

«Вынужденные релоканты с вич-статусом: социальные, психо- логические и медицинские аспекты адаптации»

Отчет о проведении
социологического исследования



Regional
Expert Group
on Migration and Health

Тбилиси, 2024

Автор: Юрий Черняк
Редактор: Олег Ерёмин
Дизайн: Рита Шмурец
Брошюра издана Региональной экспертной группой по миграции и здоровью в рамках проекта «Мост помощи».
Распространяется бесплатно.

Оглавление

| | |
|---|----|
| Экспертное заключение | 1 |
| Введение | 3 |
| Результаты | 7 |
| 1.1 Отношение окружающих к ЛЖВ в стране пребывания | 7 |
| 1.2 Взаимодействие ЛЖВ с системой диагностики и лечения ВИЧ | 10 |
| 1.3 Препятствия в доступе к лечению ВИЧ- инфекции у релокантов в стране пребывания | 15 |
| Заключение | 21 |

Список сокращений и терминов

| | |
|-----------------|--|
| АРВТ, АРТ | Антиретровирусная терапия |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| Глобальный фонд | Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией |
| ЛЖВ | Люди, живущие с ВИЧ |
| НГО | Негосударственные (общественные организации) |
| ЮНЭЙДС | Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу |
| CD4 | Клетки, один из видов Т-лимфоцитов иммунной системы человеческого организма, эти клетки являются мишенями вируса иммунодефицита человека |

Экспертное заключение

Важнейшим фактором сдерживания эпидемии и уменьшения распространенности ВИЧ/СПИД является предоставление доступа всем нуждающимся к современной антиретровирусной терапии. В этой связи одним из приоритетных принципов по обеспечению доступности диагностики и лечения ВИЧ становится коллективная ответственность и глобальная солидарность.

Реализованный «Региональной экспертной группой по здоровью мигрантов» проект ориентирован на определение основных препятствий у релокантов в Грузии из среды ЛЖВ к диагностике и лечению в связи с ВИЧ, а также на поиск путей по повышению доступности антиретровирусной терапии для представителей данной социальной группы. Полученные в ходе глубинных интервью с представителями целевой группы результаты исследования позволяют выявить принципы и возможности оказания помощи тем мигрантам, которые не имеют доступа к комплексным услугам, связанными с ВИЧ.

Предлагаемый механизм расширения доступа к антиретровирусным средствам лечения выглядит обоснованным. Действительно, достижению цели по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и первичной медико-санитарной помощью в связи с ВИЧ, может способствовать медицинское страхование, позволяющее снизить финансовую нагрузку на приобретение антиретровирусной терапии. Тем самым будет снижаться и вероятность прерывания лечения среди релокантов из числа ЛЖВ.

Важный аспект, поднятый в ходе исследования, касается деятельности некоммерческих организаций. Запрос на их услуги среди релокантов достаточно высокий и касается преимущественно получения информации о медико-социальных службах в Грузии, социального сопровождения, оказание услуг немедицинского сервиса и т.д.

Реализация национальных инициатив, направленных на обеспечение доступности антиретровирусной терапии объективно требует научного сопровождения. Степень актуальности проведенного проекта очевидна и заключается

в ориентации исследования именно на группу релокантов из числа ЛЖВ, а его результаты могут быть полезны в практике государственного управления и регулирования медико-социальной помощи в сфере ВИЧ.

Олег Ерёмин Член консультационного
совета Региональной экспертной груп-
пы по здоровью мигрантов

Введение

Несмотря на значительные достижения в вопросах лечения и профилактики, ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения. Ключевой причиной этого является ряд структурных и системных барьеров, снижающих эффективность реализуемых программ по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ и оппортунистических инфекций.

Доступность лечения ВИЧ является необходимостью для поддержания здоровья и благополучия людей. Разработанные ВОЗ, Глобальным фондом и ЮНЭЙДС стратегии по борьбе с ВИЧ, целевой установкой которых является прекращение эпидемии ВИЧ-инфекции, предусматривают ряд мер по обеспечению лиц, живущих с ВИЧ, соответствующими помощью и поддержкой. В частности, в «Глобальных стратегиях сектора здравоохранения по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на 2022–2030 гг.» ВОЗ в качестве одного из ключевых направлений деятельности рассматриваются всеобщий охват услугами здравоохранения и первичная медико-санитарная помощь в связи с ВИЧ¹. При этом под всеобщим охватом услугами здравоохранения понимается то, что все люди будут иметь доступ к медицинским услугам, в которых они нуждаются, без финансовых трудностей и других ограничений. В свою очередь, Глобальная стратегия по борьбе со СПИДом на 2021–2026 годы, разработанная ЮНЭЙДС, в качестве приоритетных действий предполагает оказание помощи людям, которые не имеют доступа к комплексным услугам, связанным с ВИЧ². Предлагаемые меры являются конструктивными, поскольку благодаря доступности лечения и сопутствующих сервисов люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), существенно увеличивают продолжительность жизни и получают возможность планировать свое будущее.

