесении решения о нежелательности пребывания из-за наличия заболеваний, в список которых входит ВИЧ. Из-за закрытых границ страны исхода не имели возможности возвращать своих граждан, то есть содержащиеся в ЦВСИГ просто застряли там на неопределенный срок. В ЦВСИГ, условия содержания в которых близки к тюремным⁴⁵, невозможно было обеспечить социальную дистанцию, а высокая скученность создавала риски заболевания не только коронавирусом, но и другими инфекционными заболеваниями. При этом в ЦВСИГ отсутствует системная медицинская поддержка: нет никаких специализированных средств диагностики и лечения, доступны только осмотры фельдшеров, которые не являются врачами-специалистами и могут оказывать только первичную медицинскую помощь. Кроме того, на фоне карантинных мер руководство ЦВСИГ запретило все свидания (а значит, возможность получать передачи, в том числе с жизненно важными лекарствами) и встречи с адвокатами, что усложняло получение юридической помощи.

⁴³ Варшавер Е. Положение иностранных трудовых мигрантов в России во время пандемии коронавируса // Мониторинг экономической ситуации в России. Тенденции и вызовы социально-экономического развития 2020. № 20(122). Июль. С. 11.

⁴⁴ Освобождение мигрантов из ЦВСИГ – центров временного содержания иностранных граждан во время пандемии CoViD-19. Доклад сети «Миграция и право» Правозащитного центра «Мемориал».

⁴⁵ «Хуже, чем в СИЗО»: правозащитники посетили центр содержания мигрантов. Известия. 22.11.2019. Условия возврата: российские центры временного содержания иностранцев мало отличаются от СИЗО и тюрем. Fergana News. 18.02.2020.

Тюрьма без срока. Иностранцев не могут выдворить и не отпускают из центров временного содержания. Медиа-зона. 02.04.2020.

Иващенко Е. «Не только москвичам туда нельзя, туда никому нельзя»: в Сахарове, где оказались арестованные после протестов, мигранты живут годами. Реальное время. 05.02.2021.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ

Как показывают результаты международных исследований (например, в США, Южной Корее), существование законов о криминализации иностранцев с ВИЧ смещало фокус с вопросов эпидемиологической безопасности. В странах, где сохраняется норма о криминализации, происходит опасный перенос ответственности на иностранцев как на источник распространения ВИЧ, что не соответствует действительности (по данным экспертов Роспотребнадзора, именно факт работы на территории Российской Федерации является фактором риска инфицирования ВИЧ⁴⁶). При этом тот факт, что в России продолжается эпидемия ВИЧ, уходит из обсуждений в публичном поле, а значит, возрастают темпы распространения вируса среди населения. Существование положения о депортации не только нарушает права человека, но и создает угрозу общественному здравоохранению и эпидемиологической безопасности.

Российская Федерация нуждается в мигрантах с точки зрения трудового и демографического потенциала⁴⁷. Мигранты вносят значительный вклад в экономику страны, благодаря им платятся налоги, напрямую в казну идут доходы от приобретения ими патентов⁴⁸. При существующих

Объединяет всех ВИЧ-положительных иностранцев страх перед депортацией, правовая неопределенность, проблемы доступа к профилактике и лечению.

“

схемах лечения люди с ВИЧ не представляют опасности для окружающих. Декриминализация мигрантов с ВИЧ сделает более прозрачными и открытыми процедуры трудовой легализации в России. Те иностранцы, которые годами

вынуждены были оставаться в «серой зоне», смогут получать поддержку и лечение и тем самым повышать показатели Российской Федерации по обеспеченности АРВ-терапией.

ВИЧ-положительные иностранцы на территории Российской Федерации являются крайне гетерогенной группой с разными потребностями и с разными барьерами с точки зрения доступности медицинских услуг. Риски и уязвимости связаны со многими факторами неравенства одновременно: территориальное неравенство (удаленность от медицинских организаций), гендерное неравенство, языковой барьер, неинформированность о заболеваниях и способах их профилактики, а также

⁴⁶ См. подробнее: Мишина В. «Основной фактор заражения ВИЧ для мигрантов — пребывание на работе в России» // Коммерсант. 13.02.2017.

⁴⁷ Путин: Россия нуждается в притоке новых граждан.

⁴⁸ Доклад о миграции в мире. Международная организация по миграции. 2020.

неосведомленность о своих правах. Более обеспеченные иностранцы самостоятельно покупают АРВ-терапию и проходят наблюдение у врачей в частных клиниках. Менее обеспеченные пользуются механизмами взаимоподдержки (ВИЧ сервисные НКО, аптеки взаимопомощи). Крайне варьируются возможности в зависимости от страны исхода, от правового статуса. Объединяет всех ВИЧ-положительных иностранцев страх перед депортацией, правовая неопределенность, проблемы доступа к профилактике и лечению. Сложившаяся ситуация диктуется противоречиями между принципами общественного здравоохранения и правом на медицинскую тайну в связи со статусом ВИЧ и миграционным законодательством с требованиями нежелательности пребывания в Российской Федерации иностранных граждан с ВИЧ.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Данные рекомендации разработаны на основе выводов исследовательской группы, а также в ходе экспертных обсуждений результатов в рамках заседаний рабочей группы специалистов в области миграции.