Одним из факторов, существенно влияющих на сохранение приверженности лечению ВИЧ-инфекции и, тем самым снижающих эффективность противоэпидемических мер может считаться изменение постоянного места жительства и приобретение ЛЖВ статуса релоканта (вынужденного переселенца).

1 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361970/9789240053878-rus.pdf?sequence=1>
2 <https://www.unaids.org/ru/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>

Вполне ожидаемо, что в силу неопределенности правового положения в стране пребывания их доступ к медицинским сервисам достаточно часто может быть усложнен. В этой связи миграция может рассматриваться как один из социальных факторов, влияющая на здоровье и благополучие ЛЖВ.

Медицинское обслуживание для релокантов ограничивается, как правило, обеспечением доступа к базовым медицинским услугам, а также к консультации специализированных врачей. Это объясняется тем, что законодательство части некоторых государств не предусматривает равный доступ к программам профилактики, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ. Помимо этого, национальные системы здравоохранения объективно могут не иметь достаточных возможностей и ресурсов для удовлетворения медицинских потребностей релокантов. Ситуация усложняется также и тем, что потоки мигрантов являются непрогнозируемыми. Так, например, в 2022 году численность иммигрантов (релокантов) в Грузии увеличилось на 142,9%³. Вполне очевидно, что часть из них может относиться к группе ЛЖВ и испытывать не только социальные и психологические проблемы в адаптации к новым условиям, но и затруднения в доступе к медицинским услугам в связи с ВИЧ.

Цель и задачи исследования

Учитывая значительное количество мигрантов, прибывающих в Грузию, целью настоящего проекта является выявление возможных препятствий у релокантов из среды ЛЖВ в доступе к диагностике и лечению в связи с ВИЧ. Особую значимость с точки зрения исследовательской методологии имеет сравнительный анализ существующих для ЛЖВ барьеров, ограничивающих их возможности по получению соответствующих медицинских услуг в Польше, Литве и Грузии. Их выбор обусловлен увеличением численности мигрантов в этих странах в последние годы.

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих задач:

1. Описание опыта взаимодействия ЛЖВ из числа релокантов с системой диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в стране пребывания;

2. Выявление наиболее распространенных препятствий в доступе к лечению ВИЧ-инфекции у релокантов в стране пребывания;
3. Проведение сравнительного анализа существующих для ЛЖВ из числа релокантов барьеров и препятствий к диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в Грузии, Польше и Литве;
4. Разработка рекомендаций по формированию доступной системы лечения и диагностики ВИЧ для ЛЖВ из числа релокантов, пребывающих в Грузии.

Целевая группа исследования

В целевую группу исследования были включены ЛЖВ из России, Украины и Беларуси (релоканты), пребывающие на момент проведения сбора информации в Грузии, Польше и Литве не менее 3 месяцев. Объем выборочной совокупности составил 30 ЛЖВ (по 10 человек в каждой стране).

Отбор респондентов осуществлялся методом «снежного кома», что объясняется невозможностью отбора респондентов (представителей целевой группы исследования) другими способами и отсутствием информации об объеме генеральной совокупности. Учитывая специфику целевой группы, каждый респондент рассматривался как лицо, обладающее уникальными или специфическими знаниями в отношении предмета исследования.

Критерии отбора респондентов

- 1 на момент участия в опросе респондент достиг 18-летнего возраста;
- 2 в стране пребывания респондент находится не менее 3 месяцев;
- 3 респондент дал информированное согласие на участие в опросе;
- 4 респондент говорит на русском языке и/или понимает его;
- 5 наличие у респондента опыта взаимодействия с системой диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в стране пребывания.

Метод сбора информации

В качестве метода сбора информации в рамках реализуемого проекта использовались глубинные интервью с представителями целевой группы исследования.

Глубинные интервью представляют собой метод качественного исследования в форме беседы с респондентом один на один по заранее подготовленному сценарию. Метод предназначен для изучения отношения ключевых групп к исследуемой проблеме, выявления ощущений и убеждений респондентов по поводу обсуждаемой темы, детального выяснения мотивации их действий. Глубинные интервью позволяют не только выявить отношение респондента к исследуемому предмету, но и оценить его ретроспективный опыт в отношении изучаемой проблемы, выявить мотивацию тех или иных действий.

Для реализации проекта в каждой стране исследования были отобраны интервьюеры, имеющие опыт работы в ВИЧ-сервисных общественных организациях и в исследованиях в сфере ВИЧ.

Ограничения исследования

Используемая исследовательская методология не позволяет выявить количественные характеристики изучаемого объекта. Кроме этого, результаты исследования не могут быть распространены на всю генеральную совокупность.

Основываясь на анализе глубинных интервью, можно выделить существование дискриминационных проявлений в сфере межличностной коммуникации и повседневного взаимодействия, трудовой сфере (прием на работу), медицинского обслуживания, взаимодействия с миграционными службами (погранкомитетом).

Описывая примеры предвзятого отношения к ЛЖВ, участниками интервью, в частности, указывалось следующее:

- «Здесь присутствует стигматизация в отношении ВИЧ-статуса. Особенно в сфере трудоустройства, где работодатели не склонны нанимать на работу из-за моего ВИЧ-статуса. Один раз даже после успешного собеседования уволили, узнав о моем статусе». (Литва);
- «В основном с неприятием своего ВИЧ-статуса я сталкиваюсь только со стороны местных жителей — поляков. Чаще всего на свиданиях и при дружеском общении. Зачастую мой ВИЧ-статус становится причиной прекращения общения. В других сферах и ситуациях я не заметил какого-либо дискриминационного отношения». (Польша);
- «Литовцы очень боятся ВИЧ, даже несмотря на правило „Н=Н“ („нельзя обнаружить = нельзя передать“*). Поэтому очень много отказов даже в банальном знакомстве». (Литва);
- «Когда я подавался на международную защиту в Белостоке, я столкнулся с негативным отношением к себе в погранкомитете. Когда я только пришел в данное учреждение, ко мне было положительное и вежливое отношение. Однако, когда в кабинете для опроса меня спросили имею ли я какие-либо хронические заболевания, и я сказал, что живу с ВИЧ сотрудица, которая опрашивала меня, начала на повышенном тоне разговаривать со мной. Она спрашивала почему я не предупредил ее заранее о своем статусе, чтобы она приняла меры предосторожности». (Польша);

* «Нельзя обнаружить = нельзя передать» — послание новой серии статей UNAIDS Explainer. За последние 20 лет накопилось множество доказательств того, что лечение ВИЧ является высокоэффективным способом борьбы с распространением этого вируса, и теперь мы знаем что, ВИЧ-инфицированные люди с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки не могут передавать ВИЧ другим людям половым путем.

- «Одной моей знакомой, узнав, что у нее ВИЧ, отказали в обслуживании в медицинском центре». (Грузия).

Следует уточнить, что случаи негативного отношения к ЛЖВ из числа релокантов в странах пребывания не носят постоянный характер. Выявленные примеры дискриминационных проявлений практически во всех нарративах связаны преимущественно с субъективными оценками респондентов и их переживанием конкретной ситуации. Обращает на себя внимание и низкий уровень консолидации сообщества релокантов из числа ЛЖВ в каждой из стран, в силу чего уровень знаний об изучаемой проблеме у участников исследования персонифицирован и основывается сугубо на собственном опыте. Так, например, большинство респондентов указало на то, что у них нет знакомых с ВИЧ-статусом в стране пребывания или же им не известны случаи негативного отношения к ЛЖВ-релокантам.

Важным аспектом, определяющим поведение респондентов, является внутренняя стигма. Страх дискриминации со стороны других людей ожидаемо приводит к сокрытию своего ВИЧ-статуса. Такая модель поведения может рассматриваться в качестве своеобразного механизма, позволяющего контролировать свое взаимодействие с другими и минимизировать негативное отношение окружающих. Так, например, некоторые участники исследования указывали следующее:

- «Не сталкивался [с негативным отношением]. Я боюсь разглашать свой ВИЧ-статус, я уверен, что негативного отношения не избежать, квартиру мне точно никто не сдаст, да и на работу не возьмет». (Грузия);
- «Со сложностями не сталкивалась, так как не свечу нигде свой статус. Работаю онлайн и на работе не интересовались моим статусом. Арендодателям тоже не говорила о своём статусе». (Грузия);
- «Я никогда с таким не сталкивался, о моем ВИЧ статусе никто здесь не знает, и афишировать его я не собираюсь». (Польша);
- «Пока что нет [не сталкивался с негативным отношением]. Мне кажется, всё впереди, так как я все больше понимаю, что даже мои коллеги плохо относятся к ВИЧ-

инфицированным людям. По этой причине я никому не распространяюсь о своём ВИЧ-положительном статусе. Не хочу, чтобы это испортило мне жизнь». (Литва).

Полученные в ходе исследования данные позволяют констатировать наличие случаев негативного отношения к релокантам в связи с ВИЧ-статусом независимо от страны пребывания. Список сфер, в которых наблюдаются дискриминационные проявления характерен для каждой страны, в которой проводился опрос и связан преимущественно с ходом интеграции в принимающее сообщество: медицина и здравоохранение, трудовые и профессиональные отношения, повседневная коммуникация и т.д. Выявленный низкий уровень консолидации релокантов из числа ЛЖВ не позволяет оценить масштабы и доминирующие формы дискриминации по отношению к ним со стороны местного населения каждой из стран исследования.