В интересах контроля над распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, вывода иностранцев с положительным ВИЧ-статусом из тени, снижения бюджетных затрат на высокотехнологичную медицинскую помощь мы рекомендуем:

1. ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1.1. Отменить норму о нежелательном пребывании иностранных граждан и их депортации либо отказе им во въезде в Российскую Федерацию и выдаче им разрешения на временное проживание в РФ или об аннулировании ранее выданного разрешения на основании исключительно их ВИЧ-статуса (Признать часть 1 статьи 10 и пункт 2 статьи 11 Федерального закона от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» утратившими силу, изменить подпункт 13 пункт 1 ст. 9 115-ФЗ от 25 июля 2002 г.).

1.2 Адаптировать существующие документы (разработанные в рамках площадок ЕврАзЭС (ЕАЭС), СНГ и других региональных объединений) и рассмотреть создание новых межстрановых и региональных механизмов финансирования, позволяющих обеспечивать доступ мигрантов, прибывающих в Россию на срок более 3-х месяцев, к медицинским услугам в связи с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом.

1.3 Усилить межведомственное взаимодействие между государственными органами Российской Федерации (включая Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие ответственные ведомства) для эффективного противодействия распространению ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди всех групп населения, которые влияют на эпидемиологическую ситуацию в стране, включая международных мигрантов.

1.4 Дополнить статью 6 Федерального закона от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»:

Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями муниципальной системы здравоохранения для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, обеспечивается за счет:

- средств иностранного государства – стран исхода мигрантов;
- средств физических и юридических лиц;
- иных источников финансирования, не запрещенных законодательством государств – участников стран исхода мигрантов.

1.5 Разработать и внедрить практики взаимных межгосударственных трансфертов для компенсации затрат на антиретровирусную терапию граждан – трудовых мигрантов в странах пребывания.

2. ДЛЯ ПРАВИТЕЛЬСТВ СТРАН ИСХОДА МИГРАНТОВ

2.1 Внести в национальные программы **Стратегию комплексной поддержки мигрантов, с фокусом на вопросы здравоохранения**, включая программы профилактики, ранней диагностики и обеспечения доступа к медицинским услугам в связи с ВИЧ, туберкулезом и ИПП. Данные стратегии должны быть разработаны на основе анализа ситуации, проведенного с широким привлечением организаций гражданского общества, с учетом международных рекомендаций и Целей Устойчивого Развития ООН.

2.2 Обеспечить из государственных бюджетов стран выделение средств **организациям гражданского общества**, работающим в сфере миграции, ВИЧ-инфекции, туберкулеза **для работы с выезжающими и возвращающимися мигрантами.**

2.3 Инициировать подписание двусторонних и многосторонних соглашений между государствами в сфере борьбы с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом; в тех странах, где они есть, обеспечить мониторинг их исполнения при участии представителей гражданского общества.

3. ДЛЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

3.1 Поддерживать инициативы, направленные на трансграничное сотрудничество между странами исхода и приема мигрантов, с предо-

ставлением соответствующей технической помощи; способствовать продвижению данных инициатив в органах, ответственных за принятие решений.

3.2 Сохранять и при необходимости увеличивать финансирование программ помощи мигрантам в связи с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом с учетом потребностей мигрантов и специфики ограничений оказания соответствующей помощи в странах приема.

3.3 Создавать и поддерживать межстрановые площадки для диалога и обмена опытом стран региона Восточной Европы и Центральной Азии.

4. ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

4.1 Развивать сервисные программы, учитывающие особенности и потребности мигрантов (язык, легальный статус, социально-экономическое положение, культурные особенности).

4.2 Развивать трансграничное сотрудничество с общественными организациями, а также медучреждениями в странах исхода мигрантов.

4.3 Развивать сотрудничество с мигрантскими общественными объединениями, а также медучреждениями в странах приема мигрантов.

Дальнейшие направления исследовательской работы

Дальнейшие исследования в сфере обеспечения доступа мигрантов к медицинским услугам в связи с ВИЧ могут проводиться по трем наиболее перспективным, на наш взгляд, направлениям:

1. Исследование причин, препятствующих эффективной деятельности сервисных организаций, в частности

- мониторинг наличия информации для мигрантов по вопросам здоровья на родных языках;
- создание социального портрета мигранта с ВИЧ-инфекцией, включая определение уровня знания русского языка, структуру ценностей (собственное здоровье в ценностной иерархии), социальные и бытовые аспекты;
- оценка уровня знаний мигранта по теме здоровья, стигматизации темы ВИЧ, внутренней стигмы;

- проведение картирования сервисных организаций на предмет оказания помощи по всем необходимым вопросам;
- проведение картирования доноров – какие именно направления финансируются, какие проблемы оказываются без внимания донорских организаций;
- анализ влияния запретительных мер на деятельность сектора.

2. Исследования, направленные на анализ барьеров в доступе мигрантов к медицинским услугам в связи с ВИЧ на уровне государства, в частности

- проведение детальной экономической оценки затрат государства на лечение, депортацию, содержания мигрантов в центрах временного содержания иностранных граждан;
- обоснование эффективности декриминализации мигрантов с ВИЧ в контексте различных аспектов экономики Российской Федерации, не только затрат на лечение;
- проведение аудита/обзора функционала ведомств на предмет оказания помощи мигрантам (в каких именно ведомствах можно получить помощь в решении проблем с сфере миграции и здоровья).

3. Исследования, направленные на анализ барьеров в доступе мигрантов к медицинским услугам в связи с ВИЧ, на межгосударственном (трансграничном) уровне:

- описание действующих практик по обеспечению лечением своих граждан, находящихся в миграции;
- оценка готовности других государств обеспечивать лечение своих граждан, находящихся в миграции (включая удаленную постановку на учет, принятие центрами СПИД документов из коммерческих клиник других государств).