1.2 Взаимодействие ЛЖВ с системой диагностики и лечения ВИЧ

Одним из важных аспектов, определяющих характер взаимодействия ЛЖВ с системой диагностики и лечения ВИЧ в стране пребывания, является доступность информации о соответствующих услугах. Результаты проведенного исследования показывают (рис. 2), что источники информации о них для представителей ЛЖВ из числа релокантов являются однотипными: друзья (знакомые), Интернет-ресурсы, социальные сети (мессенджеры). В Литве респонденты необходимую информацию получали также в миграционной службе и медицинских учреждениях (поликлиниках по месту жительства). Некоторые респонденты, пребывающие в Грузии, в качестве таковых называли некоммерческие организации.

Следует обратить внимание на то, что выявленный спектр источников не гарантирует качество и достоверность получаемой информации и соответственно, не дает четкого представления об алгоритме действий, увеличивая тем самым время на доступ к необходимым медицинским услугам. Ситуация усугубляется также и тем, что информация доступна преимущественно на языке принимающего сообщества, что закономерно затрудняет ее восприятие и использование.

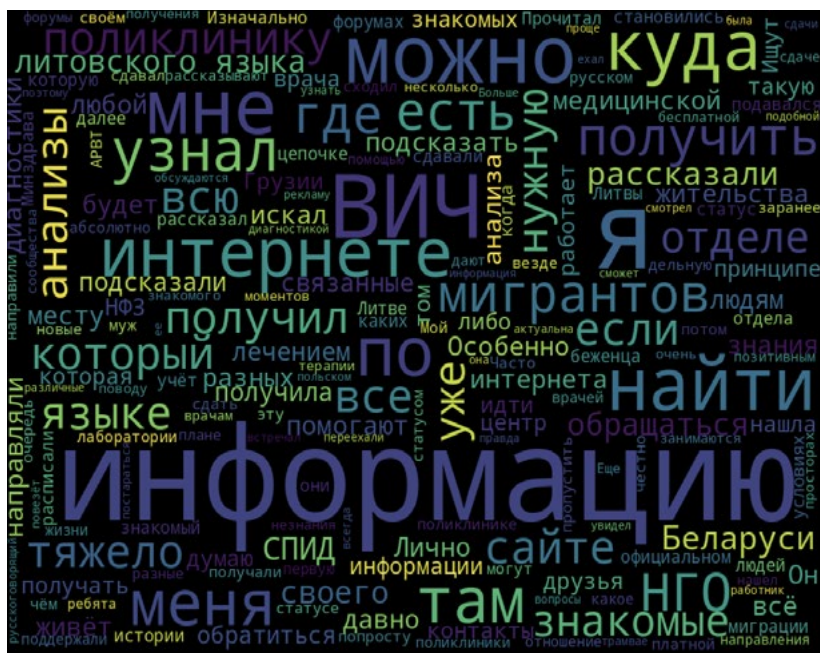


Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос «Из каких источников (каким образом) Вы и другие релоканты с ВИЧ-статусом получают информацию о возможностях диагностики и лечения ВИЧ в стране пребывания?»

В этой связи актуализируется необходимость создания информационного ресурса для ЛЖВ из числа релокантов.

Результаты проведенного исследования показывают, что возможности получения медицинской помощи и лечения в связи с ВИЧ для релокантов отличаются в зависимости от страны пребывания. Так, респонденты из Литвы и Польши, оценивая ее доступность (рис. 3), указывают на необходимость наличия работы и (или) страховки для ее получения:

- «Лечение я получаю бесплатно, у меня есть страховка по работе, я считаю медицинскую помощь и диагностику доступной». (Польша);
- «Я получаю медицинскую помощь, у меня трудовая виза и медицинская страховка, по которой я получаю препараты в городе проживания. Считаю это достаточно доступным». (Польша);
- «На данный момент я в статусе ожидания ответа по международной защите. Но несмотря на это, я имею право на получение терапии и диагностики абсолютно бесплатно». (Польша);

указывают на то, что медицинская помощь (АРВТ, анализы и т.д.) оказывается мигрантам преимущественно на платной основе (рис. 4). В частности, участники опроса указывали следующее:

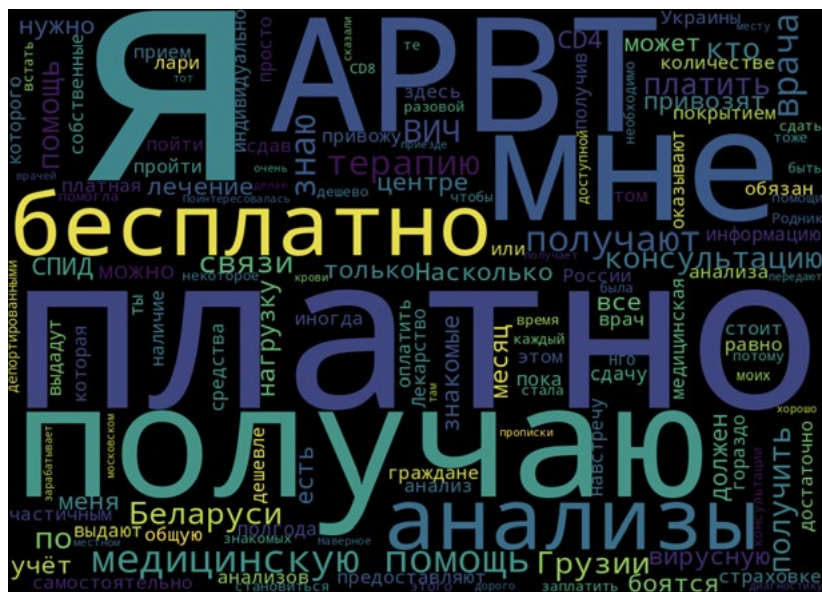


Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос «Получают ли релоканты с ВИЧ-статусом медицинскую помощь или лечение в связи с ВИЧ? (АРВТ анализы и т.д.)?» (Грузия)

- «Получают [релоканты], но все платно. Анализы платно, прием врача платно. Лекарство выдают бесплатно только на 1 месяц, но при этом должен пройти консультацию врача, которая стоит 80 лари». (Грузия);
- «Да, получают, но на платной основе. Для меня она стала доступной, потому что помогла НГО «Родник помощи», но эта помощь была разовой, а я должен каждый месяц платить за консультацию врача, чтобы получить терапию, и это не дешево». (Грузия);
- «Медицинскую помощь я получаю индивидуально, с частичным покрытием по страховке или за собственные средства». (Грузия).

Сложности в получении АРВ-терапии вынуждают релокантов искать альтернативные пути ее получения, что объективно может привести к прерыванию лечения и последующим негативным последствиям для здоровья. Так, например, некоторые респонденты указали на то, что они получают не-

обходимые препараты из других стран с помощью знакомых или самостоятельно:

- «АРВТ мне пока что привозят знакомые из России». (Грузия);
- «АРВТ я привожу из Беларуси, в количестве, которого достаточно на полгода». (Грузия);
- «Я получаю в Беларуси — мне привозят [АРВТ] знакомые. Наверное, кто-то, кто хорошо зарабатывает, тот может платить и получает в Грузии». (Грузия).

Полученные данные, таким образом, позволяют говорить о необходимости расширения охвата релокантов из числа ЛЖВ в Грузии медицинской помощью и поддержкой, разработкой алгоритма предоставления соответствующих медицинских услуг и сервисов. Необходимым также является и информирование релокантов о существующих возможностях их получения.

Доступность медицинской помощи и лечения в связи с ВИЧ для мигрантов во многом обеспечивается посредством деятельности как государственных, так общественных организаций. Анализ результатов опроса позволяет выявить ряд особенностей получения и предоставления таких услуг. Так, например, респонденты из Литвы указывают на то, что единственным субъектом, предоставляющим диагностику и лечение ВИЧ, являются государственные поликлиники, к которым приписан пациент (по месту жительства). Общественных организаций, оказывающих помощь и поддержку ЛЖВ из числа мигрантов, по оценкам участников опроса, в Литве нет. Респонденты из Польши также указывают на то, что диагностику и лечение в связи с ВИЧ можно получить только в поликлиниках. При этом для релокантов доступны, как отмечают некоторые участники опроса, услуги и сервисы, предоставляемые местными общественными организациями, однако их получение затрудняется незнанием польского языка.

В Грузии медицинскую помощь в связи с ВИЧ, по мнению респондентов, можно получить в государственных учреждениях здравоохранения. Однако, в отличие от Польши и Литвы, для релокантов более доступны услуги, предоставляемые негосударственными организациями (волонтерскими, диаспоральными). При этом уровень знаний об их дея-

тельности у респондентов достаточно высокий, но названия конкретных организаций в своих нарративах респонденты не указывают. Одной из проблем, затрудняющих возможность получения таких услуг является незнание респондентами грузинского языка.

Результаты проведенного исследования показывают, что наибольшие затруднения с доступом к медицинским услугам и терапии имеют релоканты, проживающие в Грузии. Это связано с возмездным характером их получения в учреждениях здравоохранения. Вместе с этим следует обратить внимание на низкую степень участия негосударственных организаций (либо их отсутствия) по обеспечению лиц, живущих с ВИЧ, соответствующими помощью и поддержкой (особенно в Литве и Польше).

1.3 Препятствия в доступе к лечению ВИЧ-инфекции у релокантов в стране пребывания

Одной из задач исследования являлось определение наиболее распространенных препятствий в доступе к лечению ВИЧ-инфекции у релокантов в странах пребывания. Анализ нарративов показывает, что основным затруднением, с которым сталкиваются мигранты в Литве и Польше, является, как уже отмечалось ранее, языковой барьер. Так, например, респонденты указывают следующее:

- «Я думаю, сейчас нет причин для прерывания лечения, так как сейчас получить АРВТ достаточно легко. Но это при условии, если не впасть в панику, и хотя бы минимально знать английский язык». (Литва);
- «На этапе получения защиты в Литве я столкнулся лишь с проблемой в виде языкового барьера. Во всём остальном, проблем нет». (Литва);
- «Основная сложность для меня и моих знакомых — это языковой барьер, что создает трудности с поиском информации о лечении и диагностике ВИЧ». (Польша);
- «В Польше есть организации, которые оказывают помощь ВИЧ-положительным людям, но они консультируют и проводят социальное сопровождение на польском языке. Не зная языка, их помощью воспользоваться невозможно». (Польша);

- «Врачи слабо разговаривают на русском языке, но в принципе можно понять, о чем идет речь, в принципе, все тоже самое». (Польша);
- «... [препятствием] является языковой барьер». (Грузия).

Следует обратить внимание на то, что по оценкам некоторых респондентов, проживающих в Польше, незнание языка может стать основанием для прерывания лечения:

- «Самое главное препятствие при обращении [в медицинские организации] — это языковой барьер. Это может стать причиной для прерывания лечения».
- «Я сталкивался со сложностями незнания польского языка и записью на прием [к врачу] только через 1–2 месяца из-за работы [ее отсутствия]. Для меня эти сложности стали причиной для прерывания приема АРВ-терапии».

Для респондентов из Грузии наиболее значимым препятствием, ограничивающим доступ к лечению и диагностике ВИЧ, является высокая стоимость соответствующих медицинских услуг, что, вполне очевидно, ведет к риску прерывания лечения. В такой ситуации языковой барьер становится менее актуальным:

- «Главное препятствие — деньги. PrEP бесплатно, а лечение платно (анализы, консультации)».
- «... [основное препятствие] — высокая стоимость диагностики на CD4, CD8 и вирусную нагрузку. Без этих анализов и ежемесячной оплаты консультации врача АРВ-терапию не получить».
- «Когда я приехал в Грузию (май 2022 года) АРВТ была платной. Это было недорого — около 20\$ в месяц, но для кого-то, у кого нет денег, это могла быть существенная сумма».

С учетом вероятных финансовых трудностей, с которыми могут столкнуться релоканты в стране пребывания, актуальным становится вопрос о частичном или полном покрытии стоимости антиретровирусной терапии, консультаций врача и лабораторной диагностики на вирусную нагрузку и CD4. Результаты проведенного исследования показывают, что такую возможность имеют мигранты, проживающие в Польше и Литве. Механизм получения медицинских услуг одинаков — посредством медицинского страхования.

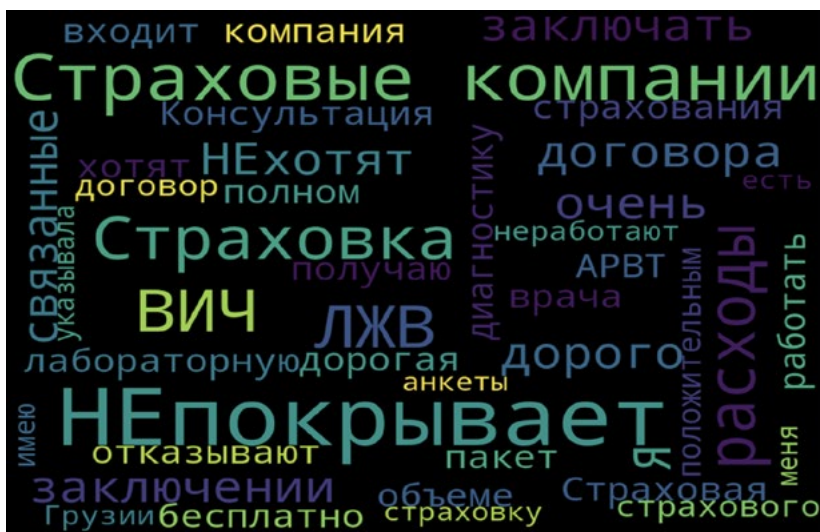


Рисунок 5. Распределение ответов на вопрос «Можно ли получать частичное или полное покрытие стоимости антиретровирусной терапии, консультаций врача и лабораторной диагностики на вирусную нагрузку и CD4, заключив договор на медицинское страхование страховыми компаниями в вашей стране пребывания?» (Грузия)

Сложности с покрытием стоимости АРВ-терапии имеют релоканты в Грузии (рис. 5). Абсолютно все респонденты указали на то, что грузинские страховые компании отказывают ЛЖВ в заключении договора. Такая ситуация закономерно приводит к поиску альтернативных способов получения препаратов (о чем уже говорилось ранее) или к прерыванию лечения.

Функционирующая в Литве и Польше система страхования приводит к снижению финансовых затрат релокантов на покупку терапии и анализы. Только два респондента (по одному в каждой стране) отметили, что им приходилось в первые месяцы пребывания в стране тратить собственные средства на приобретение терапии. Во всех остальных интервью участники опроса в Литве и Польше указывали на то, что расходы на АРВ-терапию и анализы им покрывает страховка.

Отсутствие возможности заключить страховой договор приводит к необходимости тратить собственные средства на медицинские услуги в связи с ВИЧ у релокантов в Грузии. В частности, респонденты указывают на то, что им приходится оплачивать анализы и диагностику, отмечая при этом высокую стоимость медицинских услуг:

- «Да, тратил собственные деньги на анализы. Медицина здесь платная и дорогая».
- «Терапия бесплатно, но за анализы и диагностику нужно прилично платить. Я хорошо зарабатываю, но для меня это существенно».
- «На саму терапию нет [не тратил собственные средства], но на анализы и консультацию врача — да. Это дорого».

Следует отметить, что ряд респондентов на момент опроса не имели опыта получения медицинской помощи в связи с ВИЧ за собственные средства. Одному участнику опроса анализы частично оплачивает страховка (длительность пребывания в Грузии — 1,5 года).

Одной из причин прерывания АРВ-терапии является отсутствие средств на ее приобретение и проведение анализов. Полученные в ходе исследования нарративы позволяют выявить ряд поведенческих стратегий, реализация которых возможна в случае отсутствия у релокантов (вне зависимости от страны опроса) денег для оплаты медицинских услуг:

1. Неопределенная модель поведения. В группу респондентов с данной моделью поведения можно отнести тех, кто еще не задумывался о возможности наступления такой ситуации.

2. Отказ от приема терапии. Респонденты мотивированы на прием АРВ-терапии, осознают последствия прерывания лечения, однако готовы сделать перерыв в лечении и при невозможности доступа к ней:

- «Думаю, что просто не буду пить терапию до момента возможности её получить. Я понимаю, что это небезопасно, но всё же, другого варианта попросту нет. Нет даже организации, где можно бы было получить хоть на какое-то время терапию». (Литва);
- «Бросила бы [принимать] и всё. Выхода другого нет. От меня мало чего зависит в данной ситуации». (Литва);
- «Я не буду принимать терапию и лечиться. У меня нет сил что-то с этим делать». (Польша);
- «Перестану принимать терапию и буду искать варианты». (Грузия).

3. Поиск альтернативных источников получения терапии и анализов. Респонденты осознают риски прерывания лечения, мотивированы на его продолжение:

- «В первую очередь я буду обращаться к своим знакомым, чтобы они помогли мне финансово. Буду искать фонды, которые помогают беларусам финансово». (Польша);
- «У меня есть всегда запас АРВТ, который я держу на такой случай. В крайнем случае, у меня есть друзья, которые могут помочь с приобретением АРВТ и сдачей анализов. Мой отец часто выезжает из Беларуси, и может мне привести АРВТ». (Польша);
- «Думаю, я бы искала пути решения проблемы моментально. Я откладываю деньги на подобный потенциальный случай». (Литва);
- «...я бы искал альтернативные пути финансирования, например, через социальные программы или благотворительные организации». (Литва);
- «Буду просить родственников выслать терапию». (Грузия);
- «Перееду в другую страну». (Грузия).

Перечень представленных стратегий вполне объясним: уровень знаний респондентов о законодательстве, обеспечивающего доступ релокантов к диагностике и лечению ВИЧ в стране пребывания, а также об организациях, оказывающих помощь, достаточно низкий. Так, например, практически все респонденты указали на то, что не знают о законах, позволяющих получать медицинское обслуживание в связи с ВИЧ в принимающих странах. Лишь некоторые релоканты интересуются такой информацией и получают ее из интернет-источников, от некоммерческих организаций, друзей и знакомых.

Как уже отмечалось ранее, релоканты обладают ограниченной информацией об организациях, оказывающих ВИЧ-сервисные услуги мигрантам, либо отмечают их отсутствие в стране пребывания. Это во многом определяет ответы на вопрос о том, куда мигранты могут обращаться в ситуации невозможности получать медицинские услуги в связи с ВИЧ. В частности, респонденты из Литвы и Польши не знают о них в принципе. В Грузии релоканты указывали на то, что в случае сложностей в получении доступа к диагностике и лечению ВИЧ будут обращаться в некоммерческие организации. При

этом конкретные названия этих организаций не давались (за исключением двух респондентов, которые имели опыт обращения в НКО «Родник помощи» и «Equality movement»).

Полученные в ходе исследования результаты позволяют сделать вывод о том, что наиболее значимым барьером для релокантов из Польши и Литвы, ограничивающих доступ к лечению ВИЧ-инфекции, является языковой барьер. В свою очередь, для релокантов, проживающих в Грузии, незнание языка принимающей страны менее значимо. Большую актуальность для них приобретает высокая стоимость медицинского обслуживания, а также отсутствие возможности использования страховых услуг для покрытия расходов на АРВ-терапию, консультации врачей и лабораторную диагностику. Следует отметить, что для релокантов, находящихся в Литве и Польше, медицинское страхование доступно, а приобретение страховки не вызывает существенных сложностей.

Также обращает внимание и тот факт, что уровень знаний релокантов о законодательстве, обеспечивающего доступ к диагностике и лечению ВИЧ в стране пребывания, а также об организациях, оказывающих помощь, достаточно низкий. В этой связи необходимым является усиление информационной работы с релокантами из числа ЛЖВ.

Заключение

В современном обществе антиретровирусное лечение признано средством, сохраняющим жизнь и здоровье ЛЖВ, минимизирующим социальные и экономические последствия распространения ВИЧ, увеличивающим эффективность профилактических мероприятий. Тем не менее, доступ к лечению, диагностике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ остается ограниченным.

Анализ социальных, психологических и медицинских аспектов адаптации релокантов, пребывающих в Грузии, позволяет зафиксировать значимость для них доступа к медицинскому обслуживанию и лечению ВИЧ-инфекции, вызванное их высокой стоимостью и невозможностью бесплатного получения. При этом другие препятствия, ограничивающие доступ к лечению ВИЧ (языковой барьер, возможная стигматизация и пр.) являются менее актуальными.

Релоканты в Польше и Литве имеют доступ к антиретровирусной терапии по двум каналам: посредством получения бесплатной терапии в медицинском учреждении и посредством полной или частичной оплаты терапии по страховым договорам. Ситуация в Грузии с доступом к терапии более рискованная с позиции риска вынужденного прерывания лечения. Для ВИЧ-положительных релокантов из Беларуси и России в Грузии терапия выдается бесплатно, но для ее получения нужны дорогостоящие лабораторные исследования и платная ежемесячная консультация врача. Для релокантов из Украины лабораторная диагностика, консультации врача и антиретровирусная терапия предоставляются на бесплатной основе на основании принятых нормативных актов.

Результаты проведенного исследования показывают необходимость формирования доступной системы лечения и диагностики ВИЧ для ЛЖВ из числа релокантов, пребывающих в Грузии. В отличие от Литвы и Польши, в которых мигранты с ВИЧ имеют возможность медицинского страхования, в Грузии приобретение страховки ЛЖВ, как показывают анализ нарративов, вызывает затруднения.

Опыт Литвы и Польши демонстрирует, что система медицинского страхования может рассматриваться как эффективный механизм покрытия части расходов на медицинские услуги, консультации и т.д. для ЛЖВ, имеющих статус релоканта. Вполне ожидаемо, что его функционирование позволяет принимающим странам гарантировать обеспечение равного доступа к лечению и уходу в связи с ВИЧ.

Полученные в ходе проведенного исследования результаты позволяют зафиксировать случаи отказа грузинскими страховыми компаниями в заключении договора медицинского страхования с релокантами, имеющими ВИЧ-статус. При этом эта проблема носит системный характер. Очевидно, что обеспечение доступа мигрантов к добровольному медицинскому страхованию должно сопровождаться реализацией на государственном уровне правовых, экономических и организационных мер. Это, в свою очередь усилит социальную защищенность релокантов и увеличит максимальную доступность медицинских услуг для них.

Помимо обеспечения доступа релокантов в Грузии к системе медицинского страхования необходимым является стимулирование деятельности некоммерческих организаций, оказывающих услуги мигрантам с ВИЧ, запрос на который среди респондентов достаточно высокий. Деятельность таких организаций позволит повысить недостаточный уровень информированности релокантов не только о субъектах, оказывающих правовую, социальную, психологическую помощь, а также и о возможных механизмах получения медицинских услуг и поддержки в связи с ВИЧ. В данном контексте следует отметить, что информация об алгоритме получения медицинской помощи в связи с ВИЧ не всегда доступна для релокантов вне зависимости от страны пребывания. Возможным решением этой проблемы будет создание специализированного информационного ресурса (Интернет-сайта) для ЛЖВ из числа релокантов.

В заключении следует отметить, что анализ доступности системы лечения и диагностики ВИЧ для ЛЖВ из числа релокантов должен вестись на основе соответствующих социологических данных, исходя из целей осуществляемых «интервенций», затрачиваемых ресурсов предполагаемых це-

левых групп и других ключевых показателей. Вместе с этим, будет достигнута и задача по оценке эффективности реализуемых действий